



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Estágio com Relatório**

**Intervenção especializada de enfermagem na gestão
da medicação na pessoa em situação crítica**

Matilde Paredes de Almeida Guerreiro

**Lisboa
2021**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Estágio com Relatório**

**Intervenção especializada de enfermagem na gestão
da medicação na pessoa em situação crítica**

Matilde Paredes de Almeida Guerreiro



Orientador: Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes
Martins Henriques



**Lisboa
2021**

“Entesouro a memória dos infortúnios passados.
Eles acrescentam muito à minha fortaleza interior.”

Bruce Lee

DEDICATÓRIA

A ti filha, desculpa...

A ti filha, que me escolheste como mãe...

A ti filha, que te descobri durante este percurso...

A ti filha, que questioneei se seria a altura certa...

A ti filha, com quem vivi o milagre da vida...

A ti filha, com quem descobri o verdadeiro amor...

A ti filha, quem priorizei...

A ti filha, que comigo deste o primeiro passo...

A ti filha, que me ajudaste a caminhar...

A ti filha, com quem descobri a verdadeira força...

A ti filha, quem privei de atenção...

A ti filha, por quem chorei por culpa...

A ti filha, a quem fui ausente...

A ti filha, que me ensinaste o verdadeiro significado de perseverança...

A ti filha, que me acarinhaste quando mais precisava...

A ti filha, que dizias baixinho ao papá “a mamã está na escola” ...

A ti filha, a quem o pai consolou quando chamavas pela mamã...

A ti filha, a quem a mamã dizia que amava muito o papá...

A ti filha, com quem a mamã partilhava a saudade de estar convosco...

A ti filha, Maria, David e Matilde, a nossa família...

A ti filha, com a energia positiva da Lili e da lolo...

A ti filha, que partilhaste chamadas de boa noite com a mamã nas viagens...

A ti filha, de quem me orgulhei em conversas informais com o Raul e casa Luz...

A ti filha, de quem cuidei enriquecida pelo conhecimento partilhado pelo Francisco...

A ti filha, que recebi no SUG, consolo das tuas lágrimas, e força para continuar...

A ti filha, que mandavas beijinhos à Marta e à Zélia...

A ti filha, que dizias olá à Professora Eunice...

A ti filha, que decoraste as orientações da Professora Eunice...

A ti filha, que presenciaste o pilar de ser tutor de alguém...

A ti filha, obrigada...

SIGLAS

APA - American Psychological Association

ADR - Área de Doente Respiratório

CMEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica

DGS – Direção Geral da Saúde

ECG - Eletrocardiograma

ESEL - Escola Superior de Enfermagem Lisboa

JCI - Joint Commission International

GIARC - Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico

LASA - Look Alike Sound Alike

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SUG - Serviço de Urgência Geral

UCIM - Unidade Cuidados Intermédios

UIPA - Unidade de Internamento Polivalente de Agudos

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

Este relatório de estágio pretende refletir o percurso realizado na prática, mostrando o desenvolvimento de competências especializadas na área do cuidado à pessoa em situação crítica. Teve, como fio condutor, a intervenção especializada de enfermagem na gestão da medicação, a promoção de práticas seguras, a comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar e o cuidar da pessoa em situação crítica, tendo em conta a sua individualidade, privacidade e processos de doença.

Para a fundamentação deste tema, foi realizada uma revisão integrativa da literatura (RIL), com pesquisa na plataforma EBSCO e nas bases de dados Medline, CINAHL e Academic Research.

O referencial teórico que norteou este percurso foi o modelo teórico de Patrícia Benner, assim como os domínios dos cuidados de enfermagem.

A gestão da medicação é um processo complexo e são vários os aspetos conducentes ao erro, sendo a sua prevalência motivo de preocupação. O erro na medicação é um problema associado à prática, na medida em que o não cumprimento das medidas preventivas de erro na medicação aumenta a probabilidade de ocorrência de um evento adverso. Para uma gestão segura da medicação na pessoa em situação crítica, é necessária uma diminuição da prevalência dos incidentes, que pode verificar-se através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, que implicam mudanças organizacionais e comportamentais.

A enfermagem especializada tem um papel fundamental na melhoria e promoção de práticas seguras na gestão da medicação na pessoa em situação crítica, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade. O enfermeiro especialista pode adotar a posição de mentor, perante a sua equipa, no seu serviço ou no seu hospital, promovendo o desenvolvimento de práticas seguras, suportadas pela evidência científica mais atual.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; erro na medicação; cuidados de enfermagem; segurança do doente.

ABSTRACT

This internship report intends to reflect the path taken in practice, showing the development of specialized skills in the area of caring for people in critical situations. Its guiding principle was the specialized nursing intervention in medication management, the promotion of safe practices, effective communication between the multidisciplinary team and the care of people in critical situations, taking into account their individuality, privacy and processes. of illness.

To support this theme, an integrative literature review (RIL) was carried out, with research on the EBSCO platform and on the Medline, CINHALL and Academic Research databases.

The theoretical framework that guided this path was the theoretical model of Patrícia Benner, as well as the domains of nursing care.

Medication management is a complex process and there are several aspects that lead to errors, and its prevalence is a matter of concern. Medication error is a problem associated with practice, as failure to comply with medication error preventive measures increases the probability of occurrence of an adverse event. For a safe management of medication in people in critical situations, it is necessary to reduce the prevalence of incidents, which can be verified through the adoption of structural and procedural prevention measures, which imply organizational and behavioral changes.

Specialized nursing has a fundamental role in improving and promoting safe practices in the management of medication for people in critical situations, in an integrated manner and in a process of continuous quality improvement. Specialist nurses can adopt the position of mentor, before their team, in their service or in their hospital, promoting the development of safe practices, supported by the most current scientific evidence.

Keywords: person in critical situation; medication error; nursing care; patient safety.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA MEDICAÇÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	13
1.1 Enquadramento teórico.....	14
1.1.1 Referencial teórico implícito à prática dos cuidados: Benner e os domínios de cuidados de enfermagem.....	24
2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	29
2.1. Estágio UCIM	32
2.1.1. Objetivos, atividades e indicadores de resultado.....	33
2.2. Estágio SUG	45
2.2.1. Objetivos, atividades e indicadores de resultado.....	47
2.2.1.1. Percurso e contributos no local de trabalho.....	54
3. CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

Apêndice I - Revisão integrativa da literatura: Intervenção de enfermagem especializada na gestão da medicação na pessoa em situação crítica

Apêndice II - Tabela com objetivos, atividades e indicadores de resultados do estágio na UCIM

Apêndice III - Tabela com objetivos, atividades e indicadores de resultados do estágio no SUG

Apêndice IV - Tabela com objetivos, atividades e indicadores de resultados do estágio no local de trabalho

Apêndice V - Folha de passagem de turno mnemónica ISBAR UCIM

Apêndice VI - Cartaz: Uniformização da transmissão de informação - metodologia ISBAR

Apêndice VII - Cartaz: medicamentos alerta máximo

Apêndice VIII - Cartaz: medicamentos LASA

Apêndice IX - Horários de administração da medicação

Apêndice X - Cartaz de divulgação da formação por videoconferência para o SUG

Apêndice XI - Folha de passagem de turno mnemónica ISBAR adaptada ao local de trabalho

Apêndice XII - Cartaz: Medicamentos LASA e medicamentos alerta máximo

Apêndice XIII - Cartaz de divulgação da formação por videoconferência para o local de trabalho

Anexo I - Declaração de participação na videoconferência "Segurança no circuito do medicamento" Módulo 1 – Os bastidores da farmácia

Anexo II - Declaração de participação na videoconferência "Segurança no circuito do medicamento" Módulo 2 - Dispensa de medicamentos em proximidade

**Anexo III - Declaração de participação na videoconferência
"Identificação segura do doente" Módulo 1 - Novos desafios,
maiores riscos**

**Anexo IV - Declaração de participação na videoconferência
"Identificação segura do doente" Módulo 2 - Proteção de dados do
doente**

**Anexo V - Declaração de participação na videoconferência
campanha "Além muros" - V Encontro "Histórias da segurança do
doente"**

**Anexo VI - Declaração de participação na videoconferência "Terapia
de alto-fluxo"**

**Anexo VII - Declaração de participação na videoconferência "Análise
de eletrocardiograma para enfermeiros"**

INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho decorre no âmbito da unidade curricular de estágio com relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Este relatório de estágio pretende traduzir o percurso realizado na prática, mostrando o desenvolvimento de competências especializadas na área do cuidado à pessoa em situação crítica.

Este trabalho tem como principal objetivo descrever e refletir, de forma detalhada, sobre as atividades desenvolvidas nos diferentes locais de estágio, que levaram à aquisição das competências definidas no plano de estudos do CMEPSC, justificando e fundamentando a pertinência do tema escolhido. Pretende contribuir para uma prática de excelência no que respeita aos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e os seus familiares/pessoas significativas, que vivenciam situações críticas de saúde, procurando, assim, também contribuir para a criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade.

De referir que, para além do tema escolhido, ao longo deste relatório foram sintetizados e conjugados temas de relevo para este processo de aquisição de competências, através de uma reflexão consciente, subsidiada pela procura na evidência científica.

A gestão da medicação é um aspeto fundamental para a segurança do doente nos sistemas de saúde, a nível mundial, no século XXI. É considerada uma das áreas de alto risco em termos gerais da segurança. Um incidente clínico não intencional e adverso, como um erro de medicação, pode custar a vida de uma pessoa, prolongar o internamento hospitalar, podendo ter, ainda, implicações financeiras graves para a saúde (Adhikari, Tocher, Smith, Corcoran, & Macarthur, 2014).

Atualmente reconhece-se que as pessoas sofrem danos decorrentes da prestação de cuidados de saúde. Em ambiente hospitalar, os incidentes representam um sério problema embora, em muitos casos, sejam considerados evitáveis.

A segurança na medicação é um processo multidisciplinar e de várias etapas, em que os enfermeiros desempenham um papel fundamental. É importante que todos os enfermeiros tenham conhecimentos de farmacologia, bem como oportunidades de prática clínica que lhes permitam gerir a medicação das pessoas em situação de doença com as competências adequadas (Adhikari et al., 2014).

Há um elevado potencial para o erro no processo de gestão da medicação, em especial em ambiente hospitalar, o que resulta não apenas do número de medicamentos administrados à pessoa em situação de doença, durante o período de internamento, mas também do número de profissionais de saúde e das atividades envolvidas no processo. Num Serviço de Urgência Geral (SUG), tendo em conta toda a sua complexidade e os diversos postos de trabalho existentes (que pretendem dar resposta às necessidades das pessoas em contexto de urgência), a preparação e administração de medicação em segurança pode facilmente ser comprometida, colocando em risco a segurança da pessoa em situação crítica. Os incidentes relacionados com a medicação podem ocorrer ao longo de todo o processo de gestão da medicação. Uma monitorização inadequada da medicação pode contribuir, de forma significativa, para a ocorrência destes incidentes.

Por estas razões, tendo como fio condutor o tema “Intervenção especializada de enfermagem na gestão da medicação na pessoa em situação crítica”, pretendi desenvolver as competências comuns e específicas preconizadas pelo CMEPSC.

Para a fundamentação deste tema, foi realizada uma RIL, com pesquisa na plataforma EBSCO e nas bases de dados Medline, CINHALL e Academic Research (APÊNDICE I). Foram também consultadas outras referências, tais como documentos produzidos por organizações nacionais e internacionais de mérito reconhecido. A RIL permitiu determinar a evidência relacionada com a intervenção especializada de enfermagem na gestão da medicação na pessoa em situação crítica, através do processo de pesquisa, avaliação crítica e síntese das evidências disponíveis, obtendo um produto final com o estado atual do conhecimento do tema investigado.

O referencial teórico que norteou este percurso foi o modelo teórico de Patrícia Benner e os domínios dos cuidados de enfermagem.

Este trabalho é composto pela introdução, seguida do capítulo 1, que inclui o enquadramento teórico e o referencial teórico implícito à prática dos cuidados, o capítulo 2, que inclui os percursos de estágios desenvolvidos e uma análise detalhada dos objetivos, atividades e indicadores de resultado obtidos no processo de aquisição das competências pretendidas, terminando com a conclusão e as referências bibliográficas utilizadas para sustentação deste trabalho.

Este trabalho cumpre as normas adotadas pela ESEL para a elaboração de trabalhos escritos e elaboração de referências bibliográficas, usando a norma American Psychological Association (APA).

1. INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA MEDICAÇÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

A pessoa em situação de doença crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018 p. 19362). É esse o alvo da área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crítica. Fala-se de 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.

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas que lhe permitam dar resposta em tempo útil e de forma holística (OE, 2018).

A segurança das pessoas que necessitam de serviços de saúde é responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, sendo fulcral a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados, principalmente os incidentes evitáveis, pois estes comprometem a qualidade de prestação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Ministério da Saúde, 2015).

Enquanto elemento de ligação do GIARC do centro hospitalar em que estou integrada, uma das áreas que considerei de intervenção prioritária foi a medicação. Este hospital não dispõe de um sistema de armazenamento de medicação associado a tecnologia. No SUG, os locais de armazenamento de medicação são repostos pelos enfermeiros, não estando a sua identificação e rotulagem uniformizada.

Foi realizada uma pesquisa informal na Direção Geral da Saúde (DGS), como guia orientador, tendo sido consultadas as normas e orientações emitidas no âmbito do plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, direcionadas ao objetivo Estratégico quatro “Aumentar a segurança na utilização da medicação”, com ênfase nos medicamentos Look Alike Sound Alike (LASA) e nos medicamentos de alerta máximo, encontrando, assim, uma área de eleição pessoal, com pertinência justificada na bibliografia e com elevada aplicabilidade (DGS, 2014)(DGS, 2015a)((Ministério da Saúde, 2015).

1.1 Enquadramento teórico

É sabido que as pessoas sofrem danos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, em ambiente hospitalar. Os incidentes representam um grave problema sendo que, em muitos casos, tais incidentes são evitáveis. A qualidade e segurança no sistema de saúde é uma obrigação ética, na medida em que, contribuindo para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde e para o acesso a cuidados inovadores, podemos realmente servir melhor a população (Ministério da Saúde, 2015).

Práticas de medicação inseguras e erros de medicação são duas das principais causas de incidência de eventos adversos e danos evitáveis para a pessoa em situação de doença (OMS, 2016) (Sousa, Uva, Serranheira, Uva, & Nunes, 2018).

O erro de medicação é definido como qualquer evento evitável, que decorre do uso impróprio da medicação, que pode causar dano à pessoa, enquanto a substância está sob o controlo do profissional de saúde ou da própria pessoa. Tais eventos podem estar relacionados com a prática profissional, com procedimentos e sistemas tais como prescrições, comunicação de pedidos, rotulagem de produtos, embalagem e nomenclatura, composição, distribuição, administração, educação, monitorização e utilização (Giannetta et al., 2020).

Considera-se que, o risco de ocorrência de erros de medicação pode aumentar, tendo em conta o nível de complexidade de cuidados prestados e a gravidade do estado da pessoa em situação de doença. A sua complexidade pode ser atribuída a um processo com várias etapas, que depende da interação de uma equipa multidisciplinar (Santos, Rocha, & Sampaio, 2019).

A probabilidade de ocorrência de erro no processo de gestão da medicação, em especial em ambiente hospitalar, é elevada, como consequência não só do número de medicamentos administrados à pessoa enquanto está internada, mas também pelo número de profissionais de saúde e atividades envolvidas no processo (DGS, 2015b). A pessoa em situação crítica recebe, em média, o dobro de medicamentos do que uma pessoa num contexto não emergente, sendo que a maioria desses medicamentos são administrados por via intravenosa, sendo que a pessoa em situação crítica se encontra, muitas das vezes, sedada, não podendo participar, conscientemente, no processo terapêutico, o que constitui um enorme desafio para a administração segura de medicação (Suclupe et al., 2020).

A maioria dos erros de medicação são previsíveis e evitáveis, pelo que, é crucial conhecer as condições em que ocorrem, de forma a criar estratégias para reduzi-los (Suclupe et al., 2020).

Omitir o erro pode desencadear consequências desastrosas. Por esse motivo, registar os eventos adversos, relacionados com medicação, é o primeiro passo no aumento de qualidade e segurança dos cuidados, sendo fulcral a existência de sistemas de notificação de erros a nível hospitalar.

No centro hospitalar a que estou afeta, enquanto elemento de ligação do serviço ao GIARC e enquanto gestora do risco clínico, a notificação é uma das minhas funções, no que respeita quer à realização e divulgação, quer ao incentivo para a realização do relato de incidente. No seu último relatório publicado, o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes apresentou os incidentes verificados por profissionais no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo que os acidentes com medicação/fluidos endovenosos representam uma percentagem de 9% do total, encontrando-se em terceiro lugar dos incidentes que acontecem com mais frequência (DGS, 2019).

Segundo Hammoudi, Ismaile, & Abu Yahya (2018), mais de 70% dos erros que resultam em efeitos adversos estão relacionados com negligência e falha em relatar o erro.

A qualidade dos serviços de saúde, em termos de administração segura de medicamentos, permanecerá incerta caso a problemática da subnotificação de erros de medicação permanecer sem resolução. Segundo um estudo realizado em Portugal, verificaram-se 9,8% de eventos adversos relacionados com a medicação, de entre os quais, 39,9% seriam previsíveis e 12,5% resultaram em morte associada (Sousa et al., 2018).

Os erros de medicação podem ocorrer nas várias etapas do circuito do medicamento, mas as etapas da prescrição e administração da medicação são as que têm maior probabilidade e ocorrência de erro. Na prescrição, a taxa de intercetação do erro é maior do que quando ocorre um erro na administração, que geralmente envolve apenas um profissional (Benoit, Eckert, Theytaz, Faouzi, & Beney, 2012). A fase de prescrição tem a maior taxa de erro (71%), uma prescrição com mais de quatro a cinco medicamentos ativos, por pessoa-dia, aumenta, substancialmente, o risco de erros (Gracia, Sanz, & Garrido, 2021).

O potencial de erro de medicação é particularmente elevado na prescrição e administração de medicamentos, estando intimamente relacionado com os dados in-

completos das prescrições e especificação das dosagens (quase 37% dos erros detetados estiveram relacionados com a omissão da forma, frequência ou via de administração da dose e 29% à escrita ilegível nas prescrições) (Suclupe et al., 2020).

Estes incidentes notificados têm, muitas vezes, origem em práticas pouco seguras na gestão da medicação e seriam evitáveis. É fundamental reforçar a implementação de medidas de prevenção e estratégias que garantam o uso seguro dos medicamentos e uma gestão segura da medicação, o que implica mudanças organizacionais e comportamentais dos profissionais, mas também das instituições envolvidas.

A gestão da medicação é considerada uma das áreas de alto risco, em termos gerais de segurança. Um incidente clínico não intencional e adverso, como um erro de medicação, pode custar a vida de uma pessoa, prolongar o internamento hospitalar remetendo também para implicações financeiras graves para a saúde (Adhikari et al., 2014). Todos os ambientes de saúde devem enfatizar a conscientização de uma cultura de segurança (Hammoudi et al., 2018).

Em 2017, a Organização Mundial da Saúde emitiu o terceiro “Desafio global para a segurança do doente”, intitulado “Medicação sem danos”, cujo objetivo era o de reduzir em 50% os danos graves relacionados com medicamentos, nos cinco anos seguintes. Embora pesquisas e ações em prol da segurança da pessoa avancem em escala global, ainda existem lacunas por preencher (Santos et al., 2019).

No âmbito do plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, estabeleceu-se o objetivo de que 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementem práticas seguras de medicação, de acordo com as normas da DGS.

Deve ocorrer uma redução de 50% em cada ano, face ao ano anterior, do número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições do SNS ou com ele convencionado (Ministério da Saúde, 2015). As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar práticas seguras relativamente à validação e dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação, bem como, à monitorização da terapêutica. Estas práticas devem ser apoiadas em sistemas de informação e comunicação compatíveis e adequados (DGS, 2015b).

A segurança na medicação é um processo multidisciplinar e de várias etapas, no qual os enfermeiros desempenham um papel fundamental. Em face da cada vez

maior complexidade da saúde, é importante que todos os enfermeiros tenham conhecimentos sobre farmacologia, bem como oportunidades de prática clínica adequadas a uma competente gestão da medicação (Adhikari et al., 2014).

Muitos estudos investigaram as condições latentes e os fatores que contribuíram localmente para a administração insegura de medicamentos em ambientes de cuidados intensivos (Mansour, James, & Edgley, 2012). A falta de comunicação entre profissionais de saúde e fatores relacionados com o estado clínico da pessoa em situação crítica foram identificadas como condições latentes.

O déficit de conhecimento sobre o medicamento prescrito e a não verificação da dosagem a ser administrada são dois dos fatores identificados como causadores da verificação de erros no momento da sua confirmação (Mansour et al., 2012).

Para a promoção de uma prática segura, que se irá refletir na segurança da pessoa, a administração da medicação pressupõe uma intervenção de enfermagem capaz. Sendo distintas e variáveis as reações das pessoas às diferentes medicações, deve ser efetuado o registo de qualquer reação anormal e/ou colateral ao medicamento. O enfermeiro deve julgar a eficácia do fármaco mas, para isso, o enfermeiro deve ter conhecimentos sobre farmacologia, pelo que se revela necessário investir na formação de enfermeiros qualificados e incorporar a segurança na medicação (Adhikari et al., 2014).

A complexidade dos processos fisiopatológicos da pessoa em situação crítica interfere com a absorção, distribuição, metabolismo e/ou excreção dos medicamentos, portanto, da resposta farmacológica, sendo capaz de induzir um potencial efeito adverso. Existem também consequências que as interações medicamentosas causam no aparecimento de efeitos adversos e na interrupção da resposta farmacoterapêutica desejada, o que se traduz num internamento mais prolongado.

O primeiro passo para ser capaz de delinear estratégias de prevenção do erro de medicação é ter um conhecimento detalhado sobre os medicamentos (ingredientes ativos, formas farmacêuticas e vias de administração) e esclarecer a proveniência do erro anterior, sendo o enfermeiro uma barreira preventiva para o erro (Gracia et al., 2021). Este fator pode ser minimizado através de listas de medicamentos com incompatibilidades medicamentosas (Santos et al., 2019).

Existem muitas barreiras de adesão às diretrizes de administração de medicamentos, entre os quais, a falha em colocar a pesquisa baseada na evidencia científica na prática, a falta de comunicação e o apoio entre equipas multidisciplinares e um ambiente de trabalho que não suporta a cultura de segurança (Hammoudi et al., 2018).

As principais áreas de risco na administração da medicação estão relacionadas com o tempo de administração de antibióticos, os erros de diluição, a concentração e velocidade de administração de medicamentos de alerta máximo e a técnica utilizada para administração de medicamentos por sonda nasogástrica (Gracia et al., 2021).

A eliminação da transcrição, em combinação com outras medidas simples e de baixo custo complementares, tais como a formação dos profissionais de saúde, contribuem para a diminuição do erro de medicação (Benoit et al., 2012). Uma correlação clara e significativa é estabelecida entre as causas do erro e os fatores que contribuem para o erro, detetados na prescrição, e os consequentes erros (em menor número) que são feitos na transcrição. Por outro lado, a transcrição pode ser um filtro importante no processo farmacoterapêutico para evitar que o erro chegue à pessoa em situação crítica (Gracia et al., 2021).

Outro dos fatores identificados para a contribuição para o erro durante a fase de preparação e administração da medicação é a facilidade com que os enfermeiros são interrompidos durante essas ações, através de alarmes, telefones e solicitações das famílias e/ou colegas (Suclupe et al., 2020).

A literatura científica descreve diversos fatores comprometedores da prática segura do circuito do medicamento, entre os quais, as próprias características da pessoa em situação crítica (condições de risco de vida), fatores humanos (falta de conhecimento ou experiência), farmacoterapia (medicação de alerta máximo, técnicas de administração complexas), organização da força de trabalho com cargas de trabalho excessivas, bem como as características do ambiente de trabalho (emergente, com muitas solicitações, número elevado de medicamentos temporários e com alterações constantes de dosagens), sendo a comunicação um pilar entre os profissionais de saúde (Sessions, Catchpole, Endowed, Nemeth, & Kelechi, 2019) (Gracia et al., 2021).

Os fatores identificados como contribuindo para o erro terapêutico são: as diferentes interpretações dos enfermeiros face à dupla verificação na preparação da medicação; a não divulgação dos erros de medicação relatados, impedindo a aprendizagem com os erros anteriores; as falhas de comunicação, por medo de parecer incompetente, ser rejeitado, envergonhado ou sofrer represálias por relatar um erro detetado ou realizado; a falta de recursos humanos e consequente défice de supervisão e, por ultimo, a não confirmação positiva da identidade da pessoa (Mansour et al., 2012).

A identificação positiva da pessoa em situação de doença garante que os cuidados prestados sejam direcionados à pessoa a quem se destinam, ou seja, prescritos e realizados de forma correta à pessoa correta. É a primeira ação que promove a

segurança da pessoa em situação crítica, como a identificação dos riscos de alergias e a identificação correta da pessoa em situação crítica através da utilização de pulseiras (Santos et al., 2019).

A utilização de programas que permitam uma prescrição gerando alertas, contribui para diminuir o erro na prescrição com um impacto custo-efetivo relativamente à hipótese de eventos adversos (Suclupe et al., 2020).

A informática em saúde ajudará o profissional de saúde na tomada de decisões e no fornecimento de informações precisas e eficientes e procedimentos livres de erros para todas as pessoas (Hammoudi et al., 2018).

É recomendada a oferta de sistemas que incluam integração aos novos elementos, realizada por enfermeiros qualificados e com competências especializadas na gestão da medicação (Kavanagh, 2017). As estratégias tecnológicas e os procedimentos foram desenvolvidos para melhorar a segurança dos medicamentos de alerta máximo (por exemplo, a sua disponibilidade e armazenamento, segregando-os dos restantes medicamentos, a verificação eletrónica do pedido e programa informático, protocolo de administração, procedimento de dupla verificação dependente, identificação e sinalização com alertas visuais) para ajudar na prevenção do erro (DGS, 2015a) (Sessions et al., 2019).

Kavanagh (2017) descreve algumas medidas organizacionais de prevenção de erro na medicação como, por exemplo, racionalizar o stock de produtos e usar produtos com designs mais seguros, fornecer às pessoas melhores informações e melhorar a comunicação, implementar políticas e procedimentos práticos atualizados e claramente escritos, ministrar treino e realizar avaliação de competências de trabalho e auditoria anual de gestão de medicamentos, permitindo regular práticas de gestão de medicamentos e promovendo a conformidade.

Mansour et al. (2012) defende também que um dos fatores que contribuem para reduzir o erro de medicação é a introdução dos medicamentos em dose unitária, provenientes da farmácia e a dupla verificação da medicação antes da administração.

A deteção oportuna de erros e a promoção de uma cultura de segurança do medicamento são necessárias para a redução da ocorrência de erros e para garantir a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Os erros acontecem, mas nem sempre são identificados. A pessoa em situação crítica encontra-se vulnerável e um erro de medicação pode levar a um evento adverso grave ou até mesmo à morte. Os erros de medicação na prescrição e administração são recorrentes, mas evitáveis. Esta evidência permite uma promoção e consciencialização sobre

o uso adequado de medicamentos e a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem (Suclupe et al., 2020).

É função do enfermeiro prestar os melhores cuidados possíveis à pessoa em situação de doença e promover a sua segurança. A equipa de enfermagem é a primeira linha na prevenção do erro na administração da medicação (Hammoudi et al., 2018). No plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, objetivo estratégico quatro “Aumentar a segurança na utilização da medicação”, um dos objetivos específicos consiste em implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos LASA, medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante e/ou medicamentos com nome foneticamente semelhante. Na identificação destes medicamentos, deve ser utilizado o método de inserção seletiva de letras maiúsculas e de utilização de negritos no meio das denominações, para a sua diferenciação. A apresentação das denominações num formato fora do comum atua como um alerta, promovendo a diferenciação (DGS, 2014).

Uns subconjuntos de medicamentos foram identificados como sendo mais prováveis de causar dano ou morte à pessoa em situação crítica, quando usados de forma errada, sendo designados de medicamentos de alerta máximo. Devem ser implementados procedimentos para a administração destes medicamentos, de forma a diminuir o risco aumentado nos medicamentos de alerta máximo (DGS, 2015a) (Sessions et al., 2019).

A notificação dos eventos adversos é uma das formas de as organizações aprenderem com o erro, fortalecendo a segurança dos cuidados (Mansour et al., 2012).

Uma organização que priorize uma cultura de segurança, com enfermeiros comprometidos com a sua profissão e com elevado grau de competência para trabalhar com a equipa multidisciplinar, consegue promover e influenciar a implementação de práticas seguras nos medicamentos de alerta máximo (Sessions et al., 2019).

É responsabilidade de todos os ambientes de saúde melhorar a consciência da cultura de segurança, fornecer suporte e orientação aos enfermeiros e restantes profissionais de saúde e melhorar estratégias de comunicação (Hammoudi et al., 2018). A comunicação interdisciplinar tem uma influência considerável na gestão dos fatores anteriormente mencionados, sendo uma liderança eficaz um dos fatores determinantes para o sucesso da equipa (Mansour et al., 2012).

Num estudo realizado por Sessions et al. (2019), os enfermeiros identificaram os fatores latentes e ativos que consideravam ter impacto positivo na administração dos medicamentos de alerta máximo.

De entre os fatores latentes (organizacionais), salientaram-se a relevância da organização e dos processos para o aumento da segurança, tendo os enfermeiros sido incluídos na criação de políticas, protocolos e relatórios de erros de administração, os quais eram encarados como sendo uma oportunidade para melhorar as práticas. Por outro lado, salientou-se a ausência de penalizações para a ocorrência de erros com os medicamentos de alerta máximo, os quais eram, aliás, divulgados juntamente com as possíveis causas de incidências e com as medidas de prevenção a implementar em todo o hospital. Existiam, ainda, recursos informativos suficientes que permitissem uma rápida consulta de protocolos, prescrições e consulta de informação sobre os medicamentos (Sessions et al., 2019).

Os enfermeiros eram incluídos nos grupos hospitalares que desenvolveram as políticas e os protocolos em vigor, apoiando os processos de decisão da administração dos medicamentos de alerta máximo como, por exemplo, o ajuste da dose a cada pessoa de acordo com o diagnóstico da pessoa em situação crítica. Todos os enfermeiros inquiridos consideraram os protocolos essenciais para a segurança da pessoa em situação crítica e do enfermeiro responsável pela preparação e administração da medicação (Sessions et al., 2019).

No entanto, todos os enfermeiros inquiridos descreveram formas de contornar ou não cumprir essas medidas preventivas do erro como, por exemplo, a não realização da dupla verificação, quer por exemplo, porque se encontravam numa situação de emergência e perante uma situação de indisponibilidade de outro enfermeiro, ou porque a realização da dupla verificação era vista como desnecessária em face da competência do enfermeiro ou por ser uma questão de confiança (Sessions et al., 2019).

A administração segura dos medicamentos de alerta máximo exige que todos os membros da equipa interdisciplinar realizem os seus papéis corretamente.

No estudo em análise, os enfermeiros inquiridos que haviam assumido a responsabilidade de verificar a prescrição, consideravam ter contribuído para a prevenção do erro, porque acreditavam que isso fazia parte de seu papel na qualidade de defensores da pessoa em situação de doença, tendo tal papel sido essencial para a garantia da segurança da pessoa (Sessions et al., 2019).

Todos os enfermeiros inquiridos referiram a importância de deter competência, conhecimento e capacidade de julgamento para tomar decisões apropriadas no processo de administração de medicamentos de alerta máximo. Os enfermeiros descreveram a importância de trabalhar num ambiente seguro, no qual pudessem questionar e que promovesse a atualização continua de conhecimentos, recorrendo aos profissionais mais diferenciados, como o enfermeiro especialista (Sessions et al., 2019).

As principais barreiras organizacionais identificadas por todos os enfermeiros foram a carga de trabalho e as distrações. É relatada a pressão sentida por deixar o trabalho terminado, descurando, por vezes, o tempo dedicado a medidas preventivas do erro (Sessions et al., 2019).

Nós somos humanamente propensos a errar. Compreender a base neuro-cognitiva do erro permite-nos o reconhecimento do erro humano além das condições latentes. Podemos contribuir para organizações mais seguras, com melhoria da qualidade e segurança da pessoa em situação crítica (Mattox, 2012).

Os enfermeiros devem contribuir mais para o desenvolvimento e implementação de políticas e protocolos com impacto na sua prática. É necessário melhorar as estratégias para garantir a colaboração interprofissional e a segurança nos medicamentos de alerta máximo (Sessions et al., 2019).

A gestão da medicação é necessária para construir uma cultura de segurança, onde a investigação dos erros, a implementação de soluções e a aprendizagem com os incidentes possam reduzir o risco futuro e promover a prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica.

Para os enfermeiros, a gestão da medicação é uma responsabilidade de extrema importância, que requer a gestão de intervenções complexas de enfermagem especializada (Kavanagh, 2017).

Não inclui apenas a preparação e administração dos medicamentos, respeitando as fases de confirmação. Implica, também, a atualização de conhecimentos que permita monitorizar, adequadamente, a eficácia do tratamento e quaisquer reações medicamentosas, interações e eventos adversos que ocorram, bem como a formação da pessoa e/ou sua família nesse sentido. É necessário ter conhecimento sobre o processo de doença, conhecimento ético-legal, de questões relacionadas com o consentimento, de legislação de medicamentos e de sigilo profissional, de responsabilidades inerentes à gestão da medicação e o desígnio de uma prática de enfermagem especializada (Kavanagh, 2017).

O processo de gestão da medicação em ambiente hospitalar é, em si mesmo, altamente complexo, passando por múltiplas fases, desde a seleção, aquisição e armazenamento dos medicamentos, até à sua prescrição, validação, dispensa, preparação, administração e monitorização.

Este processo visa a prestação integrada de cuidados de saúde à pessoa em situação de doença, promovendo o uso racional e seguro da medicação, quer pela própria pessoa, quer pela equipa multidisciplinar envolvida. Uma equipa bem estruturada e segura traduz segurança aos seus elementos, cativando o interesse e empenho dos mesmos, promovendo a autonomia. Torna-se possível delinear objetivos individuais e comuns e atingi-los num esforço comum, partilhando experiências e conhecimento.

Segundo Collière (1989), a equipa tem um papel de excelência durante o processo de aprendizagem. Ao facilitar a formação, pode contribuir para uma valorização pessoal e profissional, que impele a um desenvolvimento de ações técnicas, científicas e humanas. O enfermeiro especialista pode ter um papel preponderante perante a sua equipa e o seu serviço na promoção e desenvolvimento de práticas seguras no processo de gestão da medicação. Isso pode ser feito através de formação e atualização de informação fornecida aos profissionais, com vista à melhoria do seu conhecimento sobre a medicação, em especial, sobre medicamentos LASA e medicamentos de alerta máximo, seus potenciais efeitos adversos, como evitá-los e como atuar em caso de ocorrência dos mesmos.

Com o contributo da RIL realizada e restante pesquisa bibliográfica consultada, com o conhecimento e vivência da realidade no meu local do trabalho e com a partilha de experiências e conhecimento de peritos na área, é-me possível avaliar que é necessário continuar a investir na promoção de práticas seguras na gestão da medicação na pessoa em situação crítica.

1.1.1. Referencial teórico implícito à prática dos cuidados: Benner e os domínios de cuidados de enfermagem

As teorias de enfermagem permitem, ao profissional, clarificar o que pensa sobre os elementos de uma situação prática e relacioná-los entre si, permitindo dar consistência aos cuidados prestados e, desse modo, obter continuidade (Moniz, 2000).

De modo a facilitar a compreensão sobre os conceitos que darão lugar a ações, e a direcionar a minha prática, é imprescindível atribuir significado à sua multiplicidade, tendo por base teorias de enfermagem que se assemelham à minha visão na profissão e disciplina de enfermagem. Benner (2001) refere que a teoria guia os enfermeiros e permite-lhes colocar as questões certas no tempo certo, relacionando a teoria com a prática tendo como base a investigação. A especialização pode ser alcançada através da experiência, permitindo a integração das competências e dos conhecimentos adquiridos.

Benner (2001) estudou a prática clínica de enfermagem para tentar descobrir e descrever o conhecimento existente na prática, conhecimento esse que ocorre ao longo do tempo. Refere que, o desenvolvimento do conhecimento, numa disciplina prática, consiste no alargamento dos conhecimentos práticos através de investigações científicas baseadas na teoria e através do levantamento da perícia existente, desenvolvida por meio da experiência clínica na prática dessa disciplina.

O Modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem caracteriza-se pela aquisição de competências em cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

Quando observamos uma situação na globalidade, temos a capacidade para avaliar o contributo da enfermagem para o bem-estar da pessoa em situação de doença.

Benner (2001) identificou trinta e uma competências, que organizou em sete domínios, na base da similaridade da função e da intenção. A força deste método reside na identificação das competências a partir de casos reais, sendo algumas das vantagens para a enfermagem a possibilidade de assinalar pedidos de intervenção, recursos e problemas que precisam de atenção imediata. Trata-se de uma abordagem interpretativa, fundada na situação e destinada a auxiliar a prática de enfermagem, ultrapassando o efeito redutor inerente a qualquer abordagem da análise de tarefas, quando estas são enumeradas sem conteúdo ou objetivo, permitindo a identificação

e a descrição dos conhecimentos incluídos na prática clínica, tendo um contributo da experiência e da teoria.

Os domínios dos cuidados de enfermagem são: a função de ajuda; a função de educação, de guia; a função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização do doente; a tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida; a administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos; assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde; as competências em matéria de organização e de repartição de tarefas (Benner, 2001).

Dos sete domínios dos cuidados de enfermagem acima referidos, irei aprofundar cinco, que descreverei de seguida, que considero serem de salientar pela sua articulação e pertinência para com o tema e respetiva intervenção especializada de enfermagem.

A função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente:

Define como competências detetar e determinar mudanças significativas do estado da pessoa em situação de doença; fornecer um sinal de alarme precoce, permitindo a antecipação de uma crise ou deterioração do estado da pessoa, antes que os sinais explícitos confirmem o diagnóstico; antecipar os problemas, pensando no futuro; compreender os pedidos e os comportamentos dos tipos de doença, antecipando as respetivas necessidades; avaliar o potencial de cura da pessoa em situação de doença e responder às diferentes estratégias de tratamento. Este domínio dos cuidados de enfermagem é de extrema importância, sendo imprescindível a sua inclusão. As cinco competências incluídas neste domínio dos cuidados de enfermagem são o início de um caminho de constante atualização de conhecimentos adquiridos pela experiência sistemática das capacidades de reconhecimento, assim como da melhoria da precisão (Benner, 2001).

A tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida:

Define como competências a capacidade de atuação em caso de urgências vitais, com necessidade de atuação rápida perante um problema; a gestão dos acontecimentos, fazendo corresponder rapidamente as necessidades e os recursos em situações de urgência; a identificação e tomada a cargo da crise de uma pessoa em situação de doença até à chegada do médico. A enfermagem tem a capacidade para prever e gerir possíveis crises, não se deve ignorar esse domínio dos cuidados de enfermagem das nossas competências como não fazendo parte das nossas funções

ou limitá-lo apenas ao relato de incidente. Temos competências para antever e vigiar mudanças na pessoa em situação de doença (Benner, 2001).

A administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos:

Define como competências operacionalizar e vigiar um tratamento por via intravenosa, com o mínimo de risco e de complicação; administrar os medicamentos de forma adequada e segura, vigiando os efeitos secundários, as reações, as respostas ao tratamento, a toxicidade e as incompatibilidades; combater o perigo da imobilidade, prevenindo as úlceras por pressão e aplicar o tratamento adequado; estimular a deambulação e a mobilização passiva e ativa da pessoa em situação de doença, para aumentar as suas possibilidades de reeducação e recuperação, prevenindo as complicações respiratórias; criar uma estratégia de tratamento da ferida que facilite a recuperação, o conforto e uma evolução apropriada. Os conhecimentos que decorrem deste domínio dos cuidados de enfermagem estão escondidos por descrições estritamente processuais, que não têm em conta a variabilidade e as adaptações necessárias e refletidas, quando se iniciam e vigiam protocolos terapêuticos. A habilidade e a reflexão, fruto da experiência, advêm com a competência, ao longo de tentativas e de erros, devendo ter em conta o contexto, na medida em que os cuidados de enfermagem são administrados em pessoas que têm as suas próprias interpretações e respostas aos cuidados que recebem, sendo que, estes também são, em grande parte, influenciados pelo envolvimento ou indiferença do enfermeiro (Benner, 2001).

Assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde:

Define como competências fornecer um sistema de segurança da pessoa em situação de doença, aquando dos tratamentos médicos e de enfermagem; avaliar o que pode ser retirado ou acrescentado às prescrições médicas sem colocar em risco a vida da pessoa; obter dos médicos respostas adequadas em tempo útil. Este domínio dos cuidados de enfermagem pode ser perturbante para a enfermagem que pode descobrir que poderia ter acontecido um evento adverso à pessoa a quem se está a prestar cuidados. Quando algo corre mal, surge a necessidade de responder a questões, que podem levar a um sentimento de culpabilidade por não se ter detetado o erro. O enfermeiro pode servir de elo de ligação entre a equipa multidisciplinar, coordenando os cuidados prestados à pessoa em situação de doença, evitando o conflito. A enfermagem não pode seguir de forma cega uma prescrição médica, quando a prescrição já não corresponde ao estado atual da pessoa ou quando houve impossibilidade de atualização da mesma. A perícia deve permitir a utilização do julgamento,

uma boa comunicação entre a medicina e a enfermagem, com prevalência de flexibilidade, beneficia a pessoa em situação de doença (Benner, 2001).

As competências em matéria de organização e de repartição de tarefas:

Define como competências coordenar, ordenar e responder às múltiplas necessidades e solicitações da pessoa em situação de doença, estabelecendo prioridades de ação; constituir e consolidar uma equipa multidisciplinar que ponha em prática os melhores cuidados possíveis; enfrentar a falta de efetivos e significativa mobilidade de pessoal; planear os acontecimentos, antecipando e prevenindo os períodos de crise em que a quantidade de trabalho da equipa poderá ser excessiva; recorrer a e manter o espírito de equipa, conseguindo o apoio moral dos restantes membros de enfermagem; manter um comportamento humano em relação à pessoa em situação de doença, mesmo na ausência de contatos próximos frequentes; manter uma atitude flexível em relação à tecnologia e burocracia necessária. Estas competências salientam a exigente e complexa natureza do papel da enfermagem num contexto hospitalar. As competências associadas à construção da equipa requerem uma integração social antes que um novo profissional possa, efetivamente, fazer parte integrante da equipa de forma competente. É necessária coordenação e trabalho de equipa para se providenciarem cuidados contínuos e seguros. Os nossos limites culturais levam-nos a preferir os aspetos de individualismo e de autonomia em qualquer papel profissional, e a enfermagem pretende diminuir a fragmentação dos cuidados e aumentar a responsabilização e a visibilidade desta profissão através do método do enfermeiro responsável (Benner, 2001).

Um modelo de enfermagem serve de guia na prática, na formação e na investigação e pode, ainda, servir como instrumento de união entre a teoria e os cuidados prestados ou vice-versa. Confere autoridade ao uso de meios para cuidar da pessoa em situação crítica, apoiando as decisões e intervenções de enfermagem, de modo a que outros intervenientes no processo compreendam melhor a lógica subjacente aos cuidados de enfermagem (Moniz, 2000).

Benner (2001) e os domínios dos cuidados de enfermagem são o meu guia na justificação e pertinência deste tema para a enfermagem especializada. Mantém-se o objetivo de otimizar a fase proficiente em que me considero encontrar no meu local de trabalho, caminhando no sentido da perícia.

2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Para a realização e implementação deste percurso de estágio foram definidos objetivos e planeadas atividades a desenvolver, tendo como fio condutor o tema escolhido.

Assim, tendo em conta o tema escolhido e a sua pertinência, conforme anteriormente fundamentado, definiram-se os seguintes parâmetros:

Objetivo geral:

1. Desenvolver competências especializadas de enfermagem no processo de gestão da medicação, promovendo a segurança da pessoa em situação crítica.

Objetivos específicos:

1.1. Conhecer organizações e serviços que tenham implementado práticas seguras no âmbito dos medicamentos LASA e de alerta máximo;

1.2. Adquirir conhecimentos sobre o processo de gestão da medicação;

1.3. Otimizar o conhecimento adquirido na gestão da medicação com aplicação na segurança e na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, enquanto enfermeira especialista;

1.4. Colaborar na realização de procedimentos que incluam o desenvolvimento de estratégias e a implementação de medidas, ao nível do armazenamento, preparação e administração dos medicamentos LASA e de alerta máximo.

A profissão de enfermagem tem uma deontologia profissional e o seu exercício deve ter por base o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Este documento visa orientar a prática dos enfermeiros, enunciando os direitos e deveres dos profissionais e das pessoas a quem estes prestam cuidados (OE, 2015a).

Ao enfermeiro especialista na área do cuidado à pessoa em situação crítica é inerente o desenvolvimento de competências que lhe permitam cuidar da pessoa que vivencie processos complexos de doença e/ou falência orgânica, mas também que, em situação de emergência, saiba atuar de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais da pessoa em situação crítica (OE, 2018).

Deve conseguir aplicar os conhecimentos a novas situações, ter capacidade de lidar com situações complexas e emitir juízos em caso de informação limitada ou incompleta. Deve ser capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes de uma forma clara e sem ambiguidades e possuir competências

que permitam uma aprendizagem contínua (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2018).

Os objetivos, atividades e indicadores de resultados definidos para cada contexto de estágio, são parte integrante do percurso para a aquisição de competências definidas no plano de estudos do CMEPSC, que tem por base as competências preconizadas para o 2.º ciclo de formação e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Neste contexto, foram definidos os seguintes objetivos para o percurso de aquisição de competências (ESEL, 2020) (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2018) (OE, 2018):

A - Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;

B - Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, diagnosticando, precocemente, as complicações resultantes desta implementação e em caso de complicação, acionar respostas de enfermagem apropriadas às problemáticas, monitorizando e avaliando as mesmas;

C - Gerir a comunicação interpessoal, de forma a estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador de acordo com a alta complexidade do seu estado de saúde, adaptando a comunicação, de forma adequada, às necessidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica;

D - Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, demonstrando conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto;

E - Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, planeando e gerindo a resposta, de forma rápida e sistematizada, sem descurar a preservação de vestígios ou indícios de prática criminosa;

F - Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, devido à complexidade da situação e necessidade de respostas adequadas em tempo útil, que decorrem da necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica;

G - Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão e mobilizar, com rigor, os dados dos relatórios de investigação, elaborando projetos de investigação coerentes;

H – Refletir, criticamente, sobre o papel do enfermeiro especialista na gestão de medicação, promovendo a segurança da pessoa em situação crítica, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a sua articulação na equipa multiprofissional, nas diferentes fases do ciclo da medicação;

I - Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento sobre o processo de gestão de medicação, com consciência crítica para possíveis problemas que possam apresentar-se.

As situações de aprendizagem e aquisição de conhecimento para o processo de desenvolvimento de competências devem ter por base o sigilo profissional (OE, 2015b). Assim, irá ser realizada uma análise dos objetivos definidos, das atividades e dos indicadores de resultados de cada local de estágio, salvaguardando o anonimato dos respetivos locais.

Ensinar a reflexão permite aos enfermeiros identificarem as preocupações que organizam a história (Benner, 2001). Esta análise tem por base uma reflexão consciente, subsidiada pela evidência científica pesquisada ao longo deste período, de forma a atingir uma prática de cuidados de excelência, contribuindo para a promoção de uma prática segura na gestão de medicação na pessoa em situação crítica.

2.1. Estágio UCIM

O início do meu percurso de estágio foi numa Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM), durante oito semanas, num hospital privado. Trata-se de uma das mais relevantes unidades privadas de saúde na região sul do país, que se destaca pela qualidade e inovação dos serviços médicos prestados.

A visão desta entidade privada é a de ser uma referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de excelência e de inovação em cuidados de elevada especialização e complexidade. Assume o compromisso de garantir o melhor diagnóstico e tratamento médico que o talento, a inovação e a dedicação podem proporcionar. Disponibiliza uma oferta global que assegura a continuidade de cuidados e que responde à evolução das necessidades de saúde ao longo da vida das pessoas. Tem como missão alcançar os melhores resultados de saúde, na perspetiva das pessoas em situação de doença, através de um diagnóstico e tratamento rápido e eficaz, com absoluto respeito pela sua individualidade, criando uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excecionais, tendo por base a excelência em cuidados de saúde, tecnologia e inovação, talento e formação. Tem como base oito valores fundamentais: procura incansável de resultados; rigor intelectual; aprendizagem constante; responsabilidade pessoal; respeito e humildade; atitude positiva; integridade.

Este hospital disponibiliza uma ampla oferta de consultas de especialidades médicas e cirúrgicas, meios complementares de diagnóstico, com recurso a tecnologia de ponta, e todas as condições necessárias para internamento e realização de procedimentos cirúrgicos diferenciados. O bloco operatório é constituído por quatro salas renovadas e equipadas para todo o tipo de procedimentos cirúrgicos e equipamentos de vanguarda e a mais recente tecnologia, nomeadamente, em cirurgia laparoscópica e artroscopia. O atendimento urgente garante assistência médica geral a adultos e crianças, vinte e quatro horas por dia, trezentos e sessenta e cinco dias por ano. O internamento contempla quartos individuais e duplos, distribuindo-se por dois pisos (segundo e terceiro), com oitenta e quatro camas e uma equipa de médicos, enfermeiros e auxiliares. No internamento, piso três, é onde se localiza a UCIM, com cinco camas, que se destina às pessoas com necessidades de cuidados de saúde mais diferenciados, tendo capacidade para uma pessoa com necessidade de ventilação invasiva.

É um local acreditado pela Joint Commission International (JCI), que tem protocolos e procedimentos implementados na área da prática segura na gestão da medicação, tendo-me sido possibilitada a consulta interna dos mesmos. Os documentos foram desenvolvidos tendo por base a visão e a missão da unidade, a legislação e boas práticas nacionais, relacionadas com o circuito seguro do medicamento, dando resposta aos requisitos da JCI, nomeadamente, à meta três (melhorar a segurança de medicamentos de alerta máximo) das metas internacionais de segurança do doente e ao plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, objetivo estratégico quatro, “Aumentar a segurança na utilização da medicação” (Joint Commission International, 2015)(Ministério da Saúde, 2015).

De salientar os procedimentos: armazenamento de medicamentos e outros produtos; administrar medicamentos de forma segura; garantir a segurança de medicamentos de alta vigilância; prazo de validade de medicamentos multidoso após abertura; medicamentos incompatíveis.

Salientar, ainda, as orientações técnicas: inutilização de medicamentos com potencial de abuso; critérios de devolução de medicamentos e produtos farmacêuticos aos serviços farmacêuticos; identificação de etiquetas relacionadas com o medicamento.

2.1.1. Objetivos, atividades e indicadores de resultado

Para a realização e implementação do projeto de estágio realizado, pressupondo o percurso para aquisição de competências definidas no plano de estudos do CMEPSC (que tem por base as competências preconizadas para o 2.º ciclo de formação e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica atribuído pela OE) foram definidos objetivos e planeadas atividades a desenvolver para este local de estágio, de acordo com o tema escolhido. De forma a obter indicadores de resultado de aquisição das competências pretendidas (ESEL, 2019)(Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2018)(OE, 2018), foi realizada uma tabela que compila uma análise detalhada dos mesmos, a qual pode ser consultada no APÊNDICE II.

Este local de estágio permitiu-me observar todo circuito do medicamento, que começa na farmácia, com a aquisição/pedido de compra do medicamento, a receção, o armazenamento em local próprio, a dispensa no armazém ou re-embalagem do medicamento em doses unitárias, a preparação e identificação das gavetas com o nome

da pessoa em situação de doença, a validação das prescrições médicas, a dispensa do medicamento em dose unitária para a gaveta da pessoa em situação de doença e o transporte dos módulos de gavetas para o internamento. Foi-me, ainda, permitido assistir a uma auditoria interna ao circuito do medicamento, podendo estar presente em todos os momentos da mesma.

A possibilidade de consultar os protocolos que existem, relativamente ao circuito da medicação, e ver a sua aplicabilidade na prática diária, teve contributos constantes para a aquisição de conhecimento sobre a gestão da medicação e segurança da pessoa em situação crítica. Particpei no processo de re-identificação e rotulagem de alguns locais de armazenamento dos medicamentos no hospital. Estava prevista a realização desta atividade na UCIM e restantes pisos de internamento, mas por motivos associados ao atual contexto pandémico, não foi possível concretizar essa atividade como planeado.

Após entrevista informal com a equipa de enfermagem, apercebi-me de que, por vezes, existiam dúvidas sobre quais seriam os medicamentos de alto risco e em quais se deveriam utilizar as respetivas etiquetas de identificação. Após validação com enfermeiro orientador, enfermeira coordenadora, enfermeira gestora do risco, enfermeira responsável pela UCIM e em parceria com a farmácia, tendo o apoio da professora orientadora, optei pelas seguintes ações:

- (i) Exposição de cartaz informativo e explicativo, já em vigor na instituição, sobre os medicamentos de alerta máximo em todos os cardex;
- (ii) Exposição de cartaz informativo e explicativo, já em vigor na instituição, sobre as soluções eletrolíticas concentradas em todos os cardex;
- (iii) Colocação da lista de medicamentos de alerta máximo definida pela farmácia, com as respetivas etiquetas de identificação dos medicamentos que devem ser utilizadas.

A administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos definem uma panóplia de competências nas quais os conhecimentos, que decorrem deste domínio dos cuidados de enfermagem, estão escondidos por descrições estritamente processuais, que não têm em conta a variabilidade e as adaptações necessárias e refletidas, quando iniciamos e vigiamos a administração da medicação. As competências e a reflexão são fruto da experiência que advém do processo de tentativa/erro. (Benner, 2001).

Assim, considero que as análises destes indicadores de resultado evidenciam a aquisição das competências pretendidas, nomeadamente, as competências A, H e I, mencionadas e identificadas no Capítulo 2.

No projeto de estágio, propus-me a frequentar formações pertinentes para este percurso. Tinha receio que não fosse possível concretizar esta atividade, tendo em conta o atual contexto pandémico. Mas ultrapassando as adversidades atuais, foi possível estar presente em momentos formativos, relacionados direta e indiretamente com o tema da gestão da medicação na pessoa em situação crítica, contribuindo para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências a diferentes níveis.

O ser humano está em constante adaptação, nesta era de globalização da comunicação, a videoconferência vem substituir a tradicional conferência em auditório e permite que estejamos presentes e em constante partilha, no mesmo sítio, apesar de em locais diferentes. Tive a possibilidade de assistir às seguintes videoconferências: "Segurança no circuito do medicamento" módulo 1 – Os bastidores da farmácia (ANEXO I); "Segurança no circuito do medicamento" módulo 2 - Dispensa de medicamentos em proximidade (ANEXO II); "Identificação segura do doente" módulo 1 - Novos desafios, maiores riscos (ANEXO III); "Identificação segura do doente" módulo 2 - proteção de dados do doente (ANEXO IV); Campanha "Além muros" - V Encontro "Histórias da segurança do doente" (ANEXO V).

No seguimento desses momentos formativos, realizei o jornal de aprendizagem: Os contributos da formação em videoconferência, no processo de aquisição de competências. Este jornal de aprendizagem surge com a necessidade de transpor os contributos desses momentos no processo de aquisição de competências. Fez-me sentido utilizar a sistematização do pensamento para atingir essa evidência, produzindo, assim, um documento que reflete esse processo. Este momento reflexivo fez-me procurar evidência científica que estruturasse este sentimento, transformando, assim, este momento reflexivo em algo real e concreto, com aplicabilidade na justificação da aquisição de competências.

A formação sobre "Segurança no circuito do medicamento" foi dividida em dois módulos. O módulo 1 "Os bastidores da farmácia", deu a conhecer os serviços farmacêuticos, foram abordadas as etapas do circuito do medicamento, começando pelo processo de aquisição, receção, armazenamento, preparação de medicamentos e sua distribuição. Foram abordados os fatores de risco em cada etapa e as respetivas medidas de segurança a serem adotadas.

Achei caricata uma imagem utilizada com a pergunta “Como é que o medicamento do doente chegou até aqui?”. A imagem é a de uma enfermeira com a medicação preparada num tabuleiro, junto à pessoa em situação de doença, prestes a administrá-la. Fez-me pensar que, até há bem pouco tempo, antes de iniciar este percurso, sustentado em evidência científica, com o tema da gestão da medicação, não tinha uma real perceção do trabalho e de todas as etapas necessárias para que o medicamento chegue até ao carro de medicação numa distribuição unidose. O módulo II da videoconferência sobre “Segurança no circuito do medicamento” foi dedicado à questão da dispensa de medicamentos em proximidade.

A formação “Identificação segura do doente” módulo 1 - Novos desafios, maiores riscos” começou com uma apresentação sobre “Identificação inequívoca do doente”. Curiosamente, o segundo *slide* apresentava um exemplo de uma pessoa internada, que é abordada pelo enfermeiro para a administração de um injetável. Essa pessoa refere não ter nenhum injetável para fazer, mas que, habitualmente, quem costumaria ter seria a outra pessoa com quem partilha o quarto. Ambas as pessoas teriam o mesmo sobrenome, sendo do mesmo género e faixa etária. Seguiram-se mais exemplos. A não identificação segura da pessoa é o primeiro passo para um erro na administração da medicação.

O plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha de conhecimento e de informação para ações dirigidas a problemas específicos, visa melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS.

Foram definidos nove objetivos estratégicos, sendo que, o primeiro objetivo é o de aumentar a cultura de segurança no ambiente interno, o quarto objetivo é o de aumentar a segurança na utilização da medicação e o quinto objetivo é o de assegurar a identificação inequívoca dos doentes (Ministério da Saúde, 2015).

Tendo em conta a qualidade e segurança da pessoa, é possível prevenir eventos adversos, através da identificação inequívoca da pessoa, uniformizando estratégias como a da aplicação da pulseira de identificação. A confirmação da identificação da pessoa deve ser realizada antes de todo e qualquer procedimento, através da confirmação positiva através de dois dados inequívocos.

O módulo 2 sobre “Identificação segura do doente” incidiu na questão da “Proteção de dados pessoais”. Foram abordados os conceitos e palavras-chave deste tema e foi apresentado o que está legislado na Constituição da República Portuguesa

sobre a proteção de dados pessoais, com respetivo enquadramento legal. A proteção de dados pessoais está dependente das boas práticas para se assegurar a identificação segura e inequívoca da pessoa, prevenindo um evento adverso de extrema gravidade como, por exemplo, o da troca de identidade, que pode ter danos irreversíveis para as pessoas envolvidas.

A campanha "Além muros" promoveu o V Encontro da segurança do doente dedicado ao tema "Histórias da segurança do doente". Foram momentos de partilha das experiências vividas e dos projetos desenvolvidos neste centro hospitalar com a chegada e permanência da pandemia, com contributos multidisciplinares internos e externos que tornaram essa tarde - ainda que "pesada", pela temática COVID - "leve" tendo em conta o dinamismo demonstrado face a este contexto de catástrofe.

Em especial, houve um testemunho com o qual me identifiquei e no qual me revi. O projeto urgência, que teve como representante a enfermeira chefe de equipa e o médico diretor clínico. Foi um relato emocionante sobre as adversidades sentidas no início da pandemia e sobre quais as estratégias adotadas para as ultrapassar. Ressalvaram que as ideias vieram "do terreno", de quem está na prestação direta dos cuidados, que essas pessoas se sentiram ouvidas. Acima de tudo, que existiu uma liderança com um trabalho de equipa multidisciplinar, sustentada em responsabilidade e autonomia responsável.

Com a chegada da pandemia e a necessidade de constante atualização da informação, dos procedimentos e das normas a serem adotadas, foi criada uma linha telefónica de apoio, que teve como objetivo ser um fio condutor para os profissionais de saúde em momentos de dúvida, promovendo uma política segura para a pessoa e para o profissional. A segurança da pessoa e do profissional são dois pilares fundamentais. Ambos os pilares requerem informação, formação e treino.

O projeto MPdeti (Mais Próximo de ti) é um projeto que surge no contexto pandémico, em que a presença habitual da família junto da pessoa em situação de doença não é permitida. Através das videochamadas, um conjunto de voluntários tornou possível que a pessoa internada tivesse um contato visual com alguém de referência. A apresentação deste projeto foi emocionante, com a partilha sentida dos testemunhos das pessoas e dos profissionais face a esta nova dinâmica e realidade. Este projeto teve o apoio da administração, que proporcionou os recursos necessários para a manutenção do mesmo.

Considero que a análise destes indicadores de resultado, com uma curta abordagem ao contexto pandémico e ao nível de catástrofe vivenciado, evidencia a aquisição de competências pretendidas, nomeadamente as competências E e G, mencionadas e identificadas no Capítulo 2.

De seguida, irei abordar o estudo de caso realizado. Foi uma reflexão que tem por base a prática e a experiência sustentada na evidência científica. Foi um contributo para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e seus familiares / pessoas significativas que vivenciam situações críticas de saúde, contribuindo para a criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade.

O estudo de caso realizado foi dedicado ao tema “A pessoa em situação crítica submetida a cirurgia e a gestão da má notícia”. Contribuiu para este percurso formativo, tendo por base a reflexão sobre a prestação de cuidados, o que me permitiu repensar a teoria implícita na prática dos cuidados.

A escolha deste estudo de caso aconteceu pela experiência vivida, pela relação empática enfermeiro-pessoa em situação crítica que foi estabelecida e pelo momento de reflexão proporcionado. Orientou a necessidade de refletir sobre a gestão da má notícia e de tudo o que isso implica para a pessoa em situação crítica, para a família e para o profissional de saúde. Tive a necessidade de procurar evidência científica que estruturasse este sentimento, transformando, assim, este momento reflexivo em experiência baseada na evidência.

Tratava-se de uma pessoa de sexo masculino de 60 anos, o Sr. M, de etnia europeia, raça caucasiana. Tinha o 3.º ciclo de escolaridade (9.º ano), era agente da Guarda Nacional Republicana de profissão. Tinha uma filha, licenciada em enfermagem. Era viúvo há cerca de seis meses. Referia ter ansiedade e labilidade emocional desde a morte da sua esposa. Partilhou, com fâcias triste, que a sua relação com a esposa era de um companheirismo transparente e invejável. Que funcionavam como uma equipa em tudo, desde o trabalho à vida pessoal, à saúde e à doença. Que eram o amparo um do outro. “Nesta família não existia um chefe da casa. Existia sim um casal! Estávamos unidos no bem e no mal, na saúde e na doença” (SIC).

Tinha como diagnóstico prévio uma neoplasia maligna da junção recto-sigmoideia. Foi submetido a uma intervenção cirúrgica, tendo sido realizada uma ressecção anterior do reto com colocação de stent uretral, procedimento que, aparentemente, decorreu sem intercorrências. Contudo, durante a intervenção cirúrgica, o cirurgião

apercebeu-se de que o estado da doença era mais avançado que o esperado. O Sr. M fez o recobro, veio para a UCIM e não sabia da atualização do seu estado clínico.

A “má notícia” tem sido definida como qualquer informação que envolva uma mudança drástica na perspectiva de futuro num sentido negativo (Pessoa, 2005).

Todos os projetos de vida pessoais têm um termo, muitas vezes abrupto, que provoca choque, imensa dor, quer física quer emocional, na pessoa, na família e nos amigos. Os enfermeiros, pela relação de ajuda que estabelecem com as pessoas, experimentam sentimentos de impotência perante a morte e têm dificuldade em gerir os processos de morte daqueles que cuidam (doentes e familiares); os seus sentimentos e convicções pessoais em relação à morte afloram à consciência, o que os pode impedir de ajudarem as pessoas a morrer condignamente, ainda que bastasse a sua presença junto da pessoa moribunda para que esta tivesse uma morte mais digna (Carreiras, E. M. G. e Arraiolos, 2002).

Li estas palavras, pela primeira vez, há cerca de dez anos. Confesso que, da primeira vez que as li, pensei que as tinha compreendido. Mas, a cada situação que vivia relacionada com a morte, a má notícia, o luto, lembrava-as e concluía que, afinal, não as tinha compreendido como pensava. Algo tão complexo e, simultaneamente, subjetivo não tem uma compreensão definitiva. Até porque, concluo que essa compreensão é influenciada pelo nosso estado geral em determinado momento, influenciando as nossas vivências e, conseqüentemente, os nossos cuidados.

Como Carreiras, E. M. G. e Arraiolos (2002) referem, e que aqui replico: tantas são as vezes em que basta a nossa presença junto da pessoa que não apenas no momento moribundo, mas também nos outros momentos, igualmente moribundos, como o medo da morte, o medo da má notícia, o medo da mudança para os que ficam e que vão iniciar o processo moroso do luto.

Neste caso, em especial, o estabelecimento da relação empática surgiu de forma tão inesperada que, quando dei por mim, após duas horas de turno, já estava de mão dada com o Sr. M a ouvi-lo, e numa fase inicial, o que fiz foi “só” isso: ouvi-lo.

A sua ansiedade, rotulada por muitos como sendo uma tentativa de apelo e os seus receios sobre o seu estado clínico tinham uma “sombra” tão grande.

Por um lado, o facto de não ter a sua esposa ao seu lado, de não ter conseguido realizar o luto do amor da sua vida e de já estar a iniciar outro processo de luto face à sua própria doença.

Por outro lado, o facto de o Sr. M não querer ser totalmente transparente com a filha, que era muito presente, sendo que ele precisava de todo o apoio que ela lhe

pudesse dar e mais um pouco, mas ele achava que ele é que tinha de ser o pilar da filha, e não o contrário.

Tudo isto e muito mais que ficou por contar.

Mas o Sr. M precisava de contar, precisava de partilhar e de ser ouvido.

Existem algumas atitudes que o enfermeiro deve adotar em situação de morte, que podem fazer sentido aplicar na gestão da má notícia e no processo de luto. O respeito pelo ser que está presente, que não está só reduzido ao seu corpo de sofrimento; a presença; a escuta; a confiança; o não se considerar que estamos perante uma doença, mas sim perante uma pessoa que tem uma doença; o saber enfrentar a angústia decorrente do sentimento de impotência e o fracasso perante essa doença difícil.

Os cuidados de enfermagem têm como objetivo maximizar o conforto e minimizar o sofrimento. As pessoas em situação de doença têm direito à privacidade. Têm o direito de ser tratados por pessoas sensíveis, que compreendem os seus sentimentos e os sentimentos dos seus familiares. O objetivo é o de prestar cuidados humanizados e individualizados a cada pessoa (Carreiras, E. M. G. e Arraiolos, 2002).

Segundo Sequeira (2016), algumas das barreiras de comunicação são resistência a nova informação e/ou informação prévia; ideias preconcebidas; significado atribuído à informação; motivação e interesse; credibilidade da informação e da fonte; contexto em que a informação é transmitida; canal utilizado; estratégia de comunicação utilizada; expectativas e impacto da informação.

Uma má notícia consiste em qualquer informação que envolva uma mudança drástica no indivíduo que a recebe, tendo um impacto negativo na sua perspetiva de futuro, afetando, assim, os domínios cognitivo, emocional, espiritual e comportamental, com eventuais repercussões na dinâmica pessoal, familiar e social. A comunicação da má notícia fortalece a relação enfermeiro-pessoa, reduz a incerteza da situação vivida pela pessoa em situação crítica, oferece uma orientação à pessoa e à sua família, minimiza sentimentos de isolamento, solidão e medo. A grande maioria das pessoas quer saber e tem o direito de saber. Não existem receitas de como comunicar más notícias, contudo, a disponibilidade (tempo), a escuta e a escolha pormenorizada dos termos a utilizar desempenham um papel fundamental neste processo. Todas as más notícias provocam sofrimento e a forma como estas são comunicadas pode amenizá-lo (Sequeira, 2016).

O Sr. M aceitou o encaminhamento para a psico-oncologia. No seu caso, em especial, haverá muito para trabalhar, uma vez que está em causa a gestão do processo de luto da esposa, do seu processo de doença e da má notícia sobre a gravidade da mesma.

Servindo-me de Benner (2001) para me auxiliar neste momento reflexivo, saliento que a autora refere que a teoria guia as enfermeiras e permite-lhes colocar as questões certas, no tempo certo.

No decorrer da colheita de dados podem surgir obstáculos. É importante recordar que não se trata de recolher informações de forma sistemática, mas de compreender as informações que se recebem e estabelecer, entre elas, ligações com significado (Collière, 1989). É muito importante saber ouvir o que o silêncio nos diz e saber ler o que os olhos nos escrevem. Por vezes, a resposta está nestas entrelinhas e não no que nos é mais óbvio e fácil de encontrar. Este pensamento retrata uma parte da complexidade do que é a enfermagem e do que é assumir a responsabilidade de cuidar de alguém. Senti necessidade de procurar evidência científica que estruturasse este sentimento, transformando, assim, este momento reflexivo em experiência baseada na evidência.

A comunicação é um ponto de união para a evolução e globalização. Para a enfermagem, a comunicação é uma das bases da prática diária. Neste caso específico, após ter algum contacto com o Sr. M e adquirir algumas noções da sua maneira de estar, foi possível distinguir a veracidade das suas queixas, a nível físico e psicológico. Desde logo, pelo facto de o Sr. M ser uma pessoa que ainda se encontrava em processo de luto pela morte da sua esposa E que já estava a iniciar outro processo de transição, face ao seu próprio estado de doença. Não ter a esposa à sua espera, para partilhar este momento de crise, era desolador para o Sr. M. Apesar do apoio incondicional da filha, a sensação de vazio permanecia. E existia o outro lado do Sr. M. O seu lado forte, que punha uma “máscara de sorriso” e uma armadura para a sua filha, sendo capaz de tudo por ela. Portanto, na cama da UCIM, o Sr. M sentiu que estava e podia estar vulnerável. Aquela cama não era somente o local onde estava internado para recuperar fisicamente. Surgiu a oportunidade de dar ênfase à importância da recuperação psicológica e emocional e confortar momentos de solidão. Solidão essa que existe, mesmo estando rodeado por terceiros. No fim do turno, tudo isto contribuiu para a sua forma de estar no serviço. O Sr. M, que estava queixoso assim que nos via, agora permanecia aliviado por ter alguém que cuidasse dele como um todo, tendo em conta a sua unicidade.

Este estudo de caso é um exemplo dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica ao longo do estágio na UCIM, através dos quais foi possível desenvolver as competências pretendidas, nomeadamente, as competências A, C, D e F, mencionadas e identificadas no Capítulo 2.

Uma situação que me inquietou, no início do estágio na UCIM, foi a da inexistência de folha de passagem de turno. Dei por mim a recorrer ao bloco de apontamentos e a escrever toda a informação transmitida oralmente, com um receio latente de não reter toda a informação pertinente sobre cada pessoa internada na UCIM, naquele momento. O enfermeiro emissor transmitia as informações que considerava relevantes e o enfermeiro recetor recebia as informações e retinha as que, ele próprio, considerava mais relevantes. Verifiquei que não era utilizado nenhum instrumento específico ou estruturado nessa transição. Deste modo, a informação que era transmitida dependia da experiência e dos critérios quer do enfermeiro que a veiculava quer do enfermeiro que a recebia. O que é certo é que cada um sentia a necessidade de registar a informação transmitida, não existindo uniformização na transmissão e receção da mesma, o que, por vezes, era um fator constrangedor, com possível repercussão nos cuidados à pessoa em situação crítica.

As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que, até 70% destes eventos adversos ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados da pessoa em situação de doença, nomeadamente, por omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e falta de priorização das atividades (DGS, 2017).

A comunicação ineficaz pode ser encontrada em diversos contextos em saúde, mas é particularmente expressiva em ambientes onde é indispensável uma gestão rápida e eficaz. Tais ambientes incluem o período pré-operatório, os cuidados intensivos e o serviço de urgência onde os componentes e processos de comunicação são complexos e propensos a erros (Müller et al., 2018). Senti necessidade de procurar evidência científica que estruturasse este sentimento, transformando, assim, este momento reflexivo em algo real e concreto, com aplicabilidade na UCIM.

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde deve ocorrer na altura certa, com certeza e de forma completa e com compreensão adequada por parte do recetor. A transmissão de informação é parte integrante da transição, a outro profissional de saúde, da responsabilidade pela pessoa que estamos a cuidar.

As transições de cuidados seguros devem ter por base uma comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, as quais podem interferir na continuidade de cuidados e no tratamento adequado (DGS, 2017).

Após avaliar a forma como se procedia a passagem de turno da UCIM, concluí que poderia ser uma mais-valia para o serviço a elaboração de um documento sustentado na literatura, que pudesse ser utilizado como documento formal para o momento da passagem de turno. Após conversa, com aval positivo por parte do enfermeiro orientador e da professora orientadora, sobre a pertinência deste tema com respetiva realização de documento, a ideia foi apresentada à enfermeira coordenadora do serviço que concordou e considerou ser uma mais-valia para o mesmo. Com base na pesquisa realizada e sustentada na evidencia científica, foi realizado o jornal de aprendizagem “Uniformização da transmissão de informação – metodologia ISBAR”.

A DGS refere que, uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, mas também a sua implementação de forma ativa. A metodologia ISBAR tem como vantagem a sua fácil memorização pelos profissionais e a possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados. É uma forma de compreender a mensagem, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara (DGS, 2017).

A metodologia ISBAR permite padronizar a comunicação e transmissão de informação, diminuindo a probabilidade de evento adverso, sendo de extrema importância em contexto de urgência e cuidados intensivos. Contribui para a tomada de decisão, promovendo o pensamento crítico.

A mnemónica ISBAR é um auxiliar de memória que permite, através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, a saber (DGS, 2017):

- “I”, corresponde a “Identificação”: identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como da pessoa a que diz respeito a comunicação;
- “S”, corresponde a “Situação atual”: descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;

- “B”, corresponde a “Antecedentes” (*background*): descrição de factos clínicos relevantes, de enfermagem e outros, de diretivas antecipadas de vontade;
- “A”, corresponde a “Avaliação”: informações sobre o estado da pessoa, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;
- “R”, corresponde a “Recomendações”: descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica da pessoa.

Neste contexto, foi construída uma folha de passagem de turno a ser preenchida pelo enfermeiro de cada turno, com o objetivo de ser utilizada na transmissão de informação e transição de cuidados (APÊNDICE V).

Para implementação deste documento no serviço, foi importante divulgar e formar os enfermeiros nesse sentido. Tendo em conta o atual contexto pandémico, optou-se pela realização de um cartaz, de rápida consulta, que ficou afixado nos locais de passagem de turno na UCIM e restante internamento (APÊNDICE VI).

A folha passou por um período de teste e, na última semana de estágio, já se encontrava implementada. Foi com muita satisfação que regresssei ao serviço, após dias de ausência, e verifiquei que a folha se encontrava em utilização. A equipa considerou este instrumento útil para a sua prática diária.

O plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, diz que as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado (Ministério da Saúde, 2015).

Considero que a análise destes indicadores de resultado evidencia a aquisição contínua de competências pretendidas, anteriormente nomeadas. De referir que, a adaptação constante do próprio local de estágio ao atual contexto pandémico também contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada.

2.2. Estágio SUG

A continuação do meu percurso de estágio ocorreu num SUG, durante seis semanas, num hospital público. A sugestão deste local de estágio foi feita com o intuito de dar resposta aos objetivos e competências que se pretendem desenvolver. Desde logo, pretendia conhecer a realidade de um outro serviço de urgência e a respetiva realidade, face à promoção da prática segura na gestão da medicação na pessoa em situação crítica.

O SUG em apreço destina-se ao atendimento de situações urgentes/emergentes para todas as pessoas com idade igual ou superior a dezoito anos, exceto grávidas. Está integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares e é definido como um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica. Funciona vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano, para as áreas da medicina interna, cirurgia geral, anestesiologia e ortopedia. Conta com o apoio interno da cardiologia (vinte e quatro horas, todos os dias), da psiquiatria (das oito horas às vinte horas) e médico radiologista (das quatorze horas às vinte e quatro horas, nos dias úteis).

As especialidades de oftalmologia e otorrinolaringologia dão apoio em regime de consulta aberta, nos dias úteis, no período da manhã, conforme as suas disponibilidades. Os serviços de patologia clínica e de imagiologia complementam a atividade de urgência para a realização de análises clínicas e exames imagiológicos, que contribuem para a avaliação da pessoa em situação de doença e auxiliam no diagnóstico clínico. Dispõe, também, de um técnico de cardiopneumologia, para realização e análise de eletrocardiogramas (ECG), nos dias úteis, das nove horas às dezasseis horas, bem como de uma assistente social, nos dias úteis, entre as nove horas e as dezasseite horas e trinta minutos. As situações que careçam de avaliação por especialidades inexistentes são transferidas para outros hospitais, com serviços de urgência polivalente, conforme as normas de referenciação do SNS.

Desde abril de 2016 que este hospital dispõe de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), incluída no Sistema Integrado de Emergência Médica, sendo determinante na estabilização pré-hospitalar de vítimas de acidentes ou doença súbita grave e no acompanhamento médico durante o transporte para o SUG, o que possibilita o início da abordagem em suporte avançado de vida das pessoas antes da sua chegada ao Hospital.

O SUG tem implementado o sistema de triagem de *Manchester*, que classifica por cores a gravidade das pessoas que recorrem a este serviço, permitindo que estes

sejam observados de acordo com a sua situação clínica e não por ordem de chegada. A triagem é realizada por um enfermeiro, após a inscrição administrativa.

O serviço está organizado em várias áreas assistenciais, designadamente o ambulatório, o qual contempla:

- Área de balcões para o atendimento de situações clínicas das áreas médica, cirúrgica e de ortopedia, existindo, igualmente, atendimento para psiquiatria, das oito horas às vinte horas;

- Sala de pequena cirurgia, na qual se realizam suturas, drenagens de abscessos, entre outras situações que não careçam de transferência para o bloco operatório (disponível vinte e quatro horas para cirurgia de urgência);

- Sala de inalatórios, para onde são encaminhadas as situações clínicas urgentes/emergentes que necessitem de oxigenoterapia ou terapêutica inalatória;

- Sala de reanimação e trauma, onde são avaliadas e estabilizadas as pessoas em situações críticas emergentes.

O SUG tem uma sala de isolamento com capacidade para duas pessoas.

Outra área assistencial é a do internamento, que contempla a Unidade de Internamento Polivalente de Agudos (UIPA), que tem uma lotação de vinte e oito camas, estando dividida em duas áreas:

- A primeira área, mais especializada para cuidados diferenciados, é constituída por oito camas todas equipadas com monitorização multi-parâmetros, sendo possível a ventilação mecânica em duas unidades e a ventilação não invasiva em todas as unidades. Pretende dar resposta ao internamento e vigilância de pessoas instáveis e com maior índice de gravidade;

- A outra área, com as restantes vinte camas, zona designada por Serviço de Observação (SO), destina-se às pessoas cuja situação é menos grave, prévia à transferência para o internamento da especialidade ou que necessitem de um período mínimo (doze a trinta e seis horas) de estabilização para ter alta. Contudo, tendo em conta a sobrelotação constante do hospital, agravada pelo atual contexto pandémico, a capacidade do SO encontra-se largamente ultrapassada, com pessoas internadas em corredores.

A organização das várias áreas assistenciais está em constante adaptação para implementação de circuitos para a Área de Doente Respiratório (ADR).

2.2.1. Objetivos, atividades e indicadores de resultado

Para a continuação da realização e implementação do projeto de estágio realizado, pressupondo o percurso para aquisição de competências definidas no plano de estudos do CMEPSC, que tem por base as competências preconizadas para o 2.º ciclo de formação e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica atribuído pela OE, foram definidos objetivos e planeadas atividades a desenvolver para este local de estágio de acordo com o tema escolhido, de forma a obter indicadores de resultado de aquisição das competências pretendidas (ESEL, 2019)(Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2018)(OE, 2018). Foi realizada uma tabela que compila uma análise detalhada dos mesmos, a qual pode ser consultada no APÊNDICE III.

Iniciei este local de estágio tendo como prioridade a de compreender se os objetivos específicos e as respetivas atividades programadas seriam concretizáveis. Após acolhimento e apresentação da estrutura física, organizacional e da equipa multidisciplinar, com uma pequena perceção da visão, missão e valores do serviço, procurei conhecer as diferentes instruções de trabalho/protocolos no SUG e hospital, em especial as relacionadas com a gestão da medicação, e obter uma perceção da equipa de gestão de risco.

A receptividade da equipa neste local de estágio foi um fator facilitador da integração no serviço, que conduziu a uma rápida adaptação ao serviço e permitiu estabelecer uma boa relação com a equipa de enfermagem e multidisciplinar. Tive a oportunidade de estabelecer contacto com o elemento de ligação do serviço da comissão do circuito seguro do medicamento.

Na primeira semana, foi realizado um turno com a enfermeira responsável que contribuiu para obter uma perceção do circuito da medição no SUG e no hospital. Foi, inclusive, realizada uma articulação com a farmácia e com o respetivo elemento de ligação do serviço da comissão do circuito seguro do medicamento. Trata-se de um serviço que dispõe do modelo de racionalização logístico E-Kanban. Esta é uma metodologia transversal para todo o circuito logístico dos produtos hospitalares, desde os medicamentos e bens de consumo clínico ao material hoteleiro e administrativo.

O modelo E-Kanban, pela metodologia que preconiza para controlo de existências através do registo de consumos, introduz diversos mecanismos que ajudam a combater as roturas de stocks, promovendo a diminuição de desperdício. O fornecimento e reposição dos stocks nos armazéns periféricos são efetuados pelos serviços

farmacêuticos, de acordo com a calendarização definida com cada serviço clínico e com ajustes para evitar roturas. Posteriormente, é a partir do carro E-kanban que os locais de armazenamento de medicação são repostos pelo enfermeiro responsável de turno.

Através de entrevista informal, foi possível realizar um levantamento de necessidades, que pudessem existir, para otimização dos procedimentos em vigor no SUG ao nível do armazenamento, preparação e administração dos medicamentos LASA e de alerta máximo. Após consulta dos documentos internos do hospital, nomeadamente, o documento de política da gestão do medicamento e dos procedimentos gerais sobre preparação, administração e registo de medicamentos: práticas seguras, os medicamentos LASA práticas seguras e medicamento de alerta máximo práticas seguras, verifiquei que o armazenamento dos medicamentos cumpria os pressupostos nos procedimentos, sendo visível na UIPA, nomeadamente, nos carros de reanimação, no carro da medicação, no frigorífico e no cofre com os estupefacientes. Os requisitos da sala de reanimação e dos locais de armazenamento e preparação de medicação nas zonas de ambulatório também se verificavam.

O SO tem um armário para armazenamento e preparação da medicação, sendo neste local que se dá resposta à gestão da medicação de um número considerável das pessoas internadas, tendo uma utilização e desgaste constante. Tendo por base os procedimentos em vigor no hospital, foram sugeridas algumas intervenções para o armazenamento, preparação e administração da medicação neste local.

Os procedimentos gerais do hospital têm em comum o objetivo da implementação de práticas seguras no uso dos medicamentos. Um dos itens que os procedimentos referem é o da divulgação, no seio da equipa, da lista dos medicamentos de alerta máximo e dos medicamentos LASA. Após entrevista informal com a equipa de enfermagem, apercebi-me de que poderiam existir dúvidas sobre a razão para a tomada de certas medidas no que respeita aos medicamentos de alerta máximo e aos medicamentos LASA. Assim, foram elaborados e divulgados dois cartazes informativos e explicativos sobre, respetivamente, os medicamentos de alerta máximo (APÊNDICE VII) e os medicamentos LASA (APÊNDICE VIII).

Foi realizada a otimização dos cardex existentes em SO, de acordo com as evidências científicas e os procedimentos internos do hospital. Os cardex incluem os cartazes informativos sobre os medicamentos de alerta máximo e os medicamentos LASA acima referidos. Foram disponibilizadas as respetivas listas internas desses medicamentos para uma rápida consulta. Foi, ainda, atualizado o documento relativo

aos horários de administração da medicação, o qual foi preparado de acordo com o layout do hospital (APÊNDICE IX).

Foi efetuado o planeamento para a re-identificação e rotulagem dos locais de armazenamento da medicação no SO, tendo por base as listas de medicamentos LASA e medicamentos de alerta máximo em vigor no hospital, bem como para a sua reorganização, segregando os medicamentos de alerta máximo dos restantes medicamentos. Foram elaboradas etiquetas para a rotulagem dos locais de armazenamento dos medicamentos, tendo em conta quer a lista de níveis do SO, fornecida pela farmácia, quer os procedimentos do hospital quer as evidências científicas. Não foi possível chegar à fase de implementação da re-identificação, rotulagem e reorganização dos locais de armazenamento da medicação no SO. No entanto, foi preparado um ficheiro com as etiquetas para a respetiva rotulagem dos locais de armazenamento da medicação no SO, de forma a ser possível replicar essa rotulagem noutros locais de armazenamento, preparação e administração da medicação do SUG.

O desafio final foi a realização de uma sessão formativa, que ocorreu por videoconferência, para a divulgação das atividades desenvolvidas e para o esclarecimento de dúvidas (APÊNDICE X). A adesão da equipa a que fiquei afeta à formação foi praticamente total, tendo recebido feedback bastante positivo, tendo em conta os comentários e mensagens escritas recebida após a sessão.

Todas as atividades realizadas foram previamente sugeridas e objeto de reflexão, sendo sustentadas pela evidência científica, e refletidas num documento, um projeto de intervenção para o serviço, que foi devidamente validado pela professora orientadora e pelo enfermeiro orientador, com a aprovação da enfermeira coordenadora.

Foi muito gratificante ter-me sido feita uma despedida do serviço, organizada pela equipa, o que me fez sentir que, apesar de em pouco tempo, foram criados laços e a mensagem foi transmitida, tendo conseguindo deixar um pouco do meu projeto. Considero que a análise destes indicadores de resultado evidencia a aquisição de competências pretendidas, nomeadamente, as competências B, G, H e I, mencionados e identificados no Capítulo 2.

Prestar cuidados de enfermagem num SUG requer que o enfermeiro seja detentor de conhecimentos científicos atualizados e que tenha a capacidade de forma imediata, de mobilização de conhecimentos de acordo com o estado e a situação de cada pessoa, tendo por base os pressupostos éticos e deontológicos.

Na minha prática diária é, por vezes, difícil zelar pela privacidade da pessoa em situação crítica, atendendo ao contexto geral. A perceção de que, neste local de

estágio, esta dificuldade é transversalmente sentida, fez-me refletir sobre esta temática, de forma sustentada pela evidência científica, reforçando que, as experiências vividas e os momentos de reflexão realizados são contributos para o processo de aquisição de competências. Foi elaborado o jornal de aprendizagem “A privacidade da pessoa em situação crítica num serviço de urgência.”

É reconhecido que a pessoa em situação crítica tem a sua privacidade comprometida a partir do momento em que dá entrada num serviço de urgência, o que se acentua conforme a gravidade da doença e o grau de dependência e complexidade dos cuidados necessários. Quando as pessoas dão entrada num serviço de saúde, estão preparadas para algum tipo de invasão, mas, na verdade, não estão preparadas para lidar com a forma como tal invasão acontece.

É comum que, através da linguagem não-verbal, a pessoa transmita o desconforto sentido na necessidade de fornecer tantos dados sobre si mesma, desde o momento da inscrição até aos momentos de observação pelos diversos profissionais de saúde. O mesmo ocorre pela exposição física, psicológica e emocional a que fica exposta no decurso dos diversos exames complementares de diagnóstico realizados.

Num hospital, em especial num serviço de urgência, é habitual que a atenção recaia, primariamente, sobre a doença propriamente dita, o que remete para segundo plano a atenção para outros valores e sentimentos.

Ademais, outro ponto que me causa alguma inquietação no que respeita ao modo como é tratada a privacidade da pessoa em situação crítica é a da forma como é transmitida a informação clínica entre profissionais de saúde e a facilidade com que se pode colocar em causa a manutenção do sigilo profissional. O enfermeiro tem um papel preponderante no estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa em situação crítica, sendo a ponte perfeita para o desenrolar harmonioso da sua situação clínica entre os profissionais de saúde. Mas o inverso também pode acontecer. É extremamente inquietante o facto de perceber que, da mesma forma que o enfermeiro pode ser um elo de ligação para a harmonia, também o pode ser para a desarmonia, na medida em que, colocando em causa a privacidade da pessoa, poder-se-á igualmente pôr em causa a sua autonomia e dignidade.

A relação interpessoal que se estabelece entre o enfermeiro e pessoa em situação de doença pode evidenciar sentimentos de harmonia ou desarmonia, dependendo da forma respeitadora ou desrespeitadora como são abordados os seus direitos (Martins, 1999).

Cuidar é um processo. Cada pessoa, ao longo da sua vida, desenvolve a sua forma de expressar a capacidade de cuidar. A pessoa é definida como um todo, um ser humano dinâmico e imprevisível, que é completo num determinado momento. Mas, mais importante do que conhecer a pessoa como um todo, é a condição pela qual a pessoa quer ser conhecida pelo enfermeiro ou por outros (Boykin & Schoenhofer, 2001).

Uma prática de enfermagem baseada no conhecimento da pessoa permite ao enfermeiro compreender as alterações contínuas que essa pessoa vive, em cada momento.

O enfermeiro tem a capacidade de apreciar a pessoa como um ser humano vivo e imprevisível (Locsin, 2005).

Num serviço de urgência, em especial no atendimento de ambulatório que vulgarmente se chama de “balcões”, facilmente se fica assoberbado com a intenção de dar resposta e solução ao problema concreto que trouxe determinada pessoa ao serviço de urgência, o que nem sempre é feito da forma mais completa. Mesmo existindo uma sala, um local definido para a prestação de cuidados de forma individual e respeitando a privacidade da pessoa, tendo em conta o tempo de espera e a quantidade de pessoas a necessitar de tratamento, por vezes é improvisada a prestação de cuidados em locais de sala de espera. O material chega a ser colocado quase em cima da pessoa já que, não obstante a existência de mesas de apoio circulantes, o espaço reduzido e ocupado por macas torna, por vezes, impossível a deslocação das mesmas. Nestas situações, o enfermeiro e a qualidade da prestação de cuidados que o mesmo presta podem ficar comprometidos.

Toda a abordagem à pessoa em situação de doença, incluindo o diálogo que é necessário e que inclui a prestação de informação privada da pessoa, é realizada naqueles espaços, em que a pessoa está rodeada por outras, que ouvem, observam e comentam a informação prestada nessa abordagem. Nas pessoas que se encontram em macas, dependendo do local, existe a possibilidade de correr a cortina entre as mesmas ou colocar um biombo. Mas, mesmo nesses casos, apesar da privacidade física poder estar um pouco mais salvaguardada, a falta de privacidade da informação que é prestada continua a ser um problema.

Na prática diária, estes problemas também decorrem das cedências que se fazem às rotinas implementadas e, muitas vezes, do facto de se deixar de pensar no que se está a fazer, isto é, o facto de se fazer determinada coisa de determinada forma só porque sempre se fez assim. As ações tornam-se, muitas vezes, mecanizadas,

desprovidas de sentido crítico. O que se torna assustador em tal conclusão é o facto de, inconscientemente, deixarmos de ter noção da ameaça que podemos ser à privacidade daqueles que cuidamos.

Deparei-me, por vezes, com a sensação de desorientação quando, já estando a prestar o cuidado a determinada pessoa, me apercebo de que posso não estar a assegurar a sua privacidade. Situações em que permiti que o foco fosse a doença e o problema que levou essa pessoa ao serviço de urgência, não tendo tido a capacidade de proporcionar e cuidar da pessoa de uma forma holística, respeitando todas as suas vertentes. Considero que, cabe a cada um de nós nos inquietarmos e que, com o que temos, devemos procurar garantir que se proporciona a privacidade da pessoa em situação de doença, da pessoa em situação crítica.

O cuidado especializado não pode deixar de focar esta temática na sua abordagem global. Uma intervenção de enfermagem especializada pode fazer a diferença e deve ser semeada entre os pares, para uma melhor uniformização e dinamização dos cuidados. A autonomia, a privacidade e a confidencialidade das informações podem ser destacadas de entre os princípios éticos que norteiam as relações humanas. Para garantir a liberdade de consentir, o enfermeiro deve respeitar a autonomia da pessoa em situação crítica, reconhecendo-a como uma pessoa e não como o problema que a trouxe ao serviço de urgência. É minha responsabilidade fazer de tudo o que esteja ao meu alcance para que tal não seja comprometido. O segredo profissional deve proteger a intimidade, a privacidade e a integridade da pessoa.

Só a informação clínica pertinente deve ser partilhada com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social da pessoa e sua família, assim como os seus direitos (Matos, 2006).

A capacidade do enfermeiro de observar e identificar as necessidades de cuidados e as necessidades de intervenções, individualizando e personalizando os cuidados, tendo em conta a pessoa globalmente considerada, é alvo de uma constante evolução ao longo da sua prática diária. E esta evolução deverá ser uma condição presente no exercício da profissão, que deve ser enriquecida através das várias fontes de conhecimento, como o conhecimento científico, empírico, proveniente da pessoa e do contexto.

Fica a obrigação de olhar para o espaço físico, onde vou prestar cuidados novamente, com um outro olhar e tentar encontrar o local e as estratégias que promovam, respeitem e incluam a privacidade da pessoa em situação crítica e do enfermeiro. Ambas as partes precisam de privacidade, tanto para dar como para receber.

Esta análise reflexiva, sustentada na literatura, contribuiu para o desenvolvimento da minha consciência crítica face a um problema atual da profissão e da disciplina de enfermagem, vislumbrando o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem em contexto de serviço de urgência e/ou cuidados intensivos.

Senti a necessidade de procurar evidências científicas que estruturassem este sentimento e esta inquietação face à privacidade da pessoa, transformando, assim, este momento reflexivo em algo que sustente e promova a qualidade dos cuidados prestados, com aplicabilidade e reflexo na minha prática diária. Assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde implica perícia com capacidade de julgamento.

A enfermagem é quem pode servir de elo de ligação entre a equipa multidisciplinar, coordenando os cuidados prestados à pessoa em situação de doença, evitando o conflito (Benner, 2001). Esta reflexão torna-se um exemplo dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica ao longo do estágio no SUG e em contexto de pandemia e nível de catástrofe, através dos quais foi possível desenvolver as competências pretendidas, nomeadamente, as competências A, C, D, E e F, mencionadas e identificadas no Capítulo 2.

Mantive a presença em momentos formativos e a atualização constante de conhecimentos, promovendo o contacto com a melhor evidência científica, podendo, assim, adequar a prática, contribuindo para o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, acrescendo a participação nas videoconferências “Terapia de alto-fluxo” (ANEXO VI) e “Análise de eletrocardiografia para enfermeiros” (ANEXO VII).

Considero que a análise destes indicadores de resultado evidencia a aquisição continua de competências pretendidas, anteriormente nomeadas. A eficaz tomada a cargo de situações de evolução rápida tem como competência a capacidade de apreensão rápida de um problema e a gestão dos acontecimentos, fazendo corresponder, rapidamente, as necessidades e os recursos em situações de urgência (Benner, 2001).

De enaltecer a permanente adaptação do local de estágio ao atual contexto pandémico, contributos constantes para o desenvolvimento da capacidade de dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada.

Não posso deixar de agradecer a exigente orientação por parte do enfermeiro orientador, que foi um elemento de estímulo e motivação para um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências realizado e sempre encarado como um desafio de autossuperação, reflexão constante e de vitória sobre limites.

2.2.1.1. Percurso e contributos no local de trabalho

Neste percurso também foram considerados os objetivos e as atividades a desenvolver tendo por base o mencionado em 2.1.1. e 2.2.1. Foi, igualmente, elaborada uma tabela que compila uma análise detalhada de tais objetivos e atividades e que pode ser consultada no APÊNDICE III. Estas competências salientam a exigente e complexa natureza do papel da enfermagem num contexto hospitalar (Benner, 2001).

Fez-me sentido que o culminar do estágio final fosse no SUG ao qual estou afeta. Foi uma oportunidade de consolidar todos os conhecimentos que adquiri ao longo dos restantes percursos, de comparar realidades e de consolidar o que seja possível trazer de novo e que possa ser benéfico para o serviço, tendo sido reservadas duas semanas de estágio para esse propósito. Todos os locais de estágio, ao longo deste percurso, tiveram o seu contributo para a construção deste caminho. Mas não posso deixar de referir que, desde o início, ansiava por estas duas semanas e pela oportunidade de aplicar as estratégias e as competências desenvolvidas no local a que chamo “segunda casa” e que, muitas vezes, é mesmo a primeira.

Foi elaborada, adaptada e implementada a folha de passagem de turno segundo a mnemónica ISBAR (APÊNDICE XI) e foi divulgado o cartaz informativo sobre a metodologia ISBAR elaborado no estágio na UCIM (APÊNDICE VI).

Foi muito gratificante otimizar a folha de passagem de turno utilizada, implementando a metodologia e mnemónica ISBAR. O fruto do trabalho realizado no local de estágio anterior, com a pesquisa dirigida e baseada na evidência científica, tornou-se um indicador de resultado de aquisição das competências pretendidas e com a possibilidade de adaptação a outros contextos. Em menos de uma semana, a folha foi implementada e aceite pela equipa, sendo considerada uma mais valia para a segurança da pessoa em situação de doença e para a segurança do profissional.

Procedeu-se ao planeamento da re-identificação e rotulagem dos locais de armazenamento da medicação no SO, à elaboração do ficheiro com as etiquetas para rotulagem dos locais de armazenamento, de acordo com os procedimentos do hospital, para os medicamentos de alerta máximo e para os medicamentos LASA, de forma a otimizar o armazenamento da medicação no SO.

O planeamento e a preparação de todos os documentos necessários para a otimização do circuito da medicação no SO era algo muito desejado e o fato de ter conseguido realizar e concretizar, em tempo útil, este “sonho” foi um fator motivador para olhar para este projeto como algo a replicar nos restantes locais de armazenamento, preparação e administração de medicação no SUG. Foi elaborado e divulgado um cartaz informativo sobre os medicamentos de alerta máximo e medicamentos LASA de acordo com o procedimento do hospital (APÊNDICE XII).

A realização da sessão de formação “Intervenção especializada de enfermagem na gestão da medicação na pessoa em situação crítica: - Medicamentos LASA; - Medicamentos alerta máximo” (APÊNDICE XIII) para a equipa foi um complemento muito importante para a divulgação deste projeto. O retorno positivo dos participantes para a adesão às práticas sugeridas, foi um indicador de resultado que contribuiu para a promoção de práticas seguras na gestão da medicação, aumentando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados neste contexto.

Tendo por base uma análise e reflexão constante da evidência científica mais atual, foi possível motivar a mudança e implementação de práticas de enfermagem que aumentem a segurança da pessoa em situação crítica. Foram reconhecidas competências acrescidas, que complementam a motivação para continuar a trabalhar no sentido da excelência, como elemento dinamizador e facilitador da aprendizagem.

Para se providenciarem cuidados contínuos e seguros é necessário coordenação e trabalho de equipa. São necessárias competências reforçadas no domínio dos cuidados de enfermagem, as competências em matéria de organização e de repartição de tarefas (Benner, 2001).

Quando Benner (2001) se refere ao domínio dos cuidados de enfermagem função de diagnóstico, refere-se a um caminho de constante atualização de conhecimentos adquiridos pela experiência sistemática das capacidades de reconhecimento. Devo manter o desenvolvimento contínuo de conhecimentos e competências na gestão de protocolos terapêuticos complexos, continuando a aprimorar as competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, avaliando a pessoa de forma sistematizada, com intervenções de enfermagem especializadas.

3. CONCLUSÃO

Considero que este relatório reflete o percurso realizado na prática, com tradução e pensamento sistematizado no desenvolvimento de competências especializadas na gestão da medicação da pessoa em situação crítica.

Foi possível descrever e refletir, de forma detalhada, as atividades desenvolvidas neste percurso, tendo como finalidade a aquisição das competências definidas no plano de estudos do CMEPSC, que têm por base as competências preconizadas para o 2.º ciclo de formação e as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica atribuído pela OE, justificando e fundamentando a pertinência do tema escolhido.

Este percurso foi dinâmico e passível de adaptação ao longo de todo o trajeto. Foi sustentado por uma reflexão consciente, subsidiada pela evidência científica, de forma a atingir uma prática de cuidados de excelência, contribuindo para a promoção de uma prática segura na gestão da medicação na pessoa em situação crítica.

Um dos propósitos deste percurso, foi obter evidência científica que fundamentasse o tema escolhido e justificasse as intervenções realizadas. Assim, foi realizada uma RIL, que subsidiou este percurso com o conhecimento existente mais atual.

Fez-me sentido utilizar a sistematização do pensamento para encontrar a evidência, produzindo, assim, documentos que refletem esse processo. A evidência científica estruturou as experiências, transformando os sentimentos em algo real e concreto e com aplicabilidade na justificação da aquisição das competências pretendidas.

A capacidade do enfermeiro para observar e identificar a necessidade de intervenção de enfermagem, individualizando e personalizando os cuidados prestados, tendo em conta a globalização da pessoa, é alvo de uma constante evolução ao longo da vida.

Ensinar a reflexão permite aos enfermeiros identificar as preocupações que organizam a história (Benner, 2001).

Senti necessidade de procurar evidência científica que estruturasse sentimentos e inquietações face ao luto, privacidade e uniformização da transmissão de informação, transformando assim esses momentos reflexivos em algo que sustenta e promove a qualidade dos cuidados prestados, com aplicabilidade e reflexo na minha prática diária.

Foi realizada uma análise reflexiva sustentada na literatura, que contribuiu para o desenvolvimento da minha consciência crítica face a problemas atuais da profissão e disciplina de enfermagem, vislumbrando o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem em contexto de serviço de urgência e/ou cuidados intensivos.

Ao longo deste percurso, participei em formações por videoconferência, um contributo importante para um contacto com a evidência científica atual, correlacionando-as com os contributos para a aquisição das competências definidas.

A gestão segura da medicação da pessoa em situação crítica exige uma diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais. A enfermagem especializada tem um papel fundamental na melhoria e promoção de práticas seguras na gestão da medicação da pessoa em situação crítica, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade.

As implementações de ações requerem medidas simples, como a reorganização dos processos de trabalho e das práticas profissionais. Podem ser feitas através de formação e atualização de informação fornecida aos profissionais com vista à melhoria do seu conhecimento.

A gestão da medicação é parte integrante das práticas seguras do enfermeiro especialista.

É necessário continuar a investigar o impacto direto que a diversidade de características e estratégias de prevenção têm na redução do erro na medicação. É importante investir na formação dos enfermeiros na promoção de práticas seguras na gestão da medicação, em contexto de urgência e/ou cuidados intensivos, à pessoa em situação crítica.

Benner (2001) considera que o enfermeiro especialista deve ter a capacidade de adaptar o seu conhecimento às diferentes situações, de forma a possibilitar a prestação de um cuidado individualizado numa perspetiva holística.

Para transpor o nível de proficiente a perito era inerente adquirir competências na promoção da prática segura na gestão da medicação da pessoa em situação crítica, otimizando os conhecimentos adquiridos, a perícia e a prática, enquanto enfermeira que presta cuidados num contexto com múltiplas variáveis que podem levar ao erro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adhikari, R., Tocher, J., Smith, P., Corcoran, J., & Macarthur, J. (2014). Nurse Education Today A multi-disciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice. *YNEDT*, 34(2), 185–190. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.008>
- Aromataris E, M. Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Retrieved from <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito Benner Book.
- Benoit, E., Eckert, P., Theytaz, C., Joris-Frasseren, M., Faouzi, M., & Beney, J. (2012). Streamlining the medication process improves safety in the intensive care unit. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56(8), 966–975. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2012.02707.x>
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as caring : a model for transforming practice*. (Jones and Bartlett Publishers, Ed.). Boston.
- Carreiras, E. M. G. e Arraiolos, N. I. P. (2002). O enfermeiro perante o doente que morre. *Nursing*, 168, julho.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (Sindicato). Lisboa.
- DGS. Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes, 020/2014 § (2014).
- DGS. Medicamentos de Alerta Máximo, Norma nº 014/2015 § (2015).
- DGS. Processo de Gestão da Medicação, Pub. L. No. Orientação nº 014/2015 (2015).
- DGS. (2017). Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 8. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- DGS. (2019). Incidentes no âmbito da prestação de cuidados de saúde Incidentes de violência contra profissionais de saúde no local de trabalho Vítimas de violência por Identificação do agressor, 1–3.
- Escrivá Gracia, J., Aparisi Sanz, Á., Brage Serrano, R., & Fernández Garrido, J. (2021). Medication errors and risk areas in a critical care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 286–295. <https://doi.org/10.1111/jan.14612>
- ESEL. (2019). Plano de Estudo do curso Mestrado. Lisboa.
- Giannetta, N., Dionisi, S., Cassar, M., Trapani, J., Renzi, E., Di Simone, E., & Muzio,

- M. D. I. (2020). Measuring knowledge, attitudes and behavior of nurses in medication management: cross-cultural comparisons in Italy and Malta. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 24(9), 5167–5175. https://doi.org/10.26355/eurrev_202005_21212
- Hammoudi, B. M., Ismaile, S., & Abu Yahya, O. (2018). Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1038–1046. <https://doi.org/10.1111/scs.12546>
- Joint Commission International. (2015). *JCI Accreditation Standards for Hospitals*. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals.
- Kavanagh C. (2017). Medication governance: preventing errors and promoting patient safety. *British Journal of Nursing*, 26(26), 1–8.
- Locsin, R. C. (2005). *Technological competency as caring in nursing: a model for practice*. (S. T. T. International., Ed.). Indianapolis.
- Mansour, M., James, V., & Edgley, A. (2012). Investigating the safety of medication administration in adult critical care settings, 17(4), 189–197. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00500.x>
- Martins, A. R. (1999). A privacidade do doente internado. *Enfermagem Oncológica.*, 29–31.
- Matos, M. S. D. (2006). O segredo profissional na relação enfermeiro-Paciente. *Nursing*.
- Mattox, E. A. (2012). Strategies for Improving Patient Safety: Linking Task Type to Error Type, 32(1). <https://doi.org/10.4037/ccn2012303>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>
- Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. Decreto-Lei n.º 65/2018 -, Diário da República, 1.ª série — N.º 157 § (2018). Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>
- Ministério da Saúde. PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES, Pub. L. No. nº 28, 2 (2015).
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, A. D. (2009). The PRISMA Group. Retrieved from <http://www.prisma-statement.org/>
- Moniz, J. M. N. (2000). Modelos teóricos de enfermagem : modos de estar, mudanças de ser. *Servir, Setembro O*.

- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- OE. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE* (OE).
- OE. Regulamento nº 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 § (2015). Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadroesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- OE. Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, N.º 135 2.ª Série § (2018). Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- OMS. (2016). Planning for the Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. *WHO Headquarters, Geneva*, (April), 1–2.
- Pessoa, M. (2005). Práticas de enfermagem baseadas na evidência. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, nº 3 (Julh).
- Santos, P. R. A. Dos, Rocha, F. L. R., & Sampaio, C. S. J. C. (2019). Actions for safety in the prescription, use and administration of medications in emergency care units. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 40(spe), e20180347. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. (LIDEL). Lisboa.
- Sessions, L. C., Nemeth, L. S., Catchpole, K., & Kelechi, T. J. (2019). Nurses' perceptions of high-alert medication administration safety: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3654–3667. <https://doi.org/10.1111/jan.14173>
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Uva, M. S., & Nunes, C. (2018). Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: A retrospective cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(2), 132–137. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx190>
- Suclupe, S., Martinez-Zapata, M. J., Mancebo, J., Font-Vaquero, A., Castillo-Masa, A. M., Viñolas, I., ... Robleda, G. (2020). Medication errors in prescription and administration in critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1192–1200. <https://doi.org/10.1111/jan.14322>

Apêndice I - Revisão integrativa da literatura: Intervenção de enfermagem especializada na gestão da medicação na pessoa em situação crítica

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA MEDICAÇÃO NA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Revisores:

- Matilde Paredes de Almeida Guerreiro, Enfermeira no Serviço de Urgência Geral, Hospital de São Bernardo, Centro Hospitalar de Setúbal, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (matilde-almeida@campus.esel.pt);
- Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques, Professora Doutora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Orientadora do estágio com relatório (eunice.henriques@esel.pt).

Instituição onde é conduzida a revisão:

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Resumo

Introdução: Este documento pretende determinar a evidência relacionada com a intervenção especializada de enfermagem na gestão da medicação na pessoa em situação crítica através de uma pesquisa, avaliação crítica e síntese das evidências disponíveis, obtendo um produto final com o estado atual do conhecimento do tema investigado.

Método: Realizou-se uma revisão integrativa da literatura. A pesquisa de artigos científicos foi efetuada nas bases de dados Academic Search, CINAHL e MEDLINE, publicados entre 2010 a 2021. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, dos 110 artigos iniciais, foram encontrados 10 estudos que responderam à questão de investigação: Quais as intervenções especializadas de enfermagem na promoção da prática segura na gestão da medicação (erro terapêutico) na promoção da segurança da pessoa em situação crítica?

Resultados: Foram selecionados dez artigos. Os artigos foram analisados de forma a extrair informação acerca da metodologia do estudo, objetivos, resultados/conclusões de cada estudo e respetivas limitações/recomendações. Da análise dos artigos emergiram alguns pontos em comum: erro de medicação; fatores que contribuem para o erro de medicação; fatores que contribuem para prevenir o erro de medicação; promoção da segurança; intervenção de enfermagem especializada na gestão da medicação.

Discussão e conclusões: A gestão da medicação é parte integrante das práticas seguras do enfermeiro especialista. O erro na medicação é um problema associado à prática. O não cumprimento das medidas preventivas de erro na medicação, como por exemplo a aplicação de protocolos e procedimentos organizacionais, aumenta a probabilidade do evento adverso. O enfermeiro deve ser detentor de conhecimento sobre os medicamentos e ter uma atitude e comportamento que promovam a segurança do medicamento e consequentemente da pessoa em situação de doença.

Palavras-chave: pessoa em situação crítica; erro na medicação; cuidados à pessoa em situação crítica; segurança do doente.

Introdução

Este trabalho consiste na realização de uma revisão integrativa da literatura sobre o tema “Intervenção especializada de enfermagem na gestão da medicação na pessoa em situação crítica”.

Trabalhando num serviço de urgência geral, tendo em conta toda a sua complexidade e diversos postos de trabalho existentes, que pretendem dar resposta às necessidades das pessoas em contexto de urgência, a preparação e administração de medicação em segurança pode facilmente ser comprometida, comprometendo assim a segurança da pessoa em situação crítica.

A gestão da medicação é um aspeto fundamental para a segurança da pessoa nos sistemas globais de saúde do século XXI. É considerada uma das áreas de alto risco em termos gerais da segurança. Um incidente clínico não intencional e adverso como um erro de medicação pode custar a vida de uma pessoa, prolongar o internamento hospitalar remetendo também para implicações financeiras graves para a saúde (Adhikari et al., 2014).

É hoje reconhecido, que as pessoas sofrem danos decorrentes da prestação de cuidados de saúde. Em ambiente hospitalar, os incidentes representam um sério problema, embora em muitos casos sejam considerados evitáveis.

A prática baseada em evidências é uma abordagem que encoraja o desenvolvimento e/ou utilização de resultados de pesquisas na prática clínica. Devido à quantidade e complexidade de informações na área da saúde, há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, como a revisão integrativa (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Tem como principal objetivo a pesquisa, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado.

Irá contribuir para a identificação de lacunas que possam direcionar para o desenvolvimento de futuras pesquisas, contribuindo também para a implementação de intervenções efetivas na prática de enfermagem, no sentido da aquisição de competências especializadas na enfermagem, na promoção da prática segura na gestão da medicação na pessoa em situação crítica.

Segundo Collière (1989), a equipa tem um papel de excelência durante o processo de aprendizagem. Ao facilitar a formação, pode contribuir para uma valorização pessoal e profissional, que impele a um desenvolvimento de ações técnicas, científicas e humanas.

A segurança na medicação é um processo multidisciplinar e de várias etapas em que os enfermeiros desempenham um papel fundamental. A saúde é cada vez mais complexa. É importante que todos os enfermeiros, tenham conhecimento suficiente sobre farmacologia e oportunidades de prática clínica suficientes para gerir os medicamentos dos doentes com competência (Adhikari et al., 2014).

Método

A revisão integrativa tem o potencial de construir conhecimento em enfermagem, produzindo, um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade (Mendes et al., 2008).

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de sintetizar a evidência científica existente sobre as intervenções especializadas de enfermagem na promoção da prática segura na gestão da medicação (erro terapêutico) na promoção da segurança da pessoa em situação crítica.

Surgiu a questão para esta revisão integrativa da literatura: “Quais as intervenções especializadas de enfermagem na promoção da prática segura na gestão da medicação (erro terapêutico) na promoção da segurança da pessoa em situação crítica?”.

Esta questão de investigação foi elaborada segundo a mnemónica PICO (População (P), I (Intervenção), Comparação (C), Outcomes (O)). Assim, a população será a pessoa em situação crítica, a intervenção será na gestão da medicação (erro na medicação), a comparação será nas intervenções especializadas de enfermagem e os resultados esperados será a promoção da prática segura na gestão da medicação na promoção da segurança na pessoa em situação crítica.

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO e nas bases de dados Academic Search, CINAHL e MEDLINE, tendo sido utilizados os termos de pesquisa indexados e linguagem natural, individualmente e articulados entre si através de indicadores booleanos OR e AND. Por último foi realizada uma pesquisa pelas referências dos artigos que preenchiam os critérios de elegibilidade. Ao longo da pesquisa dos artigos combinaram-se os seguintes descritores de pesquisa: "critical care nursing", "medication management", "patient safety", "critical paciente", "medication safety"; "safety in nursing"; "medication administration"; "medication preparation"; "medication safety in

nursing”; “medication errors”; “high risk medication”. Para a pesquisa final foram combinados 4 descritores como palavras-chave: critical illness; medication errors; critical care; patient safety.

Foram considerados estudos de metodologia qualitativa, quantitativa, artigos de opinião de peritos, relatórios relevantes e guidelines de janeiro de 2010 até junho de 2021. Foram considerados estudos que fornecem experiências pessoais e, como resultados, intervenções que mencionem intervenções de enfermagem especializada, prática avançada de enfermagem, competências do enfermeiro especialista, nas diferentes fases da gestão da medicação na pessoa em situação crítica, nomeadamente na deteção precoce e relato do erro na preparação e administração da medicação.

Os participantes são pessoas adultas com idade igual ou superior a 18 anos, em situação crítica com necessidade de intervenção especializada de enfermagem na gestão da medicação.

Foram considerados para a elaboração da revisão, todos os tipos de documentos, publicados ou não publicados, a que se teve acesso. Foram considerados apenas artigos em português, espanhol e inglês, por inexistência de domínio dos restantes idiomas. Foram considerados os artigos com acessibilidade ao texto na íntegra.

O processo de seleção de triagem dos artigos está representado no fluxograma da Figura 1, elaborado com base no Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, 2009).

Resultados

A extração e síntese da informação dos documentos finais foi suportada num formulário de apoio com o objetivo de os resumir, identificando o título do artigo, autor, ano, características metodológicas, objetivos, resultados e conclusões, limitações e recomendações futuras (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, 2009).

Foram selecionados dez artigos. Os artigos foram analisados de forma a extrair informação acerca da metodologia do estudo, objetivos, resultados/conclusões de cada estudo e respetivas limitações/recomendações. Os resultados obtidos e a caracterização dos documentos analisados através da pesquisa, encontram-se na Tabela 1, que foi elaborada tendo por base os instrumentos standardizados de Joanna Briggs Institute (Aromataris E, 2020).

Da análise dos artigos emergiram alguns pontos em comum, dando resposta à pergunta realizada.

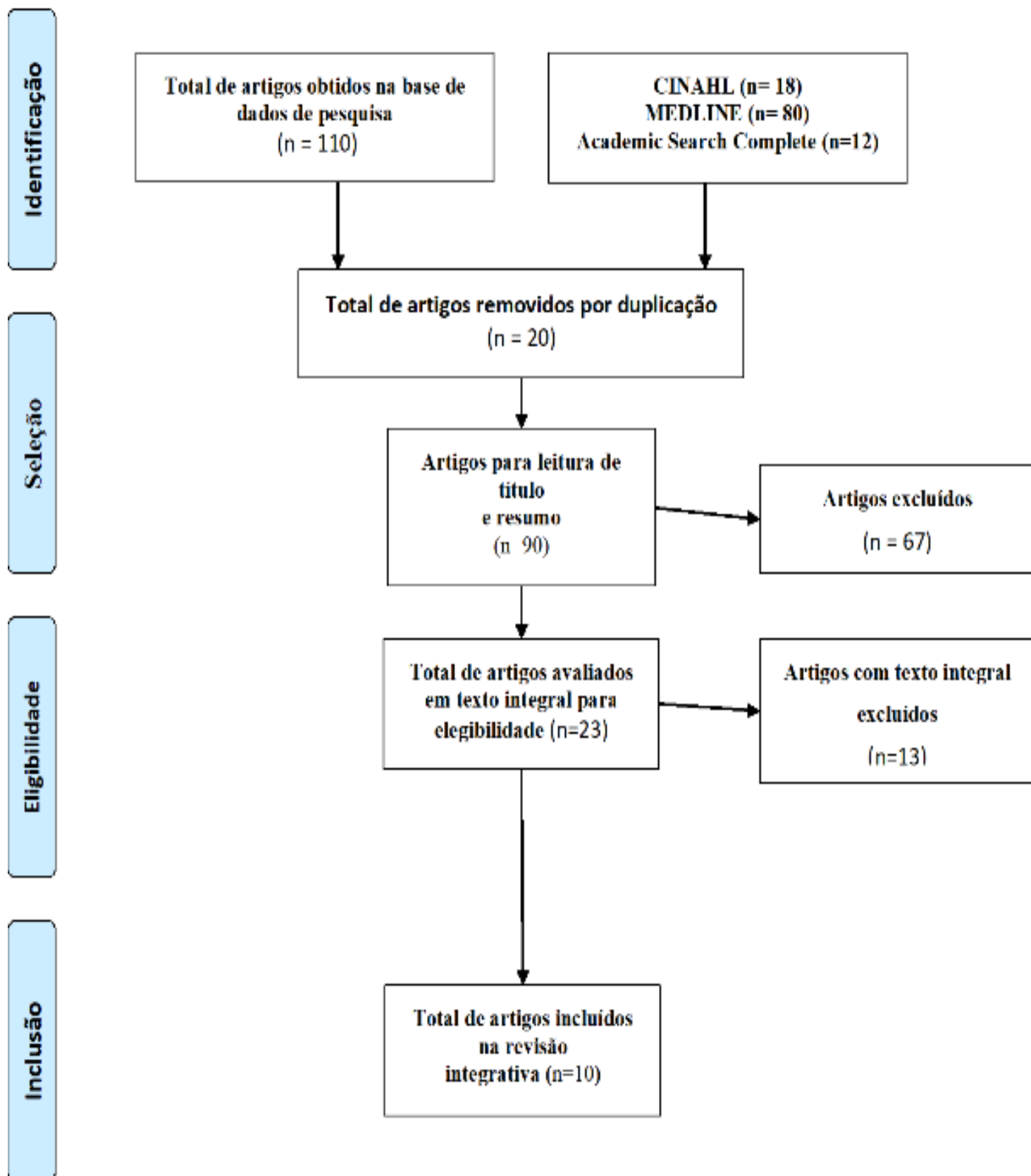


Figura 1 – Fluxograma do processo de obtenção dos artigos finais, adaptado de Prisma Flow Diagram 2009 (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, 2009).

Erro de medicação

Todos os ambientes de saúde devem enfatizar a conscientização de uma cultura de segurança (Hammoudi et al., 2018).

O erro de medicação é definido como qualquer evento evitável que pode causar ou levar ao uso impróprio de medicação ou dano à pessoa enquanto a medicação está sob o controle do profissional de saúde ou da pessoa. Tais eventos podem estar relacionados com a prática profissional, cuidados de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrições, comunicação de pedidos, rotulagem de produtos, embalagem e nomenclatura, composição, distribuição, administração, educação, monitorização e utilização (Giannetta et al., 2020).

Considera-se que o risco de ocorrência de erros de medicação pode aumentar, tendo em conta o nível de complexidade de cuidados prestados e a gravidade da pessoa em situação de doença. A sua complexidade pode ser atribuída a um processo com várias etapas que depende da interação de uma equipa multidisciplinar (Santos et al., 2019).

A pessoa em situação crítica recebe o dobro de medicamentos do que uma pessoa noutro contexto não emergente, e a maioria deles são por via intravenosa. A pessoa em situação crítica muitas vezes está sedada, não podendo participar conscientemente no processo terapêutico (Suclupe et al., 2020).

O silêncio face aos erros de medicação não foi quebrado até à publicação em 1999 do relatório 'Errar é humano: Construindo um sistema de saúde mais seguro' (Gracia et al., 2021).

Segundo Hammoudi et al. (2018), e respetiva pesquisa, mais de 70% dos erros resultando em efeitos adversos estão relacionados com negligência e falha em relatar o erro. A qualidade dos serviços de saúde em termos de administração segura de medicamentos permanecerá incerta se o problema de a subnotificação de erros de medicação permanecer não resolvido.

Em 2017, a organização mundial da saúde lançou o terceiro "Desafio global para a segurança do doente", intitulado "Medicação sem danos", cujo objetivo era reduzir os danos graves relacionados com medicamentos em 50%, nos cinco anos seguintes. Embora pesquisas e ações em prol da segurança da pessoa avançassem em escala global, ainda existem lacunas por preencher (Santos et al., 2019).

Embora a maioria dos erros de medicação sejam previsíveis e evitáveis, eles não são completamente evitáveis. É, portanto, crucial saber as condições em que ocorrem, de forma a criar estratégias para reduzi-los (Suclupe et al., 2020).

Os erros de medicação podem ocorrer em todas as etapas do circuito do medicamento, mas as etapas da prescrição e administração da medicação são as que têm maior probabilidade e ocorrência de erro. Na prescrição, a taxa de intercetação é maior do que quando ocorre um erro na administração, que geralmente envolve apenas um profissional (Benoit et al., 2012).

Fatores que contribuem para o erro de medicação

Muitos estudos investigaram as condições latentes e fatores contribuintes locais relacionados à administração insegura de medicamentos em ambientes de cuidados intensivos (Mansour et al., 2012).

A falta de comunicação entre profissionais de saúde e fatores relacionados com o estado clínico da pessoa em situação crítica, foram identificadas como condições latentes. Déficit de conhecimento sobre o medicamento prescrito e a verificação da dosagem a ser administradas são dois momentos em que se verificam erros que se podem perpetuar no momento da administração da medicação (Mansour et al., 2012).

Existem muitas barreiras de adesão às diretrizes de administração de medicamentos, incluindo a falha em colocar a pesquisa baseada na evidência em prática, falta de apoio, falta de comunicação entre equipas multidisciplinares e um ambiente de trabalho que não suporta a cultura de segurança (Hammoudi et al., 2018).

As principais áreas de risco na administração da medicação é relativamente ao tempo de administração de antibióticos, erros de diluição, concentração e velocidade de administração de medicamentos de alto risco e a técnica utilizada para administração de medicamentos por sonda nasogástrica (Gracia et al., 2021).

A fase de prescrição tem a maior taxa de erro (71%). Uma prescrição com mais de quatro a cinco medicamentos ativos por pessoa-dia aumenta substancialmente o risco de erros (Gracia et al., 2021).

O potencial de erro de medicação é particularmente elevado na prescrição e administração de medicamentos, estando intimamente relacionado com os dados incompletos das prescrições e especificação das dosagens (quase 37% dos erros detetados estiveram relacionados com a omissão da forma, frequência ou via de administração da dose e 29% à escrita ilegível nas prescrições) (Suclupe et al., 2020).

Do ponto de vista farmacológico, a literatura científica identifica três grupos de medicamentos com maior número de erros, que por sua vez se configuram como áreas de risco potencial. Os antibióticos são um dos grupos de medicamentos mais usados com o qual se registra o maior número de oportunidades de erro em relação ao horário de administração. Da mesma forma, numerosos erros foram detetados com

a manipulação de formas farmacêuticas a serem administradas por sondas nasogástricas. Os medicamentos de alerta máximo são responsáveis por erros de medicação graves (Gracia et al., 2021).

A eliminação da transcrição em combinação com outras medidas simples e de baixo custo e o treino dos profissionais de saúde, contribuem para a diminuição do erro de medicação (Benoit et al., 2012).

Uma correlação clara e significativa é estabelecida entre as causas do erro e os fatores contribuintes detetados na prescrição e os consequentes erros (em menor número) que são feitas na transcrição. Por outro lado, a transcrição pode ser um filtro importante no processo farmacoterapêutico para evitar que o erro chegue à pessoa em situação crítica (Gracia et al., 2021).

Outro fator a ter em conta são as interações medicamentosas. A complexidade dos processos fisiopatológicos da pessoa em situação crítica interfere com a absorção, distribuição, metabolismo e / ou excreção dos medicamentos, portanto, da resposta farmacológica, sendo capaz de induzir um potencial efeito adverso (Gracia et al., 2021).

O primeiro passo para ser capaz de delinear estratégias de prevenção do erro de medicação é ter um conhecimento detalhado sobre os medicamentos (ingredientes ativos, formas farmacêuticas e vias de administração) e saber a proveniência do erro anterior, sendo o enfermeiro uma barreira preventiva para o erro. Não esquecer as consequências que as interações medicamentosas causam no aparecimento de efeitos adversos e na interrupção da resposta farmacoterapêutica desejada, que se traduz num internamento mais prolongado (Gracia et al., 2021).

Este fator pode ser minimizado através de listas de medicamentos com incompatibilidades medicamentosas (Santos et al., 2019).

Outro fator identificado para a contribuição do erro durante a fase de preparação e administração da medicação é a facilidade com que os enfermeiros são interrompidos durante essas ações, seja por alarmes, telefones e solicitações das famílias e/ou colegas. (Suclupe et al., 2020).

A maioria das causas comuns dos erros de medicação, são problemas de comunicação, inadequados fluxo de informações inadequados, fatores humanos, questões relacionadas com a pessoa em situação de doença, transferência internacional de conhecimento dentro das organizações, padrões da equipa e volume de trabalho, falhas técnicas e políticas inadequadas (Sessions et al., 2019).

A literatura científica descreve fatores comprometedores da prática segura do circuito do medicamento, nomeadamente as próprias características da pessoa em situação crítica (condições de risco de vida), fatores humanos (falta de conhecimento ou experiência), farmacoterapia (medicação de alerta máximo, técnicas de administração complexas), organização da força de trabalho com cargas de trabalho excessivas (enfermeira / pessoa em situação crítica proporção), bem como as características do ambiente de trabalho: emergente, com muitas solicitações, número elevado de medicamentos, temporários e com mudanças contantes de dosagens, sendo a comunicação um pilar entre os profissionais de saúde (Gracia et al., 2021).

Os fatores que contribuem para o erro terapêutico identificados por Mansour et al. (2012), são a interpretação diferente dos enfermeiros face à dupla verificação da preparação da medicação; a não divulgação dos erros de medicação relatados, impedindo a aprendizagem com os erros anteriores; falha de comunicação, por medo de parecer incompetente, ser rejeitado, envergonhado ou sofrer represálias por relatar um erro detetado ou realizado, falta de recursos humanos e consequente défice de supervisão e a não confirmação positiva da identidade da pessoa.

Fatores que contribuem para prevenir o erro de medicação

A identificação positiva da pessoa garante que os cuidados prestados são direcionados à pessoa a quem se destinam, ou seja, prescritos e realizados de forma correta à pessoa correta. É a primeira ação que promove a segurança da pessoa em situação crítica (Santos et al., 2019).

É responsabilidade de todos os ambientes de saúde melhorar a consciência da cultura de segurança, fornecer suporte e orientação aos enfermeiros e restantes profissionais de saúde e melhorar estratégias de comunicação (Hammoudi et al., 2018).

A comunicação interdisciplinar tem influência considerável na gestão dos fatores anteriores mencionados, em que uma liderança eficaz pode ser um fator determinante para o sucesso da equipa. A introdução de mudanças no ambiente de cuidados intensivos, sem o envolvimento dos enfermeiros, tem repercussões no desempenho dos enfermeiros e consequentemente na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. A notificação dos eventos adversos é uma forma das organizações aprenderem com o erro, fortalecendo a segurança dos cuidados (Mansour et al., 2012).

Os fatores que contribuem para reduzir o erro de medicação são a introdução dos medicamentos em dose unitária, provenientes da farmácia e a dupla verificação da medicação antes da administração (Mansour et al., 2012).

A utilização de programas que permitam uma prescrição gerando alertas, contribui para diminuir o erro na prescrição com um impacto custo-efetivo relativamente à hipótese de eventos adversos (Suclupe et al., 2020).

A informática em saúde ajudará o profissional de saúde na tomada de decisões e no fornecimento de informações precisas e eficientes e procedimentos livres de erros para todos os doentes (Hammoudi et al., 2018).

É recomendado a oferta de sistemas que incluam integração aos novos elementos realizada por enfermeiros qualificados e com competências especializadas na gestão da medicação (Kavanagh, 2017).

Promoção da segurança

Destaca-se a necessidade de adoção de práticas seguras, como a identificação dos riscos de alergias e a identificação correta do doente por meio de pulseiras (Santos et al., 2019).

Kavanagh (2017), descreve algumas medidas organizacionais de prevenção de erro na medicação como por exemplo racionalizar o stock de produtos e usar produtos com designs mais seguros; fornecer às pessoas melhores informações e melhorar a comunicação; políticas e procedimentos práticos atualizados e claramente escritos; treino e avaliação de competências de trabalho e auditoria anual de gestão de medicamentos, permitindo regular práticas de gestão de medicamentos e promovendo a conformidade.

A deteção oportuna de erros e a promoção de uma cultura de segurança do medicamento são necessárias para reduzi-los e garantir a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Os erros acontecem, mas nem sempre são identificados. A pessoa em situação crítica encontra-se vulnerável e um erro de medicação pode levar a um evento adverso grave ou até mesmo à morte. Os erros de medicação na prescrição e administração são recorrentes, mas evitáveis. Esta evidência permite uma promoção e consciencialização sobre o uso adequado de medicamentos e garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem (Suclupe et al., 2020).

É função do enfermeiro prestar os melhores cuidados possíveis à pessoa em situação de doença e promover a sua segurança. A equipa de enfermagem é a primeira linha na prevenção do erro na administração da medicação (Hammoudi et al., 2018).

Intervenção de enfermagem especializada na gestão da medicação

Uns subconjuntos de medicamentos foram identificados como mais prováveis de causar dano ou morte à pessoa em situação crítica, quando usados de forma errada, sendo designados de medicamentos de alerta máximo. Devem ser implementados procedimentos para a administração destes medicamentos, de forma a diminuir o risco aumentado nos medicamentos de alerta máximo (Sessions et al., 2019).

Uma organização que prioriza uma cultura de segurança, com enfermeiros que estão comprometidos com a sua profissão e têm um elevado grau de competência para trabalhar de forma colaborativa para implementar cuidados seguros nos medicamentos de alerta máximo. Juntos, eles forneceram uma visão holística, das influências multifacetadas na segurança da administração nos medicamentos de alerta máximo. Estratégias tecnológicas e procedimentos foram desenvolvidos para melhorar a segurança dos medicamentos de alerta máximo (por exemplo, solicitações de tecnologia e procedimento de dupla verificação dependente) para ajudar na prevenção do erro (Sessions et al., 2019).

Foram descritos indicadores de qualidade específicos para a segurança dos medicamentos de alerta máximo como por exemplo a sua disponibilidade e armazenamento, a verificação eletrónica do pedido e programa informático, protocolo de administração e alertas visuais. Os enfermeiros descreveram fatores que contribuíram para a administração segura dos medicamentos de alerta máximo nomeadamente fatores organizacionais, a competência do enfermeiro e o compromisso e colaboração (Sessions et al., 2019).

No estudo mencionado por Sessions et al. (2019), não houve penalização dos erros com os medicamentos de alerta máximo. Aliás, foram divulgados, com as possíveis causas de incidências e medidas de prevenção em todo o hospital. Existiam recursos informáticos suficientes para rápida consulta de protocolos, prescrições e consulta de informação sobre os medicamentos. Os enfermeiros pertenciam aos grupos hospitalares que desenvolveram as políticas e protocolos em vigor. Os protocolos apoiam momentos de decisão da administração dos medicamentos de alerta máximo, como por exemplo o ajuste da dose a cada pessoa de acordo com o diagnóstico da pessoa em situação crítica. Todos os enfermeiros consideraram os protocolos essenciais para a segurança da pessoa em situação crítica e do enfermeiro, que prepara e administra a medicação.

No entanto, todos os enfermeiros descreveram maneiras de contornar ou não cumprir essas medidas preventivas do erro, como por exemplo numa situação de

emergência e por indisponibilidade de outro enfermeiro, não realizar a dupla verificação, ou não ser realizada por considerar o enfermeiro competente e ser uma questão de confiança. As principais barreiras organizacionais identificadas por todos os enfermeiros foram carga de trabalho e distrações. É relatada a pressão sentida por deixar o trabalho terminado, descurando por vezes o tempo dedicado a medidas preventivas do erro. É igualmente transversal o relato sobre as inúmeras interrupções desde a pessoa e situação de doença e/ou família aos outros profissionais de saúde e o telefone (Sessions et al., 2019).

Todos os enfermeiros falaram sobre a importância de deter competência, conhecimento e julgamento para tomar decisões apropriadas ao administrar os medicamentos de alerta máximo. Os enfermeiros descreveram a importância de trabalhar em um ambiente seguro que pudessem questionar e que promovesse a atualização contínua de conhecimentos, recorrendo aos profissionais mais diferenciados, como o enfermeiro especialista. A administração segura dos medicamentos de alerta máximo exige que todos os membros da equipa interdisciplinar realizassem os seus papéis corretamente. Os enfermeiros que assumiram a responsabilidade de verificar a prescrição, contribuíram para a prevenção do erro. Os enfermeiros acreditavam que isso fazia parte de seu papel como defensores do doente e foi essencial para garantir a segurança da pessoa. Os enfermeiros identificaram fatores latentes e ativos que tinham um impacto na administração dos medicamentos de alerta máximo. Fatores latentes (organizacionais) incluiu a segurança e o valor da organização e processos para aumentar a segurança onde os enfermeiros foram incluídos no desenvolvimento de políticas, protocolos e relatórios de erros de administração, tendo sido vistos como uma oportunidade para melhorar as práticas (Sessions et al., 2019).

Nós somos humanamente propensos a errar. Compreender a base neuro cognitiva do erro permite-nos reconhecimento do erro humano além das condições latentes. Podemos contribuir para organizações mais seguras, com melhoria da qualidade e segurança da pessoa em situação crítica (Mattox, 2012).

Os enfermeiros precisam de ter uma maior contribuição para o desenvolvimento e implementação de políticas e protocolos com impacto na sua prática. É necessário melhorar as estratégias para melhor colaboração interprofissional e melhorar a segurança nos medicamentos de alerta máximo (Sessions et al., 2019).

A gestão da medicação é necessária para construir uma cultura de segurança, onde a investigação de erros, implementação de soluções e aprendizagem com o in-

cidente possam reduzir o risco futuro e promover a prestação de cuidados de qualidade excelência à pessoa em situação crítica. Para os enfermeiros, a gestão da medicação é uma responsabilidade de extrema importância, que requer a gestão de intervenções complexas de enfermagem especializada. Não abrange apenas a preparação e administração dos medicamentos, respeitando as fases de confirmação. Implica atualização de conhecimentos que permita monitorar adequadamente a eficácia do tratamento e quaisquer reações medicamentosas, interações e eventos adversos que ocorram, assim como a realização de ensinamentos à pessoa e/ou família. É necessário um conhecimento do processo de doença, conhecimento ético-legal, questões relacionadas com consentimento, legislação de medicamentos e sigilo profissional. São responsabilidades inerentes à gestão da medicação e desígnio de uma prática de enfermagem especializada (Kavanagh, 2017).

Tabela 1: Caracterização dos artigos

Artigo 1: Investigating the safety of medication administration in adult critical care settings (Mansour, James, & Edgley, 2012)		
Metodologia/Objetivos	Resultados/conclusões	Limitações/recomendações
Revisão literatura. - Explorar o desenvolvimento e uso do Modelo de Espaço de Segurança Organizacional.	Os ambientes de cuidados intensivos representam um desafio de segurança significativo para a administração de medicamentos e foram relatadas percentagens mais elevadas de erros de administração de medicamentos em comparação com outros ambientes hospitalares gerais. Usar o Modelo de Espaço de Segurança Organizacional para analisar os pontos de vista dos enfermeiros de cuidados intensivos sobre a administração segura de medicamentos pode oferecer uma oportunidade única para investigar as contribuições organizacionais para a segurança da administração de medicamentos em ambientes de cuidados intensivos.	O Modelo de Espaço de Segurança precisa ser avaliado internamente em ambientes de saúde em geral, em especial em cuidados intensivos. Os enfermeiros reportaram a sua experiência e conhecimento sobre a administração da medicação e transmitiram uma visão única sobre aspetos organizacionais que influenciam a segurança da administração de medicamentos em cuidados intensivos de adultos.
Artigo 2: Medication errors in prescription and administration in critically ill patients (Suclupe et al., 2020)		
Metodologia/Objetivos	Resultados/conclusões	Limitações/recomendações
Estudo observacional, analítico, transversal e ambispectivo. - Determinar a prevalência e magnitude dos erros de medicação e sua associação com as características sociodemográficas e clínicas dos doentes e das condições de trabalho dos enfermeiros.	Os erros de medicação na prescrição e administração foram frequentes. A deteção oportuna de erros e a promoção de uma cultura de segurança do medicamento são necessárias para reduzi-los e garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Estes resultados contribuem para a promoção da consciencialização sobre o uso adequado de medicamentos e garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem.	Este estudo tem duas limitações principais. Primeiro, foi realizado em um único local, o que pode reduzir a validade externa. Em segundo lugar, as perfusões endovenosas contínuas de medicamentos não foram incluídas na prescrição e administração. O estudo mostra que erros de medicação na prescrição e administração são recorrentes, mas evitáveis.
Artigo 3: Nurses' perceptions of high-alert medication administration safety: A qualitative descriptive study (Sessions, Catchpole, Endowed, Nemeth, & Kelechi, 2019).		
Metodologia/Objetivos	Resultados/conclusões	Limitações/recomendações

<p>Estudo qualitativo, descritivo.</p> <p>- Determinar a percepção dos enfermeiros sobre suportes e barreiras para a segurança da administração de medicamentos de alerta máximo.</p>	<p>Três temas contribuíram para a segurança da administração dos medicamentos de alerta máximo: cultura de segurança organizacional, colaboração e competência e envolvimento. Fatores de erro inclui distrações e carga de trabalho. Devem ser encontradas soluções alternativas que evitem o erro terapêutico, como por exemplo procedimentos de dupla verificação. Os resultados destacam a importância da colaboração intra e interprofissional, a implicação dos enfermeiros e sempre que possível, a inclusão do doente no processo de confirmação positiva da identificação. As estratégias de segurança atuais do HAM não são usadas de forma consistente. É recomendado que as organizações implementem uma cultura internacional que promova a educação sobre práticas seguras nos medicamentos de alerta máximo, assim como tecnologia aprimorada, para a prevenção dos erros na medicação.</p>	<p>Os resultados deste estudo não são amplamente generalizáveis. Alguns enfermeiros que participaram no estudo, podem não ter feito por uma experiência negativa com a administração de medicamentos de alerta máximo, o que podem ter distorcido os resultados.</p> <p>A população não tem participantes de hospitais rurais ou com poucos recursos. Enfermeiros sem acesso a recursos tecnológicos e humanos podem ter visto a questão da dos medicamentos de alerta máximo de forma diferente.</p>
<p>Artigo 4: Strategies for Improving Patient Safety: Linking Task Type to Error Type (Mattox, 2012)</p>		
Metodologia/Objetivos	Resultados/conclusões	Limitações/recomendações
<p>Estudo qualitativo.</p> <p>- Compreender como o erro surge e a forma como acontece afeta a capacidade dos profissionais de saúde de melhorar a segurança dos cuidados.</p>	<p>Este artigo analisa a ligação entre o tipo de cuidados e o erro humano. Compreender como determinada ação pode contribuir para o erro, aumenta a capacidade dos enfermeiros de fazer mudanças significativas na forma de prestar os cuidados. Por meio da sabedoria do erro, enfermeiras e outros profissionais de saúde podem orientar com mais sucesso a prestação de cuidados de saúde e, finalmente, prestar cuidados mais seguros ao doente.</p>	<p>Ao melhorar a nossa capacidade cognitiva para a percepção e deteção do erro, além dos outros contributos externos, a enfermagem consegue contribuir para a construção de sistemas de saúde mais seguros, com melhoria dos cuidados prestados, que contribui para a segurança do doente.</p>
<p>Artigo 5: Medication errors and risk areas in a critical care unit (Escrivá Gracia, Aparisi Sanz, Brage Serrano, & Fernández Garrido, 2021)</p>		
Metodologia/Objetivos	Resultados/conclusões	Limitações/recomendações
<p>Estudo descritivo, longitudinal e retrospectivo.</p> <p>- Identificar os principais erros de medicação, sua causalidade e as áreas de maior incidência nos cuidados à pessoa em situação crítica.</p>	<p>A literatura específica ciente da complexidade e dificuldade de identificar erros de medicação na prática clínica tem descrito diferentes métodos, com suas vantagens e desvantagens, para analisar determinadas etapas. Os resultados finais mostraram erros de medicação importantes e um elevado número de interações medicamentosas significativas. A fase de prescrição teve a maior taxa de erros (71%) e causa dos erros (68%); o estágio de transcrição teve uma tipologia de erro mais variável. Nos cuidados intensivos, ainda é cometido um número intolerável de erros de medicação, colocando a origem de muitos deles na causalidade e nos fatores contribuintes.</p>	<p>A falta de uma taxonomia e critérios internacionalmente comuns para considerar, diferenciar e classificar o erro, as causas do erro e fatores contribuintes, desenha um cenário muito heterogêneo na bibliografia que torna difícil estabelecer comparações confiáveis. Embora muito trabalho tenha sido feito nos critérios unificadores, esta limitação continua a ser característica e partilhado neste tipo de estudo a nível internacional.</p>
<p>Artigo 6: Streamlining the medication process improves safety in the intensive care unit (Benoit et al., 2012)</p>		
Metodologia/Objetivos	Resultados/conclusões	Limitações/recomendações
<p>Revisão prospetiva de prontuários antes e depois.</p> <p>- Avaliar o impacto das intervenções em tipos de erros de medicação clinicamente significativos.</p>	<p>A segurança do processo de medicação nesta unidade de cuidados intensivos foi melhorada através de intervenções simples e de baixo custo. Além da otimização do processo de prescrição, da preparação da medicação endovenosa, o planeamento da administração da medicação e a eliminação da transcrição em combinação com o treino dos profissionais, contribuiu para a redução do erro e aumentou a segurança dos cuidados e do doente.</p>	<p>Este estudo não foi desenhado para avaliar o efeito de cada ação em separado. Mesmo que os erros de omissão fossem um dos principais contribuintes para a diminuição da taxa de erro, eles continuaram a ser os mais frequentes e deveriam ser o alvo prioritário de qualquer ação subsequente de melhoria da qualidade.</p>
<p>Artigo 7: Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos unidades de pronto atendimento (Santos, Rocha, & Sampaio, 2019)</p>		
Metodologia/Objetivos	Resultados/conclusões	Limitações/recomendações

<p>Estudo qualitativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar os riscos e incidentes relacionados ao processo de medicação no cenário de uma unidade de pronto atendimento. 	<p>A partir dos relatos dos participantes foram organizadas categorias temáticas, sendo os riscos e incidentes relacionados ao processo de terapia medicamentosa uma das categorias elencadas, assim como propostas de ações. O estudo possibilitou a implementação de ações de segurança ao doente, relacionadas à administração de medicamentos em uma unidade de pronto atendimento, oferecendo maior qualidade do cuidado.</p>	<p>Espera-se contribuir ainda mais para as reflexões da prática diária e a formação de profissionais orientados à adoção de estratégias de segurança para o doente, especificamente em serviços de emergência, bem como para subsidiar estudos futuros. A exploração do tema em uma única unidade, apenas a percepção e experiência dos trabalhadores de enfermagem, constituiu uma limitação da pesquisa.</p>
<p>Artigo 8: Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them (Hammoudi, Ismaile, & Abu Yahya, 2018)</p>		
Metodologia/Objetivos	Resultados/conclusões	Limitações/recomendações
<p>Estudo transversal, descritivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar os fatores que influenciam a ocorrência e notificação de erros na administração da medicação, por enfermeiros. 	<p>Os resultados deste estudo sugerem que os fatores mais influentes subjacentes aos erros de medicação na administração, incluem embalagem de medicamentos, comunicação médica deficiente, processos de farmácia, equipa de enfermagem e problemas de transcrição de medicamentos. Os erros de medicação não são relatados pela equipa de enfermagem por razões administrativas, medo, e divergências sobre as definições de erros. Erros de medicação são comuns na prática clínica e são subnotificados. Isso tem consequências negativas no cuidado e segurança do doente. Os sistemas de saúde devem integrar o uso da saúde informática, incluindo sistemas computadorizados de administração de medicamentos, por médicos e enfermeiras, e todos os funcionários devem receber formação. Isso facilitará a substituição de prescrições tradicionais manuscritas por prescrições eletrônicas.</p>	<p>As limitações deste estudo incluem o método de amostragem de conveniência. Em relação aos tipos de erros de medicação, circunstâncias mais complexas podem estar em jogo que não tenham sido identificadas neste estudo. Este estudo abrange a perspetiva do enfermeiro, não tendo completamente examinadas a complexidade e causas multidimensionais dos erros de medicação. Para prevenir erros de medicação, o trabalho em equipa deve ser melhorado. Mais estudos são necessários para explorar todos os aspetos do uso de medicamentos.</p>
<p>Artigo 9: Measuring knowledge, attitudes and behavior of nurses in medication management: cross-cultural comparisons in Italy and Malta (Giannetta et al., 2020).</p>		
Metodologia/Objetivos	Resultados/conclusões	Limitações/recomendações
<p>Estudo transversal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examinar o conhecimento, as atitudes e os comportamentos relacionados com os erros de medicação entre enfermeiras italianas e maltesas. 	<p>As semelhanças entre as duas coortes de enfermeiras que foram reveladas nas descobertas sugerem que variações na prática das enfermeiras em diferentes contextos e países podem estar associados a vários fatores organizacionais, e não com características pessoais e profissionais. Os resultados deste estudo sustentam uma forte relação positiva entre conhecimento, atitude e comportamento em relação à gestão e administração de medicação.</p>	<p>Estudos futuros devem explorar mais fatores organizacionais entre as duas amostras. Estas amostras reduzidas não representam a população dos países. É necessário aumentar o tamanho da amostra de Malta.. Os dados foram baseados apenas em auto-relatos de conhecimento, atitude e comportamento.</p>
<p>Artigo 10: Medication governance: preventing errors and promoting patient safety (Kavanagh C, 2017).</p>		
Metodologia/Objetivos	Resultados/conclusões	Limitações/recomendações
<p>Revisão integrativa da literatura da gestão da medicação em relação à prevenção do erro terapêutico e a promoção da segurança do doente.</p>	<p>A manutenção da competência em relação à gestão da medicação tem em conta a comunicação de fatores que contribuem para erros de medicação e a implementação de medidas para reduzir o risco de acontecer. Os enfermeiros devem ter consciência dos conhecimentos e técnicas necessárias para administração da medicação em segurança. Construir uma cultura de segurança é essencial para que os líderes possam apoiar a equipa, integrar a gestão de riscos em atividades, promover o relato, aprender e partilhar os erros detetados e implementar soluções para prevenir danos, que promovam a segurança.</p>	<p>É necessária uma cultura de segurança dentro das organizações, sendo a gestão da medicação e a promoção de práticas seguras na gestão da medicação, um contributo para a promoção da segurança do doente e aumento da qualidade dos cuidados. Deve existir reforço no desenvolvimento profissional contínuo de enfermeiros e outros profissões de saúde envolvidos no processo de gestão da medicação.</p>

Discussão

Erros de medicação são uma causa comum de danos à pessoa em situação crítica. Uma abordagem colaborativa entre os profissionais de saúde é necessária para reduzir os erros de medicação. Os enfermeiros devem considerar os fatores que contribuem para aumentar o risco de erros de medicação e estar alertas para relatar eventos adversos, quase acidentes e erros, às organizações, onde deve existir uma cultura de segurança.

Os principais fatores que foram transversais aos artigos, potenciadores de erro de medicação, foram na prescrição e administração de medicação, em especial na prescrição (verificação da dosagem a ser administrada; dados incompletos das prescrições e especificação das dosagens). De referir também a falta de comunicação entre profissionais de saúde, fatores relacionados com o estado clínico da pessoa em situação crítica, défice de conhecimento sobre o medicamento prescrito e a interpretação diferente dos enfermeiros face a medidas preventivas do erro como por exemplo a dupla verificação da preparação da medicação. Não confirmação positiva da identidade da pessoa e não divulgação dos erros de medicação relatados, impedindo a aprendizagem com os erros anteriores, levando a falhas de comunicação e de relato por medo de parecer incompetente e de ser rejeitado, envergonhado ou sofrer represálias por relatar um erro detetado ou realizado. Falta de recursos humanos e consequente défice de supervisão, facilidade com que os enfermeiros são interrompidos durante essas ações, seja por alarmes, telefones e solicitações das famílias e/ou colegas também são de considerar.

A maioria das causas comuns dos erros de medicação, são problemas de comunicação, por inadequado fluxo de informações, fatores humanos, questões relacionadas com a pessoa em situação crítica, transferência internacional de conhecimento dentro das organizações, padrões da equipa e volume de trabalho, falhas técnicas e políticas inadequadas.

A segurança da pessoa em situação crítica e a prevenção de erros de medicação devem ter medidas preventivas eficazes e ser cumpridas pelos profissionais.

A utilização de programas que permitam uma prescrição gerando alertas, contribui para diminuir o erro na prescrição com um impacto custo-efetivo relativamente à hipótese de eventos adversos; listas de incompatibilidades;

Os medicamentos de alerta máximo, por exemplo, devem ter associadas um conjunto de medidas como a sua disponibilidade e armazenamento, a verificação

eletrônica do pedido e programa informático, protocolo de administração e alertas visuais. Os enfermeiros descreveram fatores que contribuíram para a administração segura dos medicamentos de alerta máximo nomeadamente fatores organizacionais, a competência do enfermeiro e o compromisso e colaboração.

Os enfermeiros descreveram a importância de trabalhar em um ambiente seguro para questionar e que promovesse a atualização contínua de conhecimentos, recorrendo aos profissionais mais diferenciados, como o enfermeiro especialista.

Fatores como uma liderança eficaz; notificação dos eventos adversos sendo uma forma das organizações aprenderem com o erro fortalecendo a segurança dos cuidados; a introdução dos medicamentos em dose unitária, provenientes da farmácia e a dupla verificação da medicação antes da administração, contribuem para a prevenção do erro terapêutico.

Construir uma cultura de segurança é essencial para que os líderes possam apoiar a equipa, integrar a gestão de riscos, promover relatórios, aprender e compartilhar práticas que promovam a segurança da pessoa em situação crítica e implementar soluções para prevenir danos.

Uma organização que prioriza uma cultura de segurança, tem enfermeiros que estão comprometidos com a sua profissão e têm um elevado grau de competência para trabalhar de forma colaborativa para implementar cuidados seguros.

É muito importante a consciência dos enfermeiros para os requisitos e conhecimentos necessários para a gestão da medicação, estando em constante evolução.

Conclusões

Em cuidados intensivos ou contexto de urgência, ainda são cometidos um número intolerável de erros de medicação, colocando a origem de muitos deles na causalidade e nos fatores contribuintes.

Tão importante quanto a etapa da prescrição, é a seleção e dispensa do medicamento a ser administrado. As reações adversas podem surgir de uma preparação inadequada e tempo de perfusão do medicamento errado, bem como de a possibilidade de interações medicamentosas, dada a quantidade de medicamentos prescritos e administrados.

A literatura científica divide os fatores que contribuíram para a ocorrência de eventos prejudiciais ou potencialmente prejudiciais em fatores relacionados com as características pessoais e profissionais, que são fatores humanos, dos profissionais

de saúde e fatores relacionados com a organização do medicamento e processo de gestão.

Tanto da gestão de risco quanto da melhoria da qualidade, é essencial relatar o real e o potencial erro de medicação, permitindo identificar possíveis razões para a ocorrência destes e considerar estratégias para reduzir erros de medicação no futuro.

Observa-se que as implementações de ações requerem medidas simples, como a reorganização dos processos de trabalho e das práticas profissionais.

É importante referir que as medidas preventivas do erro, não garantem que os erros de medicação não ocorram, dada a própria multicausalidade desses fenômenos, porém, contribuem para a prevenção e minimização desses incidentes.

A gestão da medicação é parte integrante das práticas seguras do enfermeiro especialista. O erro na medicação é um problema associado à prática. O não cumprimento das medidas preventivas de erro na medicação, como por exemplo a aplicação de protocolos e procedimentos organizacionais, aumenta a probabilidade do evento adverso. O enfermeiro deve ser detentor de conhecimento sobre os medicamentos e ter uma atitude e comportamento que promovam a segurança do medicamento e consequentemente da pessoa em situação de doença.

É necessário continuar a investigar o impacto direto que a diversidade de características e estratégias de prevenção tem na redução do erro na medicação.

Pretende-se que esta revisão integrativa da literatura contribua para a reflexão e formação dos enfermeiros na promoção de uma prática segura na gestão da medicação, em contexto de urgência e/ou cuidados intensivos, à pessoa em situação crítica.

Referências bibliográficas

- Adhikari, R., Tocher, J., Smith, P., Corcoran, J., & Macarthur, J. (2014). Nurse Education Today A multidisciplinary approach to medication safety and the implication for nursing education and practice. *YNETD*, 34(2), 185–190. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.10.008>
- Aromataris E, M. Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Retrieved from <https://doi.org/10.46658/JPBIMES-20-01>
- Benoit, E., Eckert, P., Theytaz, C., Joris-Frasseren, M., Faouzi, M., & Beney, J. (2012). Streamlining the medication process improves safety in the intensive care unit. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 56(8), 966–975. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2012.02707.x>
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (Sindicato). Lisboa.
- Escrivá Gracia, J., Aparisi Sanz, Á., Brage Serrano, R., & Fernández Garrido, J. (2021). Medication

- errors and risk areas in a critical care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 286–295. <https://doi.org/10.1111/jan.14612>
- Giannetta, N., Dionisi, S., Cassar, M., Trapani, J., Renzi, E., Di Simone, E., & Muzio, M. D. I. (2020). Measuring knowledge, attitudes and behavior of nurses in medication management: cross-cultural comparisons in Italy and Malta. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 24(9), 5167–5175. https://doi.org/10.26355/eurrev_202005_21212
- Hammoudi, B. M., Ismaile, S., & Abu Yahya, O. (2018). Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1038–1046. <https://doi.org/10.1111/scs.12546>
- Kavanagh C. (2017). Medication governance: preventing errors and promoting patient safety. *British Journal of Nursing*, 26(26), 1–8.
- Mansour, M., James, V., & Edgley, A. (2012). Investigating the safety of medication administration in adult critical care settings, 17(4), 189–197. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2012.00500.x>
- Mattox, E. A. (2012). Strategies for Improving Patient Safety: Linking Task Type to Error Type, 32(1). <https://doi.org/10.4037/ccn2012303>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, A. D. (2009). The PRISMA Group. Retrieved from <http://www.prisma-statement.org/>
- Santos, P. R. A. Dos, Rocha, F. L. R., & Sampaio, C. S. J. C. (2019). Actions for safety in the prescription, use and administration of medications in emergency care units. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 40(spe), e20180347. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>
- Sessions, L. C., Nemeth, L. S., Catchpole, K., & Kelechi, T. J. (2019). Nurses' perceptions of high-alert medication administration safety: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3654–3667. <https://doi.org/10.1111/jan.14173>
- Suclupe, S., Martinez-Zapata, M. J., Mancebo, J., Font-Vaquero, A., Castillo-Masa, A. M., Viñolas, I., ... Robleda, G. (2020). Medication errors in prescription and administration in critically ill patients. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1192–1200. <https://doi.org/10.1111/jan.14322>

Apêndice II - Tabela com objetivos, atividades e indicadores de resultados do estágio na UCIM

OBJETIVOS, ATIVIDADES E INDICADORES DE RESULTADOS DO ESTÁGIO NA UCIM

OBJETIVO GERAL	
1. Desenvolver competências especializadas de enfermagem no processo de gestão da medicação promovendo a segurança da pessoa em situação crítica.	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado
- Realização da revisão integrativa da literatura;	- Em construção.
- Recolha de informação pertinente para o tema, relativa ao serviço e respetivo hospital, através do enfermeiro orientador e restante equipa;	- Acesso ao centro de documentação do hospital e UCIM e consulta dos procedimentos e normas internas relevantes para o tema e para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.
- Realização de documento reflexivo durante o estágio com necessidades e as estratégias de melhoria;	- Realizados Jornais de aprendizagens: Os contributos da formação em videoconferência, no processo de aquisição de competências; Uniformização da transmissão de informação – metodologia ISBAR.
- Orientação com a professora orientadora sobre o percurso pretendido.	- Reuniões de tutoria e de orientação de estágio assim como as respetivas reuniões de avaliação intermédia e final.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
1.1 Conhecer organizações e serviços que tenham implementado a práticas seguras no âmbito dos medicamentos LASA e de alerta máximo;	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado
- Acolhimento e apresentação da estrutura física, organizacional e da equipa multidisciplinar;	- Acolhimento com enfermeiro diretor e enfermeira coordenadora da UCIM.
- Perceção da visão, missão e valores dos serviços;	- Acesso ao centro de documentação do hospital e consulta dos documentos; - Entrevista informal com enfermeiro orientador, enfermeiro coordenador e restante equipa da UCIM.

- Conhecimento das diferentes instruções de trabalho/protocolos da UCIM e hospital;	- Acesso ao centro de documentação do hospital e UCIM e consulta dos procedimentos e normas internas relevantes para o tema e para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.
- Perceção da equipa de gestão de risco na UCIM e no hospital;	- Turno de observação com enfermeiro gestor do risco.
- Perceção dos indicadores de avaliação que estão na base das auditorias clínicas.	- Acesso ao centro de documentação do hospital e consulta dos documentos.
1.2. Adquirir conhecimentos sobre o processo de gestão da medicação;	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado
- Conhecimento do sistema informático em vigor na UCIM e hospital;	- Exploração do sistema informático com a partilha de conhecimento do enfermeiro orientador e restante equipa; - Aquisição de conhecimentos demonstrada pela utilização e manuseamento do sistema ao longo do estágio, estando autónoma no mesmo no final do estágio.
- Perceção do circuito da medição na UCIM e hospital;	- Acesso ao centro de documentação do hospital e consulta da documentação; - Entrevista informal com farmacêutica responsável; - Participação em auditoria interna ao circuito da medicação.
- Observação da prestação de cuidados, nomeadamente a gestão da medicação;	- Turnos realizados na UCIM.
- Frequentar formações alusivas ao tema na instituição, caso ocorram em tempo de calendário útil.	- Participação nas videoconferências: "Segurança no circuito do medicamento" módulo 1 – os bastidores da farmácia; "Segurança no circuito do medicamento" módulo 2 - dispensa de medicamentos em proximidade.
1.3. Otimizar o conhecimento adquirido na gestão da medicação com aplicação na segurança da pessoa e na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, enquanto enfermeira especialista;	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado

<p>- Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados em função dos problemas identificados e dos recursos disponíveis, em colaboração com o enfermeiro orientador nomeadamente na gestão da medicação da pessoa em situação crítica;</p>	<p>- Turnos na UCIM; - Estudo de caso: “A pessoa em situação crítica submetida a cirurgia e a gestão da má notícia.”</p>
<p>- Demonstração de conhecimentos teóricos e práticos e respetiva articulação dos mesmos na promoção da prática segura na gestão da medicação na pessoa em situação crítica.</p>	<p>- Este objetivo e atividade considero que estejam em constante desenvolvimento e aplicação. Todos os momentos em contexto de estágio trouxeram contributos com aplicabilidade para este percurso na sua globalidade.</p>
<p>1.4. Colaborar na realização de procedimentos, que incluam o desenvolvimento de estratégias e a implementação de medidas, ao nível do armazenamento, preparação e administração dos medicamentos LASA e de alerta máximo.</p>	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado
<p>- Identificação das necessidades formativas da equipa multidisciplinar e planeamento de estratégias promotoras de melhoria da qualidade;</p>	<p>- Necessidade de uniformizar a transmissão de informação no momento da passagem de turno: Jornal de aprendizagem: Uniformização da transmissão de informação – metodologia ISBAR; Realização de folha para a passagem de turno segundo ISBAR e realizada respetiva implementação na UCIM; - Realização de cartaz informativo e realizada respetiva divulgação e afixação nos locais de passagem de turno na UCIM e restante internamento.</p>

<p>- Otimização dos procedimentos em vigor na UCIM ao nível do armazenamento, preparação e administração da medicação LASA e de alerta máximo.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Articulação com a farmácia e o gestor de risco para planeamento da re-identificação e rotulagem dos locais de armazenamento da medicação;- Participação no processo de re-identificação, rotulagem de alguns locais de armazenamento dos medicamentos no hospital;- Colocação de cartaz informativo e explicativo já em vigor na instituição, sobre os medicamentos de alerta máximo em todos os cardex;- Colocação de cartaz informativo e explicativo já em vigor na instituição, sobre as soluções eletrolíticas concentradas em todos os cardex;- Colocação da lista de medicamentos de alerta máximo definida pela farmácia, com as respetivas etiquetas de identificação do medicamento que devem ser utilizadas.
--	---

Apêndice III - Tabela com objetivos, atividades e indicadores de resultados do estágio no SUG

OBJETIVOS, ATIVIDADES E INDICADORES DE RESULTADOS DO ESTÁGIO NO SUG

OBJETIVO GERAL	
1. Desenvolver competências especializadas de enfermagem no processo de gestão da medicação promovendo a segurança da pessoa em situação crítica.	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado
- Realização da revisão integrativa da literatura;	- Em construção.
- Recolha de informação pertinente para o tema, relativa ao serviço e respetivo hospital, através do enfermeiro orientador e restante equipa;	- Acesso ao centro de documentação do hospital e SUG, e consulta dos procedimentos e normas internas relevantes para o tema e para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.
- Realização de documento reflexivo durante o estágio com necessidades e as estratégias de melhoria;	- Realizado Jornal de aprendizagem: "A privacidade da pessoa em situação crítica num serviço de urgência";
- Orientação com a professora orientadora sobre o percurso pretendido.	- Reuniões de tutoria e de orientação de estágio assim como as respetivas reuniões de avaliação intermédia e final;
- Identificação das necessidades formativas da equipa multidisciplinar e planeamento de estratégias promotoras de melhoria da qualidade.	- Realização de projeto de intervenção: "Intervenção especializada de enfermagem na gestão da medicação na pessoa em situação crítica: Projeto de intervenção no SUG.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
1.1. Conhecer organizações e serviços que tenham implementado a práticas seguras no âmbito dos medicamentos LASA e de alerta máximo;	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado
- Acolhimento e apresentação da estrutura física, organizacional e da equipa multidisciplinar;	- Acolhimento com enfermeira coordenadora do SUG e enfermeiro orientador;
- Perceção da visão, missão e valores do serviço;	- Acesso ao centro de documentação do hospital e consulta dos documentos; - Entrevista informal com enfermeiro orientador, enfermeiro coordenador e restante equipa do SUG.

- Conhecimento das diferentes instruções de trabalho/protocolos do SUG e hospital;	- Acesso ao centro de documentação do hospital e SUG e consulta dos procedimentos e normas internas relevantes para o tema e para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Perceção da equipa de gestão de risco no SUG e no hospital;	- Turno de observação com enfermeiro gestor do risco e grupo do circuito seguro do medicamento;
- Perceção dos indicadores de avaliação que estão na base das auditorias clínicas.	- Acesso ao centro de documentação do hospital e consulta dos documentos.
1.2. Adquirir conhecimentos sobre o processo de gestão da medicação;	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado
- Conhecimento do sistema informático em vigor no SUG e hospital;	- Exploração do sistema informático com a partilha de conhecimento do enfermeiro orientador e restante equipa; - Aquisição de conhecimentos demonstrada pela utilização e manuseamento do sistema ao longo do estágio, estando autónoma no mesmo no final do estágio.
- Perceção do circuito da medição no SUG e hospital;	- Acesso ao centro de documentação do hospital e consulta da documentação; - Entrevista informal com farmacêutica responsável;
- Observação da prestação de cuidados, nomeadamente a gestão da medicação;	- Turnos realizados no SUG.
- Frequentar formações alusivas ao tema na instituição, caso ocorram em tempo de calendário útil.	- Participação nas videoconferências: “Terapia Alto-fluxo”; “Análise de eletrocardiografia para enfermeiros”; (Não está diretamente relacionado com o tema de projeto, mas enquadra-se nos objetivos comuns de aquisição de competências)
1.3. Otimizar o conhecimento adquirido na gestão da medicação com aplicação na segurança da pessoa e na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, enquanto enfermeira especialista;	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado

<p>- Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados em função dos problemas identificados e dos recursos disponíveis, em colaboração com o enfermeiro orientador nomeadamente na gestão da medicação da pessoa em situação crítica;</p>	<p>- Turnos no SUG; - Jornal de aprendizagem: “A privacidade da pessoa em situação crítica num serviço de urgência.”;</p>
<p>- Demonstração de conhecimentos teóricos e práticos e respetiva articulação dos mesmos na promoção da prática segura na gestão da medicação na pessoa em situação crítica.</p>	<p>- Este objetivo e atividade considero que estejam em constante desenvolvimento e aplicação. Todos os momentos em contexto de estágio trouxeram contributos com aplicabilidade para este percurso na sua globalidade.</p>
<p>1.4. Colaborar na realização de procedimentos, que incluam o desenvolvimento de estratégias e a implementação de medidas, ao nível do armazenamento, preparação e administração dos medicamentos LASA e de alerta máximo.</p>	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado
<p>- Identificação das necessidades formativas da equipa multidisciplinar e planeamento de estratégias promotoras de melhoria da qualidade;</p>	<p>- Realização de projeto de intervenção: “Intervenção especializada de enfermagem na gestão da medicação na pessoa em situação crítica: Projeto de intervenção no SUG”; - Realização de etiquetas para rotulagem dos locais de armazenamento da medicação; - Realização de cartaz informativo sobre os medicamentos de alerta máximo; - Realização de cartaz informativo sobre os medicamentos LASA; - Planeamento de sessão formativa por videoconferência.</p>
<p>- Otimização dos procedimentos em vigor no SUG ao nível do armazenamento, preparação e administração da medicação LASA e de alerta máximo.</p>	<p>- Articulação com elemento do grupo do circuito seguro do medicamento para planeamento da re-identificação e rotulagem dos locais de armazenamento da medicação no SO; - Otimização dos cardex: Colocação dos cartazes realizados; Colocação das listas do hospital dos medicamentos de alerta máximo e dos medicamentos LASA.</p>

Apêndice IV - Tabela com objetivos, atividades e indicadores de resultados do estágio no local de trabalho

OBJETIVOS, ATIVIDADES E INDICADORES DE RESULTADOS DO ESTÁGIO NO LOCAL DE TRABALHO

OBJETIVO GERAL	
1. Desenvolver competências especializadas de enfermagem no processo de gestão da medicação promovendo a segurança da pessoa em situação crítica.	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado
- Realização da revisão integrativa da literatura;	- Concluída.
- Recolha de informação pertinente para o tema, relativa ao serviço e respetivo hospital, através do enfermeiro orientador e restante equipa;	- Acesso ao centro de documentação do hospital e SUG e consulta dos procedimentos e normas internas relevantes para o tema e para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.
- Realização de documento reflexivo durante o estágio com necessidades e as estratégias de melhoria;	- Realização da autoavaliação.
- Orientação com a professora orientadora sobre o percurso pretendido.	- Reuniões de tutoria e de orientação de estágio assim como as respetivas reuniões de avaliação intermédia e final;
- Identificação das necessidades formativas da equipa multidisciplinar e planeamento de estratégias promotoras de melhoria da qualidade.	- Planeamento da sessão formativa por videoconferência: “Intervenção especializada de enfermagem na gestão da medicação na pessoa em situação crítica: . Medicamentos LASA . Medicamentos alerta máximo”; - Elaboração e adaptação da folha de passagem de turno segundo mnemónica ISBAR.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
1.1. Conhecer organizações e serviços que tenham implementado a práticas seguras no âmbito dos medicamentos LASA e de alerta máximo;	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado
- Sendo este o meu local de trabalho, não se aplicam atividades neste contexto no âmbito deste objetivo.	
1.2. Adquirir conhecimentos sobre o processo de gestão da medicação;	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado

- Reconhecimento e revalidação do circuito da medicação no SUG e hospital;	- Elemento de ligação do serviço ao GIARC;
- Revisão de procedimentos; normas e protocolos no SUG e hospital;	- Acesso ao centro de documentação do hospital e consulta da documentação; - Entrevista informal com farmacêutica responsável;
- Frequentar formações alusivas ao tema na instituição, caso ocorram em tempo de calendário útil.	Palestrante da sessão formativa por videoconferência: “Intervenção especializada de enfermagem na gestão da medicação na pessoa em situação crítica: - Medicamentos LASA - Medicamentos alerta máximo”.
1.3.Otimizar o conhecimento adquirido na gestão da medicação com aplicação na segurança da pessoa e na qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, enquanto enfermeira especialista;	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado
- Planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados em função dos problemas identificados e dos recursos disponíveis, em colaboração com o enfermeiro orientador nomeadamente na gestão da medicação da pessoa em situação crítica;	- Turnos no SUG.
- Demonstração de conhecimentos teóricos e práticos e respetiva articulação dos mesmos na promoção da prática segura na gestão da medicação na pessoa em situação crítica.	- Este objetivo e atividade considero que estejam em constante desenvolvimento e aplicação. Todos os momentos em contexto de estágio trouxeram contributos com aplicabilidade para este percurso na sua globalidade.
1.4.Colaborar na realização de procedimentos, que incluam o desenvolvimento de estratégias e a implementação de medidas, ao nível do armazenamento, preparação e administração dos medicamentos LASA e de alerta máximo.	
Atividades planeadas	Indicadores de resultado

<p>- Identificação das necessidades formativas da equipa multidisciplinar e planeamento de estratégias promotoras de melhoria da qualidade;</p>	<p>- Implementação da folha de passagem de turno segundo mnemónica ISBAR; - Divulgação de cartaz informativo sobre a metodologia ISBAR; - Elaboração de cartaz informativo sobre os medicamentos LASA e os medicamentos de alerta máximo; - Realização da sessão formativa por videoconferência: “Intervenção especializada de enfermagem na gestão da medicação na pessoa em situação crítica: - Medicamentos LASA - Medicamentos alerta máximo”.</p>
<p>- Otimização dos procedimentos em vigor no SUG ao nível do armazenamento, preparação e administração da medicação LASA e de alerta máximo.</p>	<p>- Divulgação do cartaz informativo sobre os medicamentos LASA e os medicamentos de alerta máximo; - Planeamento da re-identificação e rotulagem dos locais de armazenamento da medicação no SO.</p>
<p>- Re-identificação e rotulagem da medicação, no maior número possível de locais de preparação de medicação no SUG, suportado na evidencia científica atual.</p>	<p>- Elaboração de ficheiro com as etiquetas para rotulagem dos locais de armazenamento, de acordo com os procedimentos do hospital para os medicamentos de alerta máximo e os medicamentos LASA; - Otimização da medicação no SO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reorganização dos estupefacientes e benzodiazepinas em cofre; • Medicamentos de alerta máximo em comprimido, por ordem alfabética, em fundo azul, escritos a vermelho; • Restantes medicamentos em comprimido, por ordem alfabética, em fundo azul; • Medicamentos em ampola, frasco e/ou seringas pré-cheias, por ordem alfabética, em fundo branco; • Medicamentos de alerta máximo em ampola, frasco e/ou seringas pré-cheias, por ordem alfabética, em fundo branco, escritos a vermelho.

Apêndice V - Folha de passagem de turno mnemónica ISBAR UCIM

CAMA	I (IDENTIFICAÇÃO)	S (SITUAÇÃO ATUAL/CAUSA)	B (BACKGROUND/ANTECEDENTES)	A (AVALIAÇÃO)	R (RECOMENDAÇÕES)
1					
2					
3					
4					
5					

I (IDENTIFICAÇÃO)	S (SITUAÇÃO ATUAL/CAUSA)	B (BACKGROUND/ANTECEDENTES)	A (AVALIAÇÃO)	R (RECOMENDAÇÕES)
(nome) (idade) (pessoa significativa, contacto)	(admissão) (Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde) (MCDT e terapêutica realizados ou a realizar)	(antecedentes clínicos) (níveis de dependência) (diretivas antecipadas de vontade) (alergias conhecidas) (terapêutica de ambulatório) (presença ou risco de colonização/infeção)	(problemas ativos) (terapêutica instituída) (alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas) (focos de atenção)	(indicação do plano de continuidade de cuidados) (informação sobre consultas e MCDT agendados) (identificação de necessidades do cuidador informal)

**Apêndice VI - Cartaz: Uniformização da transmissão de informação
- metodologia ISBAR**

UNIFORMIZAÇÃO DA TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO:

METODOLOGIA →

A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados para a segurança do doente devendo ser normalizada

Ferramenta de padronização de comunicação.

Promove a segurança do doente.

Mnemónica: auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas.

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde deve ser oportuna, precisa, completa e sem ambiguidade, tempo de compreensão do receptor.

I

I (IDENTIFICAÇÃO)

(nome); (idade); (pessoa significativa, contacto).

S

S (SITUAÇÃO ATUAL/CAUSA)

(admissão); (Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde); (MCDT e terapêutica realizados ou a realizar).

B

B (BACKGROUND/ANTECEDENTES)

(antecedentes clínicos); (níveis de dependência); (diretivas antecipadas de vontade); (alergias conhecidas); (terapêutica de ambulatório); (presença ou risco de colonização/infeção).

A

A (AVALIAÇÃO)

(problemas ativos); (terapêutica instituída); (alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas); (focos de atenção).

R

R (RECOMENDAÇÕES)

(indicação do plano de continuidade de cuidados); (informação sobre consultas e MCDT agendados); (identificação de necessidades do cuidador).



Referências bibliográficas: DGS. (2017). Norma DGS n.º 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral da Saúde, 8. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norman-0012017e-08022017.pdf.aspx>

Apêndice VII - Cartaz: Medicamentos de alerta máximo

MEDICAMENTOS ALERTA MÁXIMO

Serviço de Urgência Geral

Identificar a **vermelho** os medicamentos de **ALERTA MÁXIMO** (Locais de armazenamento)

MIDAZOL am 

15 MG (5 MG/ML AMP 3 ML) SOL INJ

(Exemplo rotulagem)

propOFol 

500 MG EMULS INJ

(Exemplo rotulagem)

Sinalizar os medicamentos de **ALERTA MÁXIMO** (Locais de armazenamento)



Medicamentos de alerta Máximo

(Exemplo rotulagem)

Medicamentos que possuem um **RISCO** aumentado de provocar **DANO** significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização

Inserido numa cultura de **SEGURANÇA DO DOENTE** está o uso seguro dos medicamentos

SEGURANÇA NA MEDICAÇÃO:

Atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos

Preparação e administração:

Utilizar **DUPLA VERIFICAÇÃO** para os medicamentos de alto risco, garantindo a identificação correta de acordo com os 8 “certos”: medicamento certo, ao doente certo, na quantidade certa, na via certa, à hora certa, com registo certo, efeito certo, educação certa.

Referências bibliográficas:

DGS (2015a). Medicamentos de Alerta Máximo. Norma No 014/2015, 1-7.
DGS Processo de Gestão da Medicação, Pub. L. No. Orientação no 014/2015 (2015).
Procedimento hospitalar

Elaborado por: Matilde Paredes de Almeida Guerreiro, estudante do CMEPSC



Docente orientador: Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques



Apêndice VIII - Cartaz: Medicamentos LASA

MEDICAMENTOS Look Alike Sound Alike (LASA)

Serviço de Urgência Geral

Identificar e sinalizar  os medicamentos LASA aplicando o método de inserção de letras maiúsculas a negrito e a vermelho, os de alerta máximo 

(Locais de armazenamento)

aDRENALina 1 MG SOL ING

(Exemplo rotulagem)

aTROPina 0,5 MG SOL ING

(Exemplo rotulagem)

ESOmeprazol 40 MG SOL ING

(Exemplo rotulagem)

PANTOprazol 40 MG SOL ING

(Exemplo rotulagem)



Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto **SEMELHANTE** que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos. Medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante – medicamentos look-alike. Medicamentos com nome foneticamente semelhante – medicamentos sound-alike.

Inserido numa cultura de **SEGURANÇA DO DOENTE** está o uso seguro dos medicamento.

SEGURANÇA NA MEDICAÇÃO:

Atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos.

Método de inserção seletiva de **LETRAS MAIÚSCULAS** no meio de denominações de medicamentos ortograficamente semelhantes para a sua diferenciação

A apresentação das denominações num formato fora do comum atua como um alerta, promovendo a diferenciação

Referências bibliográficas:

DGS. (2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes, 020/2014, 1–15.

DGS. Processo de Gestão da Medicação, Pub. L. No. Orientação no 014/2015 (2015).

Procedimento hospitalar

Elaborado por: Matilde Paredes de Almeida Guerreiro, estudante do CMEPSC

Docente orientador: Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques

Apêndice IX - Horários de administração da medicação

HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO

Serviço de Urgência Geral- SO

Na admissão o doente deve realizar imediatamente a medicação prioritária, de acordo com o motivo de internamento.

Os horários de administração seguintes deverão ser ajustados aos horários pré-definidos.

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO (horas)
1 X dia (24h)	12:00 18:00
2 X dia (12h/12h)	10:00 – 22:00 06:00 – 18:00
3 X dia (8h/8h)	06:00 – 14:00 - 22:00 02:00 – 10:00 – 18:00
4 X dia (6h/6h)	00:00 – 06:00 – 12:00 – 18:00
6 X dia (4h/4h)	02:00 – 06:00 – 10:00 – 14:00 – 18:00 – 22:00

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO (horas)
Jejum	6:00
Pequeno-almoço	10:00
Almoço	12:00
Jantar	20:00
Deitar	22:00

**Apêndice X - Cartaz de divulgação da formação por
videoconferência para o SUG**

Intervenção especializada na gestão da medicação na pessoa em situação crítica

Serviço de Urgência Geral

Medicamentos de alerta máximo

Medicamentos LASA

Webinar via zoom dia 23/03/2021 às 14:30 horas:

<https://zoom.us/j/95957616122?pwd=K3dUWGQweIZtd2hqQTVSeUVWS1g0QT09>

ID da reunião: 959 5761 6122

Senha de acesso: S83APh

Duração cerca de 15 minutos

Orador: Estudante: Matilde Guerreiro nº 6731 CMEPSC

Docente orientadora: Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques



**Apêndice XI - Folha de passagem de turno mnemónica ISBAR
adaptada ao local de trabalho**


CAMA Data de admissão	I (IDENTIFICAÇÃO)	S (SITUAÇÃO ATUAL/CAUSA)		B (BACKGROUND/ANTECE DENTES)	A (AVALIAÇÃO)		R (RECOMENDAÇÕES)	
		Admissão	HD					
1 _/_						TA: FC: SpO2: Dor: TT: BMT:		RT-PCR Repete a: Escala Braden Score:
2 _/_						TA: FC: SpO2: Dor: TT: BMT:		RT-PCR: Repete a: Escala Braden Score:
3 _/_						TA: FC: SpO2: Dor: TT: BMT:		RT-PCR Repete a: Escala Braden Score:
4 _/_						TA: FC: SpO2: Dor: TT: BMT:		RT-PCR Repete a: Escala Braden Score:
5 _/_						TA: FC: SpO2: Dor: TT: BMT:		RT-PCR Repete a: Escala Braden Score:

I (IDENTIFICAÇÃO)	S (SITUAÇÃO ATUAL/CAUSA)	B (BACKGROUND/ANTECEDENTES)	A (AVALIAÇÃO)	R (RECOMENDAÇÕES)
(nome) (idade) (data admissão) (pessoa significativa, contato)	(admissão) (Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde) (MCDT e terapêutica realizados ou a reali- zar)	(antecedentes clínicos) (níveis de dependência, domicílio/lar) (diretivas antecipadas de vontade) (alergias conhecidas) (terapêutica de ambulatório) (presença ou risco de colonização/infeção)	(problemas ativos) (terapêutica instituída) (alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementa- das) (focos de atenção)	(indicação do plano de continuidade de cui- dados) (informação sobre consultas e MCDT agen- dados) (identificação de necessidades do cuidador informal)

**Apêndice XII - Cartaz: Medicamentos LASA e medicamentos de
alerta máximo**

MEDICAMENTOS Look Alike Sound Alike (LASA) MEDICAMENTOS ALERTA MÁXIMO


Serviço de Urgência Geral

Identificar e sinalizar  os medicamentos **LASA** aplicando o método de inserção de letras **maiúsculas a negrito**.
(Locais de armazenamento)

amiNOFILina 240 mg/10 ml



(Exemplo rotulagem)

Identificar e sinalizar  os medicamentos de **alerta máximo**, segregando-os dos restantes medicamentos.
(Locais de armazenamento)

aDRENALina 1 mg /1 ml



(Exemplo rotulagem)




Medicamentos com aspeto ou ortografia **semelhante**
– medicamentos **Look-Alike**.
Medicamentos com nome foneticamente **semelhante**
– medicamentos **Sound-Alike**.

A apresentação das denominações num formato fora do comum atua como um **alerta**, promovendo a diferenciação

Medicamentos que possuem um **RISCO** aumentado de provocar **DANO** significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização

Preparação e administração:
Utilizar **DUPLA VERIFICAÇÃO** para os medicamentos de alto risco.

Uso seguro dos medicamentos:
SEGURANÇA DO DOENTE

Sinalizar  os medicamentos com dosagens diferentes
(Locais de armazenamento)

propOFol 10 mg/ml 20 ml
(Exemplo rotulagem)



propOFol 10 mg/ml 50 ml
(Exemplo rotulagem)



Referências bibliográficas:

Procedimento hospitalar

DGS. (2014) Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes, 020/2014-15.

DGS. (2015a) Medicamentos de Alerta Máximo. Norma No 014/2015-1-7.

DGS. Processo de Gestão da Medicação, Pub.L.No. Orientação no 014/2015(2015).

Elaborado por: Matilde Paredes de Almêda Guerreiro, estudante do CMEPSC

Docente orientador: Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques

**Apêndice XIII - Cartaz de divulgação da formação por
videoconferência para o local de trabalho**

Intervenção especializada na gestão da
medicação na pessoa em situação crítica

Medicamentos de alerta máximo

Medicamentos LASA

Webinar via zoom dia 08/04/2021 às 17:30 horas:

<https://videoconf-colibri.zoom.us/j/3524256512?pwd=b2tVQzMrVkFyRHBVQ3FHeGI0SkZoQT09>

ID da reunião: 352 425 6512

Senha de acesso: 102425

Duração cerca de 15 minutos

Orador: Estudante Matilde Guerreiro nº 6731 CMEPSC

Docente orientadora: Professora Doutora Eunice Emília Santos Lopes Martins Henriques

Anexo I - Declaração de participação na videoconferência
“Segurança no circuito do medicamento”
Módulo 1 – Os bastidores da farmácia



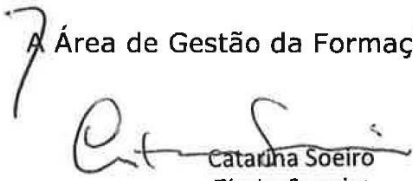
CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



DECLARAÇÃO

Declara-se que **MATILDE PAREDES DE ALMEIDA GUERREIRO** frequentou a **Videoconferência "SEGURANÇA NO CIRCUITO DO MEDICAMENTO - MÓDULO 1 - OS BASTIDORES DA FARMÁCIA"** realizada **no dia 18 de Novembro de 2020**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 03 de Dezembro de 2020

A  Área de Gestão da Formação
Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º4099/2020/MC

/

Anexo II - Declaração de participação na videoconferência
“Segurança no circuito do medicamento”
Módulo 2 - Dispensa de medicamentos em proximidade

DECLARAÇÃO

Declara-se que MATILDE PAREDES DE ALMEIDA GUERREIRO frequentou a Videoconferência “SEGURANÇA NO CIRCUITO DO MEDICAMENTO - MÓDULO 2 - DISPENSA DE MEDICAMENTOS EM PROXIMIDADE” realizada no dia 25 de Novembro de 2020, com a duração total de 1 hora.

Lisboa, 17 de Dezembro de 2020

A. 
Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º4208/2020/MC

/

Anexo III - Declaração de participação na videoconferência
“Identificação segura do doente”
Módulo 1 - Novos desafios, maiores riscos



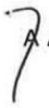

CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



DECLARAÇÃO

Declara-se que **MATILDE PAREDES DE ALMEIDA GUERREIRO** frequentou a **Vide-oconferência "IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO DOENTE - MÓDULO 1 - NOVOS DESAFIOS, MAIORES RISCOS"** realizada **no dia 11 de Novembro de 2020**, com a duração total de **1 hora**.

Lisboa, 27 de Novembro de 2020

A Á  Área de Gestão da Formação

Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

*Declaração N.º3900/2020/MC
/ESEL*

Anexo IV - Declaração de participação na videoconferência
“Identificação segura do doente”
Módulo 2 - Proteção de dados do doente



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



DECLARAÇÃO

Declara-se que MATILDE PAREDES DE ALMEIDA GUERREIRO frequentou a Videoconferência “IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO DOENTE - MÓDULO 2 - PROTEÇÃO DE DADOS DO DOENTE” realizada no dia 02 de Dezembro de 2020, com a duração total de 1 hora.

Lisboa, 28 de Dezembro de 2020

A Á  Área de Gestão da Formação
Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º4541/2020/MC

/

Anexo IV - Declaração de participação na videoconferência
“Identificação segura do doente”
Módulo 2 - Proteção de dados do doente



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



DECLARAÇÃO

Declara-se que MATILDE PAREDES DE ALMEIDA GUERREIRO frequentou a Videoconferência “CAMPANHA "ALÉM MUROS" - V Encontro "Histórias da Segurança do Doente" realizada no dia 16 de Dezembro de 2020, com a duração total de 4 horas.

Lisboa, 28 de Dezembro de 2020

A Á  Área de Gestão da Formação
Catarina Soeiro
Técnica Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º4416/2020/MC

/

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

**Anexo VI - Declaração de participação na videoconferência
"Terapia de alto-fluxo"**



CERTIFICADO

Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr(a) **Matilde Guerreiro**, com o documento de identificação 13266172, participou em Terapia de Alto-Fluxo | Linde Saúde , a 21 de Janeiro de 2021 com a duração de 2 horas, promovido pela Academia Linde Saúde.

Maria João Vitorino

Homecare Business Manager Portugal

**Anexo VII - Declaração de participação na videoconferência
"Análise de eletrocardiograma para enfermeiros"**

Certificado

Certifica-se que, **Matilde Paredes de Almeida Guerreiro**, participou na formação “Análise de Eletrocardiograma para Enfermeiros” que decorreu no dia 15 de março de 2021, das 17 horas às 20 horas, num total de 3 horas, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Lisboa, 16 de março de 2021.

A coordenadora do GaFDP


Professora Doutora Carla Nascimento

