

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**  
**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias**  
**Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

Relatório de Estágio

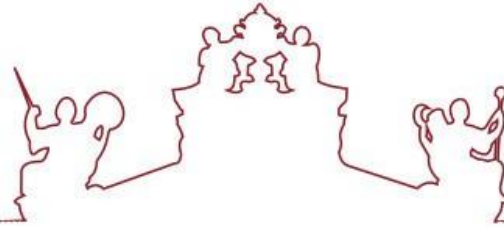
**Estratégias de Enfermagem promotoras da segurança na utilização de medicamentos de alerta máximo em contexto de cuidados intensivos**

André Filipe Martins do Carmo

Orientador(es) | Maria Dulce dos Santos Santiago

Évora 2022





---

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**  
**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde**  
**Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

## Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Médico-cirúrgica. A Pessoa em situação crítica

Relatório de Estágio

# **Estratégias de Enfermagem promotoras da segurança na utilização de medicamentos de alerta máximo em contexto de cuidados intensivos**

André Filipe Martins do Carmo

Orientador(es) | Maria Dulce dos Santos Santiago

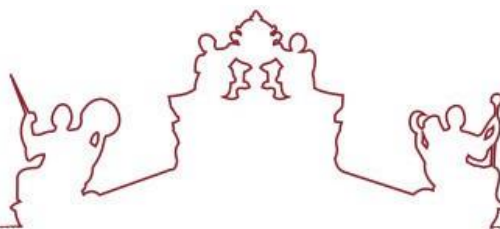
Évora 2022

---

---

---

---



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Adriano Pedro (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Alice Gois Ruivo (Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde) (Arguente)  
Maria Dulce dos Santos Santiago (Instituto Politécnico de Beja) (Orientador)

*“Estudar é muito importante, mas pode-se estudar de várias maneiras...  
Muitas vezes estudar não é só aprender o que vem nos livros.  
Estudar não é só ler nos livros que há nas escolas.  
É também aprender a ser livres, sem ideias tolas.  
Ler um livro é muito importante, às vezes, urgente.  
Mas os livros não são o bastante para a gente ser gente.  
É preciso aprender a escrever, mas também a viver, mas  
também a sonhar.  
É preciso aprender a crescer, aprender a estudar.  
Aprender a crescer quer dizer:  
aprender a estudar, a conhecer os outros, a ajudar os outros, a viver com os outros.  
E quem aprende a viver com os outros aprende sempre a viver bem consigo próprio.  
Não merecer um castigo é estudar.  
Estar contente consigo é estudar.  
Aprender a terra, aprender o trigo e ter um amigo também é estudar.  
Estudar também é repartir, também é saber dar o que a gente souber dividir para multiplicar.  
Estudar é escrever um ditado sem ninguém nos ditar;  
e se um erro nos for apontado é sabê-lo emendar.  
É preciso, em vez de um tinteiro, ter uma cabeça que saiba pensar, pois, na escola da vida,  
primeiro está saber estudar.  
Contar todas as papoilas de um trigal é a mais linda conta que se pode fazer.  
Dizer apenas música, quando se ouve um pássaro, pode ser a mais bela redação do mundo.  
Estudar é muito  
mas pensar é tudo!”*

Poema “Aprender a Estudar” de Ary dos Santos

**O MEU AGRADECIMENTO,**

**À professora Maria Dulce dos Santos Santiago**, pela orientação e disponibilidade demonstrada.

**Aos Enfermeiros Ângelo Santos e Sílvia Raposo**, pela disponibilidade demonstrada para comigo partilharem a sua experiência e conhecimentos.

**Ao Enfermeiro chefe do SMI**, pela aceitação e apoio no desenvolvimento do meu Estágio Final.

**Aos Enfermeiros do SMI**, pela disponibilidade e colaboração demonstrada na implementação do meu projeto de intervenção profissional.

**Aos elementos da equipa multidisciplinar do SMI**, pelo acolhimento e integração que em muito facilitaram o desenvolvimento dos meu estágio.

**À minha família e amigos**, pelo apoio, compreensão e motivação que sempre me transmitiram ao longo deste meu trajeto.

## **ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS**

### **RESUMO**

O seguinte relatório enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular Relatório e tem como objetivo realizar uma análise reflexiva sobre as atividades que nos permitiram desenvolver as competências inerentes ao Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem..

É efetuada a descrição do contexto clínico onde se desenvolveu o Estágio Final.

São descritas as etapas que possibilitaram a implementação de um Projeto de Intervenção Profissional. Este projeto teve como objetivo uniformizar a atuação dos enfermeiros aquando da utilização de medicação de alerta máximo em serviços de medicina intensiva. A instabilidade inerente ao doente crítico e a multiplicidade de medicação utilizada em serviços de medicina intensiva tornam imperioso a implementação de práticas promotoras da qualidade e segurança dos cuidados.

Termina-se com uma análise reflexiva sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica e das competências de Mestre em Enfermagem.

**Palavras-chave:** Medicação de Alerta Máximo; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Serviço de Medicina Intensiva

## **NURSING STRATEGIES THAT PROMOTE SAFETY IN THE USE OF HIGH-ALERT MEDICATIONS IN THE CONTEXT OF INTENSIVE CARE**

### **ABSTRAT**

The following report is part of the Curricular Unit Relatório and aims to carry out a reflective analysis of the activities that allowed us to develop the skills inherent to the Specialist Nurse, Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, Person in Critical Situation and Master in Nursing.

A description of the clinical context where the Final Stage took place is made.

The steps that enabled the implementation of a Professional Intervention are described. This project aimed to standardize the performance of nurses when using high-alert medication in intensive care services. The inherent instability of critically ill patients and the multiplicity of medication used in intensive care services make it imperative to implement practices that promote the quality and safety of care.

It ends with a reflexive analysis of the process of acquisition and development of the common competences of the Specialist Nurse, the specific competences of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing for the Person in Critical Situation and the competences of a Master in Nursing.

**Keywords:** High-Alert Medication; Medical-Surgical Nursing; Intensive Medicine Service

## **LISTAGEM DE ABREVIATURAS**

et al. - e outros

ibid. - ibidem

n.º - número

p. - página

pp. - páginas

vol. - volume



## **LISTAGEM DE SIGLAS**

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AR - Assembleia da República

CDE - Código Deontológico dos Enfermeiros

CI - Cuidados Intensivos

DGES - Direção Geral do Ensino Superior

DGS - Direção Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica

EF - Estágio Final

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

UE - Universidade de Évora

ICN - *International Council of Nurses*

ISMP - *Institute for Safe Medication Practices*

MAM - Medicação de Alerta Máximo

MMPBE - Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências

MS - Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBE - Prática Baseada na Evidência

PIP - Projeto de Intervenção Profissional

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC - Pessoa em situação crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SU - Serviço de Urgência

UC - Unidade Curricular

ULS - Unidade Local de Saúde

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

WHO - *World Health Organization*

## **ÍNDICE GERAL**

INTRODUÇÃO.....	13
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO CLÍNICO .....	17
1.1. Unidade Local de Saúde .....	17
1.2. Serviço de Medicina Intensiva .....	20
1.2.1. Estrutura, recursos humanos e materiais .....	23
1.2.2. Análise da produção e gestão de cuidados .....	27
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL .....	32
2.1. Problemática: A Segurança do Doente na Utilização de Medicação de Alerta Máximo em Cuidados Intensivos .....	35
2.2. Enquadramento Conceptual e Teórico .....	39
2.2.1. Modelo para a mudança da prática baseada em evidências.....	40
2.2.2. Qualidade em saúde e a segurança dos cuidados de enfermagem.....	44
2.2.3. Estratégias de enfermagem promotoras da segurança na utilização de medicamentos de alerta máximo em cuidados intensivos .....	49
2.3. Diagnóstico de Situação .....	51
2.4. Definição de Objetivos .....	57
2.5. Planeamento e Execução .....	58
2.6. Avaliação e Divulgação dos Resultados.....	67
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	72
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem.....	76

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem.....	92
4. CONCLUSÃO.....	105
BIBLIOGRAFIA.....	108
APÊNDICES.....	CXIX
ANEXOS.....	CLXXXI

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> - Organograma da ULS onde decorreu o EF.....	19
<b>Figura 2</b> - Esquema do Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências ....	42
<b>Figura 3</b> - Princípios Basilares da Qualidade em Saúde segundo a WHO.....	45

## **ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> - Dados estatísticos relativos aos internamentos no SMI entre 2020 e 2021.	29
<b>Tabela 2</b> - Estratégias de Enfermagem promotoras da utilização segura de MAM encontradas na RSL.....	51
<b>Tabela 3</b> - Análise SWOT.....	53

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1</b> - Género dos participantes .....	<b>54</b>
<b>Gráfico 2</b> - Idade dos participantes.....	<b>54</b>
<b>Gráfico 3</b> - Tempo de experiência profissional.....	<b>55</b>
<b>Gráfico 4</b> - Experiência em CI.....	<b>55</b>
<b>Gráfico 5</b> - Informação sobre MAM.....	<b>55</b>
<b>Gráfico 6</b> - Necessidade de formação I.....	<b>55</b>
<b>Gráfico 7</b> - Dupla Verificação.....	<b>56</b>
<b>Gráfico 8</b> - Necessidade de formação II.....	<b>56</b>

## **ÍNDICE DE APÊNDICES**

<b>Apêndice I</b> - Projeto de Estágio.....	<b>CXX</b>
<b>Apêndice II</b> - Resumo do artigo científico: <i>Utilização segura de medicação de alerta máximo pelos enfermeiros em cuidados intensivos</i> .....	<b>CXXXVI</b>
<b>Apêndice III</b> - Questionário aplicado no SMI.....	<b>CXXXIX</b>
<b>Apêndice IV</b> - Consentimento Informado.....	<b>CXLIII</b>
<b>Apêndice V</b> - Cronograma de atividades do EF.....	<b>CXLVI</b>
<b>Apêndice VI</b> - Protocolo de Utilização de MAM no SMI.....	<b>CXLIX</b>

<b>Apêndice VII</b> - Póster: MAM .....	<b>CLXII</b>
<b>Apêndice VIII</b> - Plano da Sessão Formativa realizada no SMI: Utilização Segura de MAM em CI.....	<b>CLXIV</b>
<b>Apêndice IX</b> - Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão Formativa realizada no SMI: Utilização Segura de MAM em CI .....	<b>CLXVI</b>
<b>Apêndice X</b> - <i>Checklist</i> da Norma nº 14/2015 da DGS antes e após o PIP.....	<b>CLXXIV</b>
<b>Apêndice XI</b> - Plano da Sessão Formativa realizada no SU: <i>Debriefing</i> após Incidentes Críticos.....	<b>CLXXVII</b>
<b>Apêndice XII</b> - Póster: <i>Debriefing</i> após Incidentes Críticos .....	<b>CLXXIX</b>

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

<b>Anexo I</b> - Parecer da Comissão de Ética da ULS.....	<b>CLXXXII</b>
<b>Anexo II</b> - Comprovativo da conclusão do Curso de Suporte Básico de Vida.....	<b>CLXXXIV</b>
<b>Anexo III</b> - Comprovativo da conclusão do Curso de Suporte Avançado de Vida.....	<b>CLXXXVI</b>
<b>Anexo IV</b> - Comprovativo da conclusão do Curso de Suporte de Vida em Trauma - <i>International Trauma Life Support</i> .....	<b>CLXXXVIII</b>

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório de estágio é realizado no âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório, integrada no plano de estudos do 1º Semestre do 2º Ano do V Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem Médico Cirúrgica [EMC] na vertente da pessoa em situação crítica [PSC] da Universidade de Évora [UE] em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal, no ano letivo 2021/2022.

Este documento pretende dar resposta aos objetivos de aprendizagem delineados no planeamento da UC em questão, onde se conjectura que, através da descrição e da análise reflexiva das atividades desenvolvidas na UC Estágio Final [EF], seja comprovado que foram desenvolvidas e aprofundadas as competências inerentes e justificativas da atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica [EEEMCPSC] assim como do grau de Mestre em Enfermagem, tal como está plasmado no plano de estudos, criado pelo Aviso n.º 5622/2016, de 2 de maio de 2016 (UE, 2016).

Importa referir que apesar deste Relatório incidir maioritariamente sobre as atividades desenvolvidas durante o EF, também é feita uma análise e reflexão sobre algumas atividades e conhecimentos desenvolvidos nas UC's que compuseram o período teórico do mestrado assim como da UC Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [EEPSC] por se considerar que as mesmas também foram promotoras do desenvolvimento e consolidação de competências inerentes ao EEEMCPSC e ao Mestre em Enfermagem.

Tal como é preconizado no regulamento das UC's EF e Relatório, no início do EF elaborámos um projeto de estágio (Apêndice I) onde planeámos as atividades a

implementar que proporcionassem o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista [EE] e das competências específicas do EEEMCPSC definidas pela Ordem dos Enfermeiros [OE] (OE, 2018; OE, 2019), assim como das competências de Mestre em Enfermagem definidas pela UE e acreditadas pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior Português. Este documento teve um papel fundamental na orientação do nosso trajeto de desenvolvimento de atividades e aquisição de competências permitindo estabelecer objetivos e delinear estratégias que possibilitassem o atingir dos mesmos.

Relativamente ao EF, este decorreu num Serviço de Medicina Intensiva [SMI] de uma Unidade Local de Saúde [ULS] localizada na região sul de Portugal, entre o dia 13 de setembro de 2021 a 28 de janeiro de 2022, teve como orientadores a Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago e o EEEMCPSC Ângelo Santos e totalizou um total de 388 horas de contato.

No documento relativo ao planeamento do EF está plasmado que o futuro Mestre em Enfermagem, após a sua conclusão, consiga articular, desenvolver e recrutar uma série de conhecimentos previamente trabalhados em contexto teórico que lhe permitam desenvolver competências e aplicar uma prática clínica especializada, baseada na evidência científica mais atual. Esta prática clínica é promotora de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados, abrangendo as áreas do julgamento clínico, tomada de decisão, investigação e governação clínica junto da pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica.

No decorrer do EF no SMI e inserido no planeamento da UC, desenvolvemos um Projeto de Intervenção Profissional [PIP]. Este projeto pretendeu dar resposta a uma necessidade previamente identificada no SMI e tomou uma relevância maior relativamente às restantes atividades desenvolvidas ao longo do estágio. Este PIP foi denominado “*Estratégias de enfermagem promotoras da segurança na utilização de medicação de alerta máximo em contexto de cuidados intensivos*” e pode ser inserido na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” relacionando-se com a área “Autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico”, que se encontram plasmadas no documento de planeamento da UC EF.



A utilização de medicação, nas suas mais variadas fases, é uma das intervenções de enfermagem mais frequente e relevante, pois através desta garante-se a recuperação da doença e a promoção da saúde numa fase de fragilidade física, emocional e psicológica. É dever e responsabilidade do profissional de enfermagem prevenir erros e complicações, pois os eventos adversos resultantes da utilização incorreta de medicamentos podem trazer consequências graves e até fatais para o alvo dos seus cuidados (OE, 2001).

Esta problemática toma particular importância quando se trata de erros na utilização de medicamentos de alerta máximo [MAM]. Os medicamentos pertencentes a esta categoria são todos aqueles que apresentam um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização, decorrente de uma série de características que possuem como são exemplo a sua margem terapêutica estreita e a gravidade dos seus efeitos adversos. Apesar das falhas com este tipo de medicação não serem as mais frequentes, as suas consequências tendem a ser mais graves, podendo provocar dano significativo ao doente ou até a sua morte (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015). Estudos identificam os antibióticos, a medicação administrada através de sondas nasogástricas e os MAM como as três classes de medicamentos onde ocorrem um maior número de erros em serviços de cuidados intensivos [CI] (Gracia et al., 2020).

O Regulamento das Competências Comuns do EE da OE, no artigo 6.º refere que este possui competências no domínio da melhoria contínua da qualidade mais precisamente nas alíneas b) e c) onde menciona que este “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019:4745) e “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (ibid.). Por outro lado, o EEEMCPSC apresenta como competência específica o cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, que inclui a unidade de competência onde garante a administração de protocolos terapêuticos complexos, diagnosticando antecipadamente as complicações que podem advir da aplicação dos mesmos (OE, 2018).

Devido aos factos supramencionados e por terem sido identificadas lacunas ao nível da segurança na utilização de MAM no SMI onde decorreu este estágio, recorrendo à

Metodologia de Projeto, procedeu-se à execução e implementação deste PIP. Este projeto encontra-se inserido na área de competência do EEEMCPSC enquadrando-se na política de melhoria contínua dos cuidados prestados e de promoção da segurança do doente em situação crítica ou falência orgânica. A realização deste PIP assim como todo o processo de desenvolvimento de competências tiveram como base teórica o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências [MMPBE], de Larrabee.

Este relatório apresenta como objetivo geral:

- Realizar uma análise reflexiva sobre as atividades que nos permitiram desenvolver as competências inerentes ao EE, EEEMSPC e Mestre em Enfermagem.

Como objetivos específicos pretendemos:

- Descrever o contexto clínico onde o EF decorreu;
- Realizar o enquadramento conceptual e teórico da problemática em estudo;
- Relatar o PIP desenvolvido;
- Refletir analiticamente sobre as atividades que, ao longo do processo formativo, contribuíram para o desenvolvimento de competências inerentes à prática especializada em Enfermagem, ao EEEMCPSC e ao Mestre em Enfermagem.

Relativamente à sua estrutura, este relatório encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo é realizada uma descrição e análise do contexto clínico onde desenvolvemos o EF. No segundo apresentamos o PIP implementado e descrevemos as fases inerentes à metodologia adotada. No terceiro é realizada uma reflexão sobre o processo de aquisição de competências do EE, EEEMCPSC e Mestre em Enfermagem.

A elaboração deste Relatório foi efetuada segundo as regras recomendadas no planeamento da UC e de acordo com as normas de apresentação de trabalhos escritos preconizadas pela UE e adotada a referenciação bibliográfica da *American Psychological Association* 7<sup>a</sup> edição.

## **1. APRECIACÃO DO CONTEXTO CLÍNICO**

Consideramos que a contextualização e caracterização do contexto de estágio possibilita uma mais fácil interpretação e compreensão da realidade clínica encontrada. Por outro lado, através desta contextualização, conseguimos apresentar as oportunidades de aprendizagem com que nos deparamos ao longo deste período e que nos possibilitaram desenvolver as atividades e as competências clínicas inerentes aos objetivos pré definidos, onde se incluiu o PIP.

### **1.1. Unidade Local de Saúde**

Antes de começarmos com a descrição e caracterização do contexto clínico onde desenvolvemos o EF, importa caracterizar a ULS onde o mesmo está inserido. Esta ULS, encontra-se localizada na região sul de Portugal, foi criada em 2008 e apresenta-se como uma entidade pública empresarial, integrada no Serviço Nacional de Saúde, e apresenta como principal desígnio a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, procurando uma eficaz articulação entre estas três tipologias de cuidados (ULS, 2022a).

Em termos de recursos humanos, esta ULS, é composta por um vasto número de profissionais, onde se incluem Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Assistentes Operacionais, entre outros, que prestam cuidados nos seguintes níveis de prestação de cuidados:

- **Cuidados de Saúde Primários:** composto pelo Agrupamento de Centros de Saúde desta região do país, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, a Unidade de

Saúde Pública, o Centro de Diagnóstico Pneumológico e o Centro de Aconselhamento de Detecção;

- **Cuidados de Saúde Hospitalares:** organizado numa Unidade Hospitalar que entre outros, integra o serviço onde se realizou o EF e presta cuidados hospitalares diferenciados à população desta região do país ;
- **Cuidados Paliativos:** composto pelas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos localizadas em três localidades desta região (ibid.).

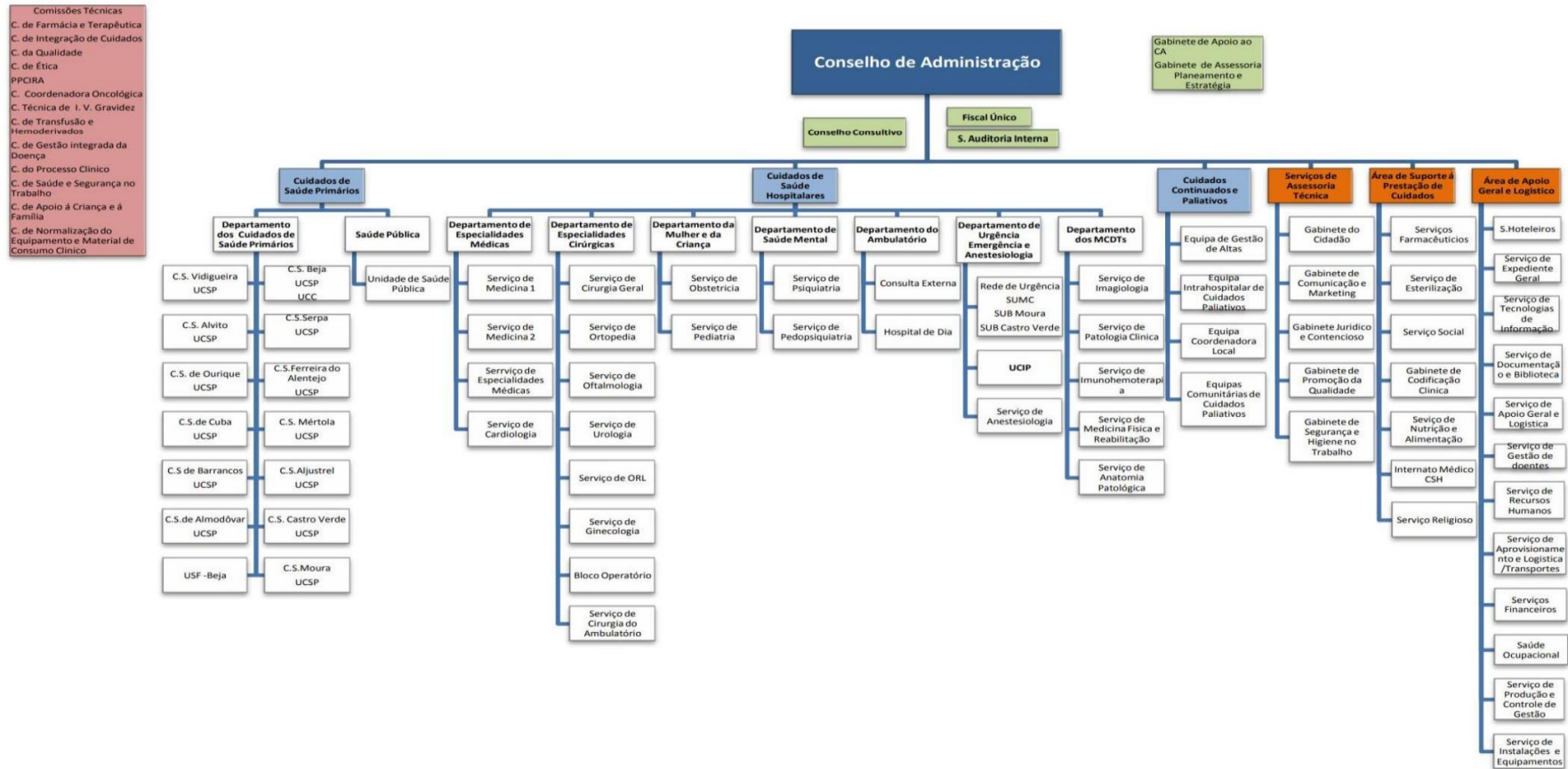
Esta ULS presta cuidados de saúde a uma população de 126.692 habitantes, sendo que destes, cerca de 24% apresentam uma idade igual ou superior a 65 anos. Concomitantemente com esta característica demográfica, a população alvo dos seus cuidados de saúde dispersa-se por uma vasta área geográfica provocando um problema de acessibilidade aos cuidados de saúde disponíveis (ibid.). Associado ao envelhecimento da população, a incidência de doenças crónicas e incapacitantes tem vindo a ganhar um maior relevo nesta ULS, forçando à adaptação da capacidade de resposta por parte da instituição. As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade em toda a sua área de abrangência, tomando também particular relevo as doenças do foro mental, cabendo referir que é nesta região de Portugal que se verifica a maior taxa de suicídio em idosos (ibid.).

Como desígnios esta ULS procura a equidade, a excelência, a qualidade, a eficiência e a eficácia nos cuidados de saúde a prestar à sua população, sendo que também apresenta preocupações na área da formação, treino e investigação, consideradas áreas essenciais para o desenvolvimento técnico e profissional de todos os seus colaboradores, com o desígnio final de melhoria progressiva e contínua dos indicadores de saúde da população desta região do país (ibid.).

Com importância diferenciada para este Relatório importa destacar que o SMI desta ULS pertence à Unidade Hospitalar e está afeto ao Departamento de Urgência, Emergência e Anestesiologia, sendo de realçar que no organograma oficial da instituição, ainda se encontra denominado como Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. A estrutura organizacional de todos os serviços desta ULS encontra-se explanada na Figura 1.

Estratégias de Enfermagem promotoras da segurança na utilização de medicamentos de alerta máximo em contexto de cuidados intensivos

Figura 1: Organograma da ULS onde decorreu o EF



Fonte: (ULS, 2022b)

## 1.2. Serviço de Medicina Intensiva

Tendo em conta que desenvolvemos o EF num SMI, acreditamos que o enquadramento deste tipo de serviços nos sistemas de saúde e estruturas hospitalares, assim como a sua descrição, facilita a compreensão do contexto clínico encontrado.

A Medicina Intensiva que se pratica nos SMI é uma área das ciências da saúde que tem a sua atuação direcionada para a prevenção, diagnóstico e tratamento da pessoa/família em situação de doença aguda e que apresenta falência de uma ou mais funções vitais que potencialmente podem ser restabelecidas (Ministério da Saúde [MS], 2017). Os SMI têm a seu cargo a responsabilidade de todas as decisões que dizem respeito aos doentes que lhe estão atribuídos, nomeadamente no que concerne a critérios de admissão e alta, planificação e hierarquização de tratamentos assim como na definição dos limites éticos de intervenção terapêutica (ibid.). A este conjunto de decisões e atitudes está implícita uma estreita articulação com as restantes equipas clínicas envolvidas no processo de tratamento do doente/família assim como com o envolvimento dos mesmos na definição da estratégia terapêutica mais adequada a cada caso clínico (ibid.)

Assume-se que os SMI são parte integrante das estruturas hospitalares e são responsáveis pelo doente crítico, independentemente da sua localização podendo a sua missão ser definida como:

“(...)prevenção, diagnóstico e tratamento de doença crítica, integração de unidades de cuidados intensivos e intermédios e atividade dentro e fora da área geográfica das unidades, nomeadamente na sala de emergência do serviço de urgência, na equipa de emergência intra-hospitalar, na consultadoria a doentes graves das enfermarias, na consulta de follow-up intra-hospitalar e de ambulatório, garantindo o processo assistencial do doente crítico, com capacidade de resposta qualificada, diferenciada e imediata 24h por dia / 7 dias por semana.” (MS, 2017:7).

A crescente relevância do doente crítico em contexto hospitalar promoveu a constituição de equipas de medicina intensiva e a transfiguração de Unidades de CI em SMI, como foi o exemplo do serviço onde desenvolvemos o EF.

Importa referir que a carga dos SMI podem estar afetas camas de internamento de nível I, II e III. Esta multiplicidade de valências pressupõe uma articulação eficaz de maneira a maximizar a eficiência terapêutica e a continuidade dos cuidados, facilitando a disponibilidade de camas e a sua gestão com equidade. Esta articulação eficaz permite mitigar a possibilidade de ocorrência de efeitos terapêuticos adversos assim como de readmissões em camas de nível III com os custos humanos e económicos associados. Relativamente às suas características as camas de nível I, apresentam a capacidade de monitorizar de forma não invasiva, ou de forma minimamente invasiva o doente em risco de desenvolver disfunção ou falência de órgão, as camas de internamento de nível II, anteriormente afetas a Serviços de Cuidados Intermédios, são destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas de uma função vital, não havendo necessidade de ventilação mecânica invasiva [VMI], sendo que as camas de internamento de nível III, anteriormente afetas a Serviços de CI, são destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais e que necessitam de estabilização de suporte, incluindo a VMI (MS, 2017).

Relativamente à estrutura física dos SMI, está preconizado que as diferentes tipologias de camas possam estar localizadas em espaço físico único ou em unidades diferentes, sendo recomendado um número mínimo de 8 camas de internamento. O rácio entre as camas de nível II e nível III deve ser ajustado à realidade de cada instituição de saúde e variar entre 2/1 e os 1/2, ou seja as camas de nível II devem corresponder entre um terço a dois terços do total das camas disponíveis nos SMI (ibid.).

Em termos de recursos materiais e humanos existem um conjunto de características comuns a todos os SMI que estão padronizadas a nível nacional e que visam garantir a qualidade e equidade dos cuidados de saúde prestados a toda a população.

No que diz respeito aos recursos materiais assume-se que todos os SMI devem possuir e respeitar as características plasmadas nas recomendações técnicas presentes no

documento da Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] RT 09/2013 intitulado “Recomendações técnicas para instalações de Unidades de Cuidados Intensivos” (ACSS, 2013).

Em traços gerais, para além das recomendações técnicas preconizadas a nível nacional, as áreas clínicas dos SMI devem ser compostas por camas de nível III e por camas de nível II que possuam as características necessárias para a sua evolução para camas de nível III de maneira a possibilitar uma resposta adequada a picos de afluência. Deve existir uma relação estreita de proximidade física, organizacional e comunicacional com os serviços com os quais mais se relacionam, como são exemplo o Serviço de Radiologia e o Bloco Operatório garantindo a continuidade eficaz dos cuidados. Deve ainda ser garantida uma relação de proximidade com o Serviço de Urgência [SU] garantindo uma comunicação e deslocação fácil, rápida e segura entre ambos, sendo ainda essencial uma comunicação eficaz com os restantes serviços de internamento (ACSS, 2013; MS, 2017)

Em relação às áreas não clínicas os SMI devem ser constituídos por áreas de apoio à área clínica onde estão incluídos: secretariado clínico; sala para prestar informações; sala de espera para visitas; áreas de apoio para profissionais como são exemplo os vestiários e a copa; áreas de armazenamento de material e equipamento; gabinetes médicos e de enfermagem e área de preparação de fármacos, devendo ainda ser promovida a criação de quartos de isolamento com possibilidade de pressões negativas e positivas (ACSS, 2013;MS,2017).

Relativamente aos recursos humanos que devem compor os SMI, estes também estão regulados e padronizados de modo obedecer a um conjunto de características que garantam uma prestação de cuidados de saúde em conformidade com as *guidelines* atuais.

Padroniza-se que a equipa médica seja composta por um diretor clínico e restantes profissionais médicos com especialidade em Medicina Intensiva. Estes médicos dedicam a totalidade da sua atividade clínica às atividades inerentes ao funcionamento do SMI e garantem a presença física permanente nas 24 horas do dia de pelo menos um elemento.



O rácio médico/camas varia consoante as características de cada serviço, não devendo ser inferior a 6 por cada 12 camas (MS, 2017).

Em relação à equipa de enfermagem, esta deve ser constituída por um enfermeiro chefe com funções de gestão, estando preconizado que em SMI com mais do que uma unidade física exista um enfermeiro gestor para cada uma das unidades existentes, subordinados a um enfermeiro gestor que se apresenta como responsável pela coordenação e liderança técnica da enfermagem em termos globais do SMI. O rácio enfermeiro/doente deve respeitar as características de cada SMI, recomendando-se os rácios mínimos de um enfermeiro para cada dois doentes em camas de nível III e de 1 enfermeiro para cada 3 doentes em camas de nível II, de modo a garantir as dotações seguras dos cuidados de enfermagem preconizadas pela OE (OE, 2014; MS, 2017).

São ainda parte integrante da equipa multidisciplinar afeta aos SMI: os assistentes operacionais, que devem ter a sua formação e características adequadas aos cuidados de saúde praticados neste tipo de serviço, sendo o rácio assistente operacional/doente nunca inferior a 1 assistente operacional por cada 8 doentes; os assistentes administrativos, com um rácio mínimo de 1 assistente administrativo para cada 16 doentes; outros recursos humanos com formação em variadas áreas de cuidados e do saber, que possibilitem ir ao encontro da missão de cada SMI, como são exemplo os técnicos de diagnóstico e terapêutica, gestores e investigadores (MS, 2017).

### **1.2.1. Estrutura, recursos humanos e materiais**

Reportando-nos ao SMI onde decorreu o EF a equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e um técnico administrativo.

Relativamente à equipa médica, esta é composta por 6 médicos especialistas em Medicina Intensiva que trabalham em exclusividade para o SMI e garantem a sua presença física nas 24 horas do dia. Destes 6 elementos, 5 estão responsáveis pelos cuidados médicos diretos aos doentes e 1 encontra-se em função de gestão, apresentando-se como o diretor clínico e ao qual toda a atividade médica deve ser reportada. Para além

do corpo clínico afeto ao serviço, por vezes, existe a necessidade de recorrer a elementos externos ao mesmo, de modo a garantir o cumprimento e a qualidade de todas as necessidades assistenciais que os doentes internados apresentam. Importa também referir a componente formativa que este SMI apresenta, pois da composição da sua equipa médica também fazem parte um conjunto de clínicos que de forma temporária ou permanente completam o seu ciclo de estudos.

No que diz respeito à equipa de Enfermagem, esta é composta por 24 elementos, 5 dos quais são EEEMCPSC, 5 em Enfermagem de Reabilitação, 1 em Saúde Comunitária, e 13 são Enfermeiros de Cuidados Gerais, sendo que 10 são Mestres em Enfermagem. Destes 24 elementos, 1 encontra-se em funções de gestão e chefia e 23 na prestação direta de cuidados, existindo um elemento que também desempenha funções na Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

Existe um conjunto de Assistentes Operacionais exclusivamente afetos ao SMI que presta cuidados de saúde diretos aos doentes e auxiliam os Médicos e Enfermeiros nas tarefas a desempenhar.

A componente administrativa e de gestão documental é garantida por um secretário técnico que se encontra simultaneamente afeto ao SMI e ao Serviço de Especialidades Médicas, encontrando-se numa localização exterior ao SMI.

Da prática clínica diária deste SMI também fazem parte integrante um conjunto de profissionais de saúde afetos a outros serviços, como são exemplo, médicos e enfermeiros de outras áreas hospitalares, técnicos de diagnóstico e terapêutica, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais que em conjunto e em articulação com a equipa que se encontra em permanência no serviço garantem a totalidade dos cuidados prestados aos doentes e famílias a receber cuidados de saúde neste SMI.

Relativamente à estrutura física, importa referir que aquando da realização do EF este serviço encontrava-se num processo de profunda remodelação mantendo-se em funcionamento de forma parcialmente adaptada, com 4 camas alocadas ao espaço físico original e 4 camas alocadas a uma unidade ajustada provisoriamente até ao momento da

conclusão da edificação da estrutura física do futuro serviço. Toda esta reestruturação visa dar resposta aos objetivos delineados por parte do Governo Português no que concerne ao número de camas destinadas a doentes críticos nesta região do país (MS, 2017).

Reportando-nos à estrutura encontrada, em termos nacionais este SMI foi recentemente anexado ao eixo de referenciação do Centro Hospitalar do Algarve com a justificativa de menores tempos de acessibilidade e de uma localização geográfica mais adequada quando comparada com o eixo de referenciação anterior (MS, 2017). Institucionalmente, recorrendo ao organograma da ULS este SMI encontra-se afeto ao Departamento de Urgência, Emergência e Anestesiologia sendo na altura composto por 8 camas de nível III (ULS, 2022b). Previa-se que num futuro próximo ao término do EF o SMI passasse a ser composto por uma nova estrutura composta por uma unidade com 10 camas de nível III e por outra unidade com 4 camas de nível II.

O SMI está localizado no terceiro piso do edifício hospitalar, estando dividido, como já referido anteriormente, em duas unidades com capacidade para 4 camas de nível III cada. Estas duas unidades encontram-se organizadas em formato de *open space* o que possibilita a monitorização dos doentes de forma contínua. Os profissionais de saúde encontram-se em permanência num centro de vigilância centralizado. Este centro permite o acesso aos dados clínicos dos doentes através de sistemas informáticos que rececionam as monitorizações hemodinâmicas e permitem aceder aos processos clínicos de forma instantânea. Este formato em sala aberta também possibilita um acesso aos doentes de forma mais rápida e eficaz, possibilitando a constatação de alterações no estado clínico do doente presencialmente (Thompson, et al., 2012; ACSS, 2013).

Para além dos espaços onde se encontram as unidades clínicas, na unidade principal existe uma sala de apoio para armazenamento de material clínico, uma área de refeições e uma sala que serve como gabinete médico e de enfermagem. Por escassez de espaço físico, algum material clínico, como são exemplo as máquinas de diálise, estão armazenados numa divisória externa ao serviço, localizada no sexto piso do edifício hospitalar. Em relação à componente administrativa e de gestão documental esta está

localizada no exterior do serviço e é comum a outro serviço de internamento, nomeadamente o Serviço de Especialidades Médicas.

Os espaços clínicos estão organizados por boxes individuais, divididas por cortinas opacas que garantem a privacidade dos doentes e que estão apetrechadas com o material clínico necessário às intervenções clínicas mais comuns. Estas boxes estão equipadas com dispositivos que possibilitam realizar a monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva do doente como são exemplo os dados relativos a eletrocardiografia, pressão arterial, capnografia, frequência respiratória e saturação periférica de O<sub>2</sub>. Para além de dispositivos de monitorização, estão acoplados a cada unidade do doente um ventilador que possibilita a execução de VMI e de ventilação mecânica não invasiva assim como um conjunto de seringas e bombas infusoras que varia consoante a necessidade de cada situação clínica. Importa ainda referir que as boxes estão equipadas com rampas de O<sub>2</sub>, ar comprimido e de aspiração.

Para além dos dispositivos afetos a cada doente, existem dispositivos móveis que podem ser anexados quando a situação clínica assim o exige, como são exemplo os dispositivos de diálise, dispositivos de monitorização através do sistema PiCCO (*Pulse Contour Cardiac Output*), ventiladores portáteis, seringas e bombas infusoras.

Os dispositivos e as monitorizações realizadas estão conectados em rede aos serviços informatizados do SMI, de modo a possibilitar o registo e a consulta instantânea dos dados clínicos relativos ao doente. Aquando da realização do EF este SMI também estava a passar por um processo de transição no que ao sistema informático diz respeito, passando do sistema clínico denominado *METAVISION* para o sistema clínico *B-ICU.Care*. Este novo sistema informático veio dar resposta à inexistente conexão que existia entre o SMI e os restantes sistemas informatizados da ULS, garantindo uma eficaz articulação com os mesmos e garantindo a modernização necessária para o futuro SMI.

O SMI ainda apresenta ao seu dispor um conjunto de dispositivos que em muito contribuem para a eficiência e qualidade dos cuidados de saúde prestados, como são exemplo um dispositivo que possibilita a realização de broncofibroscopias e o aparelho para avaliação das gasometrias.

### **1.2.2. Análise da produção e gestão de cuidados**

Como já referido neste relatório existem elementos da equipa médica em permanência no SMI, variando o seu número ao longo das 24 horas do dia. Relativamente à organização dos elementos da equipa de enfermagem, existe, para cada turno, um enfermeiro designado como responsável de turno, que fica previamente nomeado pelo enfermeiro gestor do SMI. Para além do enfermeiro responsável de turno existe um enfermeiro nomeado pelo enfermeiro gestor para gerir as necessidades de reposição de *stocks* de medicação dois dias por semana no turno da manhã, sendo que os restantes elementos ficam afetos à prestação direta de cuidados.

O período de trabalho da equipa de enfermagem é organizado em 3 turnos: turno da manhã (das 8 horas às 16 horas e 30 minutos), turno da tarde (das 16 horas às 24 horas) e turno da noite (23 horas e 30 minutos às 8 horas e 30 minutos). No turno da manhã está presente o enfermeiro gestor do SMI (apenas durante os dias úteis), 1 enfermeiro responsável de turno e 4 enfermeiros dedicados à prestação direta de cuidados, havendo nos dias dedicados à gestão de medicação um elemento extra designado para o efeito. Nos turnos da tarde e da noite o número de elementos é fixo, havendo sempre o enfermeiro responsável de turno e 4 elementos responsáveis pela prestação direta de cuidados.

O método de trabalho adotado, é o método de enfermeiro responsável, que se caracteriza pela “(...)responsabilidade individual do Enfermeiro pelas tomadas de decisão sobre os cuidados a serem prestados aos seus clientes, espelhando-se na descentralização da tomada de decisão e autorização em dirigir as ações de outros que o substituem na sua ausência.” (Silva, 2017:11). As dotações da equipa em cada turno vão ao encontro das normas defendidas pela OE, variando entre um enfermeiro para cada doente e um enfermeiro para cada dois doentes (OE, 2014). Este método individual de trabalho e de responsabilização não impossibilita, tal como verificámos ao longo do EF, a constante cooperação e entreajuda entre todos os elementos da equipa de enfermagem presente em cada turno.

O cálculo da carga de trabalho de enfermagem é realizado através da utilização do instrumento de avaliação *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28), que avalia 28 parâmetros relativos às atividades terapêuticas desenvolvidas e às características clínicas dos doentes, subdivididos em 7 categorias: atividades básicas, suporte respiratório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas (Padilha et al., 2005). Pode ser definido como:

“(…)um sistema de medida de gravidade e de carga de trabalho de enfermagem em UTI, criado em 1974 e atualizado em 1983, que tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de invasividade e tempo dispensado pela enfermagem para a realização de determinados procedimentos no doente crítico.” (Padilha et al., 2005:230).

Este cálculo da carga de trabalho é realizado no turno da noite, onde o enfermeiro responsável por cada doente faz a avaliação relativa às 24 horas anteriores, possibilitando ao enfermeiro gestor ter uma perspetiva da carga de trabalho previamente existente no SMI. Importa refletir que aliado ao caráter instável da PSC, ao seu caráter retrospectivo e à não contabilização de algumas atividades como são exemplo, cuidados à família e atividades administrativas, este sistema de avaliação apresenta validade limitada na distribuição prospetiva da carga de trabalho pelos elementos da equipa de enfermagem (Kwok et al. 2005; Padilha et al., 2005). Devido à transição do sistema clínico informático durante o período em que o EF decorreu, não foi possível realizar o levantamento das horas de trabalho de enfermagem necessárias durante esse espaço temporal.

Posto isto, são prestados cuidados a doentes com uma multiplicidade de patologias do foro médico e cirúrgico, sendo que quando é ultrapassada a sua área de competência, como são exemplo os doentes neurocríticos, os mesmos são encaminhados para serviços mais diferenciados localizados na Unidade Hospitalar de Faro. Quando a situação clínica carece de cuidados indisponíveis neste eixo de referenciação os doentes afetos a esta ULS

são encaminhados para o eixo de referência do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (ibid.).

Analisando os internamentos neste SMI durante o período compreendido entre o ano de 2020 e 2021 esta ULS disponibiliza os dados estatísticos plasmados na Tabela 1.

Tabela 1: Dados estatísticos relativos aos internamentos no SMI entre 2020 e 2021

Internamento	Doentes Saídos (D.S.)			Demora Média			Taxa de Ocupação			D.S. / Cama			Taxa de Mortalidade		
	2020	2021	Δ (%)	2020	2021	Δ (%)	2020	2021	Δ (%)	2020	2021	Δ (%)	2020	2021	Δ (%)
<b>UCIP</b>															
UCIP	218	202	-7,3%	6,06	7,16	18,2%	45,1%	56,6%	25,5%	27,25	28,86	5,9%	29,8%	27,7%	-7,0%
UCIP Covid	90	48	-46,7%	3,72	8,79	136,2%	33,9%	38,5%	13,7%	33,33	16,00	-52,0%	14,4%	37,5%	159,6%
<b>Total UCIP</b>	<b>308</b>	<b>250</b>	<b>-18,8%</b>	<b>5,38</b>	<b>7,48</b>	<b>39,0%</b>	<b>42,3%</b>	<b>51,2%</b>	<b>21,1%</b>	<b>28,79</b>	<b>25,00</b>	<b>-13,1%</b>	<b>25,3%</b>	<b>29,6%</b>	<b>16,9%</b>

Fonte: (ULS, 2022c)

Estes dados estatísticos referentes ao biénio 2020/2021 ainda têm em linha de conta os internamentos na antiga UCIP Covid, destinada aos doentes infetados com a doença COVID-19, que entretanto foi desativada devido às obras necessárias para a nova unidade. Podemos chegar à conclusão que, em média, pela unidade onde se desenrolou o EF são internados anualmente cerca de 200 doentes que apresentam um tempo de estadia média entre 6 e 7 dias e uma taxa de mortalidade a rondar os 28%, traduzindo-se ainda numa taxa de ocupação média de 50%.

Os doentes internados no SMI têm origem nos mais variados serviços da ULS, nomeadamente no Serviço de Urgência Médico Cirúrgica, outros serviços de internamento e Bloco operatório. Em algumas situações o SMI acolhe doentes oriundos de outras instituições de saúde. Relativamente aos doentes que têm alta clínica do SMI, por norma são transferidos para um outro serviço de internamento da unidade hospitalar menos diferenciado ou para outra instituição de saúde.

Ao longo do EF pudemos observar que toda a equipa multidisciplinar do SMI, para além dos cuidados prestados aos doentes internados, apresenta um conjunto de iniciativas e atividades que podem ser englobadas na produção e gestão de cuidados. O elevado número de médicos e enfermeiros que passam pelo SMI para desenvolver a sua formação especializada revela a preocupação que este serviço apresenta em termos formativos indo ao encontro das recomendações nacionais que apontam que os SMI devem “(...) realizar

formação e atualização contínua dos seus quadros e, no caso de possuir idoneidade formativa total ou parcial, de internos de formação específica de Medicina Intensiva e de outras especialidades.” (MS, 2017:8).

Relativamente aos enfermeiros é de realçar o caráter formativo que a equipa apresenta, que se traduz no contributo para a formação de outros profissionais, seja ela especializada ou não, indo ao encontro do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] onde está plasmado que:

“Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente:

- a) Organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos enfermeiros(...)” (MS, 1996:5).

Para além da formação de outros enfermeiros é de realçar que cerca de metade da equipa de enfermagem apresenta formação especializada, dez elementos possuem o grau de Mestre em Enfermagem e dois enfermeiros estão em ciclos de estudos para obter o Doutoramento em Enfermagem, revelando que no seio desta equipa existe a preocupação com a melhoria contínua dos cuidados prestados e com a constante renovação e atualização de competências tal como é preconizado pela OE nos seus estatutos nomeadamente no artigo 109º relativo à excelência do exercício da profissão onde se afirma que :

“O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:

(...)

- b) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;

(...)” (Assembleia da República [AR], 2015:8080).



Posto isto, este SMI apresentou-se como um serviço promotor do desenvolvimento das nossas competências durante o EF proporcionando um ambiente rico em conhecimentos atualizados e profissionais competentes em termos técnicos, científicos e humanos.

## **2. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**

Inserido nos objetivos específicos que estabelecemos no projeto de EF, surge a premissa da implementação de um PIP no serviço onde o mesmo se desenrolou.

Para a operacionalização de um projeto de planeamento em saúde devemos ter em consideração a identificação prévia de uma necessidade junto dos elementos que fazem parte da realidade clínica encontrada. Esta identificação da necessidade permite estabelecer uma estratégia conjunta e articulada com todos os intervenientes de maneira a possibilitar a evolução e alteração de comportamentos/atitudes/conhecimentos com o objetivo final de se potenciar uma melhoria do ambiente terapêutico e da qualidade dos cuidados prestados. Todo este processo deve ser contínuo, dinâmico e flexível, não se considerando cada etapa que o constitui como verdadeiramente concluída (Imperatori & Giraldes, 1993).

Um projeto pode ser entendido como um plano de trabalho, que se estabelece com o objetivo final de resolver ou entender um problema, tendo sempre em consideração as necessidades e as ambições dos intervenientes que o irão projetar e realizar (ibid). O trabalho de projeto pode ser identificado como uma metodologia utilizada para analisar e estudar aspetos da realidade social do modo a possibilitar a previsão e orientação do caminho a percorrer para implementar o projeto, tendo como focos principais a investigação, análise e resolução de problemas” (Ruivo et al., 2010:4).

Relativamente ao EF desenvolvido no SMI, é de salientar que este se encontra inserido no ciclo de estudos de uma especialização em Enfermagem e que o PIP a desenvolver durante este período tem o objetivo de possibilitar desenvolvimento de competências que justifiquem a capacidade de prestar cuidados especializados à PSC. Na nossa opinião é importante definir as competências do profissional de Enfermagem, do

EE e do EEEMCPSC que justificam a implementação, por parte dos mesmos, de PIP neste tipo de serviços.

Segundo o REPE a Enfermagem pode ser definida como:

“(...) a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (MS,1996:2960).

No artigo 9º do REPE estão plasmadas o conjunto de intervenções inerentes ao profissional de enfermagem, assim assume-se que os Enfermeiros: “(...) concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral(...)” e

“contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente:

(...)

c) Propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados;

(...)

g) Promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, atualização e valorização da profissão de enfermagem.” (MS, 1996:2961).

O EE apresenta nas suas competências comuns o domínio da melhoria contínua da qualidade, garantindo “(...) um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e ainda colabora na “conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional” (OE, 2019:4747).

Por sua vez o EEEMCPSC tem uma preponderância cada vez maior ao nível da implementação de projetos de intervenção promotores da qualidade dos cuidados à pessoa/família em situação crítica nas instituições de saúde a nível nacional. Esta importância é reflexo do número crescente de: doenças de início súbito; doenças crónicas que agudizam; acidentes de complexidade elevada; situações de violência urbana e de catástrofes naturais e que podem ter consequências fatais para as vítimas (OE, 2015) A implementação de projetos de melhoria da qualidade assistencial das vítimas deste tipo de situações por parte de profissionais qualificados é essencial para a melhoria do Sistema Nacional de Saúde Português (ibid.)

Reportando-nos ao EF que desenvolvemos junto da pessoa/família em situação crítica ou falência orgânica internadas num SMI, podemos afirmar que o EEEMCPSC apresenta-se como ator central no desenvolvimento de projetos de intervenção que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem neste tipo de serviços. Esta responsabilidade está inerente ao conjunto de competências que o EEEMCPSC possui, nomeadamente a que explicita que o mesmo “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” apresentando a unidade de competência onde “Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2018: 19363).

Em concordância e após a análise dos pontos previamente apresentados, com o objetivo de implementar o PIP, optámos por seguir a linha orientadora da Metodologia de Projeto. Esta metodologia possibilita ao investigador uma melhor compreensão da população onde se pretende implementar a intervenção, dirigindo a planificação da ação de modo a atingir os objetivos pretendidos. Esta metodologia confere aos projetos um carácter investigativo, produtor de conhecimento e consequentemente de práticas baseadas em evidências científicas (Ruivo et al., 2010).

A metodologia de projeto tem as características de ser uma atividade intencional que pressupõe a iniciativa e autonomia dos seus promotores e que implica a autenticidade dos problemas em que se foca e aos quais estão inerentes altos níveis de complexidade e incerteza. Os projetos são implementados ao longo do tempo e divididos em cinco fases distintas e sequenciais:

- Diagnóstico de situação;
- Planificação das atividades, meios e estratégias;
- Execução das atividades planeadas;
- Avaliação;
- Divulgação dos resultados (ibid.).

O PIP desenvolvido ao longo do EF incidiu sobre as estratégias de enfermagem promotoras da segurança na utilização de MAM em CI. Esta temática pode ser inserida na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida” e relaciona-se com a área “Autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico”, que se encontram plasmadas no documento de planeamento da UC EF.

## **2.1. Problemática: A Segurança do Doente na Utilização de Medicação de Alerta Máximo em Cuidados Intensivos**

Os enfermeiros são parte integrante da equipa multidisciplinar de saúde e têm um papel fulcral no processo de utilização de medicação, garantindo que as prescrições são administradas de forma segura e efetiva, reduzindo a probabilidade de ocorrência de danos ou lesões desnecessárias para os indivíduos alvo dos seus cuidados. Os MAM tornaram-se uma preocupação central para a prática da enfermagem, a partir do momento que foram associados a um risco mais elevado de poderem causar danos aos doentes (Cajanding, 2017).

O conceito de MAM, bastante utilizada em contexto de CI, surgiu no ano de 1998 nos Estados Unidos da América através do *Institute for Safe Medication Practices* [ISMP] que concluiu que um número reduzido de medicamentos causava a maioria dos erros com consequências graves para a saúde dos doentes. Este tipo de medicamentos passaram a ser classificados como medicamentos de alto risco ou alerta máximo e a sua lista a ser atualizada periodicamente (Mira & Martins, 2018).

Assim segundo a Organização Mundial da Saúde, os medicamentos têm o potencial necessário para provocar dano se administrados e autoadministrados de forma incorreta,

sob monitorização insuficiente, ou como resultado de um erro, acidente ou problemas de comunicação (World Health Organization [WHO], 2017).

De modo a evitar erros na utilização de medicação, os sistemas e as práticas relacionadas com a sua manipulação devem ser otimizados nas suas diversas fases: encomenda, armazenamento, prescrição, preparação, dispensa, administração e monitorização da autoadministração. Práticas inseguras relacionadas com erros de medicação são das principais causas de dano evitável nos serviços de saúde a nível mundial (ibid.).

A WHO no seu documento *Medication Errors – Technical Series on Safer Primary Care*, aponta um conjunto de fatores que podem contribuir para o erro na utilização de medicação a nível dos cuidados de saúde primários e secundários e que podem ser divididos em sete áreas:

- **Fatores associados aos profissionais de saúde:** inexperiência na aplicação dos processos terapêuticos; conhecimento insuficiente sobre a medicação a administrar e sobre o doente a quem se vai administrar a medicação; perceção inadequada dos riscos aquando da administração da medicação; excessiva carga de trabalho e fadiga; problemas de saúde físicos e mentais; falhas de comunicação entre os profissionais e com as pessoas alvo dos seus cuidados;
- **Fatores associados aos doentes:** características dos doentes (personalidade, literacia, barreiras linguísticas); complexidade do caso clínico com a existência de múltiplas comorbilidades, polimedicação; utilização de MAM;
- **Fatores associados ao ambiente de trabalho:** volume de trabalho excessivo e pressão para cumprir tempos terapêuticos; distrações e interrupções na utilização da medicação; insuficiente standardização de protocolos e procedimentos; recursos físicos insuficientes; fatores relacionados com o meio ambiente (iluminação, temperatura, ventilação, etc.);
- **Fatores associados à medicação:** designação dos medicamentos; rotulagens e embalagens que podem levar ao erro;
- **Fatores associados às tarefas:** sistemas repetitivos de pedido, processamento e autorização que podem levar ao erro por omissão; escassa monitorização do doente;

- **Fatores associados aos sistemas eletrónicos:** dificuldade em realizar as primeiras prescrições (lista de medicamentos, doses, alertas, etc.); dificuldade em gerar a repetição de prescrições eletrónicas; registos insuficientes sobre o historial do doente; design das aplicações eletrónicas inadequado que podem potenciar o erro humano;
- **Fatores associados à ligação entre os cuidados de saúde primários e secundários:** défice de comunicação entre os dois níveis de cuidados; escassez de justificação para as recomendações das atitudes terapêuticas adotadas nos cuidados de saúde secundários (WHO, 2016).

No ano de 2017, a WHO deu início ao terceiro Desafio Global de Segurança do Doente com o tema “Medicação Segura”. Esta iniciativa tem como objetivo induzir um processo de mudança para reduzir os danos causados aos doentes resultantes de práticas inseguras na utilização de medicamentos (WHO, 2017).

A nível nacional e integrado na Estratégia para a Qualidade da Saúde, surgiu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes para o período compreendido entre os anos 2015 e 2020, onde se pretendeu implementar um conjunto de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação assim como de ações dirigidas a problemas específicos, com o objetivo final de melhorar a segurança dos cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, num processo integrado e contínuo de melhoria da qualidade do Serviço Nacional de Saúde. Este Plano Nacional para a Segurança dos Doentes era composto por nove objetivos estratégicos, onde se incluiu o aumento da segurança na utilização de medicação (MS, 2015).

Relativamente ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes a implementar para o período compreendido entre os anos 2021 e 2026, o mesmo é composto por 5 pilares estratégicos, de onde destacamos o Pilar 1: Cultura de segurança, o Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e o Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros, que se encontram intimamente correlacionados com utilização segura de medicação (MS, 2021)

Considera-se que é responsabilidade de cada instituição e serviço de saúde entender que tipo de MAM são mais comuns na sua prática clínica, construindo um mapa de risco,

otimizando recursos e estabelecendo prioridades na prevenção do erro e controlo da utilização deste tipo de fármacos (Pérez-Ricart et al., 2019).

As *guidelines* do ISMP serviram de base para o desenvolvimento de normas a nível nacional, nomeadamente da norma 14/2015 da DGS, onde são explanadas as indicações e recomendações a seguir por parte das instituições de saúde em Portugal. Estas *guidelines* permitem a implementação de práticas clínicas seguras no que diz respeito à utilização de MAM por parte dos profissionais de saúde com o objetivo final de reduzir a possibilidade de ocorrência de erros, tornar os erros visíveis e minimizar as suas consequências. Esta norma promove e incita à elaboração da lista de MAM existente a nível institucional assim como à sua divulgação junto de todos os profissionais, devendo esta lista ser atualizada, pelo menos, anualmente. Deve ainda proceder-se à parametrização de alertas nas aplicações informáticas, estabelecer-se procedimentos específicos para classes de medicamentos ou medicamentos específicos e limitar o número de apresentações e de concentrações (DGS, 2015).

No que diz respeito aos SMI, vários estudos estimam que os erros com a utilização de medicação correspondem a 78% dos erros terapêuticos experienciados por doentes internados neste contexto, estimando-se ainda que cada doente sofre em média 1,75 erros de medicação por dia durante o seu internamento. Para além dos diversos fatores potenciadores do erro na utilização de medicação descritos pela WHO, a complexidade do quadro clínico dos doentes, o elevado número de medicações administradas (cerca do dobro, quando comparado com outros serviços de internamento), a mudança frequente de prescrições, a constante necessidade de ajustar dosagens e as possíveis interações/incompatibilidades medicamentosas exponenciam a probabilidade de ocorrência de erros com consequências graves para os doentes neste tipo de serviços (Di Muzio et al., 2016).

Posto isto, e sabendo que existe uma grande incidência de erros com MAM em SMI, torna-se essencial o desenvolvimento de estratégias promotoras da segurança na atuação dos enfermeiros aquando da utilização dos mesmos, de maneira a promover cuidados de enfermagem mais seguros, efetivos e de qualidade.



## **2.2. Enquadramento Conceptual e Teórico**

O EE “...alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019:4749).

Por outro lado a atuação do EEEMCPSC junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica exige “(...) 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”(OE, 2018:19363). Esta observação, colheita e procura contínua de dados deve respeitar as *guidelines* e evidências científicas mais atuais e que comprovem que os cuidados de enfermagem se apresentam como eficazes, eficientes e seguros.

A evidência a utilizar face a cada problemática deve ser adaptada por parte do enfermeiro, cabendo ao mesmo estar ativamente envolvido na procura, avaliação e aplicação de investigação relevante, nunca esquecendo a realidade encontrada e a articulação de cuidados na perspetiva da pessoa/família alvo dos seus cuidados (International Council of Nurses [ICN], 2012a).

Para o desenvolvimento do PIP e com o objetivo de adoptar as estratégias de enfermagem que promovam a utilização segura de MAM no SMI onde decorreu o EF foi essencial a investigação, análise e avaliação da evidência científica disponível, de modo a facultar confiabilidade e rigor à nossa intervenção. Em suma, na execução do PIP foi adoptada a Prática Baseada em Evidência [PBE] que pode ser definida como “um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto de cuidar” (ICN, 2012a:10)

Como referencial teórico para o PIP e para o processo de desenvolvimento de competências, foi selecionado o MMPBE, de Larrabee, que irá ser explanado ao longo

desde capítulo. Acreditamos, igualmente, que deve ser realizada uma referência às temáticas de qualidade em saúde e segurança do doente, pois estas apresentam-se como fundamentais para a linha de investigação adotada, estando intimamente relacionadas com a utilização segura de MAM em contexto de SMI.

### **2.2.1. Modelo para a mudança da prática baseada em evidências**

Podemos afirmar que a Enfermagem se apresenta como uma profissão de carácter científico que se tem desenvolvido acentuadamente ao longo dos últimos anos em termos da sua relevância e complexidade. Porém, apesar deste desenvolvimento, é de salientar que uma grande parte dos enfermeiros ainda olham para as componentes teóricas e práticas da profissão como duas realidades distintas, acreditando que os referenciais teóricos são irrelevantes para a sua prática clínica (Ribeiro et al., 2018).

Um modelo teórico de enfermagem pode ser definido como uma imagem ou representação do que a enfermagem é na realidade, representando a verdadeira mercadoria que é fornecida ao doente (Pearson et al., 2005). É de referir que nem todas as conceções podem ser consideradas modelos conceptuais, pois, apesar de cada enfermeiro apresentar uma definição própria do serviço que presta, não se pode inferir que o mesmo tenha elaborado um modelo conceptual (ibid.). É na sequência desta multiplicidade de linhas de pensamento intrínseca aos cuidados enfermagem que surge a necessidade de clarificar a especificidade dos desempenhos profissionais, elaborando modelos conceptuais para a profissão, de modo que os mesmos sirvam de guia à prática, à formação, à investigação e à gestão dos cuidados (ibid.).

O PIP ao incidir sobre a utilização segura de MAM em CI, encontra-se inserido nas áreas de intervenção da qualidade em saúde e segurança do doente e partiu do pressuposto de encontrar a evidência científica mais atual relativamente a esta área dos cuidados de enfermagem. Esta abordagem teve um papel essencial no sentido de elaborar um PIP mais pertinente e sustentado junto dos elementos da equipa de enfermagem do SMI, possibilitando que os mesmos o acolhessem e efetivassem de uma forma mais facilitada.

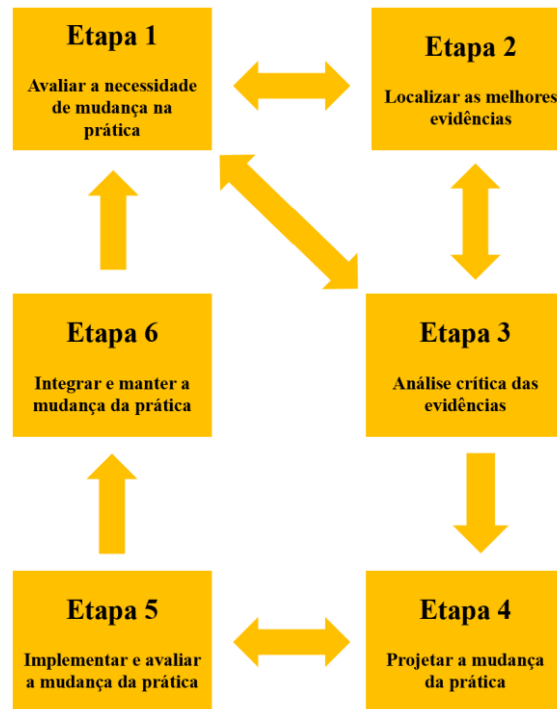
Para operacionalizar o PIP recorreremos ao MMPBE de Larrabee. Este modelo teórico surgiu no início do século XXI e tem vindo a ser reformulado e adaptado às necessidades e pretensões que os profissionais de enfermagem começaram a apresentar (Larrabee, 2011).

O MMPBE veio dar resposta à necessidade dos profissionais de saúde se adaptarem às mudanças que ocorreram no final do século XX ao nível dos sistemas de saúde a nível mundial, onde começou a existir uma maior preocupação em fornecer cuidados de saúde inovadores, seguros e de qualidade. Este modelo procurou que essa evolução de cuidados não fosse apenas baseada na experiência anterior dos profissionais, no seu raciocínio fisiopatológico, nas suas opiniões pessoais e nas opiniões dos seus pares mas também na pesquisa científica da evidência contextualmente relevante que permita aos mesmos questionar as suas práticas e encontrar alternativas com efetividade terapêutica superior (Rosswurm & Larrabee, 1999).

A realização de estudos científicos na área dos cuidados de saúde apresenta-se como o gatilho para a mudança de paradigma de práticas baseadas em intuições e tradições para uma prática baseada em evidências cientificamente comprovadas. O MMPBE é derivado de modelos de pesquisa de literatura teórica, modelos de utilização da pesquisa e modelos de mudança. Os criadores pretendem orientar todo processo de pesquisa científica efetuado por profissionais de saúde e diminuir as lacunas entre os resultados que os mesmos encontram e a sua aplicabilidade na prática. Este modelo pode ser aplicado nas mais variadas áreas dos cuidados de saúde e divide-se em seis passos que vão desde a avaliação da necessidade de mudança e termina na integração de protocolos de atuação baseados em evidências (ibid.).

Após a sua teorização, este modelo foi testado pelos seus autores originais e aplicado em vários contextos clínicos. Com base nesta experimentação Larrabee procedeu à sua revisão e reestruturação em 2011, mantendo o modelo baseado em seis etapas que, apesar de se apresentarem com um carácter progressivo, podem não ser seguidas de forma linear (Larrabee, 2011). Este modelo encontra-se esquematizado na Figura 2.

Figura 2: Esquema do Modelo para Mudança da Prática Baseada em Evidências



Fonte: (Adaptado de Larrabee,2011:22)

Segundo Larrabee, 2011 o MMPBE apresenta-se como um promotor eficaz do processo de mudança de práticas, exigindo, aos profissionais de saúde que o aplicam, competências na área da operacionalização de procedimentos de mudança, podendo cada uma das etapas deste modelo ser resumida da seguinte maneira:

- **Etapa 1: Avaliar a necessidade de mudança para a prática** – Identificar e envolver as partes interessadas na resolução do problema; recolher informação sobre a prática atualmente utilizada e compará-la com os dados externos de maneira a perceber se existe a necessidade de mudança; identificar o problema e correlacioná-lo com as intervenções a desenvolver e os resultados esperados. Nesta fase é sugerido o recurso a estratégias de trabalho em equipa como são exemplo o *brainstorming* e a votação. Deve ser utilizado um instrumento de colheita de dados e aplicadas ferramentas de tratamento estatístico.
- **Etapa 2: Localizar as melhores evidências** – Identificar os tipos e as fontes de evidência; rever os conceitos de pesquisa; planear e conduzir a pesquisa. Nesta fase devem ser seleccionados os instrumentos de avaliação crítica para os diversos tipos de

estudos encontrados na pesquisa. Também devem ser aplicados instrumentos para organização dos dados obtidos (ex. tabelas, matrizes).

- **Etapa 3: Análise crítica das evidências** – Avaliar criticamente a força das evidências; resumir a melhor evidência e avaliar a viabilidade, benefícios e riscos da nova prática. Nesta fase devem ser preenchidos os formulários de avaliação crítica previamente selecionados.
- **Etapa 4: Projetar a mudança da prática** – Definir a proposta de mudança; identificar os recursos necessários e projetar o plano de implementação da mudança. Alguns instrumentos promotores de mudança podem ser utilizados nesta fase (ex. sessões educacionais; utilização de membros líderes de mudança e de opinião; auditorias).
- **Etapa 5: Implementar e avaliar a mudança da prática** – Implementar o plano de intervenção definido e avaliar o processo, resultados e custos de maneira a desenvolver recomendações e conclusões.
- **Etapa 6: Integrar e manter a mudança da prática** – Nesta última fase devem ser comunicadas as mudanças recomendadas aos agentes interessados. A nova prática deve ser integrada como prática *standard*, devendo todo o processo ser monitorizado e os resultados avaliados e disseminados.

Após a análise do esquema do MMPBE e das suas etapas, podemos concluir que o mesmo pode ser considerado não linear, uma vez que nas etapas que apresentam setas bidirecionais podem existir atividades interdependentes (ex. na etapa 3 o investigador, após análise crítica dos estudos encontrados, chega à conclusão de que a evidência previamente encontrada é fraca, deve retornar à etapa 2 e encontrar evidência adicional) (Larrabee, 2011).

De modo a avaliar o MMPBE recorreremos aos critérios de avaliação de Teorias de Enfermagem desenvolvido por Jaqueline Fawcett no ano de 2005. Esta autora avalia os modelos teóricos de enfermagem relativamente à sua significância, consistência interna, parcimónia, adequação pragmática e testabilidade (Fawcett, 2005).

Posto isto, o MMPBE quanto à sua:

- **Significância** - Consideramos que este modelo apresenta significância, uma vez que se apresenta como linha orientadora para a mudança de práticas clínicas que permitam melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes. Esta mudança é sustentada em investigação científica e consequentemente em PBE, o que confere à autora desta teoria um grande relevo e reconhecimento no seio da comunidade científica.
- **Consistência Interna** - Na nossa opinião este modelo apresenta-se congruente entre o contexto e o conteúdo que apresenta, com conceitos claros e consistentes quanto ao seu significado. Não encontramos contradições estruturais, quanto às suas proposições.
- **Parcimónia** - O conteúdo e todas as etapas deste modelo é declarado de forma clara e concisa sendo apresentado o esquema de todas as etapas, a sua articulação assim como o seu resumo de forma simples e objetiva.
- **Adequação pragmática** - Apesar de ser um modelo que requer alguma prática e experiência para a sua operacionalização, consideramos que o mesmo não necessita de nenhuma habilidade especial, por parte dos enfermeiros, para ser implementado. É uma das teorias mais aplicadas na prática clínica dos enfermeiros, sendo possível de se aplicar com relativa facilidade. Consideramos que apresenta benefícios comprovados para o conhecimento em Enfermagem, sendo que os seus resultados são passíveis de ser avaliados, comprovando se o modelo aplicado é eficaz ou não.
- **Testabilidade** – Apresenta-se como um dos modelos mais testadas na produção de conhecimento em Enfermagem, revelando uma significativa utilidade para toda a comunidade científica na área da saúde (Fawcett, 2005; Larrabee, 2011).

### **2.2.2. Qualidade em saúde e a segurança dos cuidados de enfermagem**

Em sociedades cada vez mais globalizadas e com cidadãos mais instruídos e informados sobre os seus direitos e deveres, a procura contínua da melhoria da qualidade é um desígnio e preocupação de organizações que prestam serviços às populações. O conceito de qualidade tem vindo a sofrer mutações ao longo da história, sendo que no

início do século XX estava muito associado à procura de defeitos num determinado produto ou serviço e atualmente centra-se na procura da satisfação das necessidades que os clientes apresentam, com os pressupostos de melhoria contínua, garantia e controlo de ações ou produtos (Silva & Saraiva, 2012).

A qualidade em saúde tem vindo a ser um dos principais focos de atuação das entidades responsáveis pela prestação de cuidados de saúde às populações nos últimos anos. A WHO no seu guia *Quality of Care – A Process for Making Strategic Choices in Health System*, onde pretende orientar os países para a definição de estratégias de aumento de qualidade na saúde, refere-se à qualidade na saúde como a prestação de um serviço que incorpora profissionais de saúde com elevado nível de excelência, onde existe um risco mínimo e onde se tem como desígnio principal ganhos na saúde dos utentes e utilização eficaz dos recursos disponíveis (WHO, 2006).

Segundo a WHO a qualidade na saúde é multidimensional e exige um respeito e otimização de seis princípios basilares que permitem o atingir de uma prestação de serviços de saúde de qualidade, tal como está esquematizado na Figura 3.

Figura 3: Princípios Basilares da Qualidade em Saúde segundo a WHO



Fonte: (WHO, 2006)

Tendo como princípio orientador o documento formulado pela WHO, em Portugal têm vindo a ser desenvolvidos programas que visam a melhoria da qualidade dos cuidados na saúde. Durante o período de 2009-2014 o governo português, através do MS, implementou uma estratégia nacional para a qualidade na saúde, que trouxe um contributo

significativo para o incremento de políticas de melhoria na saúde em Portugal. O sucesso deste programa assim como a elaboração de novas estratégias e guias orientadores a nível mundial, europeu e nacional fizeram com que o mesmo fosse prolongado por mais cinco anos, sendo que toma particular importância o relatório realizado pela Fundação Calouste Gulbenkian, *Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar*, que serviu como promotor e guia da estratégia nacional para a qualidade na saúde para o período que compreendeu os anos de 2015 a 2020 (MS, 2015).

A evolução das ciências biomédicas e a compreensão cada vez maior dos métodos a aplicar para melhorar a qualidade em saúde, trazem novas oportunidades de melhoria contínua dos cuidados a prestar às populações (Crisp, et al., 2014).

Na Lei de Bases de Saúde, mais concretamente na Base 2 é visado o direito das pessoas a aceder a “cuidados de saúde adequados (...) seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde” (AR, 2019:56).

No caso dos enfermeiros, o Código de Deontológico dos Enfermeiros [CDE], na alínea a), do artigo 97.º, dos deveres em geral, afirma que os enfermeiros estão obrigados a “exercer a profissão(...) com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (AR, 2015:8078). O mesmo CDE, na alínea c), do artigo 100.º, remete para o dever dos enfermeiros em “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...)” (AR, 2015:8079). No CDE está plasmado que os mesmos têm inerente à sua prática a responsabilidade de cuidados de qualidade e seguros.

Segundo o *Institute of Medicine*, uma componente crítica da qualidade dos cuidados de saúde é a segurança do doente, sendo que alguns autores afirmam que existe uma relação de complementaridade entre os dois conceitos (Institute of Medicine, 2007)).

O ambiente organizacional dos sistemas de saúde está sujeito a riscos e é predisposto a erros e eventos adversos, constituindo-se como um problema de saúde pública importante (DGS, 2011). A Classificação Internacional sobre Segurança do Doente,



define Risco como a “probabilidade de ocorrência de um incidente” e define incidente como “eventos, processos, práticas ou resultados que são dignos de nota em virtude dos perigos que criam para o doente ou os danos que provocam” (DGS, 2011:125).

Reconhecendo que existem riscos associados à prestação de cuidados de saúde, importa conhecê-los para os anular ou mitigar (Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, 2010). Posto isto, surge uma área do conhecimento em saúde denominada Gestão de Risco, que se pode resumir como “atividades clínicas, administrativas e de produção que as organizações empreendem para identificar, avaliar e reduzir o risco de dano para o doente, funcionários e visitantes e o risco de perda para a própria organização” (DGS, 2011:123).

A preocupação com a Gestão do Risco nos hospitais portugueses, teve o seu início no final dos anos 90, com a adesão a projetos voluntários de melhoria da qualidade em saúde, conduzidos pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems (ex-King's Fund)* e *Joint Commission International* (Ramos & Trindade, 2011). A Gestão do Risco, é uma responsabilidade coletiva, pois todos os intervenientes têm de alguma forma contributos a dar na prevenção de incidentes e na promoção da segurança. Baseia-se numa metodologia pró-ativa de identificação e avaliação do risco da ocorrência de acontecimentos indesejáveis e não esperados nas atividades de saúde, concebendo estratégias e ações preventivas para os reduzir e idealmente eliminar. Programas de Gestão de Risco assentam num sistema de relato de incidentes, identificação e avaliação do risco, monitorização de indicadores de segurança do doente e auditorias como instrumentos de melhoria contínua (ibid.).

A complexidade dos sistemas de saúde e o aumento da consciencialização dos danos associados aos cuidados de saúde prestados resultou no surgimento do conceito de Segurança do Doente na área dos Cuidados de Saúde (DGS, 2011). Este conceito pode ser definido como a “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (DGS, 2011:14).

Esta problemática levou a WHO a criar a *World Alliance for Patient Safety*, com o objetivo de promover práticas de segurança do doente a nível global, facilitando o apoio aos estados-membros e estabelecendo os *Global Patient Safety Challenges* que identificam os desafios com maior peso e risco na segurança do doente (WHO, 2020)

O custo mais significativo dos eventos adversos em saúde é o humano. Doentes que experimentam um evento adverso têm 4 a 7 vezes maior probabilidade de morte do que aqueles que não o sofrem (Institute of Medicine, 2007). O erro de medicação é um dos efeitos adversos que mais frequentemente provoca morbidade e morte evitável em hospitais (Elliot & Liu, 2010), estimando-se que mais de 1,5 milhões de Norte Americanos sofrem danos de saúde todos os anos devido a erros de medicação e que um doente típico está sujeito, em média, a um erro de administração de medicação por dia (Institute of Medicine, 2007). Em termos de mortalidade, estudos apontam que nos Estados Unidos da América morrem anualmente entre 44.000 a 98.000 doentes devido a erros clínicos (Carneiro, 2010). A segurança do doente encontra-se em risco devido a erros de medicação, estimando-se que 50% de todos os casos de medicação confundida é devido ao baixo desempenho dos profissionais de saúde. (Schnoor et al., 2015). A administração de medicamentos é uma das áreas de intervenção de enfermagem que maior risco poderá acarretar (Elliot & Liu, 2010).

Os enfermeiros trabalham de perto com os doentes, usando o conhecimento e raciocínio clínico para avaliar e intervir na utilização segura de medicamentos, antes, durante e após a administração (ibid.). O erro humano nunca poderá ser totalmente eliminado, no entanto as condições que o favorecem podem ser minimizadas tornando esta atividade mais segura, sendo essencial conhecer os seus fatores precipitantes para se atingir uma intervenção mais segura e eficaz por parte de todos os profissionais de saúde (ibid.)

### **2.2.3. Estratégias de enfermagem promotoras da segurança na utilização de medicamentos de alerta máximo em cuidados intensivos**

Tendo em consideração a problemática apresentada, o seu enquadramento e o MMPBE procedemos à realização de uma Revisão Sistemática da Literatura [RSL] de maneira a encontrar a evidência científica mais atual a sustentar o PIP. Esta RSL deu origem a um artigo científico cujo resumo é apresentado no Apêndice II.

Ao realizar esta RSL, tivemos como principal objetivo encontrar a evidência científica mais atual no que concerne às estratégias de enfermagem promotoras da segurança na utilização de MAM em contexto de CI. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos foram incluídos nesta RSL 8 artigos científicos.

As estratégias de enfermagem promotoras da utilização segura de MAM em contexto de CI encontradas nesta RSL vão ao encontro das *guidelines* preconizadas pela WHO, ISMP e DGS e podem ser divididas em duas áreas de atuação distintas:

- Influência que os conhecimentos, comportamentos, atitudes e crenças dos enfermeiros têm na segurança da utilização de MAM em CI;
- Uniformização e padronização dos procedimentos de enfermagem aquando da utilização de MAM em CI, com o objetivo de minimizar os erros que a subjetividade dos cuidados de enfermagem, por vezes, acarreta.

A importância dos saberes teóricos dos enfermeiros aquando da utilização de MAM é comprovada por vários estudos que concluem que enfermeiros com uma formação académica superior apresentam um conhecimento mais adequado sobre a utilização de MAM (Di Muzio et al., 2016). Estes dados demonstram que a preparação teórica é essencial para os enfermeiros se tornarem competentes e seguros na prestação de cuidados. Os achados de alguns estudos desta RSL, onde existe uma elevada taxa de desrespeito dos alertas de dose errada das bombas de infusão por parte dos enfermeiros, também comprovam que a segurança na utilização deste tipo de medicação está

intimamente relacionada com o nível de conhecimento, atitudes e crenças que os mesmos apresentam.

Por outro lado, o estudo e a tentativa de uniformização da atuação dos enfermeiros que manipulam MAM em CI toma particular importância na medida em que estes se apresentam como a última barreira protetora entre os cuidados de saúde, os doentes e o erro com medicamentos (Di Simone et al., 2016). É essencial que os enfermeiros apresentem uma atuação uniforme e em concordância com as *guidelines* atuais, o que aliado a um elevado conhecimento farmacológico sobre MAM promove uma administração segura de fármacos, uma avaliação rigorosa dos seus efeitos sobre o estado clínico do doente e uma melhor gestão terapêutica de acordo com a complexidade e mudança de necessidades que os doentes em contexto de CI frequentemente apresentam (Kendall-Gallagher & Blegen, 2009).

Em termos de recursos tecnológicos o ISMP e a WHO aconselham a introdução das novas tecnologias na promoção da utilização segura de fármacos e no incremento da sua efetividade. Alguns exemplos destes recursos tecnológicos são as bombas de infusão inteligentes e os sistemas clínicos informatizados descritos nesta RSL (ISMP, 2018; WHO, 2016).

As estratégias encontradas nesta RSL demonstram potencial para melhorar a segurança da utilização de MAM em CI, sendo que futuros estudos com evidência científica superior são necessários para comprovar a sua efetividade. Na Tabela 2 encontram-se explanadas as estratégias encontradas.

Tabela 2: Estratégias de Enfermagem promotoras da utilização segura de MAM encontradas na RSL

**Conhecimentos, Comportamentos, Atitudes e Crenças dos Enfermeiros**

- Respeitar os alertas de dose errada fornecidos pelas bombas de infusão inteligentes.

**Uniformização e padronização dos procedimentos**

- Dupla verificação independente;
- Estabelecimento de protocolos terapêuticos;
- Supervisão Clínica;
- Evitar a interrupção e distração dos enfermeiros que utilizam MAM;
- Implementação de zonas livres de distração para os enfermeiros que utilizam MAM;
- Implementação de sistemas clínicos informatizados.

Fonte: Elaboração própria

A implementação destas estratégias esbarra em fatores como o elevado volume de trabalho, a escassez de recursos humanos e físicos e no crescimento exponencial da complexidade dos cuidados de enfermagem em CI, impossibilitando, por vezes, a sua implementação de forma efetiva (Flynn et al., 2016).

### **2.3. Diagnóstico de Situação**

Após a RSL sobre a temática em que focámos o nosso interesse, procedemos à primeira etapa da Metodologia de Projeto denominada de Diagnóstico de Situação que “(...) visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo et al., 2010:10). Esta etapa da Metodologia de Projeto vai ao encontro da primeira etapa do MMPBE de Larrabee, onde se pressupõe que se avalie a necessidade de mudança para a prática.

Esta etapa inicial apresenta-se como um processo dinâmico, contínuo e passível de atualização, facultando justificação para todas as intervenções realizadas ao longo do projeto de intervenção (Ruivo et al., 2010). No contexto do MMPBE podemos concluir

que tal como o modelo sugere, este é dinâmico, sendo que partimos inicialmente das etapas denominadas por 2 e 3, onde procurámos a evidência científica disponível e procedemos à sua avaliação crítica. Só após esta avaliação procedemos à aferição da necessidade de mudança para a prática plasmada na etapa 1. É de referir que nesta etapa podem e devem ser utilizadas ferramentas de colheita de dados da população estudada, utilizando ferramentas estatísticas para auxiliar a sua análise (Larrabee, 2011).

Indo ao encontro desta primeira etapa, logo nas primeiras semanas do EF procedemos a entrevista exploratória não estruturada junto do enfermeiro orientador do EF e do enfermeiro chefe do SMI de modo a perceber as necessidades formativas do serviço assim como quais as áreas de interesse de ambos. Paralelamente procedemos à exploração junto dos elementos da equipa de enfermagem, de maneira a perceber quais as áreas que identificavam como prioritárias de intervenção. Também foi efetuada uma consulta das normas clínicas e projetos de melhoria da qualidade instituídos no SMI.

Posto isto, e partindo do princípio de que a segurança na utilização de MAM se apresentou desde o início como uma temática também do nosso interesse para implementar o PIP, verificou-se que existia uma necessidade de formação sobre a mesma no seio de toda a equipa de enfermagem, não existindo qualquer projeto ou protocolo em vigor sobre esta temática.

De maneira a analisar o potencial para implementar um PIP sobre a temática da utilização segura de MAM neste SMI decidimos proceder a uma análise *SWOT*. Este instrumento de análise pretende identificar os fatores promotores e dificultadores da implementação deste projeto de intervenção em saúde. Dentro dos fatores promotores estão incluídas as forças relacionadas com as características internas do serviço, assim como as oportunidades que são exógenas ao mesmo. Relativamente aos fatores dificultadores aplica-se o mesmo princípio, uma vez que são identificadas as fraquezas internas do serviço, assim como as ameaças externas que podem servir como entrave a topo o processo (Ruivo et al., 2010).

Esta análise, permitiu uma consciencialização do potencial de implementação do PIP. A análise *SWOT* encontra-se plasmada na Tabela 3.

Tabela 3: Análise SWOT

	<b>Fatores Positivos</b>	<b>Fatores Negativos</b>
<b>Fatores Internos</b>	<p><b>S (Forças)</b></p> <p>Chefia de enfermagem motivada para projetos de melhoria da qualidade e segurança;</p> <p>Equipa de enfermagem com experiência na utilização de MAM;</p> <p>Importância e relevância da MAM em CI;</p> <p>Necessidade de atualização de <i>Guidelines</i> e protocolos no serviço;</p> <p>Adequação do tema aos projetos de qualidade preconizados para o serviço.</p>	<p><b>W (Fraquezas)</b></p> <p>Escassez de tempo para realização de projetos de intervenção no serviço;</p> <p>Fraca adesão e motivação de alguns elementos da equipa de enfermagem;</p> <p>Recursos humanos limitados que impossibilitam a realização de sessões de formação em número e tempo adequados.</p>
<b>Fatores Externos</b>	<p><b>O (Oportunidades)</b></p> <p>Melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados;</p> <p>Estrutura organizacional da ULS que possibilita a implementação de novos protocolos;</p> <p>Possibilidade de implementação de sessões de formação através das novas tecnologias, nomeadamente através da disponibilização da mesma a toda a equipa de enfermagem em formato digital.</p>	<p><b>T (Ameaças)</b></p> <p>Contexto social pandémico em que o EF decorreu;</p> <p>Falta de incentivos institucionais para a formação contínua.</p>

Fonte: Elaboração própria

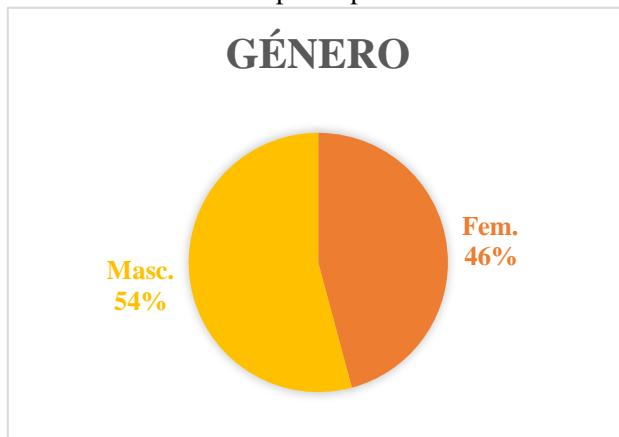
Após a análise SWOT procedemos à elaboração e aplicação de um instrumento de colheita de dados, nomeadamente um questionário, com os objetivos de realizar a caracterização sociodemográfica e profissional da equipa de enfermagem deste SMI e aferir a perceção que a mesma apresentava relativamente à pertinência do PIP proposto (Apêndice III).

Como já referido neste relatório, a equipa de enfermagem deste SMI é constituída por 24 elementos, sendo que a sua totalidade aceitou responder ao questionário e por consequência participar no PIP.

É importante referir que “(...)a participação no projeto pressupõe o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos” (Nunes, 2013: 10). Posto isto foi facultado a todos os elementos da equipa de enfermagem do SMI que aceitaram participar no PIP, um consentimento informado e esclarecido em formato papel que foi assinado por todos os participantes (Apêndice IV). Os dados obtidos através da aplicação do questionário foram sujeitos a tratamento e análise estatística quantitativa com recurso ao programa informático *Microsoft Excel*®.

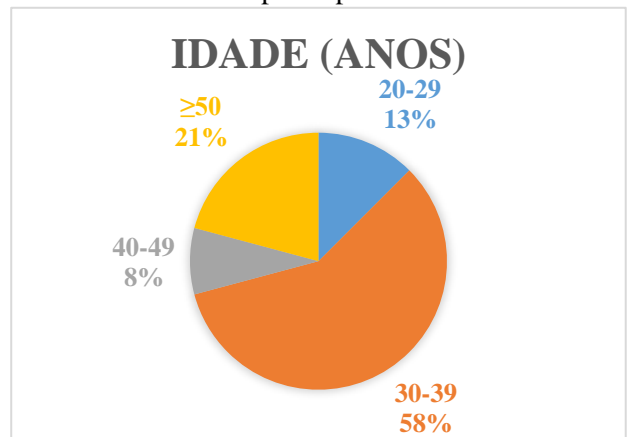
O questionário aplicado dividiu-se em duas partes distintas, a primeira relativa à caracterização sociodemográfica e profissional e a segunda relativa à aferição da pertinência do PIP. Relativamente à caracterização sociodemográfica e profissional o questionário revelou os dados apresentados no Gráfico 1; Gráfico 2; Gráfico 3 e Gráfico 4.

Gráfico 1: Género dos participantes



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 2: Idade dos participantes



Fonte: Elaboração própria

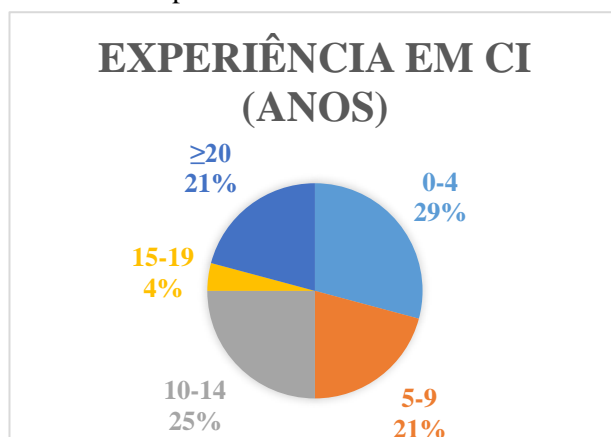


Gráfico 3: Tempo de experiência profissional



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 4: Experiência em CI

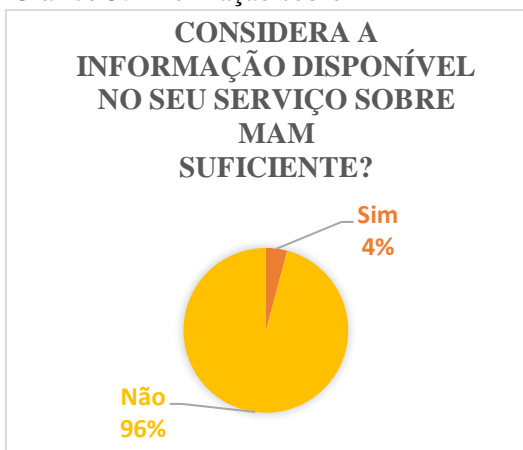


Fonte: Elaboração própria

Relativamente à formação académica, 10 elementos não apresentam qualquer especialização, 1 é especialista em Enfermagem Comunitária, 5 em Enfermagem de Reabilitação e 4 em EMC na vertente da PSC. É de salientar que 5 elementos possuem o grau de Mestre em Enfermagem.

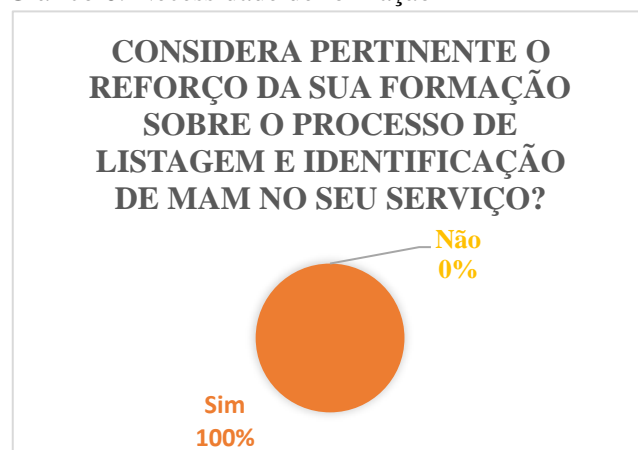
No que concerne à segunda parte do questionário, que tinha como objetivo aferir a pertinência da intervenção na perspetiva dos participantes no PIP, verificámos que esta temática foi considerada pertinente por parte dos elementos da equipa de enfermagem do SMI e que os mesmos não cumpriam algumas indicações sugeridas pelas *guidelines* da DGS, nomeadamente pela Norma nº 14/2015. Os dados recolhidos podem ser consultados no Gráfico 5; Gráfico 6; Gráfico 7 e Gráfico 8.

Gráfico 5: Informação sobre MAM



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 6: Necessidade de formação I



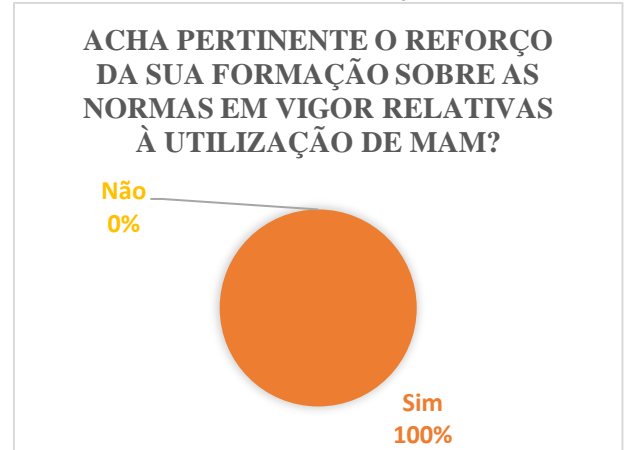
Fonte: Elaboração própria

Gráfico 7: Dupla Verificação



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 8: Necessidade de formação II



Fonte: Elaboração própria

Paralelamente à colheita de dados efetuada através dos questionários, verificámos, durante a prática clínica, o elevado número de MAM utilizada no SMI e as necessidades que toda a equipa de enfermagem do SMI apresentava nesta área dos cuidados assim como o desconhecimento e não cumprimento de diretrizes de atuação preconizadas pela DGS, nomeadamente pela Norma nº14/2015. Considerámos que seria interessante quantificar os erros com MAM que os doentes internados neste SMI eram sujeitos durante o seu internamento, no entanto não foi possível encontrar um instrumento de colheita de dados que tornasse esta tarefa exequível.

Com a colheita de dados efetuada e tendo em consideração a importância, já mencionada neste relatório, da utilização segura de MAM nos doentes internados em CI determinámos como problemas:

1. Défice de conhecimentos sobre MAM;
2. Défice de conhecimentos sobre as boas práticas preconizadas pela DGS aquando de utilização de MAM, nomeadamente da Norma nº14/2015;
3. Inexistência de protocolo de atuação na utilização de MAM no SMI;
4. Inexistência da listagem atualizada de MAM existente no SMI;
5. Inexistência de formação regular sobre MAM;
6. Défice de conhecimentos sobre as normas de identificação e armazenamento adotadas pela ULS.

A constatação dos problemas e necessidades encontradas, possibilitou-nos estabelecer os objetivos do PIP.

## **2.4. Definição de Objetivos**

Após o Diagnóstico de Situação surge a segunda etapa da Metodologia de Projeto que se denomina por Definição de Objetivos. No âmbito da Metodologia de Projeto os objetivos podem ser definidos como “...representações antecipadoras centradas na ação “a realizar”, ou seja, a determinação dos objetivos finais embora não seja sempre uma condição prévia temporal é irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projetos de ação” (Ruivo et al., 2010:18).

Os objetivos devem ser definidos consoante os níveis em que se enquadram, existindo objetivos gerais e específicos. Os objetivos gerais devem ser formulados em consonância com as competências e conhecimentos a adquirir e podem ser encarados como uma declaração de intenções onde estão expostos os resultados esperados da intervenção, fornecendo informações sobre o que os participantes devem ser capazes de executar após o término do processo formativo. Por outro lado os objetivos específicos referem-se aos conhecimentos e competências que possibilitam a formulação e o atingir do objetivo geral, garantindo um caráter de maior objetividade dos resultados esperados, sobre a forma de comportamentos observáveis (Mão-de-Ferro, 1999).

Podemos considerar que a quantidade de objetivos específicos está intimamente relacionada com o grau de complexidade do objetivo geral. Por outro lado de maneira a diminuir a subjetividade da intervenção o número de objetivos específicos deve ser aumentado (ibid.). Primeiramente deve ser estabelecido o objetivo geral e só após isso formulados os objetivos específicos (Ruivo et al., 2010).

Posto isto estabelecemos como Objetivo Geral do PIP:

- Uniformizar a atuação dos enfermeiros aquando da utilização de MAM no SMI, de modo a promover a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Como Objetivos Específicos:

1. Realizar uma RSL sobre as estratégias de enfermagem promotoras da segurança do doente, no momento da utilização de MAM em CI;
2. Submeter a aprovação, junto da chefia, de um protocolo de atuação dos enfermeiros do SMI, aquando da utilização de MAM, tendo por base a Norma nº 14/2015 da DGS e os achados da RSL;
3. Realizar uma sessão formativa onde fosse explanado o protocolo elaborado, assim como o método de armazenamento e identificação de MAM em vigor na ULS;
4. Incrementar a percentagem de conformidade do SMI no preenchimento da *checklist* da Norma nº 14/2015 da DGS.

## **2.5. Planeamento e Execução**

Seguidamente ao estabelecimento dos objetivos, seguem-se as etapas do Planeamento e Execução das atividades que permitam o atingir dos mesmos.

No âmbito da Metodologia de Projeto o Planeamento é definido como “(...) um plano detalhado do projeto cobrindo as várias vertentes da gestão: engenharia do *software*, calendarização das atividades, recursos necessários, risco e qualidade.” (Miguel, 2006 citado em Ruivo et al., 2010:20)

É parte integrante do Planeamento a execução de um esboço do projeto assim como o levantamento dos recursos disponíveis e das limitações que podem condicionar o desenvolvimento do mesmo. É ainda nesta fase que se distribuem as responsabilidades e as atividades a desenvolver por cada elemento responsável por implementar o projeto, definindo-se os métodos e técnicas de pesquisa. O cronograma de atividades é estabelecido nesta fase, sendo o mesmo um processo constante ao longo do projeto que pode levar à revisão das estimativas dos recursos e espaços temporais necessários (Ruivo et al., 2010).

Por outro lado a etapa da Execução “(...) materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado.” (Ruivo et al., 2010:23). É nesta fase que os esboços mentais dos promotores do projeto são colocados em prática e se tornam em processos reais, possibilitando a realização dos seus anseios e necessidades através da execução das ações planeadas na fase do Planeamento. É nesta fase que é exigido aos participantes a aquisição de aprendizagens e desenvolvimento de competências que quando atingidas conferem a todo o projeto um caráter gratificante (Ruivo et al., 2010).

Fazendo novamente o paralelismo entre a Metodologia de Projeto e o MMPBE podemos encarar as fases do Planeamento e Execução como parte integrante das etapas 4 e 5 do MMPBE onde se define/projeta a mudança para a prática e posteriormente se procede à sua implementação (Larrabee, 2011). Pela evidente correlação constatada nestas duas etapas optámos por abordá-las de forma conjunta.

Posto isto realizámos uma proposta de PIP que teve parecer positivo por parte do enfermeiro orientador, docente orientador e chefe do SMI.

Como passo seguinte e de maneira a ir ao encontro das normas institucionais, procedemos à proposta do PIP à comissão de ética da ULS responsável pela apreciação dos estudos e projetos de investigação desenvolvidos na instituição. Este pedido de parecer foi realizado através do preenchimento do formulário correspondente e toma particular importância uma vez que, “A realização de um trabalho académico numa instituição tem de estar devidamente autorizada, ou seja, por quem tem a responsabilidade e a representação da organização.” (Nunes, 2013:14). A proposta de PIP teve parecer favorável da comissão de ética (Anexo I).

Paralelamente à proposta efetuada à ULS, também apresentámos à UE, através do formulário correspondente, a proposta de projeto de estágio, sendo que o mesmo também teve parecer positivo.

De modo a projetar e conciliar o PIP com a missão, visão e valores da ULS solicitámos uma reunião com a responsável pelo gabinete de qualidade. Esta reunião foi aceite e tornou-se bastante proveitosa uma vez que nos possibilitou integrar as nossas

atividades na cultura organizacional vigente, aferindo projetos previamente existentes e possibilitando estabelecer contactos com outros serviços da ULS que se demonstraram importantes para orientar a nossa intervenção.

Após esta reunião com a responsável pelo gabinete de qualidade da ULS, estabelecemos contactos com os serviços farmacêuticos da instituição com o objetivo de explanar a nossa intervenção e aferir a possibilidade de integrar a instrução de trabalho desenvolvida por este serviço, relativa ao armazenamento e identificação de MAM nos serviços clínicos, no PIP. A responsável pelos serviços farmacêuticos respondeu de forma afirmativa a esta solicitação, ficando desde logo acordado, tal como está explanado no documento em que a ULS autoriza o desenvolvimento do projeto, que não seria feita nenhuma alteração à instrução de trabalho previamente elaborada.

Posto isto e tendo em consideração os recursos disponíveis e o período de tempo disponível para a realização do EF, procedemos à elaboração de um cronograma de atividades com o objetivo de sistematizar a calendarização de todas as atividades inerentes à implementação do PIP (Apêndice V).

Assim após o processo de avaliação das necessidades formativas identificadas e da validação da problemática por parte de todos os intervenientes previamente citados e tendo em consideração o cronograma elaborado, procedemos ao planeamento das estratégias e intervenções a realizar de forma a conseguir concretizar os objetivos específicos a que previamente nos propusemos. A concretização dos objetivos específicos potenciou a consecução do objetivo geral do PIP. Estabelecemos quais os indicadores de avaliação a aplicar, assim como quais os recursos materiais e humanos necessários.

**Objetivo Específico 1:** Realizar uma RSL sobre as estratégias de enfermagem promotoras da segurança do doente, no momento da utilização de MAM em CI.

**Atividades e estratégias planeadas:**

- Reuniões exploratórias com o enfermeiro orientador e docente orientador;

- Pesquisar as *guidelines* em vigor, por parte das instituições de saúde a nível internacional e nacional nesta área dos cuidados;
- Estabelecer a metodologia de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão dos artigos encontrados na futura pesquisa;
- Pesquisa de artigos científicos relevantes para a temática nas bases de dados *EBSCOhost* e *Google Scholar*;
- Discussão da metodologia adotada assim como de todos os achados científicos com o enfermeiro orientador e com a docente orientadora através de reuniões regulares;
- Elaboração de um artigo científico a partir da RSL previamente realizada;
- Submissão do artigo científico numa revista científica com relevo a nível nacional.

**Recursos humanos:** Enfermeiro orientador do EF e docente orientadora.

**Recursos materiais e tecnológicos:** Bibliografia diversa; Internet; Bases de dados científicas; Computador.

**Indicador de avaliação:** Submissão de um artigo científico que tenha por base a RSL, numa revista científica de relevo a nível nacional.

Como primeiro passo para a concretização deste objetivo, foram realizadas reuniões exploratórias com o enfermeiro orientador e professora orientadora do EF para aferir a potencialidade da realização da RSL.

Foram efetuadas pesquisas preliminares sobre as *guidelines* e normas em vigor das instituições a nível nacional e internacional sobre a temática da utilização segura de MAM.

Após estas ações iniciais e conjuntamente com o diagnóstico de situação realizado no SMI decidimos pela realização da RSL com o tema inicialmente pensado. Ao longo de todo o processo foram realizadas reuniões presenciais com o enfermeiro orientador e reuniões à distância através da plataforma virtual *Zoom* com a docente orientadora.

Como resultado final desta RSL, surgiu a elaboração de um artigo científico cujo resumo se encontra disponível no Apêndice II deste relatório. Este artigo científico foi sujeito a submissão na Revista de Investigação & Inovação em Saúde estando à data da redação deste relatório em revisão para posterior publicação.

Todo este processo tem por base o MMPBE de Larrabee, pois ao realizarmos esta RSL estamos à procura da evidência científica mais atual que possa facultar uma componente científica ao PIP.

**Objetivo Específico 2:** Submeter a aprovação, junto da chefia, um protocolo de atuação dos enfermeiros do SMI, aquando da utilização de MAM, tendo por base a Norma nº 14/2015 da DGS e os achados da RSL;

**Atividades e estratégias planeadas:**

- Consulta dos achados da RSL e da Norma nº 14/2015 da DGS para elaborar o protocolo;
- Consulta e análise da instrução de trabalho da ULS, relativa às normas de identificação e armazenamento de MAM nos serviços clínicos de modo a incorporá-la no protocolo;
- Efetuar a listagem da MAM disponível no *stock* clínico do SMI;
- Disponibilizar para consulta a listagem da MAM disponível no *stock* clínico do SMI;
- Elaboração do protocolo de atuação dos enfermeiros do SMI aquando da utilização de MAM;
- Discussão do protocolo com o enfermeiro orientador do EF, enfermeiro chefe do SMI, docente orientadora, responsável pelo gabinete de qualidade da ULS e responsável pelos serviços farmacêuticos através de reuniões presenciais e reuniões à distância através da plataforma *Zoom*;
- Alterar o protocolo consoante as sugestões de todos os intervenientes;
- Formulação do protocolo final e submeter a aceitação por parte do enfermeiro chefe do SMI;
- Realização de um Póster informativo sobre a temática da utilização segura de MAM.



**Recursos humanos:** Enfermeiro orientador do EF, Docente orientadora, Enfermeiro chefe do SMI, Responsável pelo gabinete de qualidade da ULS, Responsável pelos serviços farmacêuticos.

**Recursos materiais e tecnológicos:** Bibliografia diversa; Internet; Dados da RSL; Computador.

**Indicador de avaliação:** Implementação de um protocolo de atuação dos enfermeiros do SMI aquando da utilização de MAM.

Como atividade inicial foram analisadas as conclusões da RSL, as *guidelines* da DGS e do ISMP e a instrução de trabalho desenvolvida pelos serviços farmacêuticos de modo a construir um documento base para a elaboração do protocolo. Simultaneamente foi realizada a listagem de toda a MAM existente no *stock* clínico do SMI tal como é preconizado pelas *guidelines* encontradas. Esta listagem foi incluída no protocolo, devendo ser revista e atualizada anualmente.

Após a construção do primeiro documento, foram realizadas várias reuniões presenciais e virtuais com o enfermeiro orientador, docente orientador, enfermeiro chefe do SMI, responsável pelo gabinete de qualidade da ULS e responsável pelos serviços farmacêuticos. Nestas reuniões foram-nos facultadas sugestões de alteração e melhoria do documento inicial.

Com o desenvolvimento das reuniões com os elementos supracitados, foram incorporados no protocolo todas as sugestões que considerámos pertinentes e potenciadoras de melhoria do mesmo.

Elaborado o protocolo final (Apêndice VI), o mesmo foi apresentado ao enfermeiro chefe do SMI.

Simultaneamente à realização do protocolo, procedemos à elaboração de um Póster (Apêndice VII) para posteriormente ficar disponível para consulta no SMI.

Esta atividade pode ser enquadrada na etapa 4 do MMPBE de Larrabee onde através do estabelecimento de um protocolo de atuação por partes dos participantes no PIP,

procurámos projetar a mudança das práticas em vigor. A posterior implementação e avaliação das mudanças implementadas faz parte da etapa seguinte do MMPBE.

**Objetivo Específico 3:** Realizar uma sessão formativa onde fosse explanado o protocolo elaborado, assim como o método de armazenamento e identificação de MAM em vigor na ULS;

**Atividades e estratégias planeadas:**

- Reunião exploratória com o enfermeiro orientador do EF, enfermeiro chefe do SMI, docente orientadora, responsável pelo gabinete de qualidade da ULS e responsável pelos serviços farmacêuticos através de reuniões presenciais e reuniões à distância através da plataforma *Zoom* de maneira a colher contributos para a realização da sessão formativa;
- Elaboração do Plano de Sessão onde se explanaram os objetivos, recursos necessários, métodos utilizados e o tempo previsto para a duração de cada etapa da sessão;
- Formulação da Sessão Formativa através do programa informático *PowerPoint* tendo por base toda a bibliografia e conclusões previamente encontradas ao longo do PIP;
- Colher contributos de todos os elementos envolvidos no PIP que se pudessem revelar promotores da melhoria da Sessão Formativa;
- Após a aprovação por parte do enfermeiro chefe do SMI, colocação da Sessão Formativa na plataforma virtual *YouTube*;
- Exposição do Plano de Sessão, em formato físico, no SMI como forma de divulgação;
- Divulgação do *link* para aceder à *Sessão Formativa* através da plataforma digital *WhatsApp*, nomeadamente do grupo de conversação afeto aos enfermeiros do SMI;
- Divulgação do Póster informativo previamente realizado;
- Elaboração e aplicação de um formulário de Avaliação da Sessão na plataforma digital *GoogleForms*.

**Recursos humanos:** Enfermeiro orientador do EF, Docente orientadora, Enfermeiro chefe do SMI, Responsável pelo gabinete de qualidade da ULS, Responsável pelos serviços farmacêuticos.

**Recursos materiais e tecnológicos:** Bibliografia diversa; Internet; Dados do Protocolo elaborado; Computador.

**Indicador de avaliação:** Divulgação da proposta final do protocolo de atuação dos enfermeiros aquando da utilização de MAM no SMI a pelo menos 75% dos participantes no PIP.

As pesquisas efetuadas ao longo do processo de elaboração do protocolo serviram como base teórica para a elaboração da Sessão Formativa. Foram estabelecidas reuniões constantes com todos os interessados, o que possibilitou a formulação de uma sessão mais adequada e direcionada aos objetivos comuns a atingir. Nesta sessão foi facultada formação sobre MAM e foram apresentados o protocolo e o Póster informativo previamente elaborados.

Com o intuito de informar todos os interessados sobre o conteúdo e *timing* da ação formativa, foi efetuada a sua divulgação junto de todos os participantes e foi exposto o Plano da Sessão (Apêndice VIII) no SMI . Nesta fase o contributo do enfermeiro chefe do SMI foi essencial, uma vez que o mesmo informou todos os participantes e disponibilizou todos os endereços eletrónicos necessários para aceder à Sessão Formativa e proceder à sua avaliação.

A indisponibilidade do SMI para disponibilizar horas de trabalho destinadas à formação aos participantes no PIP e o contexto pandémico em que o EF se desenrolou, levou a que optássemos por disponibilizar a Sessão Formativa na plataforma digital *Youtube*. Este método de divulgação possibilitou que qualquer participante pudesse assistir à sessão em qualquer lugar e em qualquer momento através de dispositivos eletrónicos. A sessão foi disponibilizada e pode ainda ser visualizada no endereço eletrónico: <https://www.youtube.com/watch?v=eT4kXRr-tW8>. O suporte para a Sessão Formativa em formato *PowerPoint* ficou disponível para posterior consulta no SMI.

Posto isto, a Sessão Formativa apresentou-se como um processo contínuo ao longo das últimas semanas do EF. Este carácter de continuidade possibilitou que qualquer dúvida

dos participantes fosse esclarecida no desenrolar do EF, existindo ainda espaço para sugestões de melhoria do protocolo por parte de todos os intervenientes.

Dado o carácter digital de toda a sessão, também optámos por efetuar a sua avaliação através de meios digitais, nomeadamente através da plataforma digital *GoogleForms*. A avaliação da sessão ficou disponível, e ainda pode ser consultada através do endereço eletrónico:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfHIsi4B4qLcYDVqIJkcWnrDvVqZgVt9NekeiwHM8ns7WXm7w/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfHIsi4B4qLcYDVqIJkcWnrDvVqZgVt9NekeiwHM8ns7WXm7w/viewform?usp=sf_link).

Com esta etapa também estamos a fomentar a mudança da prática através da exposição da evidência científica mais atual inserindo-se à semelhança do objetivo número 2, na etapa 4 do MMPBE.

**Objetivo Específico 4:** Incrementar a percentagem de conformidade do SMI no preenchimento da *checklist* da Norma nº 14/2015 da DGS.

**Atividades e estratégias planeadas:**

- Incentivar o seguimento do protocolo previamente aceite e implementado no SMI;
- Disponibilizar o protocolo em formato digital na pasta digital do SMI destinada às normas e instruções de trabalho a adotar pelos seus profissionais;
- Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas que possam permanecer em todos os participantes;
- Avaliar a prática clínica de todos os enfermeiros segundo a *checklist* da Norma nº 14/2015 da DGS;
- Estimular a mudança de práticas incorretas.

**Recursos humanos:** Enfermeiro orientador do EF, Enfermeiro chefe do SMI e todos os participantes no PIP

**Recursos materiais e tecnológicos:** Protocolo elaborado; Tabela com a *checklist* da Norma nº 14/2015.

**Indicador de avaliação:** Atingir uma conformidade superior a 90%, no preenchimento da *checklist* da Norma nº 14/2015 da DGS onde são avaliadas as atividades desenvolvidas por parte dos serviços clínicos de maneira a promover a utilização segura de MAM.

Após a aprovação do protocolo elaborado seguiu-se a sua efetivação e aplicação na prática clínica de todos os participantes. Esta efetivação foi por nós auxiliada através do esclarecimento de algumas dúvidas que foram apresentadas, pela sessão de formação que se encontrava permanente disponível em formato digital, pelo Póster informativo e pelo protocolo disponível na pasta destinada para o efeito.

Duas semanas após a disponibilização de todos os documentos e ações de formação efetuadas, foi preenchida a *checklist* da Norma nº 14/2015 de modo a avaliar a qualidade e segurança do SMI no que diz respeito à utilização de MAM.

Recorrendo ao MMPBE de Larrabee, este último objetivo enquadra-se nas duas últimas etapas onde procedemos à implementação e avaliação da melhoria e mudança da prática tentando integrá-la e mantê-la.

## **2.6. Avaliação e Divulgação dos Resultados**

Como últimas fases do PIP surge a Avaliação e Divulgação dos resultados obtidos após a sua implementação.

No que diz respeito à avaliação final de um projeto esta “(...) implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente(...) Em caso positivo, torna-se necessário questionar a pertinência desse objetivo, ou seja, questionar se atingir o objetivo foi útil ao processo (...)” (Ruivo et al., 2010:26). Por outro lado em caso dos objetivos não serem atingidos “(...) é necessário perceber quais os fatores que influenciaram a ausência de consecução do objetivo e quais as consequências da mesma” (Ruivo et al., 2010:26). O processo de avaliação final na Metodologia de Projeto apresenta-se como um processo contínuo e dinâmico que estimula à reflexão e que pode inclusive levar à

reformulação do projeto inicial. Para sua efetivação podem ser utilizados instrumentos de avaliação como são exemplo a observação, os questionários e as entrevistas (Ruivo et al., 2010).

Por sua vez a Divulgação de Resultados apresenta-se como última etapa da Metodologia de Projeto onde “(...) se dá a conhecer à população em geral e a outras entidades a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de um determinado problema.” (Ruivo et al., 2010:31). Este processo de divulgação de resultados de projetos na área da saúde, possibilita que todos os interessados tenham conhecimento dos esforços realizados pelos promotores do projeto, servindo este de fonte científica e de exemplo a aplicar noutras realidades clínicas. Existem diversas formas de divulgar os resultados obtidos após a implementação de um PIP, devendo a linguagem adotada ser adaptada à população alvo a quem essa divulgação se destina (Ruivo et al., 2010). Por si só, este relatório apresenta-se como resposta à última etapa da Metodologia de Projeto, pois através dele temos a intenção de divulgar todo o nosso trajeto ao longo do PIP que desenvolvemos, apresentando aos nossos pares informação científica que consideramos relevante e promotora de melhoria dos cuidados de enfermagem prestados em CI.

Ao fazer novamente o paralelismo com o MMPBE estas duas etapas correlacionam-se com a última etapa do mesmo, uma vez que com a avaliação e divulgação dos resultados obtidos pretendemos e ambicionamos que os nossos achados se estabeleçam e integrem como prática *standard*, não só no SMI, mas também nos serviços clínicos com características similares àquele onde decorreu o EF.

Posto isto e partindo dos objetivos específicos previamente delineados avaliamos o PIP:

**Objetivo Específico 1:** Realizar uma RSL sobre as estratégias de enfermagem promotoras da segurança do doente, no momento da utilização de MAM em CI.

**Indicador de avaliação:** Submissão de um artigo científico, que tenha por base a RSL, numa revista científica de relevo a nível nacional.

Como já referido neste relatório, foi elaborada uma RSL que serviu de base teórica para a implementação do PIP e para a elaboração de um artigo científico cujo resumo se encontra disponível para consulta no Apêndice II deste relatório. Este artigo foi sujeito a submissão na Revista de Investigação e Inovação em Saúde, encontrando-se, à data da redação deste Relatório, em processo de revisão para posterior publicação.

Posto isto, consideramos este objetivo atingido, uma vez que a RSL foi efetivada e deu origem a um artigo científico que se encontra em fase de revisão e a aguardar publicação. À data da redação deste relatório, a não publicação do artigo deve-se a fatores externos à nossa atuação, como são exemplo os limites temporais a que o EF esteve sujeito, assim como a disponibilidade que os responsáveis pela revista científica apresentaram para avaliar o artigo em tempo útil de publicação.

**Objetivo Específico 2:** Submeter a aprovação, junto da chefia, de um protocolo de atuação dos enfermeiros do SMI, aquando da utilização de MAM, tendo por base a Norma nº 14/2015 da DGS e os achados da RSL.

**Indicador de avaliação:** Aprovação e implementação de um protocolo de atuação dos enfermeiros do SMI aquando da utilização de MAM.

Consideramos que este objetivo foi completamente atingido, pois no final do EF o protocolo realizado encontrava-se aceite e todos os elementos da equipa de enfermagem tinham conhecimento da sua existência e procedia à utilização de MAM segundo as indicações que nele estavam plasmadas. De referir que este protocolo para além de ter o reconhecimento e aceitação por parte da chefia de enfermagem do SMI, também foi aprovado pelo gabinete de qualidade e pelos serviços farmacêuticos da ULS.

O protocolo foi ao encontro de todos os achados científicos da RSL previamente realizada assim como às *guidelines* preconizadas a nível nacional e internacional, nomeadamente pela DGS e pelo ISMP respetivamente.

Por tudo isto consideramos existir justificações suficientes para considerar o objetivo atingido.

**Objetivo Específico 3:** Realizar uma sessão formativa onde fosse explanado o protocolo elaborado, assim como o método de armazenamento e identificação de MAM em vigor na ULS.

**Indicador de avaliação:** Divulgação da proposta final do protocolo de atuação dos enfermeiros aquando da utilização de MAM no SMI a pelo menos 75% dos participantes no PIP.

Com o recurso às tecnologias digitais conseguimos chegar aos 24 participantes no PIP de forma rápida e eficaz. Todos os elementos assistiram à Sessão Formativa através da plataforma *YouTube* e todos os elementos responderam ao questionário de avaliação de sessão através da aplicação *GoogleForms*. Estes dados foram facilmente confirmados através do número de visualizações no *YouTube*, pelo número de respostas ao questionário de avaliação de sessão no *GoogleForms* e pelo interesse demonstrado por todos os participantes ao colocarem dúvidas e algumas sugestões de melhoria.

Os resultados da avaliação da Sessão Formativa foram bastante positivos tanto em termos de aquisição de conhecimentos como em termos de satisfação dos formandos. Estes resultados podem ser consultados no Apêndice IX deste relatório.

Por tudo isto consideramos este objetivo alcançado na totalidade.

**Objetivo Específico 4:** Incrementar a percentagem de conformidade do SMI no preenchimento da *checklist* da Norma nº 14/2015 da DGS.

**Indicador de avaliação:** Atingir uma conformidade superior a 90%, no preenchimento da *checklist* da Norma nº 14/2015 da DGS onde são avaliadas as atividades desenvolvidas por parte dos serviços clínicos de maneira a promover a utilização segura de MAM.

A elaboração, divulgação e implementação do protocolo de utilização segura de MAM no SMI possibilitou atingir este objetivo. Este facto pode-se objetivar na *checklist* da Norma nº 14/2015 da DGS disponível no Apêndice X deste relatório, onde a



percentagem de conformidade do SMI em relação às recomendações de utilização segura de MAM passou de 47% para 94% com a implementação do PIP.

### **Objetivo Geral do PIP**

Tendo em conta os dados supracitados, consideramos que os objetivos específicos pré definidos foram atingidos na sua totalidade. Como consequência, compreendemos que o objetivo geral foi amplamente atingido, uma vez que através da pesquisa bibliográfica e científica, elaborámos e implementámos um protocolo, com o auxílio de uma sessão formativa, que possibilitou uniformizar a atuação dos enfermeiros aquando da utilização de MAM no SMI. Este protocolo possibilitou impulsionar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, tal como foi verificável no incremento da percentagem de conformidade explanada na *checklist* da DGS.

### **3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Como já mencionado neste relatório, o EF encontra-se inserido num processo formativo de uma Especialização em EMC na vertente da PSC e de aquisição do Grau académico de Mestre em Enfermagem. Neste trajeto formativo pressupõe-se que o enfermeiro consiga atingir um conjunto de aptidões e competências que lhe permitam concluir o mesmo com sucesso.

Competência pode ser entendida como uma capacidade humana que justifica um desempenho adequado na execução de uma determinada tarefa. Está intimamente associada aos recursos intelectuais e físicos que a pessoa possui e correlaciona-se com as características individuais como a inteligência e a personalidade. Apesar do foco do conceito incidir sobre o indivíduo, diversos autores defendem que o mesmo deve evoluir para um alinhamento onde as competências devem ir ao encontro das necessidades estabelecidas pelos cargos, ou posições existentes nas instituições (Fleury & Fleury, 2001).

O conceito de competência tem vindo a ganhar uma relevância cada vez maior na área dos cuidados de saúde ao longo da história. Esta relevância é resultado da exigência de uma profissionalização dos profissionais de saúde que surgiu como resposta à necessidade de saberes cada vez mais específicos e direcionados assim como a desafios de gestão cada vez mais complexos. (Serrano et al., 2011). Aliada a esta crescente exigência e complexidade, os cuidados e a profissão de Enfermagem consolidaram-se a partir de uma maior complexidade técnica e científica. Em termos práticos e tangíveis este desenvolvimento é espelhado através da diferenciação e especialização dos cuidados (OE, 2019). Posto isto, “(...)enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)”(OE, 2019:4744).

A OE define quais as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, assim como quais as competências específicas a cada área de especialização, podendo as mesmas ser definidas como:

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

b) “Competências específicas”: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (OE, 2019:4745).

Importa referir que cada competência, comum e específica, encontra-se subdividida em unidades de competência que podem ser definidas como “(...) um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.”(OE, 2019:4745), que por sua vez são avaliadas por critérios de avaliação pré estabelecidos e que “(...) compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando -se com o alcance descrito” (OE, 2019:4745)

Relativamente ao Grau de Mestre, no Ensino Universitário Português o mesmo está associado à aquisição de uma especialização de cariz académico, que na sua génese e filosofia está o recurso à investigação, inovação ou aprofundamento das competências profissionais (Direção-Geral do Ensino Superior [DGES], 2022)

Está regulado que as áreas de especialização às quais cada instituição de ensino superior pode conferir o grau de mestre sejam fixadas pelo seu próprio órgão legal e estatutariamente competente, sendo imperativo que o mesmo respeite os critérios e normas definidos pelos artigos 15º e 16º do Diário da República, 1.ª série n.º 176 de 13 de setembro de 2016 que regula os regimes jurídicos dos graus académicos no Ensino Superior.

Em traços gerais um Mestrado relativamente à sua estrutura é composto por:

“Um curso de especialização, constituído por um conjunto organizado de unidades curriculares, denominado curso de mestrado, a que corresponde um mínimo de 50% do total dos créditos do ciclo de estudos.

Uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados, nos termos que sejam fixados pelas respetivas normas regulamentares, a que corresponde um mínimo de 30 créditos.” (DGES, 2022).

Tendo em conta os dados supracitados, neste capítulo pretendemos efetuar uma análise reflexiva sobre os procedimentos e atividades que desenvolvemos ao longo do EF, e que nos possibilitaram a aquisição das competências inerentes ao Grau de Mestre em Enfermagem e ao título de EEEMCPSC.

Consideramos este processo reflexivo essencial para a solidificação e integração das competências previamente adquiridas em contextos clínicos uma vez que “(...) a reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico”(Benner, 2001:14).

Efetuada o enquadramento conceptual e de contexto, iremos realizar a análise reflexiva das competências desenvolvidas.

- Competências comuns do EE relativas ao domínio da/o:
  - “a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
  - b) Melhoria contínua da qualidade;
  - c) Gestão dos cuidados;
  - d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.” (OE, 2019:4745)
  
- Competências específicas do EEEMCPSC:
  - “a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
  
  - b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
  
  - c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”(OE,2018:19359)
  
- Competências do Mestre em Enfermagem descritas no pedido de acreditação do novo ciclo de estudos à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, por parte da UE:
  - “ 1-Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
  
  - 2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

- 3- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (UE, 2015: 26).

### **3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem**

Durante o processo de análise de aquisição de competências, faremos a interligação entre as competências comuns de EE e as competências de Mestre em Enfermagem que, na nossa opinião, se correlacionam.

- **Competências Comuns do EE do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:**

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

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

- **Competência de Mestre em Enfermagem:**

3 - Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Ao longo do EEPSC e do EF tivemos a oportunidade de proceder à consulta e revisão dos documentos reguladores da profissão onde se encontram plasmadas as responsabilidades éticas, legais e deontológicas inerentes à profissão de Enfermagem, nomeadamente o CDE e o REPE.

No capítulo IV do REPE, mais concretamente no Artigo 8º está descrito que o enfermeiro no exercício da sua profissão deve “(...) adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (MS, 1996: 2961). Esta conduta encontra-se especificada e descrita ao pormenor no CDE, integrado nos estatutos da OE e publicado em Diário da República, nomeadamente no seu Capítulo VI onde estão explanados os direitos e deveres éticos, deontológicos e legais inerentes à profissão (AR, 2015).

Podemos afirmar que o CDE define um ideal de prestação de serviços e é um instrumento de preservação da imagem social do enfermeiro, apresentando as diretrizes que todos os profissionais se comprometem a respeitar e promover. Estas diretrizes são fundamentadas nos princípios da moral e do direito, tendo em conta as características próprias da profissão e das comunidades em que se inserem. A diferença entre a deontologia, a ética e a moral decorre da própria origem das normas, em que as deontológicas são estabelecidas pelos próprios profissionais, depois de reflexão sobre a prática e tendo como base o que favorece e prejudica a profissão (Nunes, et al., 2006).

Por outro lado a ética em enfermagem refere-se aos princípios e valores que movem e acompanham os enfermeiros durante o exercício dos cuidados de enfermagem. A ética reporta-se à dimensão interior da ação apresentando-se como “o centro de todos os atos humanos, emergindo da interioridade da pessoa.” (Nunes, 2009:5). Os princípios, além de moverem os enfermeiros, acompanham-nos também durante o exercício da sua profissão (Nunes, 2009).

Concomitantemente à revisão e aplicação destes documentos na nossa prática clínica, não podemos deixar de realçar a importância da UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, que nos possibilitou o desenvolvimento de competências, através de ferramentas e conhecimentos que nos permitiram integrar e compreender não só as responsabilidades e direitos do âmbito da profissão como também as responsabilidades civis e penais inerentes ao código penal português em vigor e que abrange todos os cidadãos.

O EEPSC e o EF desenvolveram-se junto de doentes e famílias em situação crítica ou falência orgânica em contextos de SU e de SMI respetivamente. Pelas suas características técnicas, organizacionais e estruturais estes serviços possibilitam o restabelecimento e manutenção das funções vitais das pessoas em estado crítico que a eles recorrem. Ao longo de ambos os estágios foi-nos possível constatar a linha ténue que separa o processo de cura e tratamento do encarniçamento terapêutico. O recurso aos documentos teóricos supracitados nos parágrafos anteriores e o debate contínuo com todos os membros das equipas multidisciplinares com as quais tivemos oportunidade de prestar cuidados, possibilitou-nos tomar decisões conjuntas, informadas e em consciência que nos possibilitaram manter e proteger a dignidade humana, a vida e a qualidade de vida dos doentes a quem prestámos cuidados.

O respeito pela dignidade e vida humana é um aspeto bastante premente no que ao doente crítico diz respeito, uma vez que, como pudemos verificar ao longo do EF, muitas das vezes os mesmos não se encontram em condições de interagir e exprimir a sua vontade. Assim sendo, é responsabilidade do enfermeiro promover um ambiente respeitoso para com a dignidade da pessoa, da sua família e da comunidade onde estão inseridos, assumindo um papel importante junto dos seus pares e restantes profissionais na promoção de uma conduta que respeite os princípios éticos e morais inerentes aos cuidados de saúde (ICN, 2012b).

O cariz tecnológico e focado em atitudes e técnicas terapêuticas extramente invasivas e complexas, característico dos SMI, muitas vezes leva os seus profissionais a relegar as suas responsabilidades éticas, deontológicas e legais para um plano de importância inferior na sua atuação. É de referir que segundo o CDE é responsabilidade do enfermeiro



“Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;” (AR, 2015: 8080). Assim sendo, e mantendo sempre como referencial a PBE, tentámos ao longo da nossa prática clínica manter uma *praxis* baseada na evidência científica mais atual, abrangendo todos os campos de atuação inerentes a cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

A especificidade do saber e a complexidade das respostas exigidas aos desafios das comunidades atuais levam a que as competências sejam um parâmetro essencial na operacionalização da nossa atuação enquanto enfermeiros (Serrano, Costa & Costa, 2011). Podemos concluir que quanto maior for o nível de conhecimento e perícia nas mais variadas áreas que compõem a disciplina de enfermagem, mais adequada e fundamentada será a resposta do enfermeiro à complexidade das problemáticas com que se depara. As decisões deontológicas, éticas e legais inerentes ao cuidado das pessoas/famílias em situação crítica com que nos deparámos ao longo do EF são o exemplo perfeito de situações clínicas complexas e que exigiram da nossa parte o recurso e desenvolvimento de competências previamente adquiridas.

Estabelecendo uma escala de valores subjacentes à prestação de cuidados de enfermagem e assumindo que esta profissão se desenvolve no contexto de uma relação de ajuda com o outro, temos de ter em conta os princípios de defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (Mendes, 2009). Por outro lado considera-se existirem quatro princípios fundamentais a ter em conta na prestação de cuidados de enfermagem: princípio do respeito pela autonomia; princípio da não maleficência; princípio da beneficência e o princípio da justiça (ibid.).

Durante o EF e indo ao encontro das competências comuns do EE garantimos a defesa e aplicação destes valores e princípios, sendo que por diversas ocasiões, enquanto elementos da equipa multidisciplinar, participámos no processo de tomada de decisão inerente às atitudes terapêuticas a adotar. A nossa conduta ética, moral e deontológica ficou demonstrada não só através do desempenho da nossa prática clínica mas também através da influência que exercemos sobre os elementos das equipas multidisciplinares que conosco prestaram cuidados.

A comunicação em enfermagem assume um papel preponderante no cuidado de doentes críticos e terminais (Inaba et al., 2004). Posto isto e definindo-se que uma má notícia “...é toda aquela passível de alterar de forma drástica a perspetiva do doente em relação ao seu futuro” (Buckman, 1984:1597), consideramos que foram inúmeras as ocasiões que tivemos a necessidade de comunicar más notícias a doentes e familiares, tornando-se vital as aprendizagens e competências desenvolvidas na UC Médico-Cirúrgica 1 onde explorámos protocolos e métodos, com comprovada eficácia científica, que nos ajudaram a desenvolver esta prática clínica.

Por diversas vezes foram-nos colocadas questões relacionadas com o fornecimento de informações via telefone onde não conseguimos aferir o impacto que as mesmas têm no interlocutor. Por outro lado um aspeto bastante presente ao longo do EF foram as situações clínicas relacionadas com o sigilo profissional onde sempre assumimos o “direito das pessoas à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais” (OE,2017:12770).

Podemos ainda afirmar que desenvolvemos o PIP com respeito pelos princípios éticos da investigação, submetendo o projeto para avaliação da comissão de ética da ULS e da UE, solicitando o consentimento livre e esclarecido aos participantes e preservando o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos.

Retrospetivamente podemos assumir que os dilemas relacionados com processos de comunicação de informação a doentes e familiares e de tomadas de decisão terapêuticas foram os mais prementes ao longo de ambos os estágios. Para dar uma resposta satisfatória a estes desafios foi essencial visitar os documentos que regem a profissão e mobilizar conhecimentos e competências adquiridas em UC’s previamente lecionadas.

Por tudo isto consideramos ter adquirido com sucesso as competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal ao longo dos períodos de estágio, servindo este relatório como reforço e consolidação das mesmas.

- **Competências Comuns do EE do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade:**

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

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

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

- **Competência de Mestre em Enfermagem:**

5 - Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Tal como já foi abordado no subcapítulo 2.2.2 deste relatório, a qualidade em saúde pode e deve ser encarada como um processo multidimensional. Para se atingir elevados níveis de qualidade em saúde, os serviços devem ser constituídos por profissionais qualificados e que prestam serviços de saúde diferenciados baseados na evidência científica mais atual. Esta qualificação e diferenciação deve ser mobilizada e articulada de modo a promover ganhos em saúde nos indivíduos sãos ou doentes com o recurso a práticas clínicas seguras e com uma gestão eficaz dos recursos disponíveis (WHO, 2006).

Enquanto enfermeiros, apresentamo-nos como um ator principal na implementação de cuidados de saúde de qualidade e efetivos. De modo a desenvolver competências na área da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados considerámos essencial visitar todos os documentos e orientações que servem de base para o atingir deste objetivo. Neste processo seguimos a lógica de partir do âmbito mais amplo, analisando documentos orientadores como é exemplo o guia da WHO, *Quality of Care – A Process for Making Strategic Choices in Health System*, onde estão plasmadas as orientações a adotar por cada país de modo a potenciar a sua qualidade nos serviços de saúde (WHO, 2006). Após a análise das *guidelines* internacionais reportámo-nos para a realidade do nosso país através da consulta do relatório *Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar* (Crisp, et al., 2014), que serviu de impulsionador para a formulação da estratégia nacional para a qualidade na saúde para o período que compreendeu os anos de 2015 a 2020 (MS, 2015), que também foi por nós analisado e integrado na nossa atuação.

No que concerne à nossa atuação enquanto enfermeiros a cuidar da PSC, para além do recurso ao CDE e REPE, regulámos a nossa atuação especializada tendo por base os Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, com especial atenção para o Regulamento n.º 361/2015, que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em PSC (OE, 2015).

Pautámos a nossa atuação por uma atitude proativa e de procura contínua de prestar cuidados de enfermagem especializados de qualidade e cientificamente comprovados. Respeitámos os limites da nossa atuação e integramos os nossos conhecimentos junto dos restantes membros da equipa multidisciplinar de modo a atingir o objetivo comum de prestar cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Devido à complexidade técnica inerente aos locais onde desenvolvemos o EF, procedemos à consulta das normas e protocolos em vigor em cada serviço de modo a serem integradas na nossa atuação. Por outro lado aprofundámos conhecimentos e competências inerentes aos dispositivos médicos e terapêuticos mais utilizados, de modo a pautar a nossa atuação pela qualidade e segurança.

No EEPSC desenvolvemos uma sessão formativa sobre o *Debriefing* após incidentes críticos, estimulando e contribuindo para a implementação de uma prática clínica que está cientificamente comprovada como benéfica para a melhoria dos cuidados de saúde em SU. Esta sessão formativa envolveu os elementos da equipa de enfermagem onde desenvolvemos o EEPSC e teve na sua génese uma RSL que realizámos e que serviu de base teórica para a sua implementação. Através desta iniciativa demonstrámos um papel dinamizador e potenciador da melhoria e segurança dos cuidados prestados no serviço onde desenvolvemos a nossa atividade clínica. Esta sessão formativa está disponível no endereço eletrónico: <https://www.youtube.com/watch?v=eSAqra4DeFE>. O seu Plano de Sessão e Póster elaborado na sua sequência, podem ser consultados nos apêndices XI e XII respetivamente.

Por outro lado o PIP que desenvolvemos ao longo do EF e que está explanado neste relatório toma particular importância no que concerne ao desenvolvimento destas competências. Ao estabelecer um protocolo de atuação por parte dos enfermeiros, com o

objetivo de uniformizar e estabelecer práticas seguras na utilização de MAM conseguimos envolver todos os interessados num projeto que trouxe comprovados ganhos na qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados no SMI. Conseguimos envolver toda a equipa de enfermagem no projeto, estimulando-a à participação e à sua adesão ao mesmo, conseguindo que 100% dos elementos o fizessem. Achamos que este projeto, à semelhança da sessão formativa desenvolvida no EEPSC, tiveram um papel dinamizador e potenciador de implementação de práticas e ambientes terapêuticos seguros que, devido à sua evidência científica comprovada, podem ser extrapolados para outros contextos clínicos.

Na sequência do PIP, assistimos ao *Webinar* promovido pelo ISMP intitulado de *High-Alert Medications: Heparin, Concentrated Electrolytes, and Magnesium: Practical Strategies in Pursuit of Safety*. Esta ação formativa veio complementar a pesquisa efetuada durante o processo de implementação do no PIP.

Em ambos os estágios tivemos a oportunidade de participar em processos de auditoria interna na área de operacionalidade de materiais clínicos e de conformidade de fármacos. Estes processos de auditoria interna no contexto dos serviços e instituições de saúde “(...) proporciona uma maior credibilidade ao desempenho da instituição, ajudando a gestão a contornar eventuais problemas e na tomada de melhores decisões, orientadas para as questões estratégicas da eficiência e da eficácia.” (Duarte, 2017:2).

Procurámos ter sempre uma comunicação eficaz e de qualidade com todos os membros das equipas multidisciplinares onde nos inserimos. Recorremos sempre que possível à técnica ISBAR para a transmissão de informação relativa aos doentes que estávamos responsáveis. Esta técnica, apesar de não estar implementada na ULS, é promotora da segurança do doente em situações de transição de cuidados, sendo que cada letra da mnemónica corresponde a um item que o profissional de saúde deve respeitar, onde o I (“*Identification*”) corresponde à identificação dos intervenientes na comunicação assim como do doente, o S (“*Situation*”) à situação atual que motiva a necessidade de cuidados, o B (“*Background*”) aos antecedentes relevantes à prática clínica, o A (“*Assessment*”) à avaliação clínica atual e o R (“*Recommendation*”) às possíveis recomendações (DGS,2017). A comunicação entre os vários intervenientes no processo

de cuidados de saúde deve ser identificada como um fator determinante para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e promotora da qualidade.

Procedemos aos registos de enfermagem nas plataformas destinadas para o efeito, sempre de forma atempada e criteriosa. Tivemos a oportunidade de acompanhar um processo de transição de sistema clínico informático durante o EF no SMI. Devido aos conhecimentos prévios que apresentávamos em sistemas clínicos semelhantes colaborámos com os restantes membros da multidisciplinar na sua adaptação ao novo sistema.

No decurso da nossa atuação adaptamos o nosso desempenho às realidades clínicas encontradas, nomeadamente através do recurso a escalas cientificamente aceites, como são exemplo as escalas de Braden, Morse, BPS, Glasgow entre outras. Acreditamos que desta forma conseguimos personalizar cuidados e direcionar a nossa atuação de forma mais eficiente, segura e eficaz promovendo cuidados de saúde de qualidade.

Sempre pautámos a nossa atuação pelo respeito pelas normas e protocolos do Gabinete de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos [PPCIRA] na qual a ULS se inseria, adotando as precauções básicas de controlo de infeção [PBCI] e utilizando os equipamentos de proteção individual adequados a cada situação clínica. Neste campo é importante salientar que durante o EEPSC tivemos a oportunidade de prestar cuidados no SU afeto aos doentes com COVID-19, onde o respeito pelas normas de controlo de infeção ganha uma importância reforçada.

Outro aspeto que sempre tivemos em consideração no decurso dos nossos estágios foi a preocupação pela identificação correta dos doentes pelos quais estávamos responsáveis. Este aspeto toma particular importância em contexto de SU, devido ao grande fluxo de doentes que ocorrem a este tipo de serviços, sendo a sua correta identificação essencial para minimizar possíveis erros terapêuticos e de comunicação quer com o doente quer com a família. O cumprimento desta norma é realizado de forma regular na ULS através de auditorias internas.

Em termos prévios à realização do EF é de referir que as UC's de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica, revelaram-se fundamentais para lançar os alicerces necessários para atingirmos as competências inerentes a esta área. É importante referir que no decurso do trabalho realizado na UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde com o título o Autocuidado nas Políticas de Saúde, aguardamos a publicação do mesmo num livro da autoria do responsável pela UC.

Por tudo isto consideramos ter alcançado as competências supramencionadas relativas ao EE e ao Mestre em Enfermagem no domínio da melhoria contínua da qualidade.

- **Competências Comuns do EE do Domínio da Gestão dos Cuidados:**

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

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

- **Competência de Mestre em Enfermagem:**

1- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada.

Por norma, os enfermeiros são o grupo profissional com mais representantes na estrutura organizacional das instituições de saúde e nas equipas multidisciplinares que as compõem, estando inerente à sua atuação um conjunto de responsabilidades associadas à gestão dos cuidados e organização dos serviços. As competências de gestão e liderança do enfermeiro são recrutadas em situações que exigem tomadas de decisão, flexibilidade, resolução de problemas, mediação de conflitos e coordenação com os restantes elementos da equipa e serviços de modo a atingir os objetivos das organizações (Ribeiro et al., 2006).

A capacidade de liderança e gestão é desenvolvida naturalmente ao longo do percurso profissional do enfermeiro, uma vez que a Enfermagem requer um profissional competente que seja capaz de lidar com uma grande variedade de situações técnicas e humanas. O enfermeiro tem um papel fundamental no papel de propulsor de mudanças e soluções para as problemáticas identificadas pelas instituições de saúde, profissionais e doentes. Aliadas às competências de liderança e gestão estão associadas um conjunto de características pessoais que potenciam a atuação do enfermeiro nesta área dos cuidados, como são exemplo a busca e partilha de conhecimentos, uma comunicação eficaz, capacidade de envolvimento, credibilidade, capacidade de resolução de questões complexas e ambíguas para o contexto organizacional em que se insere e empatia para com os restantes elementos das equipas multidisciplinares (ibid.).

Associado às suas competências acrescidas no domínio da gestão dos cuidados o EE apresenta uma maior responsabilidade na organização e liderança das equipas de enfermagem nas quais se insere uma vez que “(...) realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2019:4748) e adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019:4748).

No decurso do EF tivemos a oportunidade de observar e colaborar em atividades relacionadas com a gestão do serviço e da equipa de enfermagem. Desenvolvemos alguns turnos junto do enfermeiro chefe, onde observámos de forma mais próxima o processo de elaboração e organização de escalas diárias, elaboração de horários, resolução de problemas estruturais e organizacionais dos serviços, requisição de material clínico, articulação com outros serviços clínicos, entre outras. Estes turnos possibilitaram-nos, embora de forma muito breve, ter uma perceção mais efetiva da complexidade inerente à gestão e liderança de serviços e equipas de enfermagem de grande dimensão, onde as problemáticas e decisões a tomar são constantes e apresentam um carácter de resolução imediata, exigindo um elevado nível de competências no domínio da gestão dos cuidados por parte das chefias.



Num contexto menos amplo, tivemos também a oportunidade de realizar vários turnos com o nosso enfermeiro orientador a ser designado como enfermeiro responsável de turno. A esta função, normalmente delegada a um EE e que visa substituir a chefia dos serviços na sua ausência, estão associadas todas as responsabilidades inerentes à gestão e liderança do serviço. Quando o enfermeiro chefe se encontrava presente e no desempenho de funções, ao responsável de turno ficavam apenas associadas decisões relacionadas com a prática clínica e de gestão direta dos cuidados, ficando a componente organizacional e administrativa para segundo plano. O elevado número de turnos nos quais tivemos a oportunidade de desempenhar esta função revelou-se extremamente proveitoso para o desenvolvimento das nossas competências nesta área dos cuidados.

A maioria dos atos de gestão e liderança onde tivemos a oportunidade de participar, relacionaram-se com decisões de natureza clínica, reuniões com outros elementos da equipa multidisciplinar, coordenação dos enfermeiros pelos respetivos postos de trabalho, distribuição equitativa da carga de trabalho, gestão de material clínico, gestão comunicacional e relacional com outros serviços e resolução de alguns conflitos profissionais existentes. Tivemos a oportunidade de contactar com técnicas formais e informais de gestão, desempenhadas por profissionais com vasta experiência nesta área de cuidados. Manipulámos ferramentas informáticas de gestão, como são exemplo as aplicações destinadas a requisição de material clínico e ferramentas de contabilização das horas de cuidados de enfermagem necessárias para prestar os cuidados a cada doente.

Se por um lado não exercemos nenhum tipo de liderança nas equipas de enfermagem por onde passámos, pois isso iria ultrapassar a nossa esfera de atividades enquanto alunos em contexto de estágio clínico, por outro observámos diferentes tipos de liderança por parte do nosso enfermeiro orientador e enfermeiros em cargos de chefia, podendo esses estilos de liderança ser definidos como “(...) a forma como o líder se relaciona com os integrantes da equipa, seja em interações grupais ou pessoa a pessoa. O estilo pode ser autocrático, democrático ou liberal, dependendo de o líder centralizar ou partilhar a autoridade com seus liderados” (Maximiano, 2000:343). Consideramos que os diferentes contributos que fomos colhendo ao longo dos estágios promoveram uma consciencialização dos diferentes tipos de liderança e gestão existentes e permitiram o

desenvolvimento e formulação da nossa identidade enquanto gestores e líderes dos nossos pares.

Devido ao contexto pandémico em que se desenvolveu o EF e o EEMCPSC e associado à constante mutação da afluência de doentes e de carência de profissionais devido a baixas médicas, a capacidade organizacional dos serviços tomou uma importância ainda mais relevante na sua prática clínica diária.

Ao longo do EF tivemos a oportunidade de observar a influência que as lideranças exercem sobre os seus subordinados. O papel de líder é essencial para a formação de um ambiente de confiança, que estimule o desenvolvimento de competências de todos os trabalhadores, e que possibilite melhorar o seu desempenho e a colaboração organizacional. É responsabilidade dos enfermeiros chefes/gestores garantir cuidados de saúde de qualidade nos serviços que são responsáveis, devendo alertar e orientar todos os elementos para práticas de qualidade, garantindo a satisfação de profissionais e doentes (Fradique & Mendes, 2013).

É importante referir o papel fundamental que a UC de Gestão em Saúde e Governança Clínica demonstrou no processo de aquisição de competências nesta área dos cuidados. Esta UC possibilitou-nos compreender os diferentes níveis das dinâmicas organizacionais, aprofundar conhecimentos sobre as estratégias promotoras de um ambiente de trabalho favorável à aprendizagem e práticas de qualidade, perceber a influência dos tipos de liderança nos diferentes contextos, compreender o papel dos sistemas de informação na governança clínica, entender o processo de acreditação de uma unidade de saúde e interiorizar e operacionalizar cada um dos pilares da governança clínica no processo de gestão de cuidados. Por outro lado, a pesquisa bibliográfica das *guidelines* em vigor assim como das evidências científicas mais atuais na área da gestão e liderança revelaram-se essenciais para aprofundar as nossas competências enquanto EE.

Por tudo isto consideramos ter desenvolvido e alcançado as competências relativas ao EE e ao Mestre em Enfermagem no domínio da gestão dos cuidados.

- **Competências Comuns do EE do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais:**

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2 – Baseia a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

- **Competência de Mestre em Enfermagem:**

2 - Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência;

4 - Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

6 - Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular.

O autoconhecimento e a assertividade são competências fundamentais para o desenvolvimento de práticas clínicas de qualidade, uma vez que ter o conhecimento de nós próprios permite-nos identificar os nossos pontos fortes e as nossas fraquezas, possibilitando-nos identificar as áreas onde devemos priorizar o nosso foco de atenção. O desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade envolve três aspetos inter-relacionados identificados com o processo de pensar, sentir e agir. Enfermeiros com estas competências desenvolvidas conseguem gerir os seus sentimentos e emoções de forma eficaz, evitando que os mesmos o oprimam (Smith, 2007).

Enfermeiros pouco competentes nesta área têm a tendência para se afastarem e evitarem o contacto com situações que fogem ao seu autocontrolo de maneira a gerir stress e emoções. Este desapego emocional a situações desconfortáveis reflete-se na qualidade dos cuidados, levando à despersonalização e desumanização dos cuidados. Os enfermeiros ao terem a capacidade de entender a forma como algumas situações clínicas os afetam têm a oportunidade de planear com antecedência a sua atuação e de se preparar

de forma mais adequada de maneira a prestarem cuidados de saúde seguros e de qualidade a pessoas e famílias doentes (ibid.).

Ao desenvolvermos a nossa atividade profissional num contexto afastado da realidade do doente crítico, nomeadamente num serviço de internamento de cuidados cirúrgicos, foram várias as incertezas e dúvidas que nos assolaram no período prévio ao EF. Após 10 anos de experiência profissional, voltar a um papel de discente revelou-se um catalisador da formulação da autoavaliação e autoconsciência das nossas competências pessoais e profissionais através de uma prática diária baseada na reflexão e assertividade.

Através deste processo reflexivo, podemos afirmar que conseguimos identificar as áreas onde o nosso desempenho se revelava menos eficaz e onde apresentávamos algumas lacunas, recorrendo a reuniões informais com os enfermeiros orientadores de modo a direcionar a nossa aprendizagem e metodologias. Excetuando algumas técnicas terapêuticas com as quais nunca tínhamos tido contato, foi na área da gestão de emoções junto do doente crítico que sentimos uma maior necessidade de desenvolvimento de competências e aptidões. Consideramos que conseguimos desenvolver competências emocionais que nos possibilitaram gerir o stress e ansiedade de uma forma mais eficaz junto de situações de emergência, o que se refletiu na segurança da nossa atuação e consequentemente dos cuidados prestados.

Para uma melhor preparação para estes períodos de estágio foram essenciais as UC's que nos forneceram as bases teóricas para atuar de uma forma mais segura e eficaz durante o período de estágio, demonstrando-nos e confirmando que a teoria e prática são interdependentes, de maneira recíproca, não havendo sobreposição de uma em relação a outra. A "(...) atividade prática implica uma ação sobre o mundo, de maneira a modificá-lo, a atividade teórica acaba apenas por modificar a consciência do homem acerca dos factos, as ideias sobre as coisas, mas não as próprias coisas" (Vasquez, 1977 citado por Moreira & Ferreira, 2014:130). Por outro lado um desenvolvimento de competências baseado apenas na componente prática "(...) acaba por produzir uma prática vazia, sem componentes teóricos e, por outro lado, gera uma teoria descomprometida com a mudança, que seria realizada através da prática" (Moreira & Ferreira, 2014:131).

Devemos realçar o papel que a UC Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental, teve na aquisição das competências necessárias a um elevado conhecimento e consciência de nós próprios enquanto pessoas. A evolução e incorporação destas competências na nossa *praxis* clínica desenrolou-se através do desenvolvimento de atividades que nos possibilitaram extrapolar uma ligação e extensão para a nossa autoconsciência profissional.

É importante perceber que o conhecimento em enfermagem advém de diversas fontes que se correlacionam de modo a potenciar o mesmo propósito, no entanto afirmar a existência das mesmas por si só não basta, sendo importante compreender os processos mentais que elas implicam. Podemos afirmar que existem sete fontes de conhecimento em enfermagem: Investigação científica; Tradição, Experiência, Intuição, Reflexão, Imaginação e Pensamento Heurístico (Nunes, 2018). Relativamente aos padrões de conhecimento de enfermagem emerge o nome de Barbara Carper, que afirma existirem, o padrão empírico, o padrão estético, o padrão de conhecimento pessoal e o padrão ético (Carper,1978).

Como já explanámos neste relatório adotámos o MMPBE de Larrabee como base teórica para a implementação do PIP e para o processo de desenvolvimento das nossas competências enquanto EE. Independentemente do modelo adotado, modelámos a nossa *praxis* clínica a partir da constante articulação reflexiva entre as diversas fontes e padrões de conhecimento existentes, procurando extrair de cada um os contributos que possibilitassem atingir os objetivos a que nos propusemos ao longo dos estágios.

Ao realizarmos uma sessão formativa no SU sobre o *Debriefing* após incidentes críticos e um PIP no SMI sobre as Estratégias de enfermagem promotoras da segurança na utilização de MAM em CI, baseadas em RSL previamente elaboradas, cremos que contribuímos para a disseminação de conhecimentos e investigações baseadas nas evidências científicas mais atuais, estabelecendo uma Enfermagem baseada na evidência e atuando na segurança e qualidade dos cuidados.

O PIP desenvolvido ao longo do EF seguiu a Metodologia de Projeto e todas as fases que a ela estão inerentes. Este PIP decorreu desde o diagnóstico de situação até a disseminação de resultados e contribuiu para a formação dos nossos pares e colaboradores, através de intervenções e formações fundamentadas na investigação científica.

Relativamente ao desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida, acreditamos que o processo que nos trouxe até ao EF e que visa a aquisição do título de EEEMCPSC e do grau académico de Mestre em Enfermagem, por si só, justifica a aquisição desta competência, uma vez que todo o nosso trajeto foi pautado por uma constante procura de conhecimento e de mais valias que nos possibilitassem atingir com sucesso o objetivo que previamente delineámos.

Em suma consideramos ter desenvolvido e alcançado com sucesso as competências relativas ao domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

### **3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem**

Reportando-nos agora para as competências específicas do EEEMCPSC podemos afirmar que o EE nesta área desenvolve “(...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”(OE, 2018: 19362).

De modo a atingir uma atuação segura e eficaz, o EEEMCPSC possui uma série de competências específicas que lhe permitem uma “(...) 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” (OE,2018:19363), sendo importante referir que os cuidados à PSC podem derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que podem ser definidas como:

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

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

A catástrofe é definida pela Lei de bases da Proteção Civil — Decreto- -Lei n.º 27/2006, no seu artigo 3.º, ponto 2 como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018 19363 materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (OE, 2018:19362).

Tendo em consideração o supramencionado, procederemos à análise reflexiva das atividades que nos possibilitaram atingir as competências específicas do EEEMCPSC.

- **Competência Específica do EEEMCPSC:**

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

A PSC 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.” (OE, 2019:19362). Ao longo da nossa atividade profissional tivemos contacto com a PSC apenas em situações esporádicas e onde o nosso foco de atuação se cingiu à estabilização e transferência para serviços com um maior grau de diferenciação que possuem os recursos humanos e materiais necessários para a monitorização, estabilização e recuperação total dos doentes afetados.

Realizar o EEPSC num SU e o EF num SMI possibilitou-nos contactar com diferentes tipologias de PSC e prestar cuidados em variadas áreas de atuação. Dentro desta multiplicidade de patologias destacamos os cuidados de enfermagem que prestámos a doentes politraumatizados, doentes com traumatismo crânio encefálico grave, doentes vítimas de enfarte agudo do miocárdio, vítimas de acidentes vasculares cerebrais, intoxicações medicamentosas, doenças metabólicas, entre outros. Se no SMI a nossa atuação foi focada na monitorização e tratamento da PSC com o processo de doença já previamente instalado, no SU tivemos a oportunidade de prestar cuidados à PSC numa diversidade de âmbitos, nomeadamente de triagem, prestação de cuidados urgentes e prestação de cuidados emergentes.

Consideramos que os cursos que tivemos a oportunidade de frequentar ao longo da UC Médico Cirúrgica 4, e aos quais tivemos aproveitamento positivo, nomeadamente o Suporte Básico de Vida (Anexo II), Suporte Avançado de Vida (Anexo III) e Suporte de Vida em Trauma (Anexo IV), demonstraram-se fundamentais para a nossa correta atuação em situações de emergência junto da PSC, facultando-nos competências e ferramentas para organizar e planear cuidados segundo as *guidelines* e evidências científicas mais atuais em suporte avançado de vida e trauma.

No que concerne às atitudes terapêuticas que tivemos a oportunidade de desenvolver durante o EF destacamos: os episódios clínicos que necessitámos de realizar ressuscitação cardiopulmonar através dos algoritmos que previamente adicionámos aos nossos conhecimentos; os cuidados de enfermagem inerentes às técnicas de substituição e manutenção de órgão como a VMI, a ventilação mecânica não invasiva e as técnicas de substituição renal; a utilização de MAM, que não fazia parte da nossa realidade



profissional, junto da PSC; monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, incluindo manuseamento de cateter PiCCO e realização de ponto hemodinâmico; cuidados prestados à pessoa em situação de morte cerebral para futura doação de órgãos; participação nas reuniões multidisciplinares onde se decidiam as atitudes terapêuticas a adotar e a comunicação com as pessoas e famílias em situação crítica ou falência orgânica, com principal destaque para o apoio emocional e empatia que demonstrámos na comunicação de más notícias. Consideramos que todas estas atividades permitiram desenvolver a capacidade de correlacionar a teoria com a prática, assim como a capacidade de adequação do plano terapêutico ao doente tendo em conta a evolução do seu estado clínico.

Algo completamente novo na nossa prática clínica, e que apenas tínhamos contactado em termos teóricos, foi a oportunidade de participar num processo de diagnóstico de morte cerebral assim como da manutenção da estabilidade hemodinâmica da PSC para potencial doação de órgãos. O EE “assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional (...) assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.” (OE, 2019:4746). Por outro lado o EEEMCPSC “demonstra conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos” (OE, 2018:19363). Partindo destes pressupostos, implementámos cuidados de enfermagem especializados tendo em conta a vertente técnica e terapêutica do processo de diagnóstico de morte cerebral e manutenção de estabilidade hemodinâmica. Por outro lado o recurso a técnicas de relação de ajuda e o estabelecimento de uma relação empática com os familiares dos doentes, demonstraram-se fundamentais para auxiliar o processo de luto e garantir uma morte digna aos doentes.

Durante o EF procurámos seleccionar, quando possível, doentes que favorecessem a nossa aprendizagem e desenvolvimento de competências. Destacamos a disponibilidade de todos os elementos da equipa de enfermagem, com os quais tivemos a oportunidade de contactar, para nos proporcionar momentos de aprendizagem junto de doentes que não se encontravam à nossa responsabilidade.

Como técnica de avaliação das PSC aos quais prestámos cuidados adotámos a metodologia ABCDE previamente lecionada em contexto teórico e que pode ser organizada em 5 etapas: A (*Airway*) - Permeabilização da Via Aérea; B (*Breathing*) - Ventilação e Oxigenação; C (*Circulation*) - assegurar a circulação com controlo da hemorragia; D (*Disability*) - disfunção neurológica; E (*Expose/Environment*) - exposição com controlo de temperatura. Esta metodologia de abordagem ao doente crítico segue uma ordem cronológica, devendo qualquer situação emergente ser previamente resolvida antes de se avançar para o próximo passo (Smith & Bowden, 2017).

Um dos aspetos que consideramos mais relevantes e onde sentimos maior necessidade de desenvolver as nossas competências foi na comunicação com a PSC sujeita a VMI e que apresentava o seu estado de consciência deprimido. Encontrar estratégias alternativas de comunicação torna-se essencial junto deste tipo de doentes, uma vez que as dificuldades de comunicação levam a que os doentes não consigam exprimir a sua opinião e os seus sentimentos sobre as atitudes terapêuticas adotadas, deixando de ter um papel central no processo de tomada de decisão. (Martinho & Rodrigues, 2016). É importante lembrar que estas dificuldades de comunicação também afetam os familiares das PSC que não conseguem comunicar de forma adequada, pois não conseguem descodificar o que o seu familiar deseja comunicar, vivenciando sentimentos de impotência e frustração (ibid.). Posto isto o estabelecimento de técnicas alternativas de comunicação assim como o papel de facilitador da comunicação entre doente e família revelou-se um enorme desafio que consideramos ter ultrapassado positivamente com o auxílio de técnicas comunicacionais alternativas com efetividade científica comprovada.

Por várias vezes realizámos o acolhimento de PSC no SMI, onde foi primordial a nossa capacidade de estabelecer uma relação terapêutica eficaz que possibilitasse ao doente e sua família gerir a ansiedade e outras perturbações emocionais decorrentes do processo de doença. Acreditamos que estabelecemos técnicas de relação de ajuda eficazes e promotoras de processos terapêuticos mais seguros e de qualidade.

O EEEMCPS apresenta como Unidade de Competência:

“ 1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.” (OE, 2018:19363).

A dor é um sintoma clínico subjetivo, que acarreta um elevado grau de dificuldade por parte dos profissionais de saúde para a avaliar e caracterizar, tornando-se essencial respeitar a autoavaliação realizada pelo doente. Pelo facto da PSC frequentemente se encontrar sujeita a VMI e sedação é responsabilidade do profissional de saúde avaliar a dor que o doente possa estar a vivenciar através de estratégias e *guidelines* cientificamente comprovadas (Pinheiro & Marques, 2019). Neste sentido ao longo do EF no SMI aplicámos a *Behavioral Pain Scale* de modo a monitorizar e a gerir a dor sentida pelos doentes incapazes de comunicar eficazmente. Posto isto consideramos ter desenvolvido e aplicado competências no processo de gestão e aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à dor com principal ênfase no processo de aplicação, manutenção e diminuição de sedação e analgesia. Para além desta escala, a nossa avaliação clínica baseou-se em escalas aceites e recomendadas para as instituições de saúde nacionais, como são exemplo a *Richmond Agitation-Sedation Scale*, escala de *Braden* e escala de *Morse*.

Aliado à complexidade inerente aos SMI surgem um conjunto de protocolos e normas de atuação que tivemos a oportunidade de assimilar e aplicar. Estes procedimentos permitem padronizar cuidados baseados na evidência científica mais recente de modo a se atingirem cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Foi para nós imperioso conhecer os protocolos e normas existentes, de modo a aplicá-los em episódios clínicos concretos. É de realçar que participámos na elaboração de um protocolo clínico na área da utilização segura de MAM em CI.

Pelo cariz mais amplo que esta competência acarreta, consideramos que todas as UC's desenvolvidas ao longo do período teórico do mestrado desempenharam um papel importante no desenvolvimento de competências, conhecimentos e habilidades que nos possibilitaram aplicar cuidados de enfermagem à pessoa e família em situação crítica ou falência orgânica em tempo útil e de forma holística. Consideramos ter desenvolvido cuidados que abrangeram a componente patológica, social e psicológica, personalizando

cuidados, direcionando o nosso foco de atuação e respeitando os nossos direitos e deveres éticos, deontológicos e legais.

À semelhança das restantes competências, a pesquisa bibliográfica que efetuámos ao longo de ambos os estágios dotou-se de uma particular importância no que concerne à dissipação de dúvidas assim como à incorporação de novos conhecimentos e habilidades que previamente não possuíamos. As reuniões e conversas informais com os enfermeiros orientadores e restantes membros das equipas multidisciplinares revelaram-se uma importante fonte de conhecimento e de partilha de experiências, onde, na nossa opinião, através de uma atitude humilde e de escuta ativa conseguimos desenvolver as nossas competências.

Posto isto e tendo em atenção todas as atividades que já descrevemos e refletimos nas competências comuns do EE, e considerando o seu carácter abrangente consideramos ter atingido a competência supramencionada.

- **Competência Específica do EEEMCPSC:**

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

Como já referido na fase inicial deste capítulo uma situação de catástrofe pode ser encarada como um acidente ou série de acidentes graves que possuem o potencial para provocarem danos materiais e humanos e, eventualmente, vítimas, tendo repercussões negativas nas condições de vida das populações e no tecido socioeconómico das áreas onde ocorre (OE,2018).

Em pleno século XXI a probabilidade de ocorrência de uma catástrofe, seja ela natural ou causada pelo ser humano, aumentou exponencialmente quando comparado com os séculos anteriores. Os atentados terroristas, as guerras, os incidentes nucleares, químicos e biológicos que afetam um elevado número de pessoas assim como instabilidades socioeconómicas e políticas são uma realidade cada vez mais presente nas sociedades atuais (ICN, 2009).

Associado a esta crescente importância e probabilidade de ocorrência de eventos catastróficos torna-se premente que todos os profissionais de saúde possuam competências que lhe permitam atuar de forma adequada numa situação multi vítimas. O enfermeiro encontra-se inserido nas equipas multidisciplinares de saúde e participa ativamente nos cuidados diretos prestados às pessoas afetadas pela catástrofe e na implementação de programas preventivos da ocorrência destes eventos planeando estratégias de ação para o socorro e redução das consequências para as populações (ICN, 2009; Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012)

Um dos principais problemas da ocorrência de situações de catástrofe é o facto das mesmas poderem gerar um elevado número de vítimas simultâneas que não podem ser cuidadas adequadamente com o recurso aos procedimentos de rotina dos serviços de saúde locais. Neste sentido é exigido ao profissional de saúde o recurso a um conjunto de conhecimentos e habilidades práticas que possibilitem um atendimento correto e atempado ao maior número de pessoas possível (WHO, 2007).

Como o intuito de melhorar o atendimento de saúde em situações multi vítimas surgem os sistemas de triagem de catástrofe. Este tipo de triagem permite classificar os doentes em função da prioridade de atenção e de prognóstico, assumindo-se que uma correta triagem de vitimas diminui a taxa de mortalidade associada à catástrofe (Price et al., 2018). Dado o seu carácter incerto, não nos deparámos perante um cenário de catástrofe ou situação multi vítimas, no entanto, durante o EEPSC tivemos a oportunidade de aprofundar conhecimentos sobre a triagem de doentes urgentes e emergentes, utilizando o método da triagem de Manchester. Este sistema de triagem pode ser definido como:

“(...) um sistema que determina o nível de urgência de cada paciente. O enfermeiro responsável pela classificação seleciona o fluxograma mais adequado para a queixa principal, história clínica e sinais e sintomas apresentados pelo paciente, um discriminador é encontrado e o paciente é classificado em uma das cinco categorias: Emergente (vermelho), avaliação imediata pelo médico; Muito Urgente (laranja), avaliação em até 10 minutos;

Urgente (amarelo), 60 minutos; Pouco Urgente (verde), 2 horas; e, Não Urgente (azul), 4 horas” (Amthauer & Cunha, 2016:2).

Por outro lado durante o EEPSC contactámos, embora que apenas em termos teóricos, com o método de triagem de catástrofe adotado pelo SU.

Procedemos à consulta e análise do plano de emergência hospitalar definido pela ULS com o objetivo de entender os procedimentos a adotar por parte de todos os profissionais em caso da ocorrência de situações de emergência e catástrofe. Em termos mais específicos também procedemos à análise dos planos internos de emergência do SMI.

Consideramos fundamental o papel que a UC de EMC III teve no lançamento das bases teóricas necessárias para nos tornarmos competentes nesta área de cuidados especializados. No decorrer desta UC foram-nos facultados um conjunto de conhecimentos e habilidades, como são exemplo a legislação existente, os manuais das instituições nacionais de emergência, os princípios de atuação em situações de exceção e catástrofe, entre outros, que se revelaram importantíssimos para nos tornarmos mais conscientes e conhecedores desta área de atuação do EEEMCPSC. Consideramos que a metodologia aplicada durante a UC foi essencial para aprofundar as nossas competências específicas nesta área, uma vez que apesar da limitação temporal a que estivemos sujeitos, o recurso à elaboração de trabalhos de grupo com abordagens diversas por parte de todos os integrantes da turma possibilitou incorporar esta temática de uma forma ampla, dissipando algumas dúvidas que possuíamos.

À semelhança das restantes competências já mencionadas neste relatório, consideramos que a pesquisa bibliográfica efetuada nesta área dos cuidados foi essencial para o nosso desenvolvimento enquanto futuros EEEMCPSC. Pelo facto de, durante o EF, não ser possível atuar em contexto real de situações de emergência, exceção ou catástrofe consideramos que a aquisição de conhecimentos teóricos reveste-se de uma importância ainda mais relevante para a justificação da aquisição de competências nesta área de cuidados, uma vez que é através da base teórica estabelecida que conseguiremos ser mais seguros e eficazes em futuros cenários práticos.

Para além do curso de Suporte Avançado de Vida, consideramos que o curso de trauma - *International Trauma Life Support*, possibilitou-nos a aquisição de conhecimentos e habilidades que podem revelar-se vitais para o nosso desempenho em situações de emergência, exceção e catástrofe.

Durante o período do EF procedemos ao contacto com o responsável pela Proteção Civil da área de influência da ULS, com o intuito de aferir a possibilidade de realizar um estágio de observação nessa instituição. Devido a incompatibilidades de agenda esse estágio não foi possível de se concretizar. Apesar desta impossibilidade, estabelecemos um conjunto de conversas informais e de troca de bibliografia que se tornaram importantíssimos para perceber a organização, articulação e funcionamento da Proteção Civil junto das instituições de saúde locais, assim como o seu plano de atuação em situações de emergência, exceção e catástrofe.

Em suma, tendo em conta o carácter aleatório que a ocorrência de situações de emergência e catástrofe acarreta, não conseguimos desenvolver a nossa atividade clínica neste contexto de cuidados, no entanto, consideramos que as atividades que desenvolvemos foram suficientemente justificativas da aquisição desta competência específica do EEEMCPSC.

• **Competência Específica do EEEMCPSC:**

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

O EEEMCPSC ao prestar cuidados à PSC:

“Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou

falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos” (OE, 2018:19364).

No contexto dos cuidados de saúde prestados à pessoa sã ou doente, surge o conceito de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, que pode ser definida como uma “(...) infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2007:4). De modo a diminuir a incidência deste tipo de infeções os profissionais de saúde devem ter em atenção o cumprimento das PBCI, o estabelecimento de programas de apoio à monitorização e diminuição de consumo de antibióticos e a vigilância epidemiológica da resistência a antimicrobianos através da reavaliação constante das estratégias implementadas (DGS, 2016).

Durante o EF tivemos a oportunidade de aprofundar conhecimentos acerca das normas e *guidelines* emanadas pelas instituições nacionais com responsabilidade nesta área, nomeadamente a DGS através do seu PPCIRA, assim como das suas normas e *guidelines* relativas aos feixes de intervenção prioritários, nomeadamente prevenção de infeção do local cirúrgico, prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, prevenção da pneumonia associada à intubação e prevenção da infeção relacionada com cateter venoso central. Num plano mais abrangente procedemos à pesquisa e incorporação das diretrizes internacionais de instituições de reconhecida referência como o *European Centre for Disease Prevention and Control* e *Centers for Disease Control and Prevention*. Aliado a esta pesquisa de normas e *guidelines* institucionais também procedemos à pesquisa científica da evidência mais atual nesta área.

No SU e SMI aprofundamos conhecimentos sobre as normas internas, de modo a atuar em consonância com o preconizado para cada serviço, tendo sempre em consideração uma reflexão crítica sobre as práticas adotadas, procurando adaptá-las, quando justificável, às evidências científicas previamente encontradas.

No decorrer do EF desenvolvemos um estágio de observação junto do gabinete de coordenação local do PPCIRA. Através deste estágio conseguimos ter uma noção mais clara do campo de atuação destes gabinetes, das suas responsabilidades e de que forma



os mesmos conseguem estabelecer e difundir estratégias de prevenção e controlo de infeção junto dos serviços clínicos. É de salientar que o enquadramento histórico e contextual que os responsáveis por este gabinete nos proporcionaram, possibilitou-nos enquadrar o papel do PPCIRA de uma forma mais clara e organizada nas instituições de saúde.

Inserido no EEPSC no SU e tendo em conta o contexto pandémico em que o mesmo decorreu, tivemos a oportunidade de desempenhar funções no SU dedicado exclusivamente a doentes com a doença COVID-19. Ao prestar cuidados a este tipo de doentes o conhecimento e cumprimento das PBCI tornou-se fundamental para prestar cuidados de saúde de qualidade e seguros, garantindo a não disseminação da doença junto de outros doentes e profissionais. Neste contexto e face à constante mutação de *guidelines* e indicações relativas ao controlo da pandemia, a procura pela atualização de conhecimentos revelou-se fundamental para a nossa atuação.

Consideramos que sempre cumprimos escrupulosamente todas as PBCI inerentes às diferentes tipologias de cuidados prestados, estabelecendo rotinas de análise, discussão e reflexão com o enfermeiro orientador do EF de modo a orientar a nossa atuação.

Destacamos o papel da UC EMC V, onde nos foram facultados conhecimentos e habilidades que se tornaram fundamentais para o desenvolvimento desta competência. Mais uma vez a metodologia pedagógica adotada, apesar da limitação temporal, tornou-se eficaz e dissipadora de dúvidas que apresentámos. O trabalho que desenvolvemos nesta UC com o tema “Controlo Ambiental”, também se revelou fundamental para aprofundar conhecimentos nesta área dos cuidados.

Devido a todas estas atividades que desenvolvemos consideramos ter feito o suficiente para comprovar a aquisição da competência supramencionada.

• **Competências de Mestre em Enfermagem:**

7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Na nossa opinião, todas as competências que foram alvo da nossa reflexão ao longo deste capítulo, e as quais achamos ter atingido com sucesso, fundamentam o atingir desta última competência de Mestre em Enfermagem.

## **4. CONCLUSÃO**

Este relatório surge como o culminar de um longo trajeto de aquisição de competências académicas, profissionais e pessoais que em muito potenciaram o nosso desenvolvimento enquanto futuros EEEMCPSC.

As atividades desenvolvidas ao longo do EF tiveram como objetivo desenvolver e justificar a aquisição das competências comuns do EE, as competências específicas do EEEMCPSC e as competências inerentes ao Mestre em Enfermagem. Para termos uma atuação mais adequada e direcionada ao longo do período de estágio, achamos que é inegável a importância que todas as UC's tiveram para a aquisição e solidificação das bases teóricas a implementar na nossa prática clínica, provando-se uma vez mais a indissociação recíproca da teoria e prática no que concerne a cuidados de saúde de qualidade e seguros.

O estabelecimento de um cronograma de atividades e de um projeto inicial de estágio foi essencial para nortear a nossa atuação tendo em vista o atingir dos objetivos previamente delineados. A metodologia de acompanhamento académico, com recurso a reuniões frequentes com o enfermeiro orientador e a docente orientadora, também se tornou vital para reorientar estratégias e objetivos de maneira a desenvolver um trabalho mais satisfatório.

A contextualização e descrição da realidade clínica onde desenvolvemos o nosso EF, foi feita de forma contínua e com recurso à colheita de dados junto dos elementos da equipa multidisciplinar e das fontes institucionais da ULS. A consciencialização das características organizacionais e humanas dos espaços onde estabelecemos a nossa atividade foi essencial para direcionar e tornar os nossos objetivos mais realistas e exequíveis.

Acreditamos que o PIP foi ao encontro dos objetivos estratégicos do EF pois desenvolvemos um projeto inserido no âmbito do incremento da qualidade dos cuidados e da segurança da PSC internada em CI. Este projeto teve o privilégio de conseguir envolver todos os elementos da equipa de enfermagem do SMI onde desenvolvemos o EF, resultando em ganhos objetivos na segurança da utilização de MAM, potenciando a excelência dos cuidados de enfermagem prestados. Consideramos que apesar da limitação temporal inerente à duração do EF, atingimos todos os objetivos do PIP, sendo de realçar que a sua implementação segundo as fases da Metodologia de Projeto, conferiu ao mesmo um carácter científico, estruturando-o cronologicamente e facultando-lhe significância prática.

Adotámos o MMPBE de Larrabee como base teórica para o desenvolvimento e implementação do PIP assim como para o projeto de desenvolvimento de competências profissionais. Consideramos este modelo, o mais adequado para promover a mudança em contextos clínicos, conferindo uma componente científica às atitudes terapêuticas a implementar, dissipando a componente subjetiva dos cuidados e ajudando na aceitação e incorporação da mudança nos participantes. Por outro lado a aquisição de competências baseada na pesquisa e agregação da evidência científica mais atual confere-nos uma estruturação e integração de conceitos, conhecimentos e habilidades de uma forma mais consistente nas competências que previamente já possuíamos, potenciando, tal como o PIP, a mudança na nossa prática clínica de enfermeiro generalista para EEEMCPSC.

Por último consideramos que a capacidade que revelámos para relatar e refletir sobre todas as atividades que nos possibilitaram o desenvolvimento de competências, revelou-se essencial para uma análise retrospectiva de todo o percurso que nos trouxe até aqui. A capacidade de nos autoavaliarmos e autoconhecermos torna-se essencial para nos conseguirmos desenvolver nos vários âmbitos da nossa vida, onde se inclui o âmbito académico e profissional. Consideramos ter desenvolvido todas as atividades que previamente delineamos no projeto de estágio inicial, sujeitando-as a alterações circunstanciais como resposta às realidades clínicas encontradas.

Como nota final consideramos que os objetivos estabelecidos com a elaboração deste Relatório foram amplamente atingidos, terminando este longo trajeto formativo com o

sentimento de dever cumprido. Acreditamos que nos tornámos seres humanos e profissionais mais competentes e capazes de prestar melhores cuidados de enfermagem. Resta-nos declarar um sentimento de agradecimento e reconhecimento por todas as pessoas que tornaram este trajeto possível.

## BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2013). Recomendações técnicas para instalações de Unidades de Cuidados Intensivos. Obtido de [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes\\_Tecnicas\\_Cuidados\\_Intensivos\\_09\\_2013.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf)

American Psychological Association. (2019). *Publication manual of the American Psychological Association (7ª edição.)*. Washington, DC.

Amthauer, C., & Cunha, M. (2016). Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, pp. 1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779>

Assembleia da República [AR]. (2015). Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República, série I, n.º 181*, pp. 8059 – 8105

Assembleia da República [AR]. (2019). Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República, série I, n.º 169*, pp. 55-66

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito (2ª ed.)*. Coimbra: Quarteto.

Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*, n.º 288, pp.1597-1599. Obtido de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/pdf/bmjcred00502-0041.pdf>

Cajanding, R. (2017). Administering and monitoring high-alert medications in acute care. *Nursing Standard* vol. 31, n.º 47, pp. 42-52. doi: 10.7748/ns.2017.e10849

Carneiro, A. V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.10, pp.3-10. Obtido de: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98504/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico10a01%20-%20p3-10.pdf>

Carper, B. (1978). *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing*. Aspen Publishers, vol. 1, n.º1, pp.13-24. Obtido de: [http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705\\_CH03\\_V1xx.pdf](http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf)

*Nacional de Segurança Sanitária*. Obtido de: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/1%20Assist%C3%A2ncia%20Segura%20Uma%20reflex%C3%A3o%20te%C3%B3rica%20aplicada%20%C3%A0%20pr%C3%A1tica.pdf>

Crisp, L., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J., Barros, P., & Soares, J. (2014). Um Futuro Para a Saúde - Todos temos um papel a desempenhar. Lisboa, Portugal. *Fundação Calouste Gulbenkian*. Obtido de: [https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/30003652/PGIS\\_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/30003652/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf)

Di Muzio, M., Tartaglino, D., De Vito, C., & La Torre, G. (2016). Validation of a questionnaire for ICU nurses to assess knowledge, attitudes and behaviours towards medication errors. *Ann Ig*, vol. 28, n.º 2, pp. 113-121. doi: 10.7416/ai.2016.2090

Di Simone, E., Tartaglino, D., Fiorini, S., Petriglieri, S., Plocco, C., & Di Muzio, M. (2016). Medication errors in intensive care units: nurses' training needs. *Emergency Nurse*, vol.24, n.º4, pp 24-29. doi: 10.7748/en.2016.1.1577

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Obtido de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Obtido de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2015). Norma 14/2015 Medicamentos de Alerta Máximo. Obtido de: [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc\\_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx)

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2016). MODELO DE GOVERNAÇÃO A 2020 – Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários (2ªed.). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/modelo-de-governacao-a-2020-do-plano-nacional-de-saude-e-programas-de-saude-prioritarios-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017). Norma nº 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. *Direção Geral da Saúde*, pp.1-8.

Direção Geral do Ensino Superior [DGES]. (2022). Graus e diplomas do ensino superior. Obtido de <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/graus-e-diplomas-do-ensino-superior>

Duarte, M. (2017). A Importância da Auditoria Interna para uma Gestão Eficiente e Eficaz em Instituições Hospitalares do Setor Público. Obtido de [https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/10957/1/Mariana\\_Duarte\\_MA\\_2017.pdf](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/10957/1/Mariana_Duarte_MA_2017.pdf)

Elliott, M. & Liu, Y. (2010). The nine rights of medication administration: an overview. *British Journal of Nursing*, vol.19, n.º 5, pp. 300–305. doi:10.12968/bjon.2010.19.5.47064



Fawcett, J. (2005). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quarterly*, vol.18, n.º 2 , pp.131-135. doi: <https://doi.org/10.1177/0894318405274823>.

Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*, vol. 5, edição especial , pp. 183-196. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552001000500010>

Flynn, F., Evanish, J., Fernald, J., Hutchinson, D., & Lefaiver, C. (2016). Progressive Care Nurses Improving Patient Safety by Limiting Interruptions During Medication Administration. *Critical Care Nurse* vol. 36, n.º 4, pp. 19-35. doi: <https://doi.org/10.4037/ccn2016498>

Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, nº 10, pp. 45-53. Obtido de: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239969010.pdf>

Gracia, J., Sanz, Á., Serrano, R., & Garrido, J. (2020). Medication errors and risk areas in a critical care unit. *Journal of advanced nursing*, pp. 1-10. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.14612>

Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais [GTROIH]. (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. Obtido de: <https://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª ed.)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Inaba, L., Silva, M. & Telles, S. (2004). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, vol.39, n.º 4, pp.423-429. doi:10.1590/s0080-62342005000400008

Institute for Safe Medication Practices [ISMP]. (2018). *ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings*. Obtido de:

<https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf>

Institute of Medicine. (2007). *Preventing Medication Errors: Quality Chasm Series*. Washington, DC: National Academy Press. Obtido de: [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=11623](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=11623)

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM]. (2012). *Abordagem à vítima - Manual TAS/TAT. Versão 2.0. 1ª Edição*. Obtido de: <http://www.inem.pt/wpcontent/uploads/2017/06/Abordagem-%C3%A0-V%C3%ADtima.p>

International Council of Nurses [ICN]. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. Geneve: International Council of Nurses. ISBN 978-92-95065-79-6

International Council of Nurses [ICN]. (2012a). *Combater a Desigualdade: da Evidência à Ação*. Lisboa: Ordem do Enfermeiros.

International Council of Nurses [ICN]. (2012b). *The Code of Ethics for Nurses. (Revised 2012)*. Geneve: ICN - International Council of Nurses. Obtido de: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf)

Kendall-Gallagher, D., & Blegen, M. (2009). Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. *American journal of critical care* vol.18, n.º2, pp. 106-116. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2009487>

Kwok, W., Chau, J., Low, L., & Thompson, D. (2015). The reliability and validity of the therapeutic index. *Journal of Critical Care* vol. 20, n.º 3, pp. 257-263. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2005.06.004>

Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. Porto Alegre: AMGH Editora.

Mão-de-Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.

- Martinho, C. & Rodrigues, I. (2016). A comunicação dos doentes mecanicamente ventilados em unidades de cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, vol.28, n.º2, pp. 132-140. doi. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160027>
- Maximiano A.C.A. (2000). Teoria Geral da Administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada. 2ª ed. São Paulo: Atlas
- Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto e Contexto em Enfermagem*, vol. 18, n.º1, pp 165- 169. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000100020>
- Ministério da Saúde [MS]. (1996). Decreto-Lei n.º 161/1996. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, 1ª Série, n.º 205 de 4 de setembro de 1996, pp. 2959 - 2962.
- Ministério da Saúde [MS]. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 2ª Serie, nº 28/2015, 1º Suplemento (10 de fevereiro 2015), pp. 3882-(2) a 3882-(10).
- Ministério da Saúde [MS]. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. Lisboa: República Portuguesa. Obtido de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Ministério da Saúde [MS]. (2021). Despacho n.º 9390/2021 de 27 de setembro – Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República, 2ª Série, n.º 187, 96-103.
- Mira, L., & Martins, S. (2018). Medicamentos Potencialmente Perigosos: Como Garantir a sua Segurança no Hospital. *Gazeta Médica*, vol. 5, n.º 2, pp. 112-115. Obtido de: <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/158>
- Moreira, F., & Ferreira, E. (2014). Teoria, Prática e Relação na Formação Inicial na Enfermagem e na Docência. *Educação, Sociedade & Culturas*, nº 41, pp. 127-148.

Obtido de:  
[https://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/ESC41\\_F\\_Moreira\\_E\\_Ferreira.pdf](https://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/ESC41_F_Moreira_E_Ferreira.pdf)

Nunes, L. (2009). *Ética: Raízes e Florescências em Todos os Caminhos*. Lusociência.

Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS. Obtido de:  
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20a%20cademica%20em%20enfermagem.pdf>

Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem 2ª edição*. Loures: Lusodidacta.

Nunes, L., Bettencourt, M. & Deodato, S. (2006). *Recomendações Relativas ao Ensino da Ética e Deontologia no Curso de Enfermagem*. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, n.º 23, 14-20. Obtido de:  
<https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/roe23/full-view.html>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem. Lisboa. Portugal.

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

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Regulamento n.º 361/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2.ª Série, n.º 123, pp. 17240-17243.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). *Regulamento n.º 338 de 23 de junho: Regulamento de Aconselhamento Deontológico para Efeitos de Divulgação de Informação Confidencial e Dispensa do Segredo Profissional*. Diário da República, 2ª Série, n.º120, pp.12770-12772.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento nº429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série — n.º 135, pp. 19359-19370.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, pp. 4744 - 4750.

Padilha, K.; Sousa, R., Miyadahira, A., Cruz., D., Vattimo, M., Kimura, M., ... Ducci, A. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para a sua aplicação. *Revista Escola Enfermagem USP*, vol. 39, n.º2, pp. 229-233. doi:10.1590/S0080-62342005000200014

Pearson, A., Vaughan, B., & FitzGerald, M. (2005). *Nursing models for practice*. Elsevier Health Sciences. Obtido de: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=ckYIU6b\\_iiYC&oi=fnd&pg=PR9&dq=nursing+models+for+practice&ots=PsLEpksQFU&sig=Nr-UZ3GCAMousaXbhtcGfmzvp44&redir\\_esc=y#v=onepage&q=nursing%20models%20for%20practice&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=ckYIU6b_iiYC&oi=fnd&pg=PR9&dq=nursing+models+for+practice&ots=PsLEpksQFU&sig=Nr-UZ3GCAMousaXbhtcGfmzvp44&redir_esc=y#v=onepage&q=nursing%20models%20for%20practice&f=false)

Pérez-Ricart, A., Rodriguez, E., Montañana, A., Mañez, E., & Pérez-Feliu, A. (2019). Mapa de riesgo de medicamentos de alto riesgo en un hospital de tamaño medio. *El Farmacéutico Hospitales* n.º216, pp. 12-18. Obtido de: <https://www.elfarmacéuticohospitales.es/actualidad/en-profundidad/item/6693-mapa-de-riesgo-de-medicamentos-de-alto-riesgo-en-un-hospital-de-tamaño-medio#.YaZ2NNDP3Zs>

Pinheiro, A. & Marques, R. (2019). Behavioral Pain Scale e Critical Care Pain Observation Tool para avaliação da dor em pacientes graves intubados orotraquealmente. Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, vol. 31, n.º 4, pp. 571-581. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190070>

Price, M. F., González, P. A., Ríos, M. P., Fernández-Pacheco, A. N., Álvarez, T. C. and Delgado, R. C. (2018). Comparación de los sistemas de triaje META y START en

un ejercicio simulado de múltiples víctimas. *Emergencias*, vol. 30, n.º4, pp. 224–230. Obtido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6489694>

Ramos, S. & Trindade, L. (2011). Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno hospital*, vol. 48, pp. 16-20. Obtido de: <http://hdl.handle.net/10400.17/1597>

Ribeiro, M., dos Santos, S., & Meira, T. (2006). Refletindo Sobre Liderança em Enfermagem. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem* vol.10, n.º 1, pp. 109-115. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000100014>

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Silva, J. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4ª série, n.º 19 , pp. 39-48. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV18040>

Rosswurm, M.A. & Larrabee, J.H. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 31, n.º4, pp. 317-322. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>

Ruivo, M.; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010), Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, n.º 15, pp. 1-37. Obtido de: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

Schnoor, J., Rogalski, C., Frontini, R., Engelmann, N. & Heyde, C. E. (2015). Case report of a medication error by look-alike packaging: a classic surrogate marker of an unsafe system. *Patient safety in surgery*, vol. 9, n.º 12, pp.1-5. doi: 10.1186/s13037-014-0047-0

Serrano, M., da Costa, A., & da Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3ª série, n.º3, pp.15-23. Obtido de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf>

Silva, M. (2017). Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável - Melhoria da Qualidade. Porto. Obtido de

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20881/1/DISSERTAC%CC%A7A%C%83O%20Vers%C3%A3o%20final%20Teresa%20Costa%20MDCSE.pdf>

Silva, S. & Saraiva, M. (2012). A Gestão da Qualidade como diferencial competitivo na Satisfação e Fidelização de clientes. Disponível em: [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/5430/1/A%20Gest%C3%A3o%20da%20Qualidade%20como%20diferencial%20competitivo%20na%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Fideliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20clientes\\_Silva.Saraiva.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/5430/1/A%20Gest%C3%A3o%20da%20Qualidade%20como%20diferencial%20competitivo%20na%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Fideliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20clientes_Silva.Saraiva.pdf)

Smith, D. & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*. vol.32 , n.º14, pp. 51-63. doi: 10.7748/ns.2017.e11030

Smith, J. (2007). Promoting self-awareness in nurses to improve nursing practice. *Nursing Standard* vol.21, n.º 32, pp. 47-52. doi: 10.7748/ns.21.32.47.s53

Thompson, D., Hamilton, K., Cadenhead, C., Swoboda, S., Stephanie, M., Diana, M., . . . Petersen, C. (2012). Guidelines for intensive care unit design. *Critical Care Medicine Journal*, vol.40 n.º 5, pp. 1586-1600. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182413bb2

Unidade Local de Saúde [ULS]. (2022a). Missão, Atribuições e Legislação.

Unidade Local de Saúde [ULS]. (2022b). Organograma

Unidade Local de Saúde [ULS]. (2022c). Informação Estatística.

Universidade de Évora [UE]. (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. Obtido de: <http://gdoc.uevora.pt/384829>

Universidade de Évora [UE]. (2016). Aviso n.º 5622/2016. Publicação do Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora. Diário da República, 2.ª Série, n.º 84, pp. 13881 – 13888

Vincent, C. (2010). Patient safety (2nd edition). Chichester, United Kingdom: *BMJ Books* - *Wiley-Blackwell*. Obtido de:

<https://books.google.pt/books?id=CbJwsamhVdoC&lpg=PR1&hl=pt-PT&pg=PR1#v=onepage&q&f=false>

World Health Organization [WHO]. (2020). Patient Safety. Obtido de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

World Health Organization [WHO]. (2006). Quality of Care - A Process For Making Strategic Choices In Health Systems. França: Creative Publications. Obtido de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

World Health Organization [WHO]. (2007). Mass casualty management systems: strategies and guidelines for building health sector capacity. Genebra.

World Health Organization [WHO]. (2016). Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care. Genebra.

World Health Organization [WHO]. (2017). Medication Without Harm. WHO Global Patient Safety Challenge. In World Health Organization. Obtido de: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>



## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Projeto de Estágio**

**MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO**



**Projeto de Estágio**

**- Serviço de Medicina Intensiva -**

Docente:  
Professora Doutora Maria Dulce Santiago

Enfermeiro Orientador:  
Enfermeiro Especialista Ângelo Santos

Autor:  
André Carmo - 4719

Setembro 2021

## ÍNDICE GERAL

	f.
INTRODUÇÃO .....	3
1 – ATIVIDADES A DESENVOLVER DURANTE O ESTÁGIO FINAL.....	6
2 – CONCLUSÃO .....	14
BIBLIOGRAFIA .....	15

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Atividades relativas às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	6
<b>Tabela 2</b> – Atividades relativas às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica .....	9

## INTRODUÇÃO

A área de especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica tem como principal objetivo o desenvolvimento de competências específicas, por parte do profissional de enfermagem, que permitam a prestação de cuidados altamente qualificados à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, permitindo manter as suas funções básicas de vida, prevenindo complicações e minorando possíveis incapacidades que possam advir dessa situação aguda, com o desígnio final de recuperação total da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A realização de estágios supervisionados em contexto de alunos de estudos em Enfermagem apresenta-se com um dos momentos de aprendizagem com maior relevo ao longo de todo o seu percurso académico, pois é através destes que os mesmos conseguem estabelecer um vínculo e articulação entre os conteúdos lecionados durante o período teórico e a prática clínica, com o objetivo final de desenvolver competências e habilidades (Negreiros & Lima, 2018).

Integrado no V Mestrado em Associação em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente de pessoa em situação crítica da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus de Évora surge o Estágio Final em Enfermagem à pessoa em situação crítica, com a duração de 388 horas, espaçadas por 18 semanas, e que deve ser desenvolvido em contexto de um serviço de Urgência ou de um Serviço de Medicina Intensiva. A minha escolha recaiu no Serviço de Medicina Intensiva da [REDACTED].

Desde o início da minha carreira profissional que desempenho funções num serviço de internamento, mais concretamente num serviço de Cirurgia Geral, sendo que sempre tive a vontade e a curiosidade de adquirir mais conhecimentos e competências na área do doente crítico. Aliado à componente teórica pela qual tive a oportunidade de passar ao longo dos últimos meses e ao estágio que realizei em contexto de serviço de urgência, este momento de estágio final surge como uma oportunidade única para desenvolver e aplicar as competências teóricas que previamente adquiri.

De modo a ir ao encontro dos objetivos da unidade curricular, onde se incluem a realização de um projeto de intervenção profissional, a realização de um artigo científico e o desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica e de Mestre em Enfermagem, o planeamento de atividades e metas a atingir durante este período toma uma particular importância de modo a sistematizar, direcionar e organizar a minha atuação. Foi-me proposto a elaboração de um planeamento de estágio onde irei identificar quais as atividades que pretendo desenvolver para atingir os objetivos supramencionados.

De modo a facilitar este processo recorri às competências comuns do Enfermeiro Especialista, às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica e às competências de Mestre em Enfermagem de modo a definir as atividades a desenvolver.

A OE define quais as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, assim como quais as competências específicas a cada área de especialização, podendo as mesmas ser definidas como:

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

b) “Competências específicas”: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (OE, 2019:4745).

Assim irei proceder à definição das atividades relativas às seguintes competências:

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista relativas ao domínio da/o:
  - a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
  - b) Melhoria contínua da qualidade;
  - c) Gestão dos cuidados;
  - d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.” (OE, 2019:4745)
  
- Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica:

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

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

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”(OE,2018:19359).

## 1- ATIVIDADES A DESENVOLVER DURANTE O ESTÁGIO FINAL

Tabela 1: Atividades relativas às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

<b>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</b>		
<b>Domínio</b>	<b>Competência</b>	<b>Atividades a Desenvolver</b>
<b>Da responsabilidade profissional, ética e legal</b>	<b>A1</b> — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mobilização e revisão dos conteúdos desenvolvidos na Unidade Curricular: Ética, Epistemologia e Direito em Enfermagem;</li> <li>2. Revisão e integração na minha prática clínica das orientações dos documentos que regulam a profissão de enfermagem, nomeadamente: Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e o Código Deontológico Profissional</li> <li>3. Desenvolver competências na área da tomada de decisão em equipa, tendo por base os conhecimentos éticos, legais e deontológicos previamente desenvolvidos;</li> <li>4. Inclusão do doente/família nos cuidados prestados e no processo de tomada de decisão, sempre que possível;</li> <li>5. Desenvolver uma atitude reflexiva sobre os dilemas éticos, legais e deontológicos vivenciados;</li> <li>6. Desenvolver uma prática clínica baseada no respeito pelos direitos humanos e características individuais de todos os envolvidos no processo de cuidados.</li> </ol>
	<b>A2</b> — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	



<p style="text-align: center;"><b>Da melhoria contínua da qualidade</b></p>	<p><b>B1</b> — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p><b>B2</b> — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p><b>B3</b> — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mobilização e revisão dos conteúdos desenvolvidos nas Unidades Curriculares Gestão em Saúde e Governação Clínica e Políticas de Saúde;</li> <li>2. Realizar a caracterização dos recursos humanos, materiais e organizacionais da unidade de saúde e serviço clínico onde vou realizar o estágio;</li> <li>3. Revisão bibliográfica e integração na prática clínica das normas e guidelines internacionais, nacionais e institucionais na área da melhoria contínua da qualidade.</li> <li>4. Pesquisa das normas, protocolos e projetos em vigor no Serviço de Medicina Inte;</li> <li>5. Identificação de possíveis oportunidades e estratégias de melhoria;</li> <li>6. Elaboração e implementação de um Projeto de Intervenção Profissional numa área de melhoria da qualidade previamente identificada;</li> <li>7. Promover um ambiente terapêutico seguro, identificando potenciais riscos para os prestadores de cuidados e doentes;</li> <li>8. Conhecer o sistema utilizado para participação de riscos e incidentes adversos;</li> <li>9. Colaborar e desenvolver de estratégias na área do aumento da segurança de doentes e elementos da equipa multidisciplinar do Serviço de Medicina Intensiva.</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>Da gestão dos cuidados</b></p>	<p><b>C1</b> — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mobilização e revisão dos conteúdos desenvolvidos nas Unidades Curriculares Gestão em Saúde e Governação Clínica e Políticas de Saúde;</li> <li>2. Apresentar um papel ativo e informado nas decisões da equipa multiprofissional do Serviço de Medicina Intensiva;</li> <li>3. Desenvolver a capacidade de avaliação de necessidade de referenciação para outros elementos da equipa de saúde;</li> </ol>

	<p><b>C2</b> — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Desenvolver uma boa capacidade de comunicação e colaboração com os elementos da equipa multiprofissional;</li> <li>5. Desenvolver alguns turnos junto do enfermeiro chefe do Serviço de Medicina Intensiva, para compreender a sua atuação enquanto gestor do serviço;</li> <li>6. Garantir a segurança e qualidade dos cuidados nas tarefas delegadas;</li> <li>7. Pesquisa e integração dos recursos humanos e materiais disponíveis de maneira a garantir a sua gestão eficiente;</li> <li>8. Observar e refletir sobre a atuação do enfermeiro orientador aquando do mesmo se encontrar como enfermeiro responsável de turno.</li> </ol>
<p><b>Das aprendizagens profissionais</b></p>	<p><b>D1</b> — Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade.</p> <p><b>D2</b> — Baseia a sua <i>praxis</i> clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Refletir sobre os limites deontológicos, éticos e pessoais inerentes à minha prática clínica;</li> <li>2. Compreender a influência das minhas características pessoais nas relações que estabeleço com os restantes prestadores de cuidados e doentes;</li> <li>3. Desenvolver a capacidade de integrar as minhas características pessoais nos cuidados prestados;</li> <li>4. Desenvolver a capacidade de gerir situações causadoras de stress, ansiedade e conflitos;</li> <li>5. Colaborar como formador informal dos restantes elementos da equipa multidisciplinar quando se demonstrar oportuno;</li> <li>6. Realizar pesquisa bibliográfica sobre os cuidados prestados, de modo a desenvolver uma prática baseada na evidência científica mais atual;</li> <li>7. Identificar uma necessidade de formação, de modo a implementar um Projeto de Intervenção Profissional significativo;;</li> <li>8. Frequentar ações de formação que contribuam para o desenvolvimento de competências;</li> </ol>

		<p>9. Desenvolver uma prática clínica especializada, baseada nas competências teóricas previamente desenvolvidas;</p> <p>10. Pesquisar e colaborar nos projetos em curso no Serviço de Medicina Intensiva.</p>
--	--	--

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2: Atividades relativas às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica

<b>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica</b>	
<b>Competência</b>	<b>Atividades</b>
<b>K1</b> — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mobilização e revisão dos conteúdos desenvolvidos nas Unidades Curriculares: Enfermagem Médico-Cirúrgica 1, 2, 4 e Fisiopatologia e Intervenção terapêutica em Enfermagem Especializada;</li> <li>2. Identificar focos de instabilidade da pessoa em situação crítica;</li> <li>3. Desenvolver a capacidade de realizar cuidados clínicos de elevada complexidade junto da pessoa e família em situação crítica;</li> <li>4. Desenvolver a capacidade de reavaliação e readequação dos cuidados sempre que seja pertinente;</li> <li>5. Gerir protocolos terapêuticos complexos, avaliando as respostas e adequando cuidados;</li> <li>6. Colaborar em situações de emergência, mobilizando as competências previamente desenvolvidas;</li> <li>7. Aplicar, quando necessário, as competências desenvolvidas no curso de em suporte avançado de vida;</li> <li>8. Aplicar, quando necessário, as competências desenvolvidas no curso <i>International Trauma Life Support</i>;</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Colaborar no transporte de pessoas em situação crítica aquando da realização de transferências hospitalares ou exames complementares de diagnóstico;</li> <li>10. Desenvolver competências na área da identificação de sinais de dor da pessoa em situação crítica;</li> <li>11. Pesquisa bibliográfica e aplicação clínica das escalas da monitorização da dor no doente crítico em vigor no Serviço de Medicina Intensiva;</li> <li>12. Pesquisa bibliográfica e aplicação clínica atitudes não farmacológicas para o alívio da dor;</li> <li>13. Pesquisa bibliográfica e aplicação clínica de competências sobre gestão da ansiedade da pessoa/família em situação crítica;</li> <li>14. Pesquisa bibliográfica e aplicação clínica de competências na área da gestão eficaz da analgesia, sedação e <i>delirium</i> da pessoa/família em situação crítica</li> <li>15. Aplicar estratégias facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto, assim como da comunicação de más notícias, através da aplicação de protocolos, tendo sempre em conta as características individuais de cada doente e família;</li> <li>16. Desenvolver uma comunicação eficaz em situações com elevados níveis de stress e ansiedade através das competências teóricas desenvolvidas previamente;</li> <li>17. Aplicar técnicas relação de ajuda junto da pessoa/família em situação crítica.</li> </ol>
<p><b>K2</b> — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi - vítima, da conceção à ação.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mobilização e revisão dos conteúdos desenvolvidos nas Unidades Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica 3;</li> <li>2. Realização, se possível, de um estágio de observação no Centro Municipal de Proteção Civil e Operações de Socorro de Beja;</li> <li>3. Pesquisa bibliográfica e integração na prática clínica do plano nacional e municipal de catástrofe e emergência;</li> <li>4. Pesquisa bibliográfica e integração na prática clínica do plano de resposta a catástrofe da ULS, assim como do Serviço de Medicina Intensiva;</li> <li>5. Participação em ações de formação, caso seja possível, na área da gestão de situações de catástrofe ou emergência multi-vítima;</li> </ol>

<p><b>K3</b> — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mobilização e revisão dos conteúdos desenvolvidos nas Unidades Curricular Enfermagem Médico-Cirúrgica 5;</li> <li>2. Revisão bibliográfica das normas e <i>guidelines</i> internacionais e nacionais sobre a prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos;</li> <li>3. Conhecer as normas de prevenção e controlo de infeção da ULS e do Serviço de Medicina Intensiva;</li> <li>4. Desenvolver a minha prática clínica junto da pessoa/família em situação crítica, conforme as competências teóricas previamente adquiridas na área do controlo e prevenção de infeção;</li> <li>5. Realizar um estágio de observação no Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos da ULS</li> </ol>
---	--

Fonte: Elaboração própria

O Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior define que o detentor do grau de Mestre deve:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
  - i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
  - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2 — O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização.” (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino, 2018: 4162)

Posto isto as competências de Mestre em Enfermagem descritas no pedido de acreditação do novo ciclo de estudos à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, por parte da Universidade de Évora são:

- “ 1-Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3- Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (Universidade de Évora, 2015: 26)

Considero que para além das competências clínicas referentes ao enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica, ao longo do Estágio Final também irão ser desenvolvidas atividades na área da investigação, como é exemplo a elaboração de um artigo científico e de um projeto de intervenção profissional, que justificam a aquisição das competências de Mestre em Enfermagem.

## 2- CONCLUSÃO

O enfermeiro especialista, no seio da equipa, tende a ser considerado uma referência na prestação de cuidados e na tomada de decisão, apresentando um conjunto de competências comuns que diferenciam a sua ação quando comparado com o enfermeiro de cuidados gerais, podendo estas ser divididas em quatro áreas distintas: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade dos cuidados; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que diz respeito ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, este apresenta competências específicas no tratamento à pessoa/família/cuidador que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, sendo este estágio uma oportunidade única para aplicar e desenvolver as competências teóricas que adquiri ao longo do período teórico.

Tendo em conta estes pressupostos estabeleço estes objetivos numa fase inicial do meu estágio, pelo que admito que estes podem vir a ser alterados e adaptados durante o decorrer do mesmo.

A minha perspetiva do que é um serviço de medicina intensiva é limitada e cinge-se aos conhecimentos teóricos apreendidos durante a minha licenciatura em Enfermagem e este Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente de Doente Crítico, uma vez que nunca tive a oportunidade de trabalhar ou de estagiar neste tipo de serviço, o que me faz acreditar que novos objetivos e novas perspetivas poderão surgir ao longo destas 18 semanas.



## BIBLIOGRAFIA

Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto: Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1ª Série, n.º 157, pp. 4147 - 4182.

Negreiro, R., & Lima, V. (2018). Importância Do Estágio Supervisionado Para O Académico De Enfermagem No Hospital: compartilhando experiências vivenciadas com a equipa de trabalho. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, pp-1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v16i2.43.59>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º429/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2.ª série — n.º 135, pp. 19359-19370.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, pp. 4744 - 4750.

Universidade de Évora [UE]. (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. Obtido de: <http://gdoc.uevora.pt/384829>

**Apêndice II** - Resumo do artigo científico: *Utilização segura de medicação de alerta máximo pelos enfermeiros em cuidados intensivos*

## **Utilização segura de medicação de alerta máximo pelos enfermeiros em cuidados intensivos**

André Filipe Martins do Carmo: Enfermeiro, Mestrando do V curso de Mestrado em Associação -Enfermagem Médico-Cirúrgica a pessoa em situação crítica da Universidade de Évora, Serviço de Cirurgia Geral, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo.

Maria Dulce dos Santos Santiago: Enfermeira, Doutorada em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja.

Endereço eletrónico: andrecarmo88@gmail.com

### **RESUMO**

**Enquadramento:** Doentes internados em cuidados intensivos [CI] apresentam uma grande instabilidade na sua condição de saúde. A medicação de alerta máximo [MAM] é toda aquela que em caso do erro na sua utilização pode provocar danos ou até morte ao doente. O enfermeiro apresenta-se como a última barreira entre o erro com medicação e o doente. **Objetivo:** Identificar quais as estratégias de enfermagem promotoras da utilização segura de MAM em CI, através da realização de uma Revisão Sistemática da Literatura. **Metodologia:** Revisão Sistemática da Literatura. Com recurso à mnemónica PICO, procedeu-se à pesquisa de estudos em texto integral, com ano de publicação entre 2015 e 2021 e em língua portuguesa, inglesa ou castelhana. Utilizou-se as bases de dados *EBSCOhost* e *Google Scholar*. **Resultados:** A dupla verificação independente, a supervisão clínica, a não interrupção da atividade do enfermeiro, os protocolos terapêuticos, a utilização de bombas de infusão inteligentes e a utilização de sistemas clínicos informatizados revelam-se estratégias eficazes no incremento da segurança da utilização de MAM pelos enfermeiros em CI. **Conclusões:** O estudo e implementação de

estratégias de enfermagem promotoras da utilização segura de MAM é essencial para o incremento da segurança dos doentes internados em CI.

**Palavras-Chave:** Medicação de Alerta Máximo, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Serviços de Medicina Intensiva

**Apêndice III** - Questionário aplicado no SMI

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E  
APRECIÇÃO DA PERTINÊNCIA DE ELABORAÇÃO DE UM PROJETO DE  
INTERVENÇÃO NA ÁREA DA UTILIZAÇÃO SEGURA DE MEDICAÇÃO DE  
ALERTA MÁXIMO JUNTO DOS AOS PROFISSIONAIS DA EQUIPA DE  
ENFERMAGEM DO SMI DA [REDACTED].**

**INTRODUÇÃO**

Eu, André Filipe Martins do Carmo, enfermeiro e estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Saúde São João de Deus da Universidade de Évora, no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final”, pretendo desenvolver um projeto de intervenção cujo objetivo geral é promover a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem na utilização de medicação de alerta máximo em contexto de cuidados intensivos, através do seu correto acondicionamento, identificação, manipulação, preparação e administração.

Para o desenvolvimento deste projeto de intervenção torna-se necessário proceder à elaboração de um diagnóstico de situação adequado, motivo pelo qual solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Este questionário encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte inclui a caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa, sendo que a segunda parte corresponde à apreciação da pertinência do projeto de intervenção.

Os dados obtidos não serão utilizados para outros fins que não os explanados neste documento e a confidencialidade e anonimato dos mesmo será assegurada. Ressalva-se que a participação no questionário assume um carácter voluntário, contudo, o seu contributo é de extrema importância para a elaboração deste projeto de intervenção.

## PARTE I

### CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

Por favor, assinale com uma cruz (X):

#### Gênero

Masculino		Feminino	
-----------	--	----------	--

#### Idade (Anos)

20-29		30-39		40-49		≥50	
-------	--	-------	--	-------	--	-----	--

#### Tempo de experiência profissional (Anos)

0-4		5-9		10-14		15-19		≥20	
-----	--	-----	--	-------	--	-------	--	-----	--

#### Tempo de experiência em Serviço de Cuidados Intensivos (Anos)

0-4		5-9		10-14		15-19		≥20	
-----	--	-----	--	-------	--	-------	--	-----	--

#### Especialidade

Sim		Não	
Se sim qual?			

## PARTE II

### APRECIÇÃO DA PERTINÊNCIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

**Por favor, assinale com uma cruz (X):**

Considera a informação disponível no seu serviço sobre medicação de alerta máximo suficiente?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Acha pertinente o reforço da sua formação sobre o processo de listagem e identificação de medicação de alerta máximo no seu serviço?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Na sua prática clínica recorre à dupla verificação com outro colega, quando prepara/administra medicação de alerta máximo?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Acha pertinente o reforço da sua formação sobre as normas em vigor relativas à utilização de medicação de alerta máximo?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Obrigado pela sua colaboração!



**Apêndice IV- Consentimento Informado**

## **FOLHETO INFORMATIVO:**

### **ESCLARECIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE**

**Por favor, leia com atenção o conteúdo deste documento.**

Eu, André Filipe Martins do Carmo, enfermeiro no Serviço de Cirurgia Geral da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, com o n.º mecanográfico 20843 e cédula profissional n.º 5-E-68836, estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Saúde São João de Deus da Universidade de Évora, no âmbito da Unidade Curricular “Estágio Final”, encontro-me a desenvolver um projeto intitulado: *Estratégias de Enfermagem promotoras da segurança na utilização de medicação de alerta máximo em contexto de cuidados intensivos*, cujo objetivo consiste em promover a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem na utilização de medicação de alerta máximo em contexto de cuidados intensivos.

Para realização de um diagnóstico de situação apropriado solicita-se a sua colaboração através do preenchimento de um questionário dividido em duas partes: a primeira parte inclui a caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa; e a segunda parte consiste na apreciação da pertinência do tema e da intervenção.

O referido questionário não pretende a identificação pessoal dos participantes. Importa ainda referir que os dados obtidos não serão utilizados para outros fins que não os explanados neste documento e a confidencialidade e anonimato dos mesmos será assegurada.

A participação neste projeto de intervenção é voluntária, pode recusar livremente a sua participação e tem o direito de desistir em qualquer momento.

Este projeto decorre sobre a orientação da Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago e do Supervisor Clínico Ângelo Santos, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

**Não hesite em solicitar informações adicionais se não estiver completamente esclarecido.**

**Endereço de Correio Eletrónico: [andrecarmo88@gmail.com](mailto:andrecarmo88@gmail.com)**

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E  
LIVRE**

**Quem pede consentimento:**

André Filipe Martins do Carmo (cédula profissional n.º 5-E-68836)

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_/\_\_/\_\_

- Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas.
- Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste projeto de intervenção, sem qualquer tipo de justificação.
- Aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este projeto de intervenção e de acordo com as garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

Nome do participante (nome completo legível):

\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data  
\_\_/\_\_/\_\_

**Apêndice V - Cronograma de atividades do EF**






**Apêndice VI - Protocolo de Utilização de MAM no SMI**



MEDICAÇÃO DE ALERTA  
MÁXIMO

Serviço de Medicina Intensiva da



Janeiro de 2022



## **Objetivo**

Definir um procedimento interno que sistematize a estratégia definida pelo Serviço de Medicina Intensiva da [REDACTED] no âmbito da gestão do risco na utilização de medicamentos de alerta máximo, de forma a dar cumprimento à circular normativa 014/2015 da Direção Geral de Saúde 'Medicamentos de alerta máximo de 06/08/2015.

## **Conceitos**

De modo a evitar erros na utilização de medicação, os sistemas e as práticas relacionadas com a sua manipulação devem ser otimizados nas suas diversas fases: encomenda, armazenamento, prescrição, preparação, dispensa, administração e monitorização da autoadministração. Práticas inseguras relacionadas com erros de medicação são das principais causas de dano evitável nos serviços de saúde a nível mundial (WHO, 2017).

O conceito de medicamentos de alerta máximo surgiu no ano de 1998 nos Estados Unidos da América através do *Institute for Safe Medication Practices* que concluiu que um número reduzido de medicamentos causava a maioria dos erros com consequências graves para a saúde dos doentes. Este tipo de medicamentos passaram a ser classificados como medicamentos de alto risco ou alerta máximo e a sua lista a ser atualizada periodicamente (Mira & Martins, 2018).

As classes de medicamentos de alerta máximo atualmente existentes podem ser consultadas no Anexo I.

São considerados medicamentos de alerta máximo, todos aqueles medicamentos que apresentam um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização. Este risco aumentado é decorrente da sua margem terapêutica estreita e da gravidade dos seus efeitos adversos (DGS, 2015).

É responsabilidade de cada instituição e serviço de saúde entender que tipo de medicamentos de alerta máximo são mais comuns na sua prática clínica, construindo um mapa de risco, otimizando recursos e estabelecendo prioridades na prevenção do erro e controlo da utilização deste tipo de fármacos (Pérez-Ricart et al., 2019).

## **Indicações para a utilização segura de Medicamentos de Alerta Máximo no Serviço de Medicina Intensiva da [REDACTED] de acordo com a norma 14/2015 da DGS**

### **Armazenamento**

- Divulgar, internamente, a lista de medicamentos de alerta máximo existente na [REDACTED];
- Rever e divulgar a lista interna de medicamentos de alerta máximo existente no serviço clínico, pelo menos, anualmente (Anexo II);
- Padronizar o acesso a medicamentos de alerta máximo;
- Interditar a existência de medicamentos de alerta máximo nos *stocks* de apoio do serviço clínico, quando não sejam absolutamente necessários;
- Limitar o número de apresentações e de concentrações de medicamentos de alerta máximo disponíveis no serviço;
- Armazenar e sinalizar os medicamentos de alerta máximo para que se destaquem dos restantes conforme a instrução de trabalho 232 da [REDACTED].

### **Prescrição**

- Adotar a prescrição eletrónica através do programa informático BSIMPLE;
- Proibir o uso de abreviaturas quando a prescrição eletrónica não for possível;
- Proibir prescrições/indicações/pedidos orais;
- Proceder, sempre que possível, à parametrização de alertas, para os medicamentos de alerta máximo, na aplicação informática BSIMPLE;
- Padronizar os regimes de dosagens.

### **Preparação e administração**

- Centralizar, sempre que possível, o processo de preparação de medicamentos de alerta máximo;
- Reforçar a dupla verificação sistemática e independente dos nove certos da preparação/administração de medicação;
- Garantir e respeitar a não interrupção do profissional que está a preparar/administrar a medicação de alerta máximo;
- Definir procedimentos de utilização adequada das bombas de perfusão, limitando a gama dos equipamentos disponíveis no serviço clínico e garantindo a sua manutenção periódica;
- Garantir a concordância entre a forma como se expressam as doses prescritas, os registos de administração de medicamentos e as opções de programação das bombas de perfusão.

## **Monitorização**

- Promover a formação dos profissionais de saúde sobre medicamentos de alerta máximo, seus potenciais efeitos adversos, como evitá-los e como atuar em caso da sua ocorrência;
- Promover a formação dos doentes sobre a medicação de alerta máximo e as suas formas de administração;
- Proceder à auditoria interna do serviço clínico, anualmente, conforme a norma 14/2015 da Direção Geral da Saúde (Anexo III).

Anexo I - Lista de Medicamentos de Alerta  
Máximo segundo o *Institute for Safe Medication  
Practices* e Direção Geral da Saúde

<b>Classe dos medicamentos</b>
<b>Adrenérgicos intravenosos</b>
<b>Antagonistas adrenérgicos intravenosos</b>
<b>Anestésicos gerais administrados por via inalatória e intravenosa</b>
<b>Análogos da vasopressina intravenosos</b>
<b>Antiarrítmicos intravenosos</b>
<b>Inotrópicos intravenosos</b>
<b>Meios de contraste intravenosos</b>
<b>Medicamentos intravenosos para indução de sedação moderada</b>
<b>Sedativos de ação moderada para crianças</b>
<b>Insulina intravenosa/subcutânea e antidiabéticos orais</b>
<b>Bloqueadores neuromusculares</b>
<b>Citotóxicos intravenosos ou orais</b>
<b>Medicamentos para administração intratecal ou via epidural</b>
<b>Soluções concentradas de eletrólitos</b>
<b>Soluções para diálise peritoneal e hemodiálise</b>
<b>Soluções cardioplégicas</b>
<b>Soluções para Nutrição Parentérica</b>
<b>Agentes antitrombóticos, anticoagulantes, antiagregantes plaquetários, inibidores do fator x, inibidores diretos da trombina e trombolíticos</b>
<b>Opioides intravenosos, orais ou transdérmicos</b>
<b>Medicamentos Específicos</b>
<b>Água estéril para inalação e irrigação, em embalagens de volume igual ou superior a 100 ml</b>
<b>Solução injetável Glicose hipertônica (20% ou superior)</b>
<b>Solução injetável Anfotericina B</b>
<b>Epoprostenol</b>
<b>Oxitocina, solução injetável</b>
<b>Prometazina, solução injetável</b>
<b>Metotrexato, comprimido</b>

Fonte: (DGS, 2015;ISMP, 2018)

Anexo II - Lista de Medicamentos de Alerta  
Máximo existente no Serviço de Medicina  
Intensiva da [REDACTED]  
[REDACTED]

# -Medicação de Alerta Máximo existente no *stock* do Serviço de Medicina Intensiva da



## Agonistas adrenérgicos intravenosos

Nome	Dose	Apresentação	Via
Dobutamina	250 mg	Ampola 20 ml	Endovenosa
Dopamina	200 mg	Ampola 5 ml	Endovenosa
Efedrina	50 mg	Ampola 1 ml	Endovenosa
Noradrenalina	10 mg	Ampola 10 ml	Endovenosa
Isoprenalina	0,2 mg	Ampola 1 ml	Endovenosa

## Anestésicos gerais administrados por via inalatória e intravenosos

Nome	Dose	Apresentação	Via
Propofol 1%	200 mg	Ampola 20 ml	Endovenosa
Propofol 2%	1000 mg	Ampola 50 ml	Endovenosa

## Antiarrítmicos intravenosos

Nome	Dose	Apresentação	Via
Lidocaína 2%	100 mg	Ampola 5 ml	Endovenosa/Subcutânea
Amiodarona	150 mg	Ampola 3 ml	Endovenosa

## Inotrópicos intravenosos

Nome	Dose	Apresentação	Via
Digoxina	0,500 mg	Ampola 2 ml	Endovenosa

## Anticoagulantes

Nome	Dose	Apresentação	Via
Heparina B.P.M	20 mg	Seringa 0,2 ml	Subcutânea
Heparina B.P.M	40 mg	Seringa 0,4 ml	Subcutânea
Heparina B.P.M	80 mg	Seringa 0,8 ml	Subcutânea
Heparina Sódica	25.000 UI	Ampola 5 ml	Endovenosa/Subcutânea

## Sedativos intravenosos de ação moderada

Nome	Dose	Apresentação	Via
Diazepam	10 mg	Ampola 2 ml	Endovenosa
Dexmedetomidina	1000 mcg	Ampola 10 ml	Endovenosa
Midazolam	15 mg	Ampola 3 ml	Endovenosa

<b>Midazolam</b>	50 mg	Ampola 10 ml	Endovenosa
<b>Clonazepam</b>	1 mg	Ampola 1 ml	Endovenosa
<b>Analgésicos opióides intravenosos, transdérmicos e de uso oral</b>			
<b>Nome</b>	<b>Dose</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Via</b>
<b>Alfentanilo</b>	5 mg	Ampola 10 ml	Endovenosa
<b>Morfina</b>	10 mg	Ampola 1 ml	Endovenosa/Subcutânea
<b>Fentanilo</b>	0,25 mg	Ampola 5 ml	Endovenosa
<b>Fentanilo</b>	25 mcg	Penso	Transdérmica
<b>Sufentanilo</b>	0,01 mg	Ampola 2 ml	Endovenosa
<b>Petidina</b>	50 mg	Ampola 2 ml	Endovenosa
<b>Remifentanilo</b>	1 mg	Ampola	Endovenosa
<b>Fenobarbital</b>	200 mg	Ampola 2 ml	Endovenosa
<b>Bloqueadores neuromusculares</b>			
<b>Nome</b>	<b>Dose</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Via</b>
<b>Suxametônio</b>	100 mg	Ampola	Endovenosa
<b>Brometo de Rucorônio</b>	50 mg	Ampola 5 ml	Endovenosa
<b>Insulinas (subcutâneas e intravenosas) e antidiabéticos orais</b>			
<b>Nome</b>	<b>Dose</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Via</b>
<b>Insulina Actrapid</b>	300 UI	Ampola 3 ml	Endovenosa/Subcutânea
<b>Insulina Glargina</b>	300 UI	Ampola 3 ml	Subcutânea
<b>Insulina Insulatard</b>	300 UI	Ampola 3 ml	Subcutânea
<b>Medicamentos específicos</b>			
<b>Nome</b>	<b>Dose</b>	<b>Apresentação</b>	<b>Via</b>
<b>Fosfato Monopotássico</b>	136 mg	Ampola 10 ml	Endovenosa
<b>Glucose 30%</b>	6 g	Ampola 20 ml	Endovenosa
<b>Cloreto de Potássio 7,5%</b>	750 mg	Ampola 10 ml	Endovenosa
<b>Sulfato de Magnésio 20%</b>	200 mg	Ampola 10 ml	Endovenosa
<b>Cloreto de Sódio 20%</b>	4000 mg	Ampola 20 ml	Endovenosa



Anexo III– Instrumento de Auditoria da utilização  
de Medicamentos de Alerta Máximo

<b>Instrumento de Auditoria</b>			
<b>Norma:</b> Utilização de medicamentos de Alerta Máximo			
Serviço Clínico:			
Data:	Auditor:		
Critérios	Sim	Não	N/A
Elaboração e divulgação interna da lista de medicamentos de alerta máximo			
Revisão anual da lista interna de medicamentos de alerta máximo			
Parametrização de alertas nas aplicações informáticas para medicamentos de alerta máximo			
Estabelecimento de procedimentos específicos para classes de medicamentos ou medicamentos			
Limitação do número de apresentações e de concentrações de medicamentos de alerta máximo disponíveis			
Padronização do acesso aos medicamentos de alerta máximo			
Sinalização dos medicamentos de alerta máximo segundo a instrução de trabalho 232 da [REDACTED]			
Verificação da necessidade da existência de <i>stocks</i> de medicação de alerta máximo nos serviços clínicos			
Proibição do uso de abreviaturas na prescrição manual			
Proibição de indicações/pedidos orais			
Padronização dos regimes de dose			
Centralização do processo de preparação			
Reforço da dupla verificação			
Definição de procedimentos de utilização adequada das bombas de perfusão			
Garantia da concordância entre doses, registos e programação das bombas de perfusão			
Promoção de formação e atualização de profissionais			
Promoção de formação de doentes			
<b>Subtotal</b>			
<b>Índice de Conformidade</b>			

Fonte: (DGS, 2015)

## BIBLIOGRAFIA

- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2015). Norma 14/2015: Medicamentos de Alerta Máximo. Disponível em: [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc\\_meds-alerta-maximopdf-pdf.asp](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.asp)
- Institute for Safe Medication Practices. (2018). *ISMP List of High-Alert Medications in Acute Care Settings*. Obtido de Institute for Safe Medication Practices: <https://www.ismp.org/sites/default/files/attachments/2018-08/highAlert2018-Acute-Final.pdf>
- Mira, L., & Martins, S. (2018). Medicamentos Potencialmente Perigosos: Como Garantir a sua Segurança no Hospital. *Gazeta Médica*, pp. 112-115. Disponível em: <https://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/158>
- Pérez-Ricart, A., Rodriguez, E., Montañana, A., Mañez, E., & Pérez-Feliu, A. (2019). Mapa de riesgo de medicamentos de alto riesgo en un hospital de tamaño medio. *El Farmacéutico Hospitales* n° 216, pp. 12-18. Disponível em: <https://www.elfarmacéuticohospital.es/actualidad/en-profundidad/item/6693-mapa-de-riesgo-de-medicamentos-de-alto-riesgo-en-un-hospital-de-tamaño-medio#.YaZ2NNDP3Zs>
- World Health Organization [WHO] (2017). Medication Without Harm. WHO Global Patient Safety Challenge. *In World Health Organization*. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

**Apêndice VII - Póster: MAM**

## **STOP** Alerta de Segurança **STOP** **Medicamentos de Alerta Máximo**

Medicamentos que, em caso de erro, causam danos **GRAVES** ou **MORTE** e que exigem medidas **ADICIONAIS** de segurança!

### Exemplos:

- Potássio e outros Eletrólitos não isotônicos;
- Citotóxicos;
- Anestésicos e Analgésicos Opióides;
- Insulinas e Antidiabéticos Oraís;
- Antiarrítmicos Endovenosos;
- Agentes Trombóticos, Heparinas e outros Anticoagulantes;
- Inotrópicos intravenosos (ex: digoxina, milrinona);
- Bloqueadores Neuromusculares (ex: atracúrio, rocurónio, cisatracúrio);
- Agonistas Adrenérgicos (ex: adrenalina, dobutamina, dopamina, isoprenalina, noradrenalina).

### Conhecer

- Informação sobre os medicamentos a administrar;
- Recomendações específicas;
- Antídotos.

### Armazenar

- Limitar a existência de Medicamentos de Alerta Máximo no serviço;
- Acesso restrito e controlado;
- Separar KCL e soluções eletrolíticas concentradas;
- Armazenar e sinalizar os Medicamentos de Alerta Máximo segundo a instrução de trabalho 232 da ULSBA.



### Atualizar

- Lista de Medicamentos de Alerta Máximo do serviço;
- Formação dos profissionais;
- Informação e formação dos doentes para a utilização segura de Medicamentos de Alerta Máximo.

### Verificar

- Identificação do **Doente certo**, **Medicamento certo**, **Dose certa**, **Via certa**, **Forma certa**, **Hora certa**, **Registo certo**; **Orientação certa**; **Resposta certa**;
- Concordância entre doses, registos, rótulos e programação dos dispositivos eletrónicos de perfusão;
- **DUPLA VERIFICAÇÃO INDEPENDENTE** sistemática na preparação e administração.

**Apêndice VIII** - Plano da Sessão Formativa realizada no SMI: Utilização Segura de MAM em CI

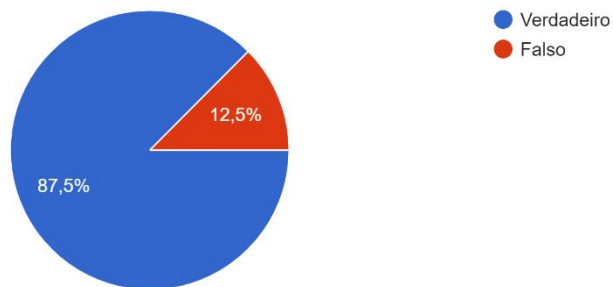
		 <b>ULSBA</b> Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	
<b>Tema: Estratégias de enfermagem promotoras da segurança na utilização de medicação de alerta máximo em cuidados intensivos</b>			
<b>Formador(es)</b>	André Carmo	<b>N.º de aluno</b>	m47194
<b>Destinatários:</b> Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva da [REDACTED]			
<b>Local:</b> Formação disponibilizada por meios digitais, possibilitando a cada formando a sua visualização em qualquer local e momento.			
<b>Data:</b> entre 3 e 28 de janeiro de 2022	<b>Hora:</b> -----	<b>Duração prevista:</b> 20 minutos	
<b>Objetivos</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aprofundar o conhecimento sobre a Medicação de Alerta Máximo e quais as normas e <i>guidelines</i> existentes;</li> <li>2. Compreender o papel do enfermeiro na utilização segura de Medicação de Alerta Máximo;</li> <li>3. Apresentar as normas atualmente em vigor na ULS;</li> <li>4. Apresentar a evidência científica mais recente relativa a estratégias de enfermagem promotoras da utilização segura de Medicamentos de Alerta Máximo em cuidados intensivos.</li> </ol>			
<b>Conteúdos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erro com medicamentos;</li> <li>• Fatores que contribuem para o erro com medicamentos;</li> <li>• Medicamentos de Alerta Máximo;</li> <li>• Realidade nos Serviços de Cuidados Intensivos;</li> <li>• Normas existentes a nível nacional e institucional;</li> <li>• Papel do enfermeiro na utilização segura de Medicação de Alerta Máximo;</li> <li>• Estratégias de enfermagem para a utilização segura de Medicação de Alerta Máximo;</li> <li>• Apresentação do Póster “<i>Medicamentos de Alerta Máximo</i>”.</li> </ul>			
<b>Metodologia e Recursos</b>			
<b>Metodologia:</b> Expositiva			
<b>Meios audiovisuais:</b> Formação disponibilizada por meios digitais			
<b>Avaliação da Sessão</b>			
Questionário dirigido feito através da plataforma Google Forms baseado no questionário de avaliação da sessão em vigor na instituição.			

**Apêndice IX** - Resultados do Questionário de Avaliação da Sessão Formativa realizada no SMI: Utilização Segura de MAM em CI



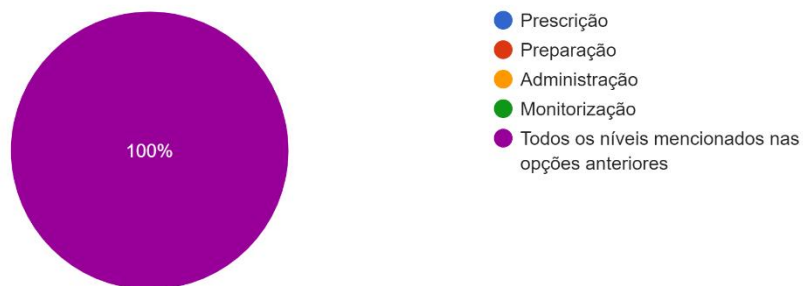
A fase onde o erro com medicamentos é mais comum é a fase da administração?

24 respostas



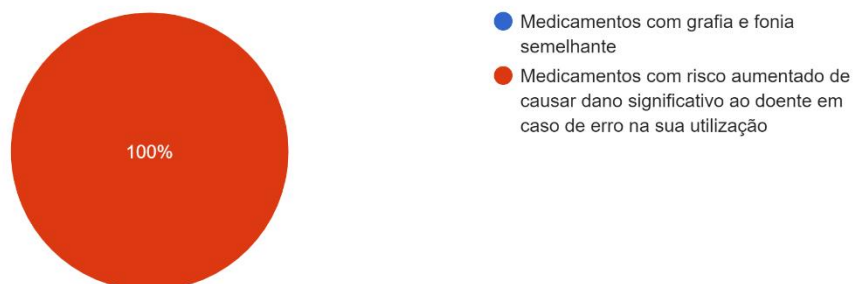
O erro com a utilização de medicação pode acontecer na:

24 respostas



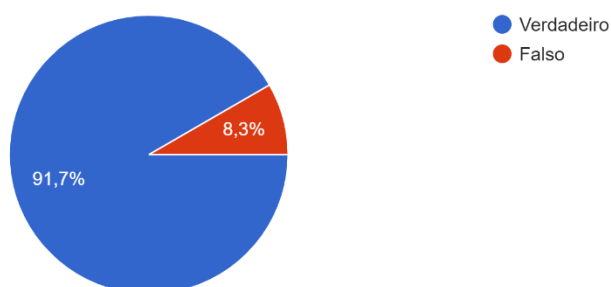
Os medicamentos de alerta máximo são:

24 respostas



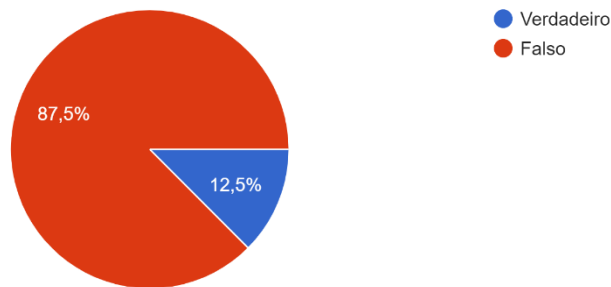
Em serviços de cuidados intensivos o erro terapêutico mais comum é a falha na utilização de medicação?

24 respostas



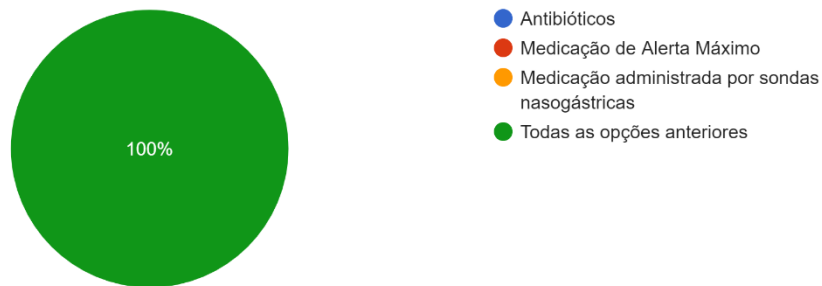
Em serviços de cuidados intensivos a percentagem de erros que causam danos significativos aos doentes é menor do que nos restantes tipos de serviços hospitalares?

24 respostas



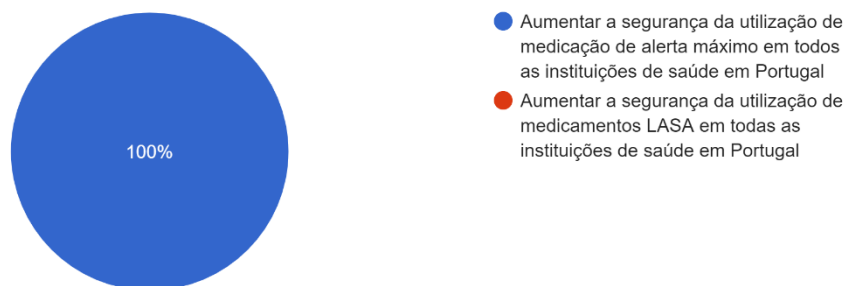
As classes de medicamentos onde ocorrem um maior número de erros em serviços de cuidados intensivos são:

24 respostas



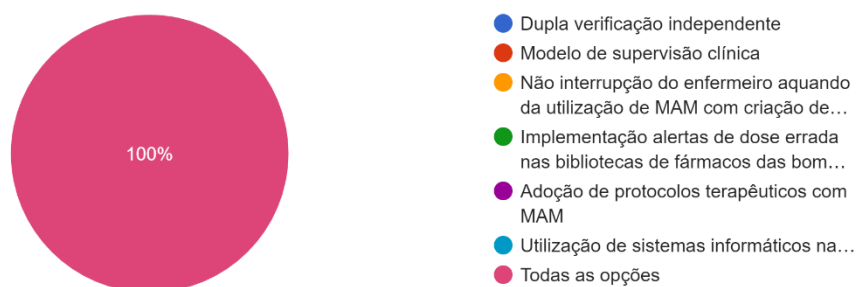
A norma 14/2015 da DGS tem como objetivo:

24 respostas



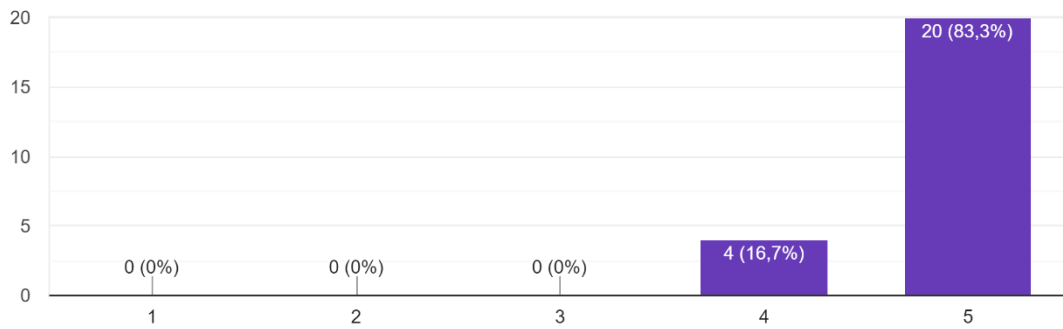
A evidência científica mais recente demonstra que a seguinte estratégia de enfermagem é eficaz na promoção da segurança na utilização de Medicamentos de Alerta Máximo [MAM]

24 respostas



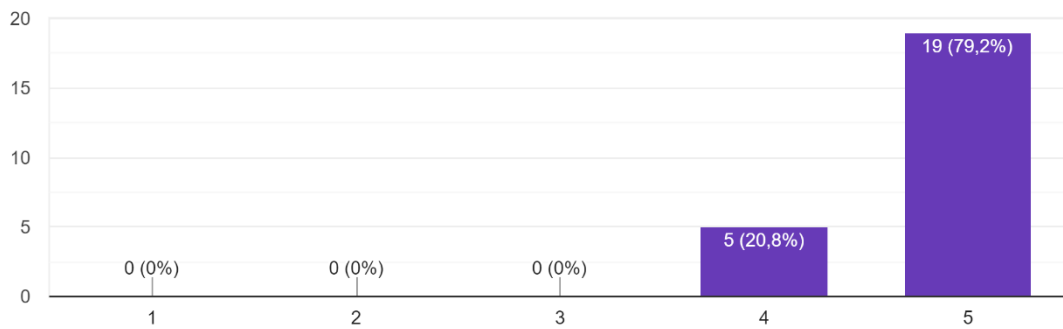
### Domínio dos conteúdos e técnicas

24 respostas



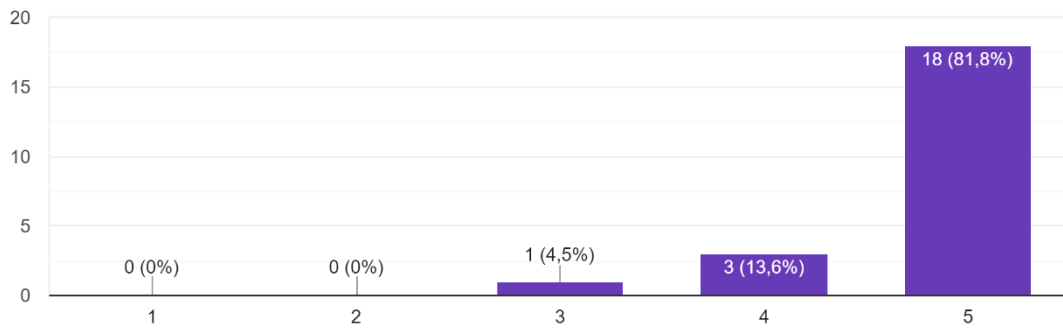
### Clareza e envolvimento com o grupo

24 respostas



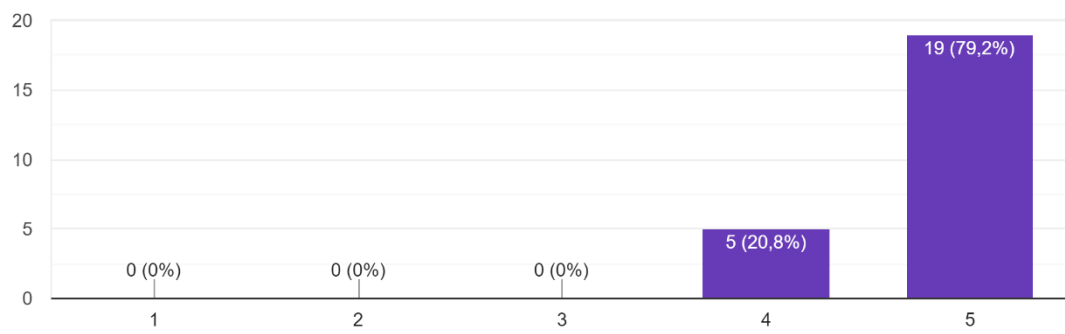
### Incentivo dos formandos a participar na ação

22 respostas



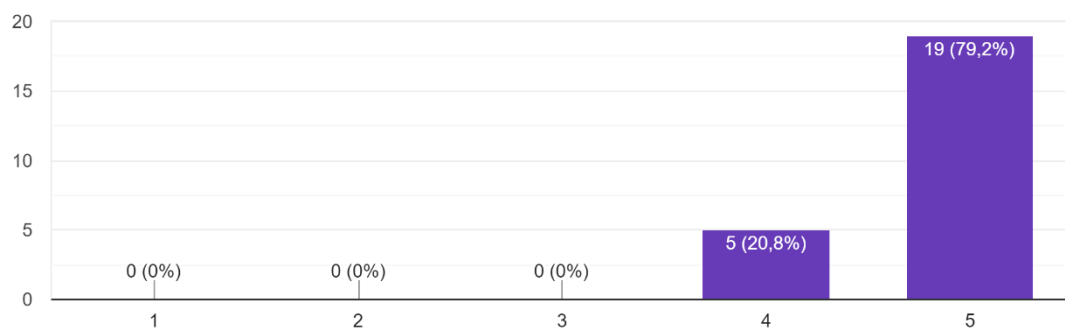
### Linguagem clara e objectiva

24 respostas



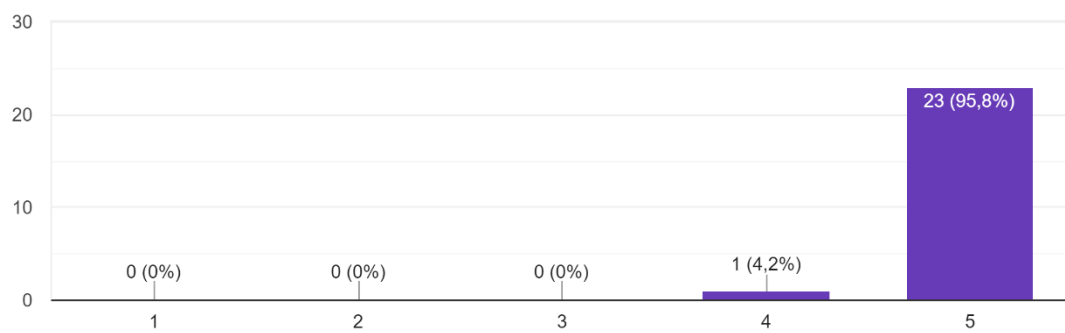
### Identificados os objetivos de forma clara

24 respostas



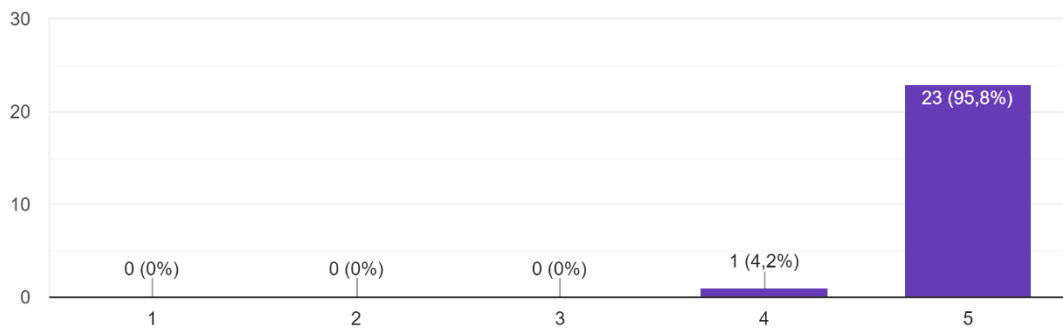
### Interesse nos temas expostos

24 respostas



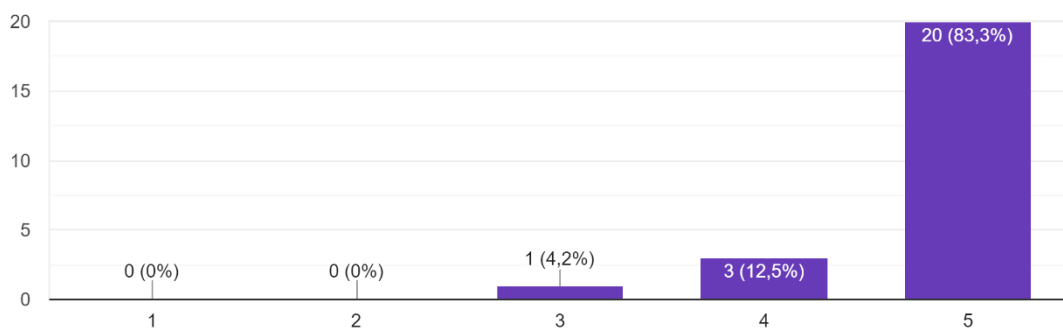
### Utilidade dos conhecimentos adquiridos

24 respostas



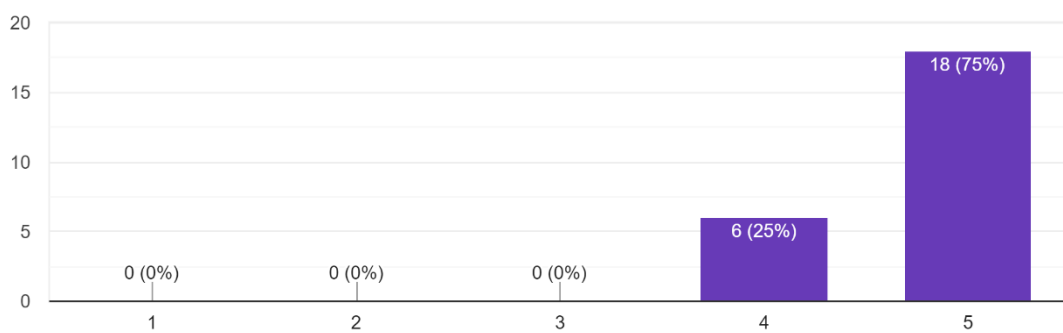
### Documentos de apoio

24 respostas



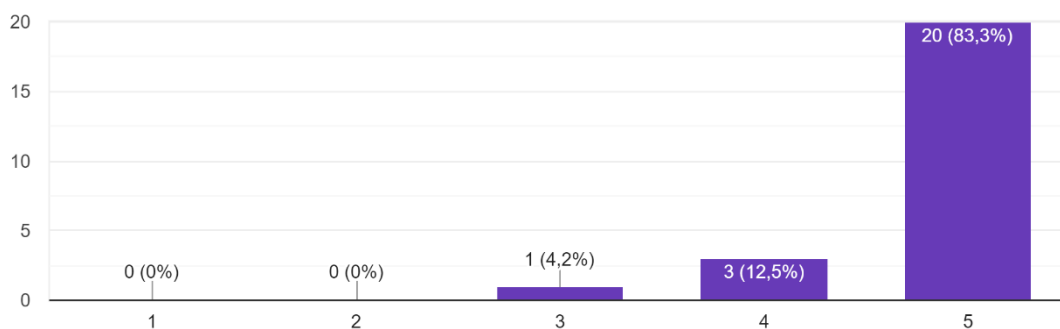
### Meios audiovisuais

24 respostas



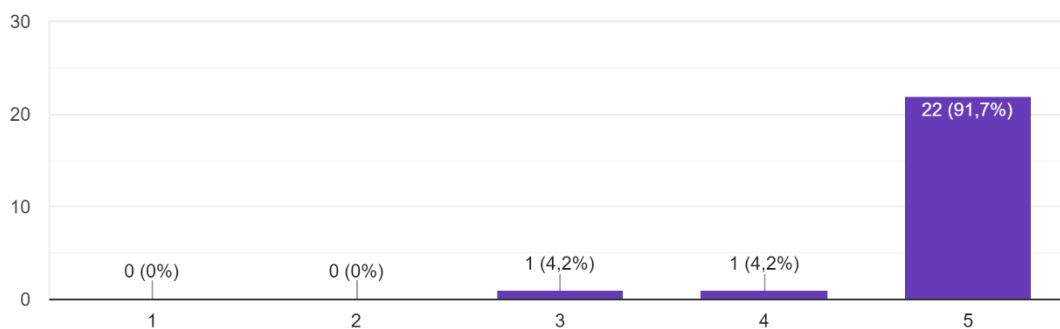
### Divulgação da formação

24 respostas



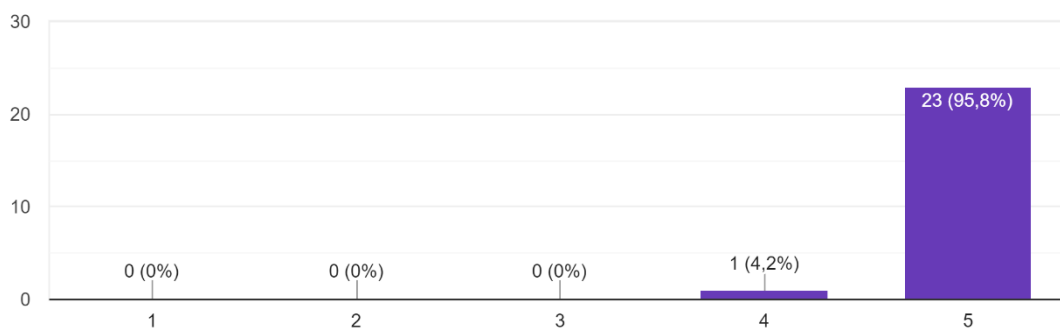
### Cumprimento do horário previsto

24 respostas



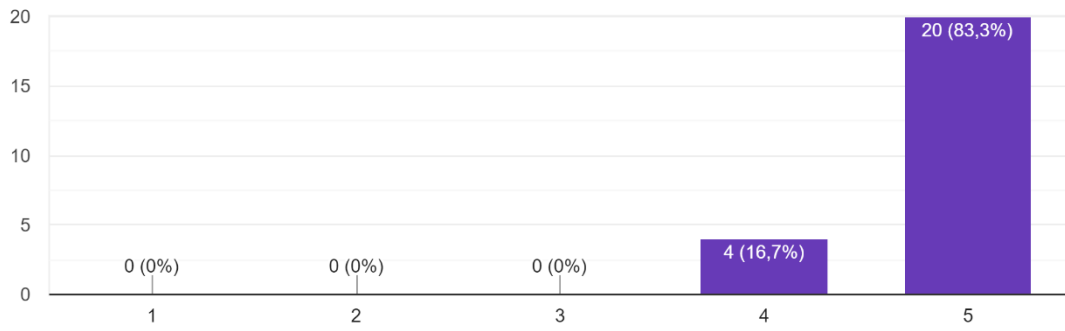
### Distribuição equilibrada do tempo pelos temas

24 respostas



### Organização da ação de formação foi eficiente

24 respostas



**Apêndice X** - *Checklist* da Norma nº 14/2015 da DGS antes e após o PIP





Checklist da Norma nº 14/2015 da DGS antes da implementação do PIP

<b>Instrumento de Auditoria</b>			
<b>Norma:</b> Utilização de medicamentos de Alerta Máximo			
Serviço Clínico:			
Data:		Auditor:	
Critérios	Sim	Não	N/A
Elaboração e divulgação interna da lista de medicamentos de alerta máximo		x	
Revisão anual da lista interna de medicamentos de alerta máximo		x	
Parametrização de alertas nas aplicações informáticas para medicamentos de alerta máximo		x	
Estabelecimento de procedimentos específicos para classes de medicamentos ou medicamentos	x		
Limitação do número de apresentações e de concentrações de medicamentos de alerta máximo disponíveis	x		
Padronização do acesso aos medicamentos de alerta máximo	x		
Sinalização dos medicamentos de alerta máximo segundo a instrução de trabalho 232 da [REDACTED]	x		
Verificação da necessidade da existência de <i>stocks</i> de medicação de alerta máximo nos serviços clínicos	x		
Proibição do uso de abreviaturas na prescrição manual		x	
Proibição de indicações/pedidos orais		x	
Padronização dos regimes de dose	x		
Centralização do processo de preparação	x		
Reforço da dupla verificação		x	
Definição de procedimentos de utilização adequada das bombas de perfusão	x		
Garantia da concordância entre doses, registos e programação das bombas de perfusão		x	
Promoção de formação e atualização de profissionais		x	
Promoção de formação de doentes		x	
<b>Subtotal</b>	8	9	
<b>Índice de Conformidade</b>	47%		

Checklist da Norma nº 14/2015 da DGS após a implementação do PIP

<b>Instrumento de Auditoria</b>			
<b>Norma:</b> Utilização de medicamentos de Alerta Máximo			
Serviço Clínico:			
Data:		Auditor:	
Critérios	Sim	Não	N/A
Elaboração e divulgação interna da lista de medicamentos de alerta máximo	x		
Revisão anual da lista interna de medicamentos de alerta máximo	x		
Parametrização de alertas nas aplicações informáticas para medicamentos de alerta máximo		x	
Estabelecimento de procedimentos específicos para classes de medicamentos ou medicamentos	x		
Limitação do número de apresentações e de concentrações de medicamentos de alerta máximo disponíveis	x		
Padronização do acesso aos medicamentos de alerta máximo	x		
Sinalização dos medicamentos de alerta máximo segundo a instrução de trabalho 232 da [REDACTED]	x		
Verificação da necessidade da existência de <i>stocks</i> de medicação de alerta máximo nos serviços clínicos	x		
Proibição do uso de abreviaturas na prescrição manual	x		
Proibição de indicações/pedidos orais	x		
Padronização dos regimes de dose	x		
Centralização do processo de preparação	x		
Reforço da dupla verificação	x		
Definição de procedimentos de utilização adequada das bombas de perfusão	x		
Garantia da concordância entre doses, registos e programação das bombas de perfusão	x		
Promoção de formação e atualização de profissionais	x		
Promoção de formação de doentes	x		
<b>Subtotal</b>	16	1	
<b>Índice de Conformidade</b>	94%		

**Apêndice XI** - Plano da Sessão Formativa realizada no SU: *Debriefing* após Incidentes Críticos

<p style="text-align: center;"><b>MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO</b></p> 		 <p style="font-size: 24pt; font-weight: bold; margin: 0;">ULSBA</p> <p style="margin: 0;">Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE</p>	
<p><b>Tema: Debriefing após Incidentes Críticos no Serviço de Urgência</b></p>			
<b>Formador(es)</b>	André Carmo	<b>N.º de aluno</b>	m47194
<p><b>Destinatários:</b> Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral da [REDACTED]</p>			
<p><b>Local:</b> Formação disponibilizada por meios digitais, possibilitando a cada formando a sua visualização em qualquer local e momento.</p>			
<p><b>Data:</b> entre 21 e 25 de junho de 2021</p>	<p><b>Hora:</b> -----</p>	<p><b>Duração prevista:</b> 10 minutos</p>	
<p><b>Objetivos</b></p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Perceber a realidade dos episódios de urgência no Serviço de Urgência Geral da [REDACTED];</li> <li>Perceber a influência dos Incidentes Críticos no desempenho dos profissionais de saúde;</li> <li>Comprovar a importância do Debriefing para a melhoria dos cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência Geral da [REDACTED];</li> <li>Promover a implementação do Debriefing após Incidentes Críticos no Serviço de Urgência Geral da [REDACTED].</li> </ul>			
<p><b>Conteúdos</b></p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>A realidade no Serviço de Urgência Geral da [REDACTED];</li> <li>Definição de Incidentes Críticos e sua influência na qualidade dos cuidados de saúde;</li> <li>Definição de <i>Debriefing</i> após Incidentes Críticos e apresentação das suas vantagens;</li> <li>Sugestão de estrutura de <i>Debriefing</i> a aplicar no Serviço de Urgência Geral da [REDACTED];</li> <li>Apresentação do Póster “<i>Debriefing</i> após Incidentes Críticos”.</li> </ul>			
<p><b>Metodologia e Recursos</b></p>			
<p><b>Metodologia:</b> Expositiva</p>			
<p><b>Meios audiovisuais:</b> Formação disponibilizada por meios digitais</p>			
<p><b>Avaliação da Sessão</b></p>			
<p>Questionário dirigido feito através da plataforma Google Forms baseado no questionário de avaliação da sessão em vigor na instituição.</p>			

**Apêndice XII - Póster: *Debriefing* após Incidentes Críticos**

# DEBRIEFING APÓS INCIDENTES CRÍTICOS

Reflexão sobre os cuidados prestados com o objetivo final de melhorar a performance dos profissionais através da partilha de experiências.

## Porquê?

Identificar áreas de atuação que ocorreram de forma eficaz assim como os aspetos em que a performance da equipa deve ser melhorada.

## O quê?

Devem ser focados os aspetos individuais, coletivos, de processo e de sistema que tragam benefício para futuras situações clínicas semelhantes.

## Quem?

Todos os membros da equipa multidisciplinar que ativamente participaram no IC. Pessoas externas ao IC podem trazer benefícios.

## Como?

Ambiente amigável, aberto a interrogações e respostas e com recurso a um diálogo honesto.

## Quando?

"Quente", quando ocorre imediatamente após o IC, "Morno" quando ocorre após alguns minutos ou horas do IC e "Frio" quando ocorre alguns dias ou semanas após o IC.

## Onde?

O local escolhido deve ir de encontro aos objetivos pretendidos, devendo ser dada preferência onde o IC ocorreu de maneira a possibilitar o feedback imediato e o manuseamento dos equipamentos e materiais utilizados.

## Sugestão de protocolo de Debriefing após Incidentes Críticos/Modelo de Jeffrey Mitchell

01

Introdução: apresentação do orientador do Debriefing assim como dos objetivos da sessão.

02

Fase dos Factos: Cada participante partilha o que experienciou, fez e viu permitindo estabelecer uma "fotografia" do IC.

03

Fase dos Pensamentos: Cada participante descreve as suas reações cognitivas iniciais (stress, medo, insegurança, etc.). O orientador do Debriefing analisa de que forma estas afetaram o desempenho profissional e a vida pessoal de cada um.

04

Fase das Reações: Os participantes identificam as dificuldades sentidas durante o IC e relatam as estratégias adotadas para as contornar.

05

Fase dos Sentimentos: Identificação de sintomas de stress emocional, físico ou cognitivo.

06

Fase Educativa: Os participantes refletem sobre os aspetos positivos e negativos do IC, estabelecendo uma parceria educativa.

07

Fase da Reentrada: Balanço da sessão. Questões pendentes esclarecidas. Caso seja necessário os participantes são encaminhados para outros profissionais.

### Pontos Chave:

- Perguntas abertas;
- O orientador deve utilizar uma linguagem neutra e objetiva;
- Evitar utilizar linguagem autoritária, assim como o apontar de erros;
- Manter a confidencialidade e segurança de todos os intervenientes.



#### Bibliografia:

- Anselio, L., & Karl, C. (2021). Stress debriefing: Making the ICU safe for new nurses. *Nursing made Incredibly Easy*, pp. 22-26. Doi: 10.1097/01.NME.0000741812.03219.3b
- Burns, B. (2016). Caring for colleagues through debriefing. *Kai Tiaki Nursing New Zealand* vol 22 no 8, pp. 12-15.
- Kessler, D., Chang, A., & Mellan, P. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine* Volume 65, no. 6, pp. 690-698. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
Escola Superior de Enfermagem de São João de Évora - Évora  
Vinculada ao Instituto de Enfermagem

Autor: André Carmo  
Docente Orientadora: Dulce Santiago  
Enfermeira Orientadora: Sílvia Raposo

## **ANEXOS**

**Anexo I - Parecer da Comissão de Ética da ULS**



**EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO N.º 09/2021 DA COMISSÃO DE ÉTICA  
HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 24.11.2021 (Ata nº 46, Ponto 5.1)**

Aos oito dias do mês de novembro de dois mil e vinte e um, pelas catorze horas e trinta minutos, na Sala João Paradela do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, reuniu a Comissão de Ética da [REDACTED], estando presentes: Ana Matos Pires, Assistente Graduado-Sênior de Psiquiatria, Diretora do Serviço de Psiquiatria e Presidente desta Comissão, pela plataforma informática ZOOM, Carla Alexandra Bicas Pereira Lourenço, Técnica Superior de Serviço Social, José Maria Afonso Coelho, Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, e Sílvia Edgar Aurélio Lampreia Guerreiro, Farmacêutica. Não puderam estar presentes e justificaram a sua ausência Aida Maria Matos Pardal, Enfermeira, Sandra Manuela Figueira Heleno Serrano, do Serviço de Garantia da Qualidade, Segurança e Ambiente, e Sara Isabel Veiga Martins, Assistente de Medicina Geral e Familiar.


Foram tratados os seguintes assuntos:

««**PONTO SEIS – EDOC/2021/42550** – Projeto: «Estratégias de Enfermagem promotoras da segurança na utilização de medicamentos de alerta máximo em contexto de cuidados intensivos», a realizar por André Filipe Martins do Carmo.

O trabalho foi analisado por esta Comissão e por levantar algumas dúvidas relativas à implementação do Projeto em análise, foi contactado o proponente que esclareceu que o Projeto implica a implementação de estratégias promotoras da segurança na utilização de medicamentos a vários níveis do circuito do medicamento no Serviço de Medicina Intensiva. Foi ainda alertado que existe um procedimento de identificação e armazenamento de medicamentos elaborada pelos Serviços Farmacêuticos que deve ser tido em conta no desenvolvimento deste Projeto. Perante o exposto, a Comissão de Ética não tem nada a opor e emite parecer favorável.

Beja, 29 de novembro 2021

A Presidente da Comissão de Ética

  
Ana Matos Pires

**Anexo II** - Comprovativo da conclusão do Curso de Suporte Básico de Vida



EUROPEAN  
RESUSCITATION  
COUNCIL  
www.erc.edu

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

# André Filipe Martins Carmo

27/06/1988

Obteve a qualificação de ERC  
**Basic Life Support (BLS)**  
**Operacional**  
No Évora, Portugal

Maria Do Céu Mendes Pinto MARQUES  
instrutor líder



Data do último curso: 30/04/2021

O titular deste certificado é responsável pela atualização periódica dos seus conhecimentos, competências e recertificação.  
Para verificar a validade deste certificado, aceda <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-980-961194

**Anexo III** - Comprovativo da conclusão do Curso de Suporte Avançado de Vida

# ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT

**ACLS  
Provider**



American  
Heart  
Association.

**André Filipe Martins do Carmo**

**has successfully completed the cognitive and skills evaluations  
in accordance with the curriculum of the American Heart Association  
Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Program.**

**Issue Date**

09/05/2021

**Training Center Name**

Blue Ocean Medical, Lda. TC

**Training Center ID**

ZL50578

**Training Center City, Country**

Lisboa, Portugal

**Training Site Name**

Blue Ocean Medical, Lda. TS

**Renew By**

31/05/2023

**eCard Code**

urseaw8l7jg3yqiaabglpvr1

**QR Code**



To view or verify authenticity, students and employers should scan this QR code with their mobile device or go to  
<https://certificates.laerdal.com/eu/certificates>

© 2020 American Heart Association. All rights reserved. 20-2862 4/20

**Anexo IV** - Comprovativo da conclusão do Curso de Suporte de Vida em Trauma -  
*International Trauma Life Support*



**ITLS**  
International  
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS  
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS  
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS  
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

## Certificate of Participation

**André Filipe Martins do Carmo, RN**

**has completed the  
Advanced Provider Course**

**date**  
5/16/2021

**course site**  
Escola Superior de Enfermagem de Évora , Évora, INTL  
(International)

**course director**  
Dr. Ana Ferreira, MD MD

**course coordinator**  
Luis Figueiredo RN



**ITLS**  
International  
Trauma Life Support

*Improving Trauma Care Worldwide*

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).  
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscott@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

**International Trauma Life Support**  
3000 Woodcreek Drive, Suite 200  
Downers Grove, IL 60515

[www.itrauma.org](http://www.itrauma.org)



**ITLS** 329292-44583  
International  
Trauma Life Support

**André Filipe Martins do Carmo, RN**

has successfully completed the cognitive skills  
evaluation in accordance with the standards of  
International Trauma Life Support for this course.

**Advanced Provider Course**

Card Issue Date **5/16/2021** Expiration Date **05/2024**

Course Number **44583**

Course Location

Escola Superior de  
Enfermagem de Évora  
Évora, INTL (International)