



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

**GESTÃO DO RISCO CLÍNICO NA SEGURANÇA DO DOENTE.
CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EM
ENFERMAGEM**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por: Ana Sofia Batista Silva

Lisboa, Abril de 2014



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

**GESTÃO DO RISCO CLÍNICO NA SEGURANÇA DO DOENTE.
CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EM
ENFERMAGEM**

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por: Ana Sofia Batista Silva

Sob orientação de: Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Lisboa, Abril de 2014

RESUMO

Este relatório pretende evidenciar a evolução potenciada pelas experiências vivenciadas nos estágios e dar a conhecer as atividades desenvolvidas no percurso efetuado. Os estágios realizados visaram especificamente o desenvolvimento de competências para assistência de Enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico.

O estágio encontra-se inserido na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-Cirúrgica, a qual é composta por três módulos: Módulo I – Serviço de Urgência, realizado num serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, Módulo II – Cuidados Intermédios/Intensivos, realizado numa Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos e Módulo III – Enfermagem Geriátrica (opcional) creditado pela experiência anterior nesta área.

Estes locais de estágio, foram propícios à prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família, foco fundamental dos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

As atividades desenvolvidas para a concretização dos objetivos traçados, permitiram o desenvolvimento da capacidade de reflexão e análise crítica das experiências de aprendizagem, e, de competências na área de especialidade.

A temática central desenvolvida, transversal aos dois contextos de estágio, perante a conjuntura atual da promoção da segurança do doente, centrou-se na gestão de risco como contributo para a qualidade dos cuidados em Enfermagem. A par desta, outras áreas foram trabalhadas e desenvolvidas, nomeadamente a área relacional, com foco na comunicação, na humanização dos cuidados.

Ao longo deste trabalho, foi realçada a capacidade de identificar situações problema, de refletir e debater as várias situações vivenciadas, tendo em vista o desenvolvimento de competências.

Palavras-Chave: Gestão do risco, Segurança do doente, Qualidade dos Cuidados, Enfermagem.

ABSTRACT

This report aims to highlight the evolution potentiated by experiences in stages and publicize the activities performed in the course. The stages were specifically aimed at developing skills for advanced nursing care to the sick and elderly adults with severe disease, especially directed to assist the patient in critical condition. The Stage is inserted in the Course of Medical-Surgical Nursing, which consists of three modules: module I - ER, conducted in a Medical-Surgical Emergency Service, module II - Intermediate/Intensive Care, held in Unit Post Surgical Care and Module III - Geriatric Nursing (optional) credited by previous experience in this area .

These local stage , were conducive to providing specialized care to the person in critical condition and his family, the fundamental focus from the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing.

The activities undertaken to achieve the goals set, allowed the development of the capacity for critical reflection and analysis of learning experiences, and skills in the specialty area.

Across the two contexts stages, in current conjecture promoting patient safety, it was developed a central theme focused on risk management as a contribution to the quality of nursing care. Pair of this, others areas were worked and developed, namely the relational area, focusing on communication, in humanization care.

Throughout this work, we highlighted the ability to identify problem situations, reflect and discuss various situations experienced in view of the development of skills.

Key words: Risk Management, Patient Safety, Quality of Care, Nursing.

AGRADECIMENTOS

Nestas linhas gostaria de agradecer em primeiro lugar, e em especial, à Professora Patrícia Pontífice, pela sua paciência, sabedoria e humanismo que sempre demonstrou, que me ajudaram a enfrentar e superar as dificuldades que senti neste percurso. Agradeço a disponibilidade, o estímulo contínuo e as indicações rigorosas, no decurso da realização deste trabalho.

Aos meus companheiros de curso, pelos bons momentos que passámos juntos, em especial á Cátia Sofia, minha companheira de viagem. Aos enfermeiros orientadores, pela orientação dos estágios e pela preciosa colaboração. A todos os que, direta ou indiretamente, me ajudaram neste percurso a superar os meus obstáculos.

Ao meu marido, à minha mãe e às minhas filhas, por serem o meu pilar e pela paciência e apoio incondicionais em todos os momentos mais difíceis.

A todos os doentes com quem ao longo dos estágios me proporcionaram momentos de aprendizagem.

“The best people can make the worst mistakes”

Reason, 2002.

ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente vascular cerebral

BCMA- Effect of bar-code-assisted medication administration

BO – Bloco Operatório

CCIH – Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar

CHMT – Centro Hospitalar do Médio Tejo

CIPE[®] – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EUA – Estados Unidos da América

FC – Frequência cardíaca

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

IOM- Institute of Medicine

IOM- Institute of Medicine

JCAHO- Joint Commission of Health Accreditation

Medline- Medical Literature Analyses and Retrieval System online

NCCMERP- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

PICO- Participantes, intervenção, controlo e *outcomes*

Ppm – Pulsações por minuto

RX – Raios-X

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência adquirida

SO – Sala de Observações

SPO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TISS- *Therapeutic Intervention Scoring System*

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UMC – Urgência Médico-Cirúrgica

ZNI – Zona de não interrupção

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1- GESTÃO DO RISCO CLÍNICO NA SEGURANÇA DO DOENTE.....	14
1.1 ERROS DE PREPARAÇÃO/ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS. QUE ESTRATÉGIAS? CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	17
2- UM PERCURSO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA.....	28
2.1-MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS PÓS CIRÚRGICOS.....	30
2.2- MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA.....	45
3- CONCLUSÕES.....	59
4 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
APÊNDICES.....	67
Apêndice I – Formação sobre “Gestão do risco na segurança do doente” – Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos.....	68
Apêndice II – Póster “Dê tolerância zero ao erro de medicação...aposte na prevenção” - Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos.....	82
Apêndice III – Avaliação da satisfação da formação – Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos.....	84
Apêndice VI – Póster “ Erros de preparação/administração de medicação na prática de Enfermagem, em contexto de Cuidados Intensivos. Que estratégias?”.....	86
Apêndice V – Flyer com protocolos de atuação em enfermagem - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....	88
Apêndice VI – Formação sobre “Gestão do risco na segurança do doente” – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....	92

Apêndice VII – Pôster “Dê tolerância zero ao erro de medicação...aposte na prevenção” - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....	106
Apêndice VIII - Avaliação da satisfação da formação – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....	108
ANEXOS	110
Anexo I - Impresso de Avaliação Satisfação-Inquérito ao Formando.....	111

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INTRODUÇÃO

Sendo os problemas de saúde das pessoas e as suas respostas humanas adaptativas, aos mesmos, muito diferenciadas e diversificadas, emerge, na profissão de Enfermagem, a necessidade de especialização, para garantir a prestação de cuidados adequados e de qualidade. O desenvolvimento de competências é um importante instrumento de evolução dos enfermeiros e, conseqüentemente, da Enfermagem, o que se traduz em melhores cuidados para a pessoa/família. Assim, o saber especializado em Enfermagem implica um conhecimento aprofundado sobre a pessoa, pois, por definição da Ordem dos Enfermeiros (2001. p. 8), "...os Cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue." A procura de um domínio específico da Enfermagem que, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.15) "...reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de Enfermagem" leva à definição das competências específicas do enfermeiro especialista. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004, p.29) "O título de enfermeiro especialista reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além dos cuidados gerais, cuidados de Enfermagem especializados, na área clínica da respetiva especialidade".

Especificamente, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.20), a intervenção dos enfermeiros com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica têm como alvo o doente crítico, sendo esta especialidade "(...) dirigida à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passíveis de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida". Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p.8) um doente em estado crítico é "(...) aquele que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica, e requer avaliação constante, intensiva e multidisciplinar".

Com base nestes pressupostos, foram definidos no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, objetivos gerais e competências. Deste modo, o enfermeiro especialista, no final do seu percurso de formação, deverá aplicar os seus conhecimentos e ser capaz de compreender e de resolver problemas em situações novas

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Ter a capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. E finalmente, ser capaz de comunicar as suas conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. Visa, especificamente, o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença grave, e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico.

No decorrer deste processo formativo, foi proposto a elaboração deste relatório de estágio, baseado num projeto, anteriormente elaborado. Ao longo dos estágios, foi também elaborado um portfólio, compilando todas as atividades desenvolvidas, vivências, reflexões críticas e as estratégias adotadas, para atingir os objetivos propostos sendo, deste modo, a base deste relatório. Os objetivos deste relatório de estágio, visam dar a conhecer o percurso efetuado, as expectativas, os objetivos traçados no projeto de estágio e as atividades desenvolvidas para a concretização dos mesmos, desenvolver as capacidades de reflexão e análise crítica nas experiências de aprendizagem, analisar o contributo dos ensinamentos clínicos, para a aquisição e o desenvolvimento de competências na área de especialidade. Neste sentido, a construção do mesmo, permitiu-me refletir sobre a minha prática, o meu comportamento, as minhas ações e atitudes, os momentos bons e menos bons, de forma a poder compreendê-los, encarando-os como parte do percurso e tentando sempre melhorá-los ao longo do mesmo.

A prática reflexiva surge como um método para estabelecer uma correlação entre a experiência, a teoria e a prática. Fernandes (2004) refere que a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como o faz.

De acordo com o plano de estudos, o período de estágio, na área de especialização, subdividiu-se em três módulos. Cada módulo teve 180 horas de contacto, tutorado pela Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa, estando a respetiva orientação a cargo de um enfermeiro especialista, com experiência profissional relevante na área.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Primeiro, o Módulo II, realizado numa Unidade de Cuidados Intermédios Pós Cirúrgicos, num hospital da zona Centro, seguindo-se o Módulo I, realizado num serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, num hospital da zona Centro e o módulo III, (opcional) em Enfermagem Geriátrica, para o qual obtive creditação, por reunir um conjunto de competências aliadas à minha experiência nesta área.

No decorrer dos estágios, fomentei atividades e procurei oportunidades de modo a atingir os objetivos delineados no projeto de estágio e, particularmente, adquirir competências intrínsecas ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Nesse sentido, o objetivo geral delineado visava ***desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados, à pessoa em situação crítica, e sua família***, transversal ao contexto de cuidados intermédios /intensivos e de urgência. O objetivo específico de intervenção, transversal aos dois módulos de estágio, centrou-se na sensibilização da equipa para a gestão do risco clínico na segurança do doente, como contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados. A gestão do risco clínico é ainda uma área recente e desconhecida para maioria dos profissionais de saúde, sendo premente apostar na sensibilização dos profissionais, nas organizações de saúde, sobre a sua pertinência e impacto, nas políticas de qualidade instituídas. Dentro desta grande tema da gestão do risco, foi enfatizada a farmacovigilância, nomeadamente, a prevenção do erro de preparação/administração de medicação, tendo sido uma temática aprofundada, através de uma revisão sistemática da literatura, apresentada na íntegra, neste relatório.

A minha prática profissional e tomada decisão, decorrente do estágio, foi sustentada pela Teoria das Transições de Meleis.

Dadas as indicações fornecidas para a elaboração deste relatório, e atendendo aos seus objetivos, o mesmo é composto pela introdução, pelo desenvolvimento, dividido em dois pontos. Um primeiro ponto, com a introdução à temática da gestão do risco clínico e uma revisão sistemática da literatura, e o seguinte, relativo ao desenvolvimento cronológico dos dois módulos de estágio. Termina com a conclusão e em anexo, apresento os documentos das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios. A metodologia aplicada na elaboração deste documento foi reflexiva e descritiva, baseado na reflexão pessoal, nos objetivos específicos, na pesquisa da evidência científica e bibliográfica, e na reflexão sobre as experiências vivenciadas

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

1- GESTÃO DO RISCO CLÍNICO NA SEGURANÇA DO DOENTE.

A segurança do utente é um dos pilares da qualidade dos cuidados em Saúde e responsabilidade dos vários envolvidos no processo de cuidados. Face ao problema da segurança do doente, a OMS criou a World Alliance for Patient Safety, em 2004, pela crescente preocupação face à incidência de erros e, em consequência, à qualidade dos cuidados prestados. Importa prevenir ou controlar o risco através da implementação de uma cultura de segurança. A CNA (2003) define segurança do doente, como a prevenção de actos inseguros no sistema de saúde. Para a Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 2), “a segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objectivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à protecção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade”.

A prestação de cuidados de saúde, pela sua complexidade e pelas atividades que desenvolve, comporta consequentemente um grau de risco ponderável, que nunca é igual a zero, no entanto, é premente assegurar ao doente a maior segurança possível, o que confere à gestão do risco uma importância inestimável e incontornável. O risco pode ser categorizado em clínico e não clínico. Definindo risco clínico, ocorre de situações decorrentes da prestação de cuidados de saúde, podendo afetar doentes e outros. A gestão do risco clínico, pretende dar resposta às Políticas Internacionais de Segurança do Doente, nomeadamente nas áreas cirurgia segura, prática de higiene das mãos em serviços de saúde, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de quedas em doentes hospitalizados, identificação do doente e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Deste modo, torna-se fundamental o papel do enfermeiro, na supervisão e monitorização de todas as etapas do processo de gestão do risco clínico, sendo um mediador da comunicação e um elo de ligação entre todos os intervenientes, promovendo a excelência da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados. É portanto, premente e fundamental, sensibilizar a equipa de Enfermagem para esta temática.

Para se falar da gestão do risco clínico, é fundamental clarificar o conceito de risco e de erro. Segundo o Institute of Medicine (IOM) (2000), risco é combinação entre a probabilidade de ocorrência de um dano/lesão e a sua consequência. Segundo Fragata (2009), o erro caracteriza-se por um desvio de um resultado em relação a um plano pré-estabelecido ou o uso de um plano errado para atingir um dado objectivo. Podem ainda

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

emergir eventos adversos, como prejuízos resultantes de uma intervenção clínica, que segundo Fragata (2008, p.82) “não implicam erros ou atitudes negligentes, podem ser evitáveis, causando danos físicos ou meros transtornos de fluxo de tratamento com perdas de eficácia”. Segundo o mesmo autor, os eventos adversos podem ser categorizados em: incidentes, acidentes e *near misses*. Os incidentes podem traduzir-se em danos ou prejuízos *minor*, sem consequências de relevo, provocando transtornos de fluxo mas não comprometendo os resultados esperados. Ainda de acordo com Fragata (2008), os acidentes são traduzidos em danos ou prejuízos *major*, com consequências permanentes e que comprometem definitivamente os resultados pretendidos. Os *near misses* são incidentes que foram evitados, sendo fundamentais nas organizações, pois permitem identificar o trajecto para a ocorrência de acidentes e adoptar medidas para os prevenir (Fragata, 2008). A incidência de eventos adversos, causa importante do sofrimento humano, que poderia ser evitável, é um desafio para a qualidade dos cuidados, e um instrumento de perda financeira e de custos, por parte dos serviços de saúde, o que implica um maior empenho dos sistemas de saúde para prevenir os mesmos e aumentar, desta forma, a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados (WHA, 2002; Ordem dos Enfermeiros, 2006).

Segundo Reason (2000), a prevenção de erros deve basear-se na procura das suas causas, que muitas vezes não se encontram em causas individuais, como a competência técnica ou fatores psicológicos, sendo importante reconhecer a causa pode estar integrada no próprio sistema, como a sobrecarga de trabalho ou o próprio ambiente organizacional. Ainda segundo o mesmo autor, havendo conhecimento da dimensão real do fenómeno, será possível intervir sobre ele, procurando minimizar a sua ocorrência, intercetando o alinhamento dos buracos, de acordo com o modelo do “queijo suíço” de Reason, criando barreiras e estratégias de proteção. É importante tomarmos consciência de que os erros só podem ser prevenidos se falarmos abertamente sobre eles, no sentido de construirmos sistemas de saúde que prestam cuidados verdadeiramente seguros e de qualidade. Ignorar os incidentes não é o caminho, oculta e inibe a tomada de consciência da dimensão do problema. Os erros irão sempre ocorrer, e para minimizá-los é necessário aceitar que estes existem. Mas para isso é necessário as instituições, façam uma análise aberta e equilibrada, não punitiva, dos erros que ocorrem, envolvendo os seus colaboradores nas medidas de prevenção dos mesmos. Qualquer política de gestão do risco, está condenada à partida, se não conseguir envolver todos os

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

seus colaboradores. Deste modo, é necessária o incentivo dos profissionais de saúde na notificação de incidentes, de modo a quantificá-los e verificar padrões de ocorrência. A notificação de incidentes tem como objetivos, ajudar a criar uma visão nacional sobre segurança do doente, em serviços de saúde, dar maior visibilidade às notificações locais e garantir que os incidentes, terão a atenção necessária. Permitem também, ampliar o conhecimento sobre incidentes, ajudar a desenvolver iniciativas nacionais para redução das ocorrências, aumentando o conhecimento sobre segurança do doente e, conseqüentemente, a confiança do público. Poucos são os dados nacionais conhecidos e evidenciados. Em Portugal, estima-se que o nº de mortes associadas a erros cometido por equipas prestadoras de cuidados seja de 1.330 a 2.900/ ano, superior às mortes por acidentes de viação (1145 em 2006) e 30 % superior às mortes por SIDA. (Fragata, 2004). A Inspeção Geral das Atividades em Saúde – IGAS (2008), relata cerca de 4200 acidentes relacionados com a queda de doentes, de macas ou de camas, em hospitais portugueses. Um estudo da Escola Nacional de Saúde Pública (2011), sobre “Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade”, revela uma taxa de incidência de eventos adversos de 11,1% em episódios de internamento, sendo 53,2% dos quais, evitáveis, com um conseqüente prolongamento de 10,7 dias de internamento.

Dentro desta grande tema da gestão do risco clínico, foi enfatizada a área da farmacovigilância, nomeadamente, a prevenção do erro de preparação/administração de medicação, tendo sido uma temática aprofundada, através de uma revisão sistemática da literatura. A ocorrência de erros durante qualquer etapa do sistema de medicação, não só é indesejável para o alcance da qualidade dos cuidados prestados, como prejudicial, para os doentes, profissionais e instituições hospitalares. Vários aspetos podem diminuir a segurança na administração de medicação pelos enfermeiros, numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Esses aspetos poderão estar relacionados ao próprio contexto e também ao sistema de medicação institucionalizado. A complexidade da terapêutica, o uso de inúmeros medicamentos potencialmente perigosos administrados em UCI, associados à gravidade e instabilidade clínica dos doentes, justificam uma análise focalizada desta temática, pois, neste contexto, as conseqüências dos erros de medicação, podem ser mais danosas. Neste sentido, é fundamental uma consciencialização dos enfermeiros para esta problemática. São necessárias estratégias para a prevenção de erros de preparação/administração de medicação, otimizando uma

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

assistência de qualidade e segurança para o doente, família e profissionais de saúde. Deste modo, o objetivo desta pesquisa da evidência científica, visa identificar as estratégias de prevenção dos erros de preparação/administração de medicação, na prática de Enfermagem, em UCI.

1.1 ERROS DE PREPARAÇÃO/ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS. QUE ESTRATÉGIAS?

CONTRIBUTOS PARA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A segurança do doente envolve, em geral, a prevenção de erros nos cuidados prestados ao mesmo e a eliminação de danos causados por tais erros. O erro, na prática de cuidados, resulta de uma ação não intencional causado por uma falha ou problema, podendo ser cometido por qualquer profissional de saúde, na prestação de cuidado, como, por exemplo, na preparação/administração de medicação. Apesar dos grandes avanços tecnológicos na área da saúde, a ocorrência de erros nos cuidados de saúde, ainda acontecem de forma assustadora, causando grande impacto económico, graves prejuízos ao paciente, aos profissionais e às instituições. Em 2000, o IOM publicou um relatório – “To err is human: building a safer health system”, baseado em estudos realizados no Colorado, Utah e Nova Iorque, que revelava os números de mortes por erros de medicação. Este estudo indica que estes erros, foram responsáveis pela morte de 44000 a 98000 pessoas por ano, nos EUA, indicando assim que morrem mais pessoas devido a estes erros que em acidentes de viação ou SIDA. Infelizmente, em Portugal não se encontram valores reais para a mortalidade associada aos erros de medicação. Contudo, dados confirmados pelo Infarmed, estimam que, no nosso país, cerca de 7000 pessoas hospitalizadas morrem devido a erros de medicação. No início da década de 90, foram criadas várias organizações, com o objetivo de identificar os erros e reduzi-los através de estratégias de atuação por parte dos profissionais de saúde, na preservação da segurança dos doentes.

Erros de medicação

A ocorrência de erros durante qualquer etapa do sistema de medicação, não só é indesejável para o alcance da qualidade dos cuidados prestados, como prejudicial, para o doente, profissionais e instituição hospitalar. No entanto, as repercussões para o

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

doente são as mais preocupantes, uma vez que podem agravar o seu estado clínico e causar danos temporárias, permanentes e até a morte. Segundo Bates *et al* (1995), entende-se por erro de medicação, um evento adverso ao medicamento, passível de prevenção, podendo ou não causar dano ao paciente, com possibilidade de ocorrer num ou em vários momentos dentro do sistema de medicação. O erro de medicação é uma questão multiprofissional, não se limitando apenas a uma categoria profissional, sendo que, o sistema de medicação, inclui médicos, farmacêuticos, técnicos e enfermeiros. O sistema de medicação inicia-se com a prescrição médica e termina com a administração desse medicamento ao doente pelo enfermeiro. Segundo um estudo de Bates *et al*, (2004), 56% dos erros, ocorrem na prescrição médica e 34% na administração do medicamento. Considera-se administração de medicação, um conjunto de ações que englobam a preparação, administração e registo de substâncias químicas (com fins terapêuticos), a administrar ao doente. Desde o médico até ao enfermeiro existe um período em que os farmacêuticos e técnicos também estão envolvidos, na dispensação e distribuição da medicação prescrita. Segundo o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) (2001), o erro de medicação pode ser categorizado em quatro níveis: sem erro, erro sem danos para o paciente, erro com danos para o paciente e erro que pode causar a morte do paciente. De acordo com mesma fonte podem ser distinguidos em erros de prescrição, erros de distribuição e erros potenciais. Ainda, de acordo com o NCCMERP (1998), os erros de podem ser classificados da seguinte forma: 1) erro por omissão 2) erro na administração de um medicamento não prescrito 3) erro por dose extra 4) erro referente à via 5) erro de dosagem 6) erro do horário incorreto 7) erro por preparação incorreta do medicamento 8) erro por utilização incorreta de técnicas incorretas na administração 9) erro por medicamento deteriorado. Os erros de administração de medicação são causados muitas vezes pelo não seguimento dos cinco certos da medicação: medicamento certo, dose certa, hora certa, doente certo e via certa. De acordo com NCCMERP (1998), considera-se que existem cinco grandes causas possíveis de provocarem erros de administração de medicação: comunicação, confusão com o nome do fármaco, rotulagem, fatores humanos e embalagem/design. Ainda de acordo com a mesma fonte, os fatores ambientais e organizacionais em que se inserem os profissionais de Enfermagem, como exemplo a iluminação desadequada, o ruído elevado na sala de trabalho, ambiente favorável a interrupções e/ou distrações frequentes, e outros, contribuem para a

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

ocorrência dos erros de administração de medicação. As circunstâncias que os envolvem são multifatoriais, não restringidos a fatores humanos. Identifica-se deste modo, a necessidade de desenvolver estratégias para a redução dos erros de medicação, nomeadamente os erros de preparação/administração de medicamentos, pelos enfermeiros, de modo a preservar a segurança do doente no alcance da qualidade dos cuidados.

Erros de medicação em unidades de cuidados intensivos

Nas UCI os erros de medicação e as suas consequências para o doente, merecem particular atenção. De acordo com Fragata e Martins (2004), o ambiente de uma UCI é propício à ocorrência de erros. A complexa interação homem-máquina de elevada tecnologia, aliada à necessidade de monitorização prolongada, padrão de trabalho em equipa, situações de stress e imprevisibilidade de ocorrências, geram situações de crise, criando um ambiente favorável à ocorrência de erros. Kane-Gill *and* Weber (2006), relataram uma média de 105,9 erros de medicação por 1000 pacientes/dia em UCI de adultos. Rothschild *et al* (2005) descrevem que 78% dos eventos adversos graves em UCI e UCI Coronários foram devidos a erros de medicação. Segundo a Joint Commission of Health Accreditation (JCHA) (2009), os erros de medicação mantem-se a quarta maior causa de eventos adversos. Vários aspetos podem diminuir a segurança na administração de medicação pelos enfermeiros, numa UCI. Esses aspetos estão relacionados ao próprio contexto de uma UCI e também ao sistema de medicação institucionalizado. A complexidade da terapêutica, o uso de inúmeros medicamentos potencialmente perigosos administrados em UCI, associados à gravidade e instabilidade clínica dos doentes, justificam uma análise focalizada desta temática, pois, neste contexto, as consequências dos erros de medicação, podem ser mais danosas. Kane-Gill *and* Weber (2006), relataram que a maioria dos erros de medicação em Unidades de Cuidados Intensivos, ocorrem durante a prescrição e administração de medicamentos. Múltiplos fatores contribuem para erros de medicação nas UCI, incluindo carga de trabalho, a hora do dia, nível de experiência, erros de transcrição, e deficiências do sistema. Segundo Kane-Gill *and* Weber (2006), além da farmacocinética ser responsável por lesões e danos, outras são resultantes de erros de medicação causados pelo nível de experiência dos enfermeiros, mudanças de turno ou hora do dia, a falta de prescrições computadorizadas, distrações e interrupções durante a preparação e

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

administração. Outro aspecto relevante, é o espaço físico destinado à preparação de medicação, que muitas vezes é diminuto. O acúmulo de pessoas num espaço físico pequeno, conversas paralelas, diminuição da atenção e concentração necessária, para a realização da técnica e interrupções frequentes, durante a preparação da medicação, favorecem a ocorrência de erros, por distração. Também as ordens verbais de medicação por parte dos médicos, ocorrem frequentemente em UCI, estando ou não, relacionadas com situações de urgência, ficando os enfermeiros à mercê da própria memória, potenciando situações de erros de administração de medicamentos.

Torna-se deste modo importante, perceber quais as situações que podem levar um enfermeiro a cometer erros de preparação/administração de medicação, para futuramente serem prevenidos. Dessa forma, as instituições de saúde, devem direcionar as políticas de segurança do doente, procurando respostas para onde, como, quando e porquê, os erros de medicação acontecem, em vez de apontarem exclusivamente os profissionais de culpados, por essas situações. Medidas educativas não punitivas dos profissionais devem ser implementadas favorecendo a segurança no sistema de medicação, em todas as suas etapas.

Que estratégias?

Nos últimos anos, têm sido introduzidos diversos programas de qualidades, nas instituições de saúde, e acreditação hospitalar, que consideram, os erros de medicação, indicadores de resultados. Contribuem de forma expressiva para uma nova visão perante este tipo de eventos, estimulando os profissionais para as notificações de erros. Assim, os erros notificados e relatados, pelos profissionais envolvidos, podem ocorrer em investigação das suas causas e consequências. Perante isto, é importante desenvolver programas educacionais para elucidar os profissionais da importância da notificação dos erros de medicação, de modo a entender as causas e discutir estratégias para a melhoria, focando a segurança do paciente, equipe e familiares, na procura da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Segundo Moyen *et al* (2008), a medicação segura deve ser implementada através da otimização da segurança do processo de medicação, eliminando fatores de risco situacionais e proporcionando estratégias, de modo a intercepar erros e minimizar as suas consequências. Algumas estratégias, em UCI, incluem a padronização de medicamentos, a informatização das prescrições médicas, a tecnologia de código de barras, implementação de dispositivos computadorizados de

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

infusão intravenosa. Prescrições em computador têm reduzido erros de medicação em UCI, devido à interpretação errada da caligrafia dos médicos ou ordens verbais. Outras vantagens destes sistemas são de poderem controlar alergias, recomendar doses de medicamentos, fornecer ajustes para doentes com insuficiência renal ou função hepática alteradas, e identificar possíveis interações medicamentosas. Por sua vez, a tecnologia do código de barras facilita a fase de processo administração da medicação. Utilizado em conjunto com a informatização das prescrições médicas, as etiquetas de código barras são digitalizados, conciliados e documentadas eletronicamente. Este processo ajuda a garantir que o doente correto, recebe a dose correta do medicamento correto, pela via correta e no momento correto. A utilização dos dispositivos computadorizados de infusão intravenosa, permite a incorporação da prescrição médica informatizada e da tecnologia de código de barras, sendo que as concentrações padronizadas de infusão, as taxas e os limites de dosagem podem ser fornecidas para ajudar a prevenir erros de medicação intravenosa. Segundo Cummings *et al* (2005), erros envolvendo administração errada de medicamentos, ou ao doente errado, foram reduzidos em 60%, após a implementação de códigos de barras para combinar com prescrição médica eletrônico, de acordo com cada doente. Além destas estratégias eletrônicas, o uso de farmácias satélites e sistema de distribuição por unidade, são estratégias que contribuem para uma medicação segura, reduzindo o stock de medicamentos muitas vezes mal acondicionados, uma fonte potencial erro de medicação.

Fatores de risco situacionais, podem desviar a atenção dos enfermeiros e aumentar o risco de erros de administração de medicação. Por exemplo, fatores como a privação de sono dos profissionais, o cansaço, o stress, o ruído, as distrações foram demonstrados, em vários estudos, que aumentam o risco de erros de medicação. É importante, as instituições estabelecerem rotinas para a avaliação o risco de fadiga e stress, evitar o excesso consecutivo de horas de trabalho e criar espaços propícios para a preparação de medicação, minimizando as interrupções e distrações. Uma zona de não interrupção tem sido recomendada pelo Institute for Safe Medication Practices (1996), organização Norte-americana dedicada na prevenção de erros medicação, como uma estratégia de prevenção. Na melhoria da qualidade vários projetos deste tipo foram adaptados para o ambiente hospitalar. Médicos, enfermeiros e farmacêuticos são essenciais na fiscalização e interceção de erro no sistema de medicação. Os enfermeiros desempenham um papel, particularmente importante, na segurança do doente, porque

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

são os profissionais de saúde com os quais passa a maior parte do tempo. Numa UCI, a diminuição do ratio enfermeiro: doente pode ser um fator de risco de erros de medicação, pelo que a dotação segura, na razão de 1:1 ou 1:2, são extremamente importantes na prevenção dos mesmos. Também a experiência do enfermeiro pode ter uma influência importante na segurança do doente. Enfermeiros mais experientes têm mais probabilidade de intercalar erros comparados com os enfermeiros menos experientes. A falta de conhecimento farmacológico atualizado, é outro fator predisponente a erros de medicação, por parte dos enfermeiros, por inexperiência ou por estarem num período de integração. É importante, quando os profissionais trabalham num ambiente novo, serem integrados e terem a supervisão de um profissional mais experiente, de modo ao mesmo desenvolver experiência. Os farmacêuticos, também têm um papel importante a desempenhar na segurança da medicação. Todos os medicamentos intravenosos, deveriam ser preparados na farmácia, utilizando um processo padronizado e concentrações de medicação padronizadas. A participação, de um farmacêutico em visitas médicas melhora a segurança do paciente, reduzindo erros de medicação em 66%, e conseqüentemente, redução do tempo de internamento hospitalar, mortalidade e diminuição das despesas de medicação.

Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, que possibilita a incorporação de evidências, na prática clínica, perspetivando a melhoria da qualidade dos cuidados, com o objetivo de identificar estratégias que visam reduzir os erros de preparação/administração de medicação, na prática de Enfermagem, em contexto que cuidados intensivos. A questão norteadora desta revisão sistemática da literatura, recorrendo ao formato PI(C)O, foi: Quais as estratégias de prevenção (I) na (O) redução dos erros de preparação/administração de medicação na prática de Enfermagem em (P) Unidades de Cuidados Intensivos? O motor de busca utilizado foi a EBSCO, com recurso às bases de dados CINHALL Plus with Full Text, MEDLINE Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews. Foram procurados todos artigos científicos originais e de revisão publicados em texto integral (01/02/2013), entre Janeiro de 2009 e Fevereiro de 2013, usando as seguintes descritores: *Medication Errors, Prevention, Nursing, Intensive Care Units*. Obteve-se um total de 17 artigos, tendo sido

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

selecionados 2 artigos, através dos critérios de inclusão, definidos para este estudo: artigos originais e de revisão, publicados em texto integral, gratuitos, num período compreendido entre Janeiro de 2009 e Fevereiro de 2013, que foquem estratégias de prevenção de erros de preparação/administração de medicação, na prática de Enfermagem, em contexto de Cuidados Intensivos, e de exclusão: todos os artigos que não foquem especificamente os erros de medicação e contextos que não sejam Unidades de Cuidados Intensivos, excluindo Unidades de Cuidados intensivos Pediátricos ou Neonatais.

Análise dos dados e discussão dos resultados

Os textos selecionados foram submetidos a uma análise detalhada, com o intuito de sintetizar a informação relevante face à questão de investigação, de forma a dar resposta aos objetivos delineados. Importa agora, interpretar e discutir os resultados, que permitirão responder à questão de investigação formulada PI(C)O: Quais as estratégias de prevenção (I) na (O) redução dos erros de preparação/administração de medicação na prática de Enfermagem em (P) Unidades de Cuidados Intensivos? de acordo com o quadro que se segue:

Estudo	"No Interruptions, Please. Impact of a No Interruption Zone on Medication Safety in Intensive Care Unit"(2010)
Autores	Anthony Kyle, Claren Wiencek, Catherine Bauer, Barbara Daly, K. Anthony
Participantes	Enfermeiros de uma UCI médica e de uma UCI cirúrgica no University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, Ohio
Intervenções	Implementação de um protocolo que se desenvolveu em três fases, em que se sinalizou uma "zona de não interrupção" para a preparação de medicação
Resultados	Estratégia 1. A existência de uma zona de não interrupção, durante preparação de medicação diminui as distrações comparativamente, antes da implementação e sensivelmente para metade após a 1 semana e significativamente na 3ª semana proporcionando uma medicação em segurança
Desenho	Estudo quasi-experimental, com base na observação – Nível de evidência III

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Estudo	“Effect of bar-code-assisted medication administration on medication error rates in an adult medical intensive care unit” (2009)
Autores	Jaculin L. De Young, Marie E. VanderKooi, and Jeffrey F. Barletta
Participantes	Enfermeiros de uma UCI médica de um hospital de ensino em Grand Rapids, Michigan
Intervenções	Implementação de <i>Bar-Code-Assisted Medication Administration</i> (BCMA) numa UCI médica de adultos
Resultados	Estratégia 2. A implementação de BCMA reduziu significativamente para metade o número de erros de administração, relacionados com a hora de administração de medicamentos, numa UCI médica de adultos
Desenho	Estudo quasi-experimental – Nível de evidência III

O artigo analisado, "*No Interruption please – Impact of a No Interruption Zone on Medication Safety in Intensive Care Units*", relata um estudo piloto, quasi-experimental, desenvolvido numa UCI médica e numa UCI cirúrgica, no University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, Ohio. Este estudo piloto, foi pioneiro com o objetivo de perceber a eficácia de uma “zona de não interrupção” (ZNI), na redução interrupções durante a preparação de medicação em UCI, tendo-se desenvolvido em três fases. O método de colheita de dados foi a observação, para comparar o número de interrupções na preparação de medicamentos, antes e quatro semanas após a criação de uma ZNI. Esta ZNI foi delimitada e devidamente sinalizada, com fita adesiva vermelha no chão, onde estaria o carro de medicação. Foram devidamente explicados aos enfermeiros os procedimentos do protocolo seguir, quando fosse implementada a ZNI. Antes da implementação da ZNI, o estudo contou com um total de 218 ocorrências de erros de medicação. Uma semana pós a implementação da ZNI, contaram-se um total de 179 ocorrências de erros de medicação. Depois de um período de três semanas, uma diminuição significativa, sensivelmente para metade. As interrupções consideradas para o estudo foram, as que não estavam relacionadas com a preparação da medicação, pondo em causa a concentração do enfermeiro. Os profissionais que interferiram na ZNI foram outros enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e farmacêuticos e técnicos de farmácia. As interrupções não consideradas foram as relacionadas com a validação de medicação entre o enfermeiro em fase de integração, na UCI. Uma das limitações do

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

estudo, segundo os autores, foi não terem sido avaliados os padrões de administração de medicamentos, antes dos limites da ZNI serem determinados. Os limites da ZNI, incluem uma área em torno da medicação mas não foram suficientemente longe de modo a incluir a medicação de refrigerador, não permitindo uma imagem abrangente de ocorrências e interrupções relacionadas com todas as “rotas” dos medicamentos. Os autores também referem que a ZNI “move” quando os carrinhos de medicação são movidos, sendo que, em estudos futuros, a utilização de um tapete de vermelho, uma luz vermelha piscando, ou outra sinalização possa ser mais adequado em detrimento da fita adesiva vermelha usada para criar a ZNI. De acordo com os autores, a implementação de um protocolo como a ZNI, exige empenho e colaboração de todos os envolvidos. Cada enfermeiro deverá ter seu contributo na preservação da ZNI, como um lugar de concentração durante a preparação de medicamentos, melhorando a segurança dos doentes. Ao nível organizacional, os autores entendem que a implementação de algumas destas medidas dependa dos recursos financeiros da instituição, mas que a maioria destas alterações, podem ser tomadas através de uma gestão de decisões e mudança das políticas institucionais. Referem ainda que, os custos associados a mudanças no sistema de medicação são compensados pelos benefícios de uma medicação segura e melhoria na satisfação dos doentes. Perante os dados, os autores concluem que a implementação de uma ZNI, para a preparação de medicação, numa UCI, diminui as distrações dos enfermeiros, proporcionando a diminuição de erros de medicação.

Analisando o artigo *“Effect of bar-code-assisted medication administration (BCMA) on medication error rates in an adult medical intensive care unit”*, trata-se de um estudo conduzido numa UCI médica de adultos, com 38 camas, num hospital em Grand Rapids, Michigan. Este estudo foi realizado com o objetivo de determinar o efeito de BCMA nas taxas de erros de administração de medicamentos. O método de colheita de dados escolhido foi observação direta dos enfermeiros, durante a administração de medicação. As observações foram realizadas por dois avaliadores, e ocorreram um mês antes e quatro meses, após a implementação da BCMA, durante quatro dias consecutivos de 24 horas. De acordo com os tipos de erros, as seguintes categorias foram registradas: medicamento errado, hora errada de administração, via errada, dose errada, omissão de administração, administração de um medicamento sem prescrição, e erro de documentação. As definições destas categorias, foram adaptados a partir de um estudo anterior, e foram concebidas para serem compatíveis com a política institucional

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

e os alertas gerados, pelo programa do código de barras. A classe de drogas associadas a cada erro, também foi registrado. Um total de 1.465 administrações de medicamentos, foram observados, 775 pré-implementação e 690 pós-implementação para 92 pacientes, 45 pré-implementação e 47 pós-implementação. Neste estudo a taxa de erro de medicação foi reduzida em 56% após a implementação de BCMA. Segundo os autores, este benefício foi relacionado com uma redução do erro administração de medicação na “hora errada”. Apontam para a vantagem do BCMA permitir, em tempo exato, saber em que hora foi administrada a medicação, e ser documentada, assim, qualquer discrepância, o que seria difícil detetar só por observação. Não foram evidenciados mais tipos de erros, de forma significativa, devido à utilização de outras tecnologias concebidas para evitar erros de medicação, implementadas na instituição, como sendo a prescrição informatizada e a distribuição de armários de medicação automatizados. Os autores, concluem que a implementação de BCMA reduziu significativamente o número de erros relacionado com a hora administração de medicação numa UCI, reconhecendo o impacto desta tecnologia na medicação segura.

Os artigos selecionados contribuíram para dar uma resposta adequada à questão de investigação, inicialmente formulada. Os dois estudos abordam, ainda que de forma distinta, estratégias de prevenção para a redução de erros de preparação e de administração de medicação, na prática de Enfermagem, em UCI. Segundo Moyen *et al* (2008), a estratégia evidenciada no estudo de Anthony *et al* (2010), centra-se na eliminação de fatores de risco situacionais, como o ruído e as distrações, que acontecem numa UCI. Os números evidenciados pelo estudo, corroboram com o que a literatura apresenta sobre a necessidade de reavaliação dos ambientes de cuidados, bem como a implementação de medidas de segurança, em atividades que exijam da equipa de Enfermagem uma elevada concentração. A JCAHO evidenciou alguns fatores que contribuem para erros de medicação, como as distrações frequentes, por excesso de ruídos no ambiente de preparo de medicação, responsáveis por 43% dos erros. Em 2001, um novo relatório emitido pelo mesmo órgão revelou um aumento para 47% dos erros de medicação, atribuídos a distrações em função dos ambientes inadequados na preparação de medicação. A USP (2009), recomenda às instituições placas de sinalização do tipo “não perturbe” em locais onde as medicações são dispensadas e preparadas, bem como a implementação de espaços físicos adequados e momento definido para a preparação de medicamentos, onde não haja interrupções frequentes e

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

acúmulo de pessoal durante a realização dessa técnica. Ainda, direcionado para a gestão da instituição, os autores sugerem que qualquer iniciativa de educação para a mudança com vista à medicação segura, devem sempre incluir todos os profissionais de saúde, para serem aumentadas as hipóteses de sucesso. A estratégia evidenciada no estudo de Jaculin L. *et al* (2009) foca a otimização da segurança do processo de medicação, através da aplicação de novas tecnologias. Os valores evidenciados consolidam o que a literatura descreve sobre o BCMA, como estratégia para a diminuição de erros de medicação. Segundo Cummings *et al* (2005), erros envolvendo administração errada de medicamentos, ou ao doente errado foram reduzidos em 60%, o que corrobora com o estudo. A tecnologia do código de barras facilita a fase de processo administração da medicação. Utilizado em conjunto com a informatização das prescrições médicas, as etiquetas de código barras são digitalizados, conciliados e documentadas eletronicamente. Este processo ajuda a garantir que o doente correto, recebe a dose correta do medicamento correto, pela via correta e no momento correto.

Conclusão / implicações na prática

As conclusões dos estudos apresentadas e analisados, consideram algumas recomendações e estratégias propostas que podem ser adaptadas e implementadas na nossa realidade, mesmo diante de dificuldades e adversidades existentes no nosso sistema de saúde. Entende-se que para o alcance da redução dos erros de medicação é necessário que o Estado, as instituições de saúde e os profissionais, se conscientizem da importância do problema e adotem estratégias preventivas de erro de medicação.

A partir da realização deste estudo, e tendo em conta a pergunta PI(C)O formulada inicialmente, podemos concluir que, ao nível organizacional, a implementação de algumas medidas preventivas de erros de medicação, dependem dos recursos financeiros da instituição, mas que a maioria destas alterações, podem ser tomadas através de uma gestão de decisões e mudança das políticas institucionais. Os custos associados a mudanças no sistema de medicação são compensados pelos benefícios de uma medicação segura e melhoria na satisfação dos doentes. A limitação de uma área de preparação de medicação, numa UCI, diminui o ruído, interrupções e as distrações dos enfermeiros, proporcionando a diminuição de erros de preparação de medicação. Também a implementação de um sistema de códigos de barra reduz o número de erros de administração de medicação numa UCI.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2 – UM PERCURSO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA

De acordo com o plano de estudos, o período de estágio, na área de especialização, decorreu entre o período de 22 de Abril de 2013 a 31 de Janeiro de 2014, subdividindo-se em três módulos. Os módulos não sendo precedentes entre si, serão apresentados de forma cronológica.

Primeiro, o Módulo II, realizado numa Unidade de Cuidados Intermédios Pós Cirúrgicos, num hospital da zona Centro. Esta escolha permitiu-me adquirir competências na área de especialização, mais direcionadas para o doente crítico do foro cirúrgico, por estar a trabalhar recentemente, desde 2012, num serviço de Cirurgia Geral, sendo que o meu percurso profissional até então, decorreu ligado à área da Medicina Interna.

Seguindo-se o Módulo I, realizado num serviço de Urgência de um hospital da zona Centro. A escolha deste serviço, prendeu-se com o facto de ser uma Urgência Médico-Cirúrgica (UMC), com várias valências, nomeadamente: Cirurgia Geral, Medicina Interna, Urologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Traumatologia, na qual adquiri e aprofundei competências na área de intervenção ao doente crítico.

No módulo III, opcional, optei pela Enfermagem Geriátrica, para o qual obtive creditação a este estágio, por reunir um conjunto de competências aliadas à minha experiência nesta área. Entre os anos de 2000 a 2012, exerci funções num serviço de Medicina Interna, tendo aprofundado competências no cuidar de doentes idosos/família, em vários contextos crónicos e terminais, atuando também em situações de agudização, com a finalidade de promover o seu restabelecimento, diminuir o seu sofrimento e minimizando a dor. Assumi a resolução de problemas que surgiam diariamente, demonstrando capacidade de trabalhar, de forma adequada na equipa interdisciplinar e multidisciplinar. Identifiquei necessidades de atuação, implementando e avaliando um plano de cuidados, vendo o doente como um todo, envolvendo a família/cuidador informal, na satisfação das necessidades do mesmo, demonstrando uma metodologia de trabalho eficaz na assistência prestada. No momento da alta, realizei ensinamentos informais ao doente e família, demonstrando abertura, à participação da mesma, no processo de cuidados, apoiando-a e integrando-a, na dinâmica do plano terapêutico. Desta forma, reforcei as suas capacidades, conhecimentos e competências para o cuidar do seu

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

familiar no domicílio, como uma estratégia a desenvolver no sentido de promover a continuidade e a dignidade da assistência do indivíduo doente. Mantendo uma postura de disponibilidade e de abertura para o doente/família, desenvolvi competências relacionais demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e respeitando as suas crenças e cultura.

Além da prestação direta de cuidados ao doente, também cooperei na organização e estruturação da abertura de dois serviços de Medicina, no ano de 2002, nas novas instalações do Hospital de Tomar, hoje Unidade de Tomar do Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT). Cooperei, em conjunto com a enfermeira responsável, na implementação de protocolos de atuação, para a melhoria da qualidade, no âmbito da creditação dos serviços pela *Joint Commission*. Colaborei na gestão do serviço com a enfermeira responsável, exercendo a função de 2º elemento do serviço, entre o ano de 2009 e 2012, substituindo-a aquando da sua ausência. Colaborei na resolução de problemas pendentes com a farmácia, aprovisionamento e com o serviço de instalação e equipamentos. A possibilidade de colaborar na gestão, nomeadamente de recursos, materiais e equipa, foi algo que me enriqueceu muito profissionalmente, tendo adquirido competências de liderança de uma equipa de prestação de cuidados.

Fui responsável pela formação em serviço, entre os anos 2006-2008, identificando necessidades formativas, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros. Elaborei, em articulação com o enfermeiro responsável, o respetivo plano anual de atividades e o relatório de atividades de formação. Também colaborei na integração de novos profissionais no serviço, seguindo o plano de integração definido pelo CHMT.

Fui cooperante na orientação de alunos em estágio, pela Escolas Superior de Enfermagem de Santarém, Leiria e Portalegre, de 2002 a 2012. Durante estes anos, tive a oportunidade formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

Atualmente, após a reestruturação do CHMT em 2012, exerço funções num serviço de Cirurgia Geral, na Unidade de Tomar. No exercício das minhas funções, tomo normalmente a iniciativa e sou criativa na interpretação e resolução de problemas na minha área de atuação. Reflito na, e sobre a minha prática, de forma crítica, no sentido de melhorar a minha prestação de cuidados.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Considero que, ao longo destes anos de experiência profissional, tive um crescimento da minha segurança e autonomia, identificando as prioridades do doente crítico, antecipando a minha atuação. Tive sempre presente, a importância de cuidar do doente nas diferentes situações, com pensamento crítico, analisando os problemas e encontrando soluções, assegurando sempre a minha prática dentro dos princípios éticos e bioéticos da Enfermagem. Todas estas funções permitem-me um nível aprofundado de conhecimentos, mantendo ainda de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional. Deste modo, adquiri conhecimentos e competências que contribuíram para o meu crescimento profissional, revelando-se uma mais-valia enquanto futura enfermeira especialista.

2.1-MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS PÓS CIRÚRGICOS

O Estágio teve início no dia 22 de Abril, no qual fui recebido pelo enfermeiro responsável do serviço e pelo meu enfermeiro orientador, especialista na área Médico-Cirúrgica. Fiz uma entrevista informal, com ambos, acerca dos objetivos do estágio e as atividades a desenvolver, para atingir os objetivos delineados. Foi também realizada uma breve apresentação do serviço e da equipa.

Esta Unidade de Cuidados Intermédios Pós Cirúrgicos, estende-se em *open space* com capacidade de quatro camas, sendo uma em quarto de isolamento. É um espaço amplo e com alguma luz natural. No centro é visível um balcão de trabalho, que facilita o contacto visual permanente das unidades dos doentes, permitindo assim uma vigilância contínua dos seus parâmetros vitais. Existe também uma copa para o pessoal, com uma grande vidraça que permite visualizar a monitorização dos doentes. É uma Unidade recente, equipada com todos os meios necessários à monitorização do doente crítico. Relativamente à unidade individual do doente, cada uma contém cama elétrica articulada com colchão de pressão alterna, monitor com avaliação de parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios, um ventilador, equipamento para perfusões, sistema de aspiração de secreções e rede de gases, de acordo o que está preconizado pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos.

Os doentes admitidos nesta Unidade, são de médio risco e do foro cirúrgico, provenientes do Bloco Operatório (BO), da Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) ou do internamento de Cirurgia. São doentes com necessidades de vigilância e

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

sinalização precoce de complicações pós cirúrgicas e anestésicas e/ou estabilização das funções vitais, requerendo, parte destes, monitorização não invasiva, embora com, possibilidade de monitorização invasiva ou suporte de ventilação mecânica. O doente permanece, nesta Unidade, 48 a 72 horas, em média, até alcançar uma estabilização hemodinâmica, regressando novamente ao serviço de internamento. Agregado à Unidade, está a UCPA, que funciona como recobro, assegurada pelos enfermeiros deste serviço. Após a reestruturação sofrida, em 2013, toda a cirurgia eletiva, de várias especialidades, Cirurgia Geral, Urologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Cirurgia Plástica, se efetua nesta instituição hospitalar.

A equipa de Enfermagem é constituída por doze enfermeiros, com dois enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo um, o responsável de serviço. É uma equipa jovem, dinâmica, com espírito de grupo e interajuda. O turno da manhã decorre das oito às dezasseis horas e trinta, contando por norma com a presença de três enfermeiros, dois assistentes operacionais e um anestesista, em presença permanente. Por sua vez, o turno da tarde sucede das dezasseis às vinte e quatro horas, com a presença de três enfermeiros, dois assistentes operacionais. Finalmente, o turno da noite decorre das vinte e três e trinta às oito e trinta horas, com a presença de dois enfermeiros e um assistente operacional. Relativamente à metodologia de trabalho, é utilizado o método individual de trabalho. A distribuição é feita, no início de cada turno, pelos enfermeiros, ficando um enfermeiro responsável por cada dois doentes, sendo que o terceiro elemento fica de apoio à UCPA. A passagem de turno é realizada na presença dos enfermeiros e assistentes operacionais, permitindo, a toda a equipa escalada, e ao enfermeiro responsável do serviço, ter uma perspetiva global da situação clínica de todos os doentes internados, e das questões relativas à dinâmica do serviço.

Para atingir os objetivos propostos é essencial um conhecimento da dinâmica do serviço. Assim, a primeira semana foi de conhecimento, integração e interação com a equipa. Nestes primeiros turnos, tive a oportunidade de participar em todo o processo de admissão de doentes. Quando um doente é admitido, o enfermeiro que fica responsável pelo mesmo, inicia todo o processo de monitorização contínua dos parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios. Se o doente necessita de ventilação mecânica, procede-se à ligação ao ventilador, verificando-se se está bem adaptado ao modo ventilatório, previamente programado pelo médico. Todo este equipamento requer vários testes e verificações prévias, para quando é necessário, estarem operacionais.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Perceber todo o trajeto do doente cirúrgico, desde o pré-operatório, no qual estou familiarizada, por ser o meu contexto de trabalho atual, até chegar novamente ao internamento, foi o fio condutor deste estágio. Quis ter a percepção de todo o percurso do doente, desde que sai do internamento até regressar novamente. Passei um dia no BO, para ter a perceber a dinâmica do intraoperatório. Foi uma experiência de observação, somente de um dia, mas enriquecedora. Passei também alguns turnos na UCPA. Após o doente sair do BO, permanece nesta unidade um pequeno período de tempo, em média 1-2 horas, até ficar estabilizado e ter alta para o internamento. No recobro existe um grande movimento de entrada e saída de doentes, daí ser muito importante a gestão cuidada das camas. É necessário, em conjunto com o anestesista, priorizar cuidados, antever complicações que possam surgir, de modo que o doente esteja minimamente estabilizado para ter alta, para o internamento. No trajeto do doente cirúrgico, há uma interligação dinâmica entre estes três serviços, o BO, UCPA/Unidade de Cuidados Intermédios Pós Cirúrgicos e o internamento, e que, quando um falha, pode comprometer a dinâmica do outro, e consequentemente o doente.

Durante um turno, também tive a oportunidade de colaborar na gestão com o enfermeiro responsável do serviço, nomeadamente na gestão de materiais e de recursos humanos. Desta experiência, houve oportunidade de um momento de discussão informal, com o enfermeiro orientador e o enfermeiro responsável, sobre a importância de implementação de escalas de gravidade, do doente, particularmente, a TISS 28, valorizada como ferramenta de gestão dos recursos de Enfermagem, tendo em conta que não se aplica nenhuma escala, deste tipo, nesta Unidade. O plano de distribuição deveria ser elaborado por turno, com a distribuição dos doentes por enfermeiro, de acordo o índice de gravidade do doente e a carga de trabalho do enfermeiro, instrumentos que podem assumir-se, com importantes dimensões, numa gestão eficaz dos recursos humanos. As escalas de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, são uma ferramenta de gestão utilizada em cuidados intermédios/intensivos, sendo a TISS 28, uma das mais aplicáveis. Segundo Padilha e outros (2005), O *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS) é um sistema de medida de gravidade e de carga de trabalho de Enfermagem, criado em 1974 e atualizado em 1983, que tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de severidade e tempo dispensado pela Enfermagem para a realização de determinados procedimentos no doente crítico.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Durante o estágio, prestei cuidados personalizados ao doente crítico, tendo em conta as suas necessidades básicas, tais como higiene, conforto, segurança, comunicação, entre outras. Promovi a vigilância do estado de consciência, dos sinais vitais, de parâmetros ventilatórios e permeabilização da via aérea, registo de drenagens, administração de medicação e a manutenção da nutrição entérica/parentérica, prescritas.

O suporte e manutenção dos parâmetros vitais, são das intervenções de Enfermagem mais trabalhadas em doentes críticos, internados em UCI. Compete aos enfermeiros, vigiar, prevenir, detetar alterações pertinentes que possam provocar a instabilidade do doente, e comunicá-las ao médico, instituindo medidas necessárias para restabelecer os padrões normais do doente. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), refere as UCI, como uma área diferenciada das Ciências Médicas, pois aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de doentes em condições fisiopatológicas pretensamente reversíveis, que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais.

O enfermeiro tem responsabilidade quanto à manutenção do nível das habilidades técnicas e do conhecimento, necessário para a realização dos cuidados de Enfermagem. O crescimento da autonomia dos enfermeiros na sua prática de cuidados, veio trazer maior responsabilidade e credibilidade. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), citando o Artigo 9º do Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro:

"As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes; Consideram-se autónomas, as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade (...); Consideram-se interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas."

Em colaboração com o enfermeiro orientador, identifiquei alterações das funções vitais e complicações que comprometiam a vida do doente, colaborando no planeamento das intervenções de Enfermagem, quer autónomas quer interdependentes. Quando verificava alguma alteração suscetível de instabilidade, comunicava ao anestesista, no sentido de ser necessário alterar perfusões ou administrar alguma medicação, oportuna à situação. Senti autonomia e segurança na vigilância e a interpretação de parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios, pela experiência do meu percurso profissional, embora alguma insegurança na interpretação de parâmetros da ventilação mecânica assistida, por ser uma experiência nova para mim. Tive a oportunidade de aprofundar os meus

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

conhecimentos nesta área, relembrar os conteúdos lecionados e fazer alguma pesquisa bibliográfica, no sentido de me sentir mais segura e autónoma, na colaboração dos cuidados a doentes ventilados, nos diversos modos ventilatórios. Colaborei com o meu orientador, na vigilância da adaptação do doente ao ventilador, da expansão torácica e da necessidade de aspiração de secreções através do tubo endotraqueal. A monitorização, durante a terapia de ventilação, inclui a medição dos gases sanguíneos arteriais, na linha arterial, sendo esta uma prática executada pelos enfermeiros, desta Unidade, na qual tive a oportunidade de colaborar. A medição da pressão venosa central é realizada uma vez por turno, no lúmen distal do cateter venoso central, e todos os outros parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios, têm uma avaliação horária, nomeadamente, o balanço hídrico. Um aspeto que considero fundamental, e é uma prática constante, neste serviço, é a avaliação da dor, como qualquer outro sinal vital. A Direção Geral de Saúde (2003) considerada a dor como o 5º sinal vital. Quando o doente refere dor, é administrada medicação analgésica, conforme prescrição, e feita novamente a avaliação da dor, de hora a hora, mesmo que o doente não refira dor, para uma avaliação da eficácia da analgesia. Esta é feita de acordo com a escala numérica de 0 a 10 ou pela escala do observador, pela avaliação que o enfermeiro faz do fâcies do doente. Conhecendo o protocolo, e estando alerta, não tive qualquer dificuldade em integrá-lo nos meus cuidados, questionando sempre o doente se sentia dor, quando não era possível, tentava avaliar se tinha um fâcies de dor.

Todas as intervenções de Enfermagem realizadas tais como, a avaliação de sinais vitais, medicação administrada, valores de drenagens, avaliação da escala de coma de Glasgow, diâmetro pupilar, valores de glicemia, avaliação da dor e diário de Enfermagem estão registadas e visíveis no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). O SAPE está instituído, neste hospital, desde 2005, embora desde 2006 nesta Unidade, aquando da sua abertura. Durante o estágio, senti, por parte de alguns enfermeiros da equipa, uma falta de motivação na utilização deste sistema de informação, muitas vezes, por desconhecimento sobre as vantagens do mesmo, na visibilidade da profissão de Enfermagem. Muitos foram os momentos de reflexão, discussão e partilha, com a equipa de Enfermagem, no intuito de reforçar, positivamente, a equipa a não desistir perante as dificuldades da utilização deste sistema. Refletimos sobre as vantagens que o SAPE oferece, desde a interação com os programas informáticos médicos, de análises e exames complementares, até à

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

organização do pensamento e do próprio trabalho dos enfermeiros, através da elaboração de planos de trabalho individuais, personalizados e completos, tornando-se numa ferramenta indispensável para a prestação de cuidados, dando-lhe visibilidade.

Para a produção de conhecimento científico em Enfermagem são determinantes, e de extrema importância, os registos em Enfermagem. A utilização de registos segundo Costa (1994), contribuem para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, progressivos e contínuos. Também reforça a responsabilização e autonomia do enfermeiro, promovendo segurança, qualidade e satisfação, para quem presta cuidados, como para quem os recebe. A consolidação e a subsistência da Enfermagem, como uma profissão e disciplina científica, requerem uma atualização permanente da realidade clínica quotidiana, para que a mesma se mantenha útil à sociedade, cujas necessidades estão em permanente transformação. Têm-se desenvolvido esforços, tanto a nível das Instituições de Saúde como das equipas de Enfermagem, na tentativa de se implementarem sistemas de informação e documentação em Enfermagem, que facilitem os registos e que permitam avaliar adequadamente os ganhos em saúde, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Estando implementada na generalidade dos serviços das instituições de saúde, a utilização da CIPE® trouxe vantagens para as equipas de Enfermagem, permitindo aos enfermeiros, terem uma atuação não rotineira, fundamentada cientificamente e com base de dados exatos, concretos, organizados e registados, contribuindo para a produção de conhecimento científico em Enfermagem. Usando a linguagem CIPE® (versão BETA 2), como referencial, foi criado o SAPE, um *software* aplicacional, permitindo efetuar o planeamento e o registo da atividade, decorrente da prestação de cuidados de Enfermagem, nas Instituições de Saúde. É orientado para a atividade diária do enfermeiro, visando a organização e o tratamento de informação, processada na documentação de Enfermagem, sobre a situação clínica do doente, normalizando o sistema de registos de Enfermagem, tal como definido pela Administração Central do Sistema de Saúde (2010).

No decorrer do estágio, houve algumas situações que me marcaram, e para as quais senti necessidade de fazer uma reflexão mais exaustiva, da minha postura profissional, enquanto futura enfermeira especialista. Consigo lembrar o caso de uma senhora de 42 anos, internada após intervenção cirúrgica de urgência, por perfuração intestinal espontânea. Era uma doente saudável, desde que inicia, há um ano atrás, quadro

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

repetitivo de perfurações espontâneas, num total de três. Tratava-se de situação clínica em estudo, sem etiologia confirmada, provavelmente motivada por uma doença autoimune, aguardando-se resultados laboratoriais. A doente estava bastante debilitada e hemodinamicamente instável, apresentando bradicardia e hipotensão, sugestivo de choque séptico. No segundo dia de internamento, por agravamento da situação clínica e início de quadro febril, foi entubada endotraquealmente com suporte ventilatório assistido, colocação de cateter central e linha arterial. Houve também necessidade de apoio de aminas. Através de hemoculturas e de colheitas de expectoração, foi detetado, infeção por *Staphilococcus Aureos Meticilino Resistente*. Foi colocada, prioritariamente, num quarto de isolamento, por se tratar de um isolamento por via aérea. A infeção decorrente da prestação de cuidados continua a ser um problema atual com relevantes consequências para os doentes, profissionais e instituição de saúde. Segundo a Direção Geral de Saúde (2007), as infeções associadas aos cuidados de saúde complicam o tratamento adequado dos doentes, sendo reconhecida como causa relevante do aumento do internamento, de sequelas, do aumento da morbilidade e mortalidade, bem como de consumo aumentado de recursos hospitalares e da comunidade. Durante o período de internamento, desta doente nesta Unidade, tive a oportunidade, de um modo informal, de supervisionar, se a equipa de Enfermagem e de assistentes operacionais, atuavam de acordo com as regras da Comissão de Controle de Infeção Hospitalar (CCIH,) e se utilizavam os equipamentos de proteção individual adequados. Considerei importante consultar se o serviço tinha os protocolos delineados pela CCIH, acessíveis para consulta dos profissionais. Sensibilizei a equipa, no sentido de se utilizar rigorosamente todos os dispositivos de proteção individual, de acordo com a situação, e de se proceder, com regularidade, à lavagem das cortinas e da sua substituição, contribuindo para a assimilação de novos comportamentos, na prevenção e controlo da infeção. Deste modo, durante este período atuei sempre em conformidade com as normas da CCIH, de modo seguro e eficaz, aplicando novos conhecimentos teóricos adquiridos e sensibilizando a equipa para o mesmo.

Nos dias seguintes, houve agravamento da função renal, não respondendo a aminas. Em consenso médico, foi decidido, por se tratar de uma doente jovem com algum potencial de recuperação, transferir-se para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), por haver necessidade de fazer hemodiafiltração. Tive a oportunidade de colaborar na preparação do transporte desta doente, de acordo com as diretrizes inerentes ao

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

transporte inter-hospitalar, e, demonstrar uma intervenção adequada, tomando decisões de forma suportada. Fiz o contactado para os enfermeiros da UCIP e dei as informações detalhadas sobre o estado da doente, para que estivessem preparados para a sua receção. A preparação do transporte, implicou reunir toda a medicação e equipamento necessário, nomeadamente: mala de transporte com material de emergência, seringas infusoras, para as infusões de medicação em curso, ventilador portátil, ambu adaptado a uma fonte de oxigénio. A decisão de transportar um doente crítico, seja intra ou inter hospitais, é uma decisão que deve ser sempre ponderada, pesando os potenciais benefícios e os riscos efetivos. Tal como referido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), o transporte de um doente crítico, envolve alguns riscos, mas justifica-se pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou instituição onde o doente se encontra internado.

Nesse mesmo dia, antes da doente ser transferida, o marido veio ao serviço, após ter sido convocado telefonicamente. Foi-lhe comunicado, pelo médico que tinha havido um novo agravamento da situação clínica da esposa, e da necessidade de ir para uma unidade, com outra capacidade assistencial, mais diferenciada. Tive oportunidade de falar com o marido, prestando-lhe algum apoio emocional e transmitindo-lhe alguma confiança, encontrando-se bastante abalado com a situação, referindo não estar preparado para este retrocesso.

Alguns dias após, a doente regressou à Unidade, após tratamento de hemodiafiltração, com melhoria da função renal, mas requerendo um nível de vigilância diferenciado. Com melhorias e retrocessos, dá-se novo agravamento do quadro clínico, apresentando falência multiorgânica. Prognóstico muito reservado com ordem de não reanimar.

Os avanços tecnológicos podem trazer alguns benefícios à humanidade, por outro lado, podem produzir verdadeiros dilemas éticos no mundo da saúde. Na prestação de cuidados existe uma ambiguidade de razões e emoções, entre a busca incessante do tecnicismo e o respeito pela individualidade do doente. É neste âmbito que a intervenção da bioética é necessária, reconquistando os valores humanos, pois tal como refere Correia (1996), a atual situação tem demonstrado a urgência de um marco referencial ético em relação à prática da Medicina e da assistência de saúde, que responda, entre outras questões, à despersonalização e à tecnicidade dos cuidados nos hospitais. Numa UCI apesar dos recursos disponíveis, nem sempre é possível vencer a

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

doença e não permitir a morte chegar, razão pela qual em determinadas situações é decidido suspender o tratamento. Acredito que nós, profissionais de saúde, necessitamos de despertar para o alicerce da bioética, revendo a nossa prática, no campo da atuação, bem como os valores e atitudes, numa busca incessante do ser humano, em todas as suas dimensões, biológica, psicológica, espiritual, política ou social. Em vários momentos no nosso percurso profissional contactamos com situações que exigem decisões éticas, no sentido de se prosseguir ou não o tratamento e o suporte da vida. Até onde levar o “encarniçamento” terapêutico? E quando desistir? Esta fronteira entre a eutanásia e a distanásia levou-me a refletir sobre os valores éticos e humanos que envolvem o cuidar em terapia intensiva, partilhando estes pensamentos com o enfermeiro orientador e os colegas do serviço. A doente veio a falecer ao fim de 35 dias de internamento.

De acordo com as atividades desenvolvidas, posso concluir que atingi um dos objetivos delineados, ou seja, ***prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente crítico, do foro cirúrgico, e sua família.*** Mais especificamente, permitiram-me desenvolver competências, como a reflexão na e sobre a prática, de forma crítica, manter, de forma contínua, o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional e ainda tomar decisões de acordo com o código deontológico dos enfermeiros, atendendo às evidências científicas da situação e responsabilidade moral, ética e social. Ajudaram-me a demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família, na minha área de especialização. Abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionado com o doente e família e estabelecer prioridades de atuação na assistência de Enfermagem ao doente crítico. Mantive uma participação ativa nos cuidados, o que me possibilitou demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da Médico-Cirúrgica. Demonstrei capacidade de gestão dos cuidados e de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Reagi perante situações imprevistas e complexas. Zelei pelos cuidados prestados, exercendo supervisão do exercício profissional.

Outro dos objetivos específicos que pretendi atingir neste estágio foi ***aprofundar competências relacionais e de comunicação com o doente crítico, do foro cirúrgico, e sua família, em contexto de cuidados intermédios.*** Os enfermeiros, numa UCI, têm um papel importante a desenvolver, no aspeto relacional, no que concerne ao envolvimento da família, no apoio psicológico e afetivo, ao doente internado. A presença da família é vista como fundamental na recuperação do doente, pois, será o elemento que dará

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

continuidade aos cuidados ao mesmo, nas atividades de reabilitação, no ambiente hospitalar e domiciliário, mantendo o contato com a equipe. O envolvimento da família, por parte de equipa, tanto médica como de Enfermagem, no processo de cuidados ao doente, é uma prática frequente nesta unidade, dando a devida importância às situações críticas que alguns doentes apresentam.

No caso clínico, descrito anteriormente, o envolvimento do marido foi sempre uma prioridade da equipa. Foi devidamente informada do agravamento da situação clínica da doente, no sentido de a preparar para uma morte eminente. Foi envolvido neste processo de consciencialização de que a morte é o fim de um ciclo, que tem de ser encarado, garantindo ao doente/família toda a dignidade. Nestes momentos, tive a oportunidade de estabelecer uma relação de empatia e confiança com o marido. É inevitável não nos colocarmos na “pele” destas pessoas e pensarmos que poderíamos estar na mesma situação. Mas, como refere Phaneuf (2005), diante de situações penosas de alguém que vive uma doença, somos levados a apiedar-nos também a sofrermos com a pessoa. Na nossa conduta não é repreensível emocionarmo-nos, mas é necessário percebermos a distinção entre “simpatia” em que sofremos com a pessoa e “empatia”, que como refere a mesma autora(2005 p.347)

“(…) é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda, que percebe a dificuldade da pessoa ajudada, como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive e da forma como o vive, e que lhe leva o reconforto de quem tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções”.

Na nossa conduta, como profissionais, só com um comportamento empático podemos ajudar o doente/família a ultrapassar momentos difíceis. Não podemos viver as emoções dos outros mas estar “lado a lado” com os outros, que precisam de nós. Para tal, a comunicação é um instrumento muito importante no relacionamento com o doente, família, pessoa significativa e na própria equipa multidisciplinar.

Durante o horário das visitas, tive a oportunidade de contactar com outros familiares de doentes internados, tendo a preocupação de os informar sobre os cuidados a ter, à entrada e saída do serviço. Realizei ensinamentos informais, relativamente à necessidade da lavagem das mãos e utilização correta dos equipamentos de proteção individual, esclarecendo a sua importância e as suas dúvidas. Sempre que possível, respondi ao que me questionavam acerca do doente, de forma clara, estabelecendo uma relação de ajuda e de apoio.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Também a comunicação interpessoal, numa UCI, é um aspeto fundamental na prestação de cuidados ao doente crítico. A comunicação entre o profissional prestador de cuidados e a pessoa cuidada, baseia-se num processo bidirecional, em que um e outro se influenciam, mutuamente, havendo ganhos para ambas as partes. A qualidade da relação, estabelecida entre o enfermeiro e o doente, vai influenciar uma aproximação e uma colaboração, tendo em vista, o conhecimento, por parte do enfermeiro, dos sentimentos e problemas do doente, elaborando soluções e encontrando caminhos, para a sua recuperação. A comunicação torna-se mais dificultada, entre ambos, quando o doente apresenta incapacidade, permanente ou temporária, em comunicar, caso do doente submetido a ventilação invasiva. Como refere Moleiro *et al* (2000 p.19) “Um dos principais fatores de “stress” para um doente submetido a ventilação mecânica, é o compromisso da comunicação. Não só pelo facto de ser difícil expressar-se como também, ser compreendido por parte dos técnicos.” A comunicação com o doente consciente e entubado endotraquealmente é um desafio para a Enfermagem. Há toda uma problemática que envolve a dificuldade do doente em expressar as suas dúvidas, os seus medos, de colocar questões ou manifestar as emoções, da forma a que se habituou a fazer. Para Wojnicki-Johansson (2001 p.29), “Os doentes que estão conscientes e têm a noção do seu próprio tratamento e condições, incluindo a UCI, mas impossibilitados de comunicar de uma forma verbal, normal, com os familiares e o pessoal, põem problemas à Enfermagem”. O nosso papel, tal como nos diz Sá e Machado (2006), é encontrar outra forma de comunicação, e proporcionar-lhe métodos, processos alternativos para comunicar, para que se possa expressar, da forma mais clara possível, diminuindo assim o seu stress provocado por toda a sua situação patológica. No sentido de facilitar a comunicação, Santos e Torrão (2002 p.7), referem que “Podemos combinar com o doente sinais tão simples como abrir/fechar os olhos ou olhar para cima ou para baixo como resposta afirmativa ou negativa às nossas questões”. Como refere Sá (1999 p.29), o enfermeiro “Poderá mostrar também uma tabela de frases que inclua as comunicações mais frequentes do doente, tais como «aspire-me a boca», «dê-me água», «faça-me uma massagem nas costas», etc.”. As técnicas com lápis e papel ou o «quadro mágico», letras, alfabetos, ou desenhos, através dos quais, o doente possa indicar o que quer dizer, ou a leitura de lábio, podem ser utilizados, em doentes entubados endotraquealmente, como elementos facilitadores da comunicação.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Recordo o caso, de um doente de 76 anos, submetido a hemicolectomia à direita por neoplasia do cólon. Quando o doente saiu do BO, teve necessidade de manter ventilação assistida durante um dia. Após melhoria do quadro clínico, foi extubado, tendo permanecido algumas horas consciente e entubado endotraquealmente. Tive a oportunidade de comunicar, com este doente, horas antes de ser extubado. Mostrava no seu rosto a vontade de falar, mas nem sempre era compreendido, mostrando uma revolta na sua expressão, voltando a cara ou encolhendo os ombros. Olhando para o rosto do doente, olhos nos olhos, segurando-lhe na mão, tentava percebê-lo e fazer-lhe ver que também para nós era complicado lidar com essa situação, mas que não íamos desistir de o compreender. Falando sempre, alto e pausadamente, de frente para o doente, tentava fazer questões simples, que o doente respondia por gestos ou acenava a cabeça. Citando Levinas (2000 p.79), “Rosto e discurso estão ligados. O rosto fala”. Tentei que comunicasse através da escrita ou de desenhos, mas o doente não sabia escrever, segundo a informação da colheita de dados. Foi uma experiência muito rápida, tendo em conta que o doente foi extubado nesse turno, sem a oportunidade de tentar outras formas alternativas de comunicação, como utilizar o conjunto de imagens, existente no serviço. A temática em causa foi alvo de reflexão e discussão, com os colegas e com o enfermeiro orientador, relatando-se também outras situações que experienciaram. Sensibilizei a equipa para a importância da implementação de estratégias alternativas de comunicação, incentivando-as a utilizarem o “quadro mágico”, o conjunto de imagens e abecedário que têm no serviço. A equipa manifestou, que na realidade se esqueciam que tinham esse material e, alguns mais novos, até desconheciam que existia.

Ao desenvolver atividades no sentido de estabelecer com o doente e família uma relação de proximidade e empatia, permitiu-me aprofundar competências relacionais e de comunicação com o doente/família e demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação, recorrendo à forma verbal/não verbal, no relacionamento terapêutico com os mesmos, respeitando as suas crenças e cultura. Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com doente/família e pessoa significativa, tendo desenvolvida uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente, que refletiu a iniciativa e a criatividade na interpretação e resolução de problemas. Perante a problemática da comunicação não verbal, avaliei a adequação dos diferentes métodos de análises de

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada.

Por fim, outro dos objetivos específicos do meu estágio visava *sensibilizar a equipa de enfermagem, para a importância da gestão do risco clínico, nomeadamente na prevenção do erro de administração de medicação, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, em contexto de cuidados intermédios*. Tanto o enfermeiro responsável do serviço como o enfermeiro orientador, acharam, a temática, interessante e pertinente, tendo em conta que o serviço se encontra em processo de acreditação, sendo que a sensibilização da equipa de Enfermagem para a mesma, seja de carácter obrigatório e contemplado como um dos objetivos do serviço.

Dentro do grande tema da gestão do risco clínico, foi direcionada e aprofundada a área da farmacovigilância, nomeadamente na prevenção de erros de preparação/administração de medicação, em contexto de cuidados intensivos. Nas UCI, pela complexidade da terapêutica, o uso de inúmeros medicamentos potencialmente perigosos administrados, associado à gravidade e instabilidade clínica dos doentes, os erros de preparação/administração de medicação, na prática de Enfermagem, e as suas consequências para o doente, merecem particular atenção, justificando uma análise focalizada desta temática.

Foram realizadas duas sessões de sensibilização à equipa de Enfermagem sobre a “Gestão do risco clínico na segurança do doente”, nos dias 14 e 18 de Junho às 15 horas, nesta Unidade. Foi feita a divulgação prévia e alguma sensibilização aos colegas, pela importância de estarem presentes e pelo desconhecimento dos mesmos, sobre a temática. Esta formação teve como objetivos, sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da gestão do risco clínico na segurança do doente, para a melhoria da qualidade dos cuidados, e sensibilizar a mesma para a importância da notificação de incidentes/eventos adversos. A afluência, nestas duas sessões, foi de 100% da equipa, com a presença de 13 enfermeiros. Fiquei muito contente com a adesão da equipa, demonstra que consegui “cativar” os colegas e que lhes consegui suscitar alguma “curiosidade” em torno desta temática, desconhecida por muitos. A sessão teve a duração de 30 minutos, através de método expositivo, com a apresentação de um *power point* (apêndice I). Houve também a participação dos colegas, durante a sessão, com partilha de algumas experiências. Foi também apresentado um póster de sensibilização

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

sobre a prevenção do erro de preparação/administração de medicação, intitulado “Dê tolerância zero ao erro de medicação...aposte na prevenção” (apêndice II). A temática foi trabalhada de um modo perceptível, com o conteúdo teórico essencial e importante, com cores contrastantes, de modo a cativar mais o leitor.

No final, houve uma reflexão em conjunto sobre tudo o que foi apresentado. Fiquei muito satisfeita com os comentários no final da sessão, pois, de uma maneira geral, todos acharam pertinente as temáticas abordadas e conseguiram perceber qual a sua importância, como alguém disse: “consegui perceber o que é gestão do risco e arrumar as minhas ideias sobre todos estes conceitos, que muitas vezes nos baralham”. Os colegas acharam que os conteúdos estavam muito bem organizados, perceptíveis e os slides, muito chamativos. Em relação ao póster, acharam que estava muito bem concebido e que iria ser colocado junto do local onde se prepara a medicação. Vale a pena quando conseguimos mudar algo, mesmo que seja pouco....mas o pouco pode fazer a diferença...

Foi feita a avaliação da sessão pelos colegas, através da grelha de avaliação, com base numa escala de *likert* de 6 níveis de satisfação (1nunca/6sempre), instituída pelo departamento de formação da instituição (anexo I), e o respetivo o tratamento de dados. Com os resultados obtidos, este objetivo foi claramente alcançado, tal como nos mostram os indicadores de resultado, sendo que a avaliação da satisfação da formação apresenta uma média de 5,7 e a avaliação da atuação do formando, uma média de 5,8 (apêndice III)

A formação em serviço deve ser concebida como um instrumento de mudança, quer dos comportamentos e atitudes individuais, quer das próprias estruturas. Enquanto estratégia, é vista como um meio de promover a mudança, mediante a transmissão de um saber, de um saber fazer ou de um saber ser, pois a formação efetuada nos contextos de trabalho expõe ideias, aquisição de conhecimentos, valores e desenvolve capacidades e atitudes.

Ao desenvolver estas atividades, no âmbito da formação, adquiri competências, na resolução de problemas, com vista a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Identifiquei necessidades formativas, promovendo a formação em serviço na área de Médico-Cirúrgica e o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros. Demonstrei capacidade em comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

acadêmico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim com outras evidências. Demonstrei capacidade em avaliar a adequação dos diferentes métodos de análises de situações complexas, segundo uma perspectiva acadêmica avançada e compreensão relativamente às implicações da investigação na prática, baseada na evidência.

Após esta experiência em cuidados intermédios, fiquei mais sensibilizada para a pertinência da temática da “prevenção do erro de medicação”, participando recentemente na apresentação de um póster no II Encontro de enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros, nos dias 24 e 25 de Janeiro de 2014 (apêndice IV). Este póster foi trabalhado com o intuito de divulgar a revisão sistemática da literatura, realizada anteriormente, tendo como título “ Erros de preparação/administração de medicação na prática de enfermagem, em contexto de cuidados intensivos. Que estratégias?”. Esta apresentação deu-me a oportunidade de comunicar os resultados da minha investigação aplicada a audiências especializadas e posteriormente, participar e promover a investigação em serviço, na minha área de especialização.

Todas as atividades anteriormente desenvolvidas, perante a diversidade de situações que surgiram, permitiram alcançar o meu objetivo geral, contribuindo para o *desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados, à pessoa em situação crítica, e sua família, em contexto de cuidados intermédios/intensivos*. As múltiplas oportunidades que tive nesta área, permitiram-me gerir e interpretar de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da formação pós graduada. Adquiri conhecimentos e aperfeiçoei competências, contribuindo para o meu crescimento profissional, revelando-se uma mais-valia enquanto futura enfermeira especialista.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

2.2 - MÓDULO I –SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

O Estágio teve início no dia 27 de Setembro, no qual fui recebido pela enfermeira responsável e pela enfermeira que colabora na gestão do serviço. Fizemos uma breve apresentação do serviço e da equipa. Foi-me apresentada a enfermeira que iria ser a minha orientadora, especialista na área Médico-Cirúrgica, com quem realizei uma entrevista informal, sobre os objetivos do estágio e a possibilidade de atividades a desenvolver, para atingir as competências necessárias.

Este estágio, foi realizado num serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (UMC), de um hospital da zona Centro, com atendimento diferenciado em recursos humanos e tecnológicos. Iniciando-se o circuito do espaço físico, desta UMC encontramos uma zona de triagem, com dois postos de Enfermagem e dois postos de triagem médica. Contígua a estas, existe uma sala de administração de medicação, uma sala de espera para crianças e uma sala de observação, para onde são encaminhados os doentes com a cor azul, verde e amarelo, que estão ao cuidado dos médicos da triagem. Quando estes doentes necessitam de ser observados por um médico da especialidade, vão para a zona intermédia. Na zona intermédia, existe uma sala para os doentes com triagem laranja, duas salas para os doentes triados com a cor amarela e uma sala de emergência. O facto de os doentes serem divididos em salas diferentes, de acordo com a cor atribuída na triagem, faz toda a diferença na organização do serviço, existindo, deste modo, uma melhor vigilância dos doentes, de acordo com a complexidade da situação clínica. Há ainda uma sala de gessos, utilizada pela Ortopedia, e uma sala de pequena Cirurgia. Há também uma sala de observação (SO) de Medicina Interna, com doze camas, e uma de Cirurgia Geral, com oito camas. Nestes dois SO, constatei que não existia nenhum espaço específico para doentes que necessitem de isolamento, sendo que estas zonas são de extrema importância, pois permitem criar barreiras físicas, de níveis variáveis, de modo a limitar ou mesmo suprimir a transmissão de agentes infecciosos, que podem ser estabelecidas, de doente para doente, de doente para os profissionais de saúde, e destes para o doente. Questionei a enfermeira responsável sobre a inexistência das mesmas, respondendo que, após uma reestruturação recente, foi necessário aumentar o número de camas dos SO, suprimindo-se os isolamentos, havendo somente isolamento de barreira, através das cortinas entre as camas. Os casos de doentes com necessidade de isolamento

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

de via aérea, seriam prioritariamente internados. Quando confirmada a infecção, é informada a CCIH e preenchidos os respetivos impressos para a notificação da situação de isolamento. Existem protocolos de atuação perante situações de doentes contaminados para a manutenção da segurança, quer dos doentes/família quer dos profissionais de saúde, elaborados pela CCIH, dos quais já me sentia inteirada.

Em todos os isolamentos, é da responsabilidade dos profissionais de saúde, as precauções a adotar e o tipo de orientação/educação para a saúde e informação, sobre a situação, para o doente/família. Hesbeen (2000, p.42) afirma que "... é importante ter sempre presente que não basta ter recursos pessoais de alto nível e condições de trabalho perfeitas para garantir o surgimento e a manutenção do desejo de qualidade". Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006, p.20), "...a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de Enfermagem" e para tal envolve um conjunto de medidas com um "largo espectro de ação", dos quais se destaca "(...) a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco (o que inclui o controle de infecção, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos e a manutenção de um ambiente de cuidados seguros)", acrescentando ainda a necessidade de conhecimentos científicos. As infeções nosocomiais ou infeções contraídas no hospital são definidas por Wilson (2003, p.53) como "(...) toda a infeção que se desenvolve em consequência do tratamento no hospital, de que o doente não sofria nem estava em incubação no momento da admissão no hospital." As infeções contraídas no hospital são consideradas como um indicador de qualidade, e como tal, espera-se que os profissionais de saúde se responsabilizem por manter um nível elevado de padrões de atuação.

A equipa de Enfermagem é constituída por cinquenta e dois enfermeiros, dividida em oito equipas. Cada equipa é constituída por cinco/seis elementos liderados por um chefe de equipa. Nos turnos diurnos a equipa do SU funciona com dez enfermeiros distribuídos pelas várias salas, ou seja, um no posto de triagem e outro na sala de administração de medicação, que é o 2º elemento da triagem, três na área médica, um na sala dos laranjas, três na área cirúrgica/ortopedia e um na sala de Emergência/Trauma, que também é o responsável de turno, dando apoio aos colegas na área laranja, ou noutra sala que seja necessário. Um dos enfermeiros da área médica e o enfermeiro da sala dos laranjas são o segundo e o terceiro elemento da sala de emergência. No turno da noite, a equipa funciona apenas com sete enfermeiros, uma vez que é retirado um do

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

gabinete de triagem, um do SO cirúrgico e o primeiro elemento da sala de Emergência/Trauma, assegurado pelo enfermeiro destacado para a sala dos laranjas.

A equipa de Enfermagem, em que fiquei integrada, é jovem e dinâmica, com espírito de grupo e interagida, o que foi determinante na minha adaptação ao espaço físico e na minha orientação nas diferentes áreas. Desde o primeiro dia de estágio, colaborei com a equipa multidisciplinar, demonstrei sempre disponibilidade para ajudar, autonomia, tentando ser parte integrante da equipa, em que estava inserido.

Num dos primeiros turnos, tive oportunidade de estar no posto de triagem com a enfermeira orientadora. Esta UMC utiliza a triagem de Manchester. Este sistema de triagem permite a identificação da prioridade clínica e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica, caso a caso, quer em situações de funcionamento normal, quer em situações de catástrofe. É identificada a queixa inicial do doente e a seguir o respetivo fluxograma de decisão, existindo ao todo cinquenta e dois fluxogramas certificados a nível internacional. Perante a identificação do discriminador relevante, determina-se a prioridade clínica com a respetiva cor de identificação. É realizada por enfermeiros que tenham o curso da responsabilidade do Grupo Português de Triagem. Os gabinetes onde é realizada a triagem, apresentam todas condições de privacidade no atendimento ao doente, pois são fechados, não sendo interrompidos pelo “burburinho” da circulação de funcionários e doentes. Fazer triagem, apesar de breve, é complexo, pois não consiste apenas em atribuição de prioridade e encaminhamento, mas implica também a avaliação objetiva do que é descrito pelo doente, não descurando também o seu comportamento e atitude, perante o que o trás à urgência. A conversa com o doente, torna-se demasiado rápida, podendo ser descurados alguns aspetos importantes, na identificação das necessidades de cuidados. O enfermeiro que faz a triagem, sente alguma pressão, por parte dos doentes, relativamente ao tempo de espera, por parte dos bombeiros e pela equipa médica. Também os algoritmos deixam pouca autonomia de decisão ao enfermeiro, sendo o tempo despendido, com cada doente, escasso. Tive oportunidade de me inteirar de alguns protocolos instituídos nesta UMC, que dão orientações de atuação na triagem de Enfermagem, por exemplo perante o algoritmo de dor torácica, podendo o enfermeiro requisitar, de imediato, um ECG, ou requisitar um RX, perante um doente vítima de monotrauma, possibilitando a redução no tempo de espera do doente, e aumentando a celeridade de atuação da equipa. Assim, quando o doente chega à triagem médica, já

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

leva alguns exames complementares, que podem ser decisivos para o diagnóstico do mesmo. Consegui perceber a dificuldade que o enfermeiro sente quando tem que acionar um dos cinco protocolos, pois tem que consultar quais os exames complementares a pedir ou qual o fluxograma que é contemplado no protocolo. Como é demasiada informação para reter mentalmente, e sendo a triagem um ato que não deve ser demorado, o enfermeiro tem que consultar os protocolos que estão afixados num placard. A certa altura reparei que alguns estavam afixados no placard mas outros estavam na gaveta, o que demonstrava, até perante o doente, uma certa desorganização. Achei que seria interessante fazer um *flyer* (apêndice V), para colocar na secretária com cores chamativas e de fácil leitura, de modo a que o enfermeiro da triagem tivesse, num único instrumento, uma compilação dos cinco protocolos, facilitando o seu trabalho de consulta. Após falar com a enfermeira orientadora e com a enfermeira responsável do serviço, sobre esta situação, acharam muito interessante e de grande utilidade, para quem está no posto de triagem.

No controlo de riscos, como uma parte importante da estrutura de gestão de um serviço de urgência e controlo de segurança dos doentes, também estão instituídos outros protocolos de Enfermagem, como a avaliação do risco de queda e avaliação da integridade cutânea do doente. Estes implicam uma abordagem sistematizada, na identificação dos fenómenos que têm consequências negativas, quer para os doentes, quer para os profissionais de saúde, para a implementação de medidas de controlo dos mesmos e para providenciar a criação das estruturas e manuais de procedimentos adequados, para além de serem um importante indicador de qualidade. Deste modo, para se aplicarem medidas de prevenção, de forma eficiente e individualizada, torna-se necessário avaliar o risco individual do doente. Segundo Schwendimann, Geest e Milisen (2006), a Escala de Morse é uma escala de avaliação simples e rápida e a mais usada, para avaliar o risco de queda. Essa escala exige uma avaliação confiável e sistemática dos fatores de risco de queda do doente. Esta escala categoriza o risco em “baixo” e “alto” risco de queda. Fui-me familiarizando com o preenchimento destes impressos, e da vigilância que o doente de alto risco de queda, requer na nossa atuação, nomeadamente, na prevenção da mesma. É colocada uma pulseira de cor azul para identificar o alto risco. Neste processo é muito importante o ensino ao doente, para não se levantar sozinho e solicitar sempre a ajuda de alguém, despertando nele a possibilidade de cair, mantendo o doente em segurança.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Durante os primeiros turnos, estive na sala dos doentes triados com laranja, prestando cuidados a doentes com patologias do foro médico, cirúrgico e politraumatizados. São doentes mais instáveis, que requerem uma vigilância constante e rigorosa, e, que a qualquer momento, podem complicar o seu quadro clínico, sendo importante fazer o despiste atempado destas complicações. Senti essa autonomia desde o início, talvez pela segurança na abordagem de doentes com patologias do foro médico e do foro cirúrgico, tanto nas intervenções de Enfermagem, como na terapêutica, pois, grande parte do meu percurso profissional, foi num serviço de Medicina Interna e atualmente na Cirurgia Geral.

Relembrando algumas situações, tais como, o de um doente com edema agudo do pulmão, com dificuldade respiratória acentuada, SPO₂ 80%, taquidistritmia, apresentando sinais de exaustão. Avaliando a situação e antevendo uma situação de peri-paragem, alertei a equipa médica, que respondeu de imediato. Administrados diuréticos, corticoterapia, inaloterapia, tendo o doente estabilizado e transferido de seguida o doente para a SO.

Outra situação de uma doente com uma fibrilação auricular a fazer perfusão de amiodarona a 3cc/h com frequências cardíacas (FC) que oscilavam entre os 90-100 ppm com traçado arritmico. Após algumas horas de perfusão, reverte o traçado para ritmo sinusal com FC entre os 70-80 ppm. Alertei o médico para a situação, prevenindo complicações que pudessem ocorrer. De imediato, o médico, deu indicação para suspender a amiodarona tendo transferido a doente para o SO médico. Tendo em conta que um serviço de Urgência tem um grande afluxo de doentes, a equipa médica nem sempre está em contato com o doente, cabendo-nos, a nós enfermeiros, vigiar a situação do doente e alertar o médico para as complicações, antevendo situações gravosas. Deste modo, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tem, na área do doente crítico, um papel de intervenção importante, pela sua formação especializada tanto técnica, científica, relacional e ética, permitindo-lhe lidar com situações complexas.

Durante os dias que se seguiram tive a oportunidade de ficar no SO médico e SO cirúrgico. Relembro uma situação de uma doente jovem de 22 anos à qual foi diagnosticada uma doença de Crohn. A doente e a mãe, apresentavam-se bastante ansiosas, devido ao diagnóstico, desconhecendo o modo como lidar com esta patologia, e muito preocupada face ao futuro. Durante o seu ciclo da vida a pessoa pode sofrer

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

transições que requerem adaptações na busca de bem-estar e equilíbrio. Segundo Meleis (1997, p.31) “Transição significa uma mudança na condição de saúde, (...) requerendo, por isso, que as pessoas incorporem novos conhecimentos, modifiquem comportamentos(...)”. Ainda segundo a mesma autora (Meleis et al, 2000) o papel dos enfermeiros é entender o processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar. Prestei apoio emocional à doente e à mãe, esclarecendo-as em linhas gerais sobre o que é a doença de Crohn, realizando alguns ensinamentos informais. Enfatizei a importância de fazer algumas mudanças nos seus hábitos alimentares para controle da doença e de adaptar a sua vida pessoal e profissional, em termos futuros, tentando sempre encorajá-las a aderir ao regime terapêutico. A adesão a um regime terapêutico geralmente exige que a pessoa faça uma ou mais alterações no estilo de vida para empreender atividades específicas, como sejam tomar a medicação prescrita, manter uma dieta saudável, aumentar o exercício e manter uma vigilância do seu estado.

As atividades desenvolvidas com vista a adesão ao regime terapêutico, adotando estratégias de comunicação, argumentação e negociação permitiram desenvolver competências, demonstrando consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e família e refletindo na e sobre a prática, de forma crítica e demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família.

Para a realização dos meus objetivos também foram importantes as situações que se desenrolaram na sala de emergência. A sala de emergência fica junto à porta principal, o que permite um rápido atendimento do doente emergente. Tem duas unidades de atendimento, com possibilidade de abertura direta para o BO. Esta sala reúne todo o equipamento e material, para receber qualquer doente adulto ou criança. Em todos os turnos, ficam destacados três elementos da equipa de Enfermagem, e um médico especialista, todos com formação creditada em suporte avançado de vida. Devo elogiar a organização e o empenho, desta equipa, na sala de emergência...sem gritos, nem atropelos ou multidões... primando pela competência, desempenhando cada um, o seu papel. Tive oportunidade de acompanhar várias doentes na sala de emergência, assegurando a manutenção da via aérea, a monitorização dos parâmetros vitais, na recolha de sangue para análises, no acondicionamento dos bens do doente e mesmo na informação aos familiares. Na maior parte das vezes, e mesmo em situações mais

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

complexas, senti-me parte integrante da equipa de emergência, colaborando na prestação de cuidados ao doente crítico, mobilizando os conhecimentos dos algoritmos de suporte básico e avançado de vida, e de alguma prática anterior, sentindo-me segura no apoio que prestei, nas situações de emergência que experienciei. Foi mais complexo colaborar nas situações de trauma ou com crianças, por serem áreas em que não tenho experiência anterior, sentindo-me mais insegura e menos autónoma.

No conjunto das atividades desenvolvidas, perante a diversidade de situações que surgiram, contribuíram para o desenvolvimento de competências de modo a ***prestar cuidados de Enfermagem especializados ao doente crítico, e sua família, em contexto de urgência/emergência***. Para além das competências referenciadas, as atividades desenvolvidas permitiram-me demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos e abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o doente e família. A minha atuação perante as várias situações descritas, proporcionou-me uma tomada de decisão fundamentada, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas. Mantive uma participação ativa nos cuidados, o que me possibilitou demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área da Médico-Cirúrgica, capacidade em estabelecer prioridades de atuação na assistência de Enfermagem ao doente crítico e na gestão dos cuidados. Zelei pelos cuidados prestados, demonstrando uma capacidade de trabalho, adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar. Reagi perante situações imprevistas e complexas, nomeadamente situações de urgência/emergência. Em cooperação com a enfermeira orientadora, demonstrei capacidade em liderar a equipa de prestação de cuidados, em turnos de coordenação.

Outro dos objetivos específicos delineados visava, ***aprofundar competências relacionais e de comunicação com o doente, em situação crítica, e sua família, em contexto de urgência/emergência***. A nossa interação com o doente, numa situação crítica, é uma delicada tarefa, porque nos confrontamos com alguém que sente angústia, medo, algumas vezes perante a ameaça de morte, a perplexidade diante do desconhecido absoluto. Deste modo, a comunicação que se estabelece entre ambos, torna-se de extrema importância, mesmo que por vezes encontremos alguns obstáculos. Deste modo, é necessário estarmos despertos, para podermos ultrapassá-los. A comunicação com o doente permite-nos “pôr em comum”, “estar em relação com”, “trocar ideias, sentimentos e experiências”, sendo que a nossa atitude na comunicação com os outros,

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

obriga a uma concordância entre a mensagem verbal e a mensagem não-verbal, para que a comunicação seja eficaz. A comunicação eficaz, também designada por alguns autores como comunicação terapêutica, consiste num processo recíproco entre enfermeiro e doente, em que o enfermeiro utiliza os seus conhecimentos científicos e as suas habilidades profissionais para ajudar o doente, de forma útil e individualizada. Por outro lado, esta interação enfermeiro/doente não será só benéfica para o doente, mas também para o enfermeiro, que desenvolve e aprofunda as suas competências, na área relacional. O enfermeiro deve desenvolver capacidades para ouvir e compreender o doente, deve mostrar-se atento ao seu comportamento, incluindo todas as atitudes que o mesmo demonstra, quer sejam verbais ou não verbais, visto que a linguagem não-verbal, transmite-nos, tanto ou mais, do que a linguagem verbal. Temos de estar disponíveis para escutar ativamente. A escuta ativa implica uma atenção constante e total, uma sensibilidade e percepção apuradas, para que se consiga ouvir o que o doente diz, mas sobretudo, “o que ele não diz”. Para levar a cabo todo esse processo complexo, é requerida toda uma habilidade, treino e dedicação por parte do enfermeiro, na qual é essencial a relação de ajuda. Também o estado físico e emocional do doente pode afetar a sua capacidade de comunicação, podendo mesmo não conseguir ordenar o pensamento de forma satisfatória, a fim de elaborar a mensagem, que quer transmitir. O enfermeiro, pelo lugar que ocupa na equipa de saúde, como o elemento que permanece mais tempo junto do doente, tem uma posição privilegiada na compreensão do doente, com o objetivo de o ajudar a satisfazer as suas necessidades, e só o conseguirá se conseguir ganhar a sua confiança. O primeiro contacto do enfermeiro com o doente, e a forma como este se apresenta, são determinantes para o sucesso da comunicação. O enfermeiro tem que criar um ambiente acolhedor e para isso deverá apresentar-se, tratar o doente pelo nome, olhar-lhe nos olhos enquanto fala, sorrir, para que o doente perceba que não está sozinho, e que o enfermeiro está ali disponível para o ajudar.

De uma maneira geral, pelo que vivenciei neste estágio, constatei, com agrado, que quase toda a equipa está sensibilizada para a comunicação, para a relação de ajuda e apoio emocional, para com o doente e família, que vivenciam situações bastante intensas e de grande ansiedade, mesmo que, por vezes, a falta de tempo e o grande afluxo de doentes, sejam condicionantes. Durante o estágio, tive muitas oportunidades de contacto com o doente crítico e com a família, que me permitiram aprofundar as minhas competências relacionais e de comunicação. Nesta UMC, a maioria dos doentes

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

que recorrem ao serviço de urgência são idosos, devido ao Concelho ter uma população bastante envelhecida.

Recordo o caso de um doente de 78 anos, que deu entrada no SO médico por suspeita de AVC, com uma afasia de expressão, embora aparentemente com a compreensão íntegra e com uma hemiplegia à esquerda. Tentei perceber qual o nível de incapacidade comunicativa do doente, tentando comunicar com o mesmo. Mas a sua expressão era de revolta, de isolamento, não querendo nem olhar para mim. Eu entendi a sua mágoa, tentando-lhe dizer que estava ali e que não estava sozinho. Queria falar com ele, queria percebê-lo para o poder ajudar. Não desisti, nem demonstrei impaciência, dei-lhe espaço. Tentei de novo. Aproximei-me, peguei numa cadeira junto a ele, olhei para os seus olhos, peguei-lhe na mão e falando alto e pausadamente, tentei que me percebesse. No início, vi de novo a revolta mas por fim percebeu que poderia ajudá-lo. Dei-lhe uma caneta e um papel, para que pudesse escrever, respondendo a pequenas questões.

Particularmente com os idosos, a comunicação nem sempre “flui” da melhor forma, existindo por vezes obstáculos a uma comunicação eficaz, como é o caso dos doentes limitados ou impossibilitados de comunicar verbalmente. Para Silva (2012), “Uma comunicação verbal eficaz com o idoso é necessário que o profissional não tenha preconceitos sociais e não trate o idoso de forma fragilizada e infantilizada. Este tipo de comportamento despersonaliza o idoso que é um ser maduro e vivido”. O enfermeiro deve refletir sobre a sua atitude, a sua postura perante o doente, visto que, tendencialmente, quando o doente não consegue comunicar verbalmente e o entendimento se torna difícil, cai-se no erro de o demonstrar através de sentimentos de impotência que transparecem no rosto ou através de comentários. Expressões de aborrecimento, impaciência, sinais de desistência e incapacidade, como por exemplo, o desviar o olhar ou afastar-se, irão constituir mais barreiras à comunicação, dificultando ainda mais o processo. Devemos promover os meios de comunicação adequados às suas diferenças e às suas diferentes necessidades.

Também a hospitalização do idoso, causa impacto na família, exigindo uma reorganização das suas rotinas. Para Pereira *et al* (2013), a doença, é um acontecimento stressor, que produz efeitos no doente e na família, e esta, ao vivenciar a crise, experimenta inicialmente um desequilíbrio, provocando alterações ao seu funcionamento normal que levam a um processo de reorganização familiar. Ainda, segundo o mesmo autor, o cuidador familiar surge com o papel importante de

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

manutenção da autonomia, integração e participação do idoso nas relações familiares e na sociedade. Todo este desequilíbrio familiar é mais complexo quando o internamento tem lugar numa urgência, onde as visitas são muito restritas e o estado físico do doente, é particularmente preocupante para todos. Segundo Gibson (2006, p.80), "...com a hospitalização os familiares têm de renunciar habitualmente ao seu papel de dar assistência, são muitas vezes desencorajados de prestar cuidados ao doente, além de não serem envolvidos no tipo de assistência que o doente recebe". Assim, a comunicação com a família, pode reduzir a sua ansiedade, transmitindo uma sensação de envolvimento na assistência dada ao doente, permitindo que esta desempenhe um papel preponderante no apoio psicológico e afetivo aos doentes internados, suavizando a separação e diminuindo a ansiedade. Deste modo, as visitas inserem-se na humanização dos cuidados e integram a componente assistencial, devendo, por conseguinte, serem consideradas um direito próprio do doente, diminuindo assim as diferenças entre o meio familiar e o meio hospitalar.

Nesta UMC, o horário de informações e das visitas aos doentes é efetuado das 14h30 às 17h00 e das 18h00 às 19h00, sendo permitida a visita de um familiar, sendo prestadas informações, sempre que solicitado pelos familiares, do doente em questão. Sempre que pertinente, o enfermeiro chama o familiar que o acompanha, para lhe dar informações e colher alguns dados sobre a sua situação social, especialmente, por nesta região, existir uma grande percentagem de população idosa, que necessita de apoio familiar, nem sempre existente. Aqui a interação de papéis entre o enfermeiro a assistente social, é essencial, para se poderem despistar situações de abandono de idosos, maus tratos físicos e psicológicos, e se referenciar situações graves.

Durante o estágio, tive a oportunidade de contactar com os familiares/visitas, em várias situações, tendo a preocupação de os informar sobre a situação do doente e de os acalmar e confortar em situações mais graves. Sempre que possível, estabeleci uma relação de ajuda com os familiares, transmitindo-lhes informações em tempo útil e com um discurso ajustado aos seus níveis de conhecimento. Foi minha preocupação, manter uma postura de disponibilidade, escuta ativa, respondendo às perguntas colocadas, esclarecendo possíveis dúvidas, incentivando a comunicação e o toque família/doente.

Relembro um caso, que me marcou particularmente, com a chegada de uma senhora jovem, vítima de acidente de viação, com traumatismo crânio encefálico grave, traumatismos dos ossos face, vários hematomas a nível do corpo e suspeita de fratura do

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

braço esquerdo. Feito o acolhimento da doente, na sala de emergência, acompanhada pelo INEM. Vinha com via aérea assegurada e estabilização hemodinâmica. Colaborei na prestação de cuidados necessários à doente, assegurando a manutenção da via aérea e monitorização de parâmetros vitais. Asseguradas as condições de segurança para o transporte do doente para efetuar TAC crânio encefálica. Em colaboração com a enfermeira orientadora, fizemos o transporte da doente até ao serviço de Imagiologia. Durante a TAC não foi descuidada a vigilância da doente, de forma a assegurar que a sua situação clínica, não se agravasse, assegurando permanentemente, a ventilação mecânica e a monitorização de parâmetros hemodinâmicos. Após a TAC, confirmaram-se múltiplas fraturas da face, várias contusões na cabeça e hemorragia cerebral. Feitos contactos para um Hospital Central, para onde iria ser transferida. Iniciado o processo de preparação da doente, nomeadamente registo de lesões e carta de transferência, instituída no serviço. Comunicada ao marido a situação clínica, pelo médico. Falei com o marido, proporcionando-lhe a visita à esposa, antes da transferência. Faculitei esclarecimentos adequados, perante o quadro clínico grave, sem criar falsas expectativas, pois tratava-se de um caso, com mau prognóstico. Proporcionei cuidados de alívio da dor, do sofrimento e de conforto. Este agradeceu-me muito, pelo facto de termos proporcionado a visita à esposa, antes da sua transferência, pois poderia ser o último momento que estaria com ela. Sinto que contribuí para a diminuição da ansiedade da família, perante esta situação, promovendo um clima de confiança entre enfermeiro/família, com base na escuta, compreensão e empatia. Diariamente o enfermeiro atua como recetor de mensagens, mas também como emissor, transmitindo mensagens de compreensão e de ajuda. Tal como Lazure (1994 p.16) assumo que “Em relação de ajuda a escuta é uma capacidade, um instrumento essencial, que a enfermeira deve desenvolver, pois é a única via de acesso à compreensão dos clientes.”

As atividades realizadas, perante a diversidade de situações descritas, permitiram-me estabelecer, com o doente e família, uma relação de ajuda e aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento terapêutico com o doente e família, respeitando as suas crenças e cultura. Desenvolvi de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente. Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com doente/família e pessoa significativa, tendo desenvolvida uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente. Abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

o doente e família na interpretação e resolução de problemas. Diante a problemática da comunicação não verbal, avaliei a adequação dos diferentes métodos de análises de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.

Finalmente outro dos objetivos, visava *sensibilizar a equipa de Enfermagem, para o risco clínico, nomeadamente na prevenção do erro de administração de medicação, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, em contexto de urgência/emergência*. Após conversa informal com a enfermeira orientadora e a enfermeira responsável, propus realizar uma formação para a equipa de sobre a temática “Gestão do risco clínico na segurança do doente” promovendo, desta forma, a formação em serviço, na minha área de especialização. Acharam a temática interessante e pertinente, tendo em conta que o serviço se encontra em processo de acreditação, sendo que a sensibilização da equipa de Enfermagem para a mesma, seja de carácter obrigatório e contemplado, como um dos objetivos do serviço. Propus a apresentação de uma formação, em dois dias diferentes, de modo a que pudessem ir o maior número de enfermeiros, tendo em conta que a equipa é numerosa. Foi agendada e feita a divulgação dos dias de formação, para os dias 12 e 14 de Novembro, através da afixação num placard, onde os colegas se iam inscrevendo. Alguns colegas revelaram ter pouco conhecimento ou nenhuma formação sobre o tema. Participaram vinte e sete enfermeiros, mais de metade da equipa, o que considero bastante bom, tendo em conta que se trata de uma equipa grande. Fiquei bastante contente com a adesão dos enfermeiros, o que demonstra que consegui suscitar alguma curiosidade por esta temática, desconhecida por muitos. Esta formação teve como objetivos, sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da gestão do risco na segurança do doente, para a melhoria da qualidade dos cuidados, e sensibilizar a mesma para a importância da notificação de incidentes/eventos adversos. A sessão teve a duração de trinta minutos, através de método expositivo, com a apresentação de um *power point* (apêndice VI). Durante a sessão de sensibilização, houve a participação dos colegas, com a partilha de algumas experiências e esclarecimento de dúvidas. Foi também apresentado um póster de sensibilização sobre a prevenção do erro de administração de medicação, intitulado “Dê tolerância zero ao erro de medicação...aposte na prevenção” (apêndice VII). A mensagem de sensibilização deste póster foi trabalhada de um modo claro, perceptível, com o conteúdo teórico essencial e importante, com cores contrastantes, de modo a

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

cativar o leitor. Também foi apresentado o *flyer* elaborado como um instrumento facilitador da intervenção do enfermeiro da triagem. Acharam especialmente interessante a ideia do *flyer*, pela utilidade deste instrumento. No final, fiquei bastante satisfeita com os comentários, pois duma maneira geral, todos acharam pertinente a temática abordada e conseguiram perceber qual a sua importância. Houve uma reflexão, em grupo, sobre tudo o que foi apresentado.

A formação foi integrada no âmbito da formação interna do departamento de formação permanente, tendo sido avaliada no final pelo impresso próprio da instituição. Foi feita a avaliação da sessão pelos colegas, através de uma grelha de avaliação da satisfação, com base numa escala de *likert* com 6 níveis de satisfação (1nunca/6sempre), instituída pelo departamento de formação, e o respetivo o tratamento de dados. Os resultados obtidos, demonstram que este objetivo foi claramente alcançado, tal como nos mostram os indicadores de resultado. A avaliação da satisfação da formação revela uma média de 5,1 e a avaliação da atuação do formando, uma média de 5,4 (apêndice VIII). Na avaliação geral desta formação, posso concluir que a equipa de Enfermagem ficou sensibilizada para a temática em foco.

A área da formação e supervisão é talvez uma das vertentes em que o enfermeiro especialista pode dar maior visibilidade da sua atuação, detetando áreas passíveis de intervenção. A formação em serviço, quando devidamente planeada, motiva e organiza a reflexão sobre a prática e o desenvolvimento de competências, ajuda na resolução de problemas com vista a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Atingido este objetivo, posso concluir que adquiri competências, identificando necessidades formativas, promovendo formação em serviço e o desenvolvimento profissional dos outros enfermeiros, conseguindo demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização. Através da formação em serviço, demonstrei capacidade em comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, incorporando na prática os resultados da minha investigação, válidos e relevantes no âmbito da especialização. Demonstrei capacidade em avaliar a adequação dos diferentes métodos de análises de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada e compreensão relativamente às implicações da investigação na prática, baseada na evidência.

Todas as atividades anteriormente desenvolvidas, perante a diversidade de situações que surgiram, permitiram alcançar o meu objetivo geral, contribuindo para o

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados especializados, à pessoa em situação crítica, e sua família, em contexto de Urgência. Deste modo, desenvolvi competências na área da especialização, nomeadamente na prestação de cuidados de Enfermagem que requerem conhecimentos especializados, e aprofundei competências relacionais e de comunicação, à pessoa/família em situação crítica. Também contribuiu melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente em situação crítica através da sensibilização da equipa de Enfermagem para a Gestão do Risco clínico, nomeadamente na prevenção do erro de preparação/administração de medicação.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

3 – CONCLUSÕES

Importa neste momento conclusivo, fazer uma reflexão final da ação desenvolvida ao longo do estágio. Recorrendo a uma análise SWOT, foram refletidos os pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças, decorrentes deste estágio.

Refletindo nos pontos fortes, o contacto com outras pessoas, outros profissionais com experiência de outras realidades, tornou-se bastante enriquecedor. Tive o privilégio de partilhar experiências e conhecimentos com aqueles que contactei mais diretamente, em especial com os enfermeiros orientadores dos diferentes estágios. Também as atividades desenvolvidas, nos dois módulos do estágio, foram de encontro às necessidades dos serviços, particularmente na gestão do risco na segurança do doente, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados em Enfermagem. Ao longo do estágio foi possível aprofundar competências como formadora através de apresentações de várias sessões de formação, realização de posters, desenvolvendo competências na comunicação para audiências especializadas e não especializadas, utilizando um discurso fundamentado. Para além disso, a pesquisa bibliográfica necessária para a elaboração dos trabalhos formativos promoveu a perceção da importância da prática baseada na evidência sustentando, por seu lado, a tomada de decisão.

Como pontos fracos, considero que o tempo do estágio, dividido em três módulos, torna-se diminuto, constituindo um obstáculo na avaliação dos objetivos propostos. Também a dificuldade na gestão do tempo, de modo a conseguir conciliar a atividade profissional, o estágio e a vida familiar, tendo em conta que a instituição onde exerço funções não proporcionou qualquer redução de horário.

Refletindo nas oportunidades, o envolvimento dos profissionais de ambos serviços onde foram desenvolvidos os dois estágios, foi um elemento facilitador no desenvolvimento das atividades desenvolvidas. Também a política institucional, na implementação de medidas de segurança do doente, no processo de acreditação dos serviços, foi um incentivo acrescido para mim, na sensibilização dos enfermeiros para a gestão do risco. Tive oportunidade de atingir o meu objetivo de intervenção, transversal aos dois módulos de estágio, concretizando, deste modo, um dos objetivos, de ambos os serviços, delineados pela instituição. Também em setembro de 2013, fui convidada, pela enfermeira chefe, do serviço onde exerço funções, para integrar o papel de elo de ligação da gestão do risco, pelo desenvolvimento desta temática, no decorrer deste

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado. Desde o início das minhas funções como elo já realizei várias formações de sensibilização para a equipa de Enfermagem e de assistentes operacionais. Diariamente, os colegas vêem-me como uma referência nesta temática, pedindo por vezes algum aconselhamento ou o esclarecimento de dúvidas. Foi uma temática pela qual me interessei, aquando do início deste Mestrado, e na qual penso investir ainda mais, quer pessoalmente quer trabalhos de Investigação, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, com vista à segurança do doente.

Refletindo nas ameaças, no decorrer do estágio na UMC, pelas infraestruturas e sobrelotação de doentes, que a ela recorrem, dificultaram por vezes, o desenvolvimento de algumas atividades.

No decorrer deste relatório, foi feita uma reflexão aprofundada sobre os estágios realizados, de modo a transparecer o desenvolvimento de competências, fundamentais para a obtenção do título de enfermeiro especialista na área da Médico-Cirúrgica, alcançadas no período de estágio. Ilustra a análise das observações e reflexões sobre algumas situações problema que poderiam ser melhoradas na prestação de cuidados. Foi deste modo, importante desenvolver a prática de uma forma crítica, fundamentada, e refletida, na necessidade da mudança de algumas práticas detetadas, ao longo dos estágios, para uma melhoria da qualidade dos cuidados.

No estágio efetuado na Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos, sendo uma Unidade de Cuidados Intermédios, marcada pela tecnologia e dirigida para a monitorização e tratamento de alterações que ameaçam a vida, manter uma atitude de humanização dos cuidados ao doente crítico, foi o foco da minha prática. Um aspeto que considerei importante foi a comunicação com o doente crítico, que vivencia momentos de grande angústia, rodeado pelo desconhecido e, muitas vezes, com a incapacidade de comunicar verbalmente, constituindo, deste modo, um desafio para mim. O aspeto relacional com o doente e família, revelaram-se enriquecedoras a nível profissional e sobretudo pessoal, ao nível da humanização dos cuidados.

O estágio efetuado na UMC, foi para mim um grande desafio. Prestar cuidados de qualidade ao doente crítico e sua família em situações urgentes/emergentes, com risco de vida num cenário agitado, confuso, de grande afluência de doentes, foi tarefa que envolveu capacidade de resposta, trabalho, de organização e de tomada de decisão. Foi uma experiência única, vivida com alguma ansiedade, angústia, mas superado com grande investimento, tendo tido a oportunidade de mobilizar conhecimentos na área de

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

cuidados ao doente crítico, contribuindo para o desenvolvimento de competências. Também a comunicação com o doente crítico e envolvimento família, permitiram o aprofundar de competências relacionais.

Muito mais podia ter sido escrito sobre este percurso, mas muitas vezes não conseguimos descrever claramente tudo o que queremos, dado que as emoções e as relações pessoais são difíceis de expor num papel. No final deste relatório, é gratificante perceber que fomos capazes de refletir sobre aquilo que fizemos, e, a partir daí, traçar linhas de orientação futuras. O fim de um trabalho não significa uma porta que se fecha, mas pode significar o abrir de outras janelas.

Termino com a noção de ter atingido os objetivos a que me propus inicialmente. A nível pessoal, cresci e amadureci tornando-me num profissional reflexivo capaz de mobilizar informação científica, técnica, ética e relacional com alicerces da prática baseada na evidência. O desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica permitiu-me validar, alargar e cimentar conhecimentos. Confirmei que o enfermeiro especialista deve demarcar-se não só pelos conhecimentos que possui e pela maneira célere e adequada que os presta, mas igualmente, pela sua conduta ética e profissional, devendo ser encarado como um modelo de imagem a seguir pelos bons princípios e atitudes que demonstra, e que, dada a sua carga formativa, distinguir-se como gestor da qualidade de cuidados que presta, incentivando os outros a seguir o seu exemplo.

Finalizo, propondo-me a utilizar as competências adquiridas no meu desempenho profissional e a partilhá-las com outros colegas em situações formais e informais. Tenho o propósito de continuar a estudar e a investigar temas e situações relacionados com as experiências e situações vivenciadas.

Na sequência da revisão sistemática da literatura realizada no âmbito académico, elaborei um artigo que submeti para publicação, numa revista de Enfermagem, da qual aguardo resposta.

Este relatório é o produto final de um caminho percorrido, que poderá ser também um ponto de partida para novos projetos.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

4 - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTHONY, Kyle; [et al]. Impact of a No Interruption Zone on Medication Safety in Intensive Care Units. CriticalCareNurse, Vol 30, N.3, June 2010 [consult. 03 Janeiro 2013]. Disponível em URL: <http://www.aacn.org/WD/CETests/Media/C103.pdf>;
- BATES DW, Boyle; [et al] Adverse Drug Events and Medication Errors: Detection and Classification Methods. 2004 [consult. 03 Janeiro 2013]. Disponível em URL: <http://qualitysafety.bmj.com/content/13/4/306.full.pdf+html>;
- BATES DW, Boyle; [et al]. Relationship between medication errors and adverse drug events. J Gen Intern Med 1995, 10:199-205. [consult. 03 Janeiro 2013]. Disponível em URL: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02600255>;
- CANADIAN NURSES ASSOCIATION, Position Statement – Patient Safety. 2003, Ottawa: Canadian Nurses Association;
- CORREIA, F.A. A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética. 1996. São Paulo: Fundamentos da Bioética;
- COSTA, D.G. Registos de Enfermagem. Revista Divulgação 1994.31, p. 15-17;
- CUMMINGS, J; BUSH, P; SMITH, D; [et al] UHC Bar-coding medication administration overview and consensus recommendations. Am J Health Sys Pharm, 2005; 62:2626-2630. [consult. 03 Janeiro 2013]. Disponível em URL: http://www.ajhp.org/content/62/24/2626.full?ijkey=b447af64ad242ec1910337d10327ac0be6dfafba&keytype2=tf_ipsecsha;
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE Circular Normativa - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa. Nº. 09/DGCG de 14/06/2003;
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: Relatório Técnico Final. 2011, Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde;
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Circular Normativa – Comissões de Controlo de Infecção. Lisboa. Nº 18/DGS/DSC de 15/10/2007;
- FERNANDES, A; SANTOS, E; Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. Referência: revista de educação e formação em Enfermagem, 2004.11, 59-62;

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

- FRAGATA, J; MARTINS, L; O erro em medicina: perspetivas do individuo, organização e da sociedade. 2004 Coimbra: Almedina, P.328;
- FRAGATA, José [et al] Risco clínico: complexidade e performance. 2008, Coimbra: Edições Almedina;
- FRAGATA, José, Gestão do Risco. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo – Governação dos Hospitais – conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT. Lisboa: ARSLVT, I.P. 2009, Págs. 16-18;
- George J, Annas; Patient Safety and Medical Malpractice. The Rights of Patients, 2004, pp337 a 361. Southern Illinois University Press;
- GIBSON, J.; IVANCEVICH, J; DONNELLY JR., J [et al] Organizações: comportamento, estrutura e processos. 2006, (12ª Edição). São Paulo: McGraw-Hill;
- HESBEEN, W. ; Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar. 2000, Loures: Lusociência;
- INSPEÇÃO GERAL DAS ATIVIDADES EM SAÚDE – IGAS, Relatório– Inspeção sobre a monitorização do erro médico. Triénio 2008-2010 -1º semestre;
- INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICE – ISMP. 1996. [consult. 03 Janeiro 2013]. Disponível em URL: <http://www.pharminfo.com/ism/ism.Ip.htm>;
- INSTITUTE OF MEDICINE, To err is human: building a safer health system. 2000, National Academy Press. Washington: IOM. [consult. 03 Janeiro 2013]. Disponível em URL: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=9728;
- JACULIN, L.; DEYOUNG, Marie E.; [et al]. Effect of bar-code-assisted medication administration on medication error rates in an adult medical intensive care unit. Am J Health-Syst Pharm, 2009, Vol 66 Jun 15;
- JOINT COMMISSION Sentinel Event Statistics. 2009 [consult. 03 Janeiro 2013] Disponível em URL: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>;
- JOINT COMMISSION RESOURCES, Focus on five: High-alert meds. Joint Commission Perspectives on Patient Safety. May 2001;1 (1):11;
- JOINT COMMISSION RESOURCES. Standards link: Sound-alike medications. Joint Commission Perspectives on Patient Safety Sept 2001;1 (5):2;
- KANE-GILL, S.; WEBER, RJ.; Principles and practices of medication safety in the ICU. Crit Care Clin, 2006, 22:273-290;
- LEVINAS, E. Ética e infinito. 2000, Lisboa: Edições 70;

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

- MELEIS, A. [et al] Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advanced Nursing Science 2000, 23,12-28;
- MELEIS, A. Theoretical Nursing –Development and progress. 1997, Lippincott: Williams & Wilkins;
- MOLEIRO, M. F. N. [et al] Importância da comunicação no desmame dos doentes submetidos a ventilação mecânica. Sinais Vitais 2000. Nº 32, 19 – 23;
- MOYEN, Eric; CAMIRÉ, Eric; HENRY, Thomas; Clinical review: Medication errors in critical care. Critical Care, 2008, 208 (doi:10.1186/cc6813;
- NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION. What is a medication error? [consult. 03 Janeiro 2013] Disponível em URL: [www.nccmerp.org /aboutMedErrors.html](http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html);
- NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING PREVENTION (NCCMERP). A toxonomia dos erros em medicação. 1998, Rockville, United States [consult. 03 Janeiro 2013] Disponível em URL: <http://www.nccmerp.org/aboutmederros.htm>;
- NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING PREVENTION (NCCMERP). Apresenta Categorização de erros em medicação. 2001, Rockville, United States Pharmacopeia [consult. 03 Janeiro 2013] Disponível em URL: <http://www.nccmerp.org/aboutmederros.htm>;
- NHS, Seven steps to patient safety in general practice, Type Guidance, June 2009, reference number 0884;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS Certificação de competências. Condição de exercício. 2004 [consult. 03 Setembro 2013] Disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_14_Outubro_2004.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS Individualização das Especialidades em Enfermagem. Fundamento e Proposta de Sistema. 2007 [consult. 03 Setembro 2013] Disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Divulgar, 2001 [consult. 03 Setembro 2013] Disponível em URL:

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE2final.pdf>

- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Condições do Exercício. Parecer do Conselho Jurisdicional 248, 2011, Ordem dos Enfermeiros;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Tempo de mudança. 2006 [consult. 03 Setembro 2013] Disponível em URL:
http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_22_Julho_2006.pdf;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente. 2006, Parecer do Conselho Jurisdicional, Ordem dos Enfermeiros;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. 2009, v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes;
- PADILHA, Katia; GRILLO, Cardoso; [et al] Therapeutic intervention scoringsystem-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação, Rev Esc Enferm USP, 2005; 39(2):229-33;
- PEREIRA, R. A; DOS SANTOS, E. B. ; [et al] Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. Rev Esc Enferm 2013 USP, 47 (1), 185-92;
- PHANEUF, M.; Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e validação. 2005, Lusociência: Loures;
- PORTUGAL, Direção Geral da Saúde, Sistema de Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos. 2012, Departamento da Qualidade, Divisão da Segurança do Doente;
- PORTUGAL. Ministério da Saúde, ACSS. (2010). Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem. 2010ET.ACSS.015 [consult. 03 Setembro 2013] Disponível em URL:
http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Regras_Gerais_Utiliza%C3%A7%C3%A3o_SAPE.pdf;
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa, Diário da República (D.R.) - I Série -A, nº205, 4 de Setembro de 1996, p.2959-2962;
- REASON, J., Human Error. 2002, Cambridge, University Press;
- REASON, J., Human error: models and management. 2000, *BMJ* 2000;320:768-770;
- RICHARD, R.; BROWN, Balsamo e Max; Risk Management. 2004, American College of Legal Medicine, 5ª ed;

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

- ROTHSCCHILD, J.; LANDRIGAN, C.; CRONIN, J.; [et al] The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medication errors in intensive care. Crit Care Med. 2005; 33:1694-1697;
- SÁ, Engrácia; QUEIRÓS, Celeste; Comunicação com doentes ventilados. Nursing, 1999, Ano 11. N.º129, 26 – 29;
- SÁ,T.G, MACHADO, L.F.M Comunicar com Doentes Ventilados: Uma função de Enfermagem. Revista Sinais Vitais, 2006, 67, 29-34;
- SANTOS, G.; TORRÃO, O. ; Comunicar com o doente ventilado. Boletim de Enfermagem do Hospital de S. José, 2002, N.º 14, 2-7;
- SCHWENDIMANM, R.;GEEST, S. e MILISEN, K. ; Evolution of the Morse Fall Scale in Hospitalised Patients. Age and Ageing, 35, 2006, (3), 311-313. [consult. 03 Setembro 2013] Disponível em URL: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/3/311.full>;
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS Novo Guia de Transporte de doentes críticos – Recomendações. 2008 [consult. 03 Setembro 2013] Disponível em URL: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf;
- SOUSA, Paulo, UVA, António de Sousa, [et al] Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. Escola Nacional de Saúde Pública: 1ª edição portuguesa, Maio 2011 Personal Vision ISBN N° 978-989-97342-0-3;
- TISSOT, E; CORNETTE, C; [et al] Medication errors at the administration stage in an intensive care unit. Intensive Care Med. 1999, 25:353-359;
- WATCHER, Robert M.; The End Of The Beginning:Patient Safety Five Years After “To Err is Human” –, in Quality of Care on line, 2004, 30.11.2004;
- WILSON, J.; Controlo de Infecção na prática clínica. 2003, (2ª Edição). Loures: Lusociência;
- WOJNICKI-JOHANSSON, G.; Intensive and Critical Care Nursing. 2001, Jonkoping, Suécia. [consult. 03 Setembro 2013] Disponível em URL: <http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397%2800%2991547-7/>;
- WORLD HEALTH ASSEMBLY, Quality of care: patient safety. 2002, 55, [s.l];

APÊNDICES

APÊNDICE I – Sessão de formação sobre “Gestão do risco na segurança do doente” – Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos

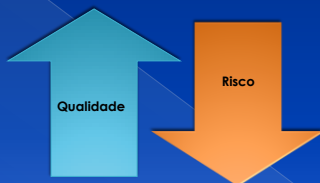


OBJETIVOS:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão do risco na segurança do doente, para a melhoria da qualidade dos cuidados;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da notificação de incidentes/eventos adversos.

QUALIDADE VERSUS RISCO

Em serviços de Saúde qualidade e risco são indissociáveis
O risco em saúde nunca é igual a zero...



A política de qualidade está associada a uma perspetiva de segurança, que assenta essencialmente na prevenção do risco.

ACREDITAÇÃO VERSUS GESTÃO DO RISCO

ACREDITAÇÃO

Processo segundo o qual uma entidade, normalmente não governamental e independente, avalia uma organização de saúde de forma a determinar se esta satisfaz um conjunto de requisitos destinados a melhorar a qualidade dos cuidados

A Joint Commission Internacional (JCI) é a organização com maior experiência do mundo, criada em 1999, tem como missão específica, melhorar a qualidade da saúde na comunidade internacional, dando uma acreditação mundial aos serviços



MANUAL DA ACREDITAÇÃO DA JCI (2008)

Organizado em 13 capítulos que correspondem às funções mais importantes e comuns a todas as organizações hospitalares:

- ❖ 7 funções centradas nos doentes;
- ❖ 6 funções relativas à gestão de organizações prestadoras de cuidados de saúde;
- + 1 capítulo inicial relativo a :

Metas Internacionais de Segurança dos Doentes

O QUE É A GESTÃO DO RISCO E QUAL A SUA IMPORTÂNCIA?



GESTÃO DO RISCO

Pretende dar resposta às políticas internacionais de Segurança do Doente, nomeadamente nas áreas do controlo de infeção, procedimentos cirúrgicos, gestão da medicação e monitorização de quedas e úlceras de pressão nos doentes.



METAS INTERNACIONAIS PARA A SEGURANÇA DO DOENTE

- Cirurgia segura
- Prática de Higiene das mãos em serviços de saúde
- Prevenção de úlceras de pressão
- Prevenção de quedas em doentes hospitalizados
- Identificação do doente
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

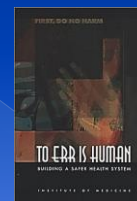


CONCEITOS CLÁSSICOS DA GESTÃO DO RISCO

- Os conceitos de gestão do risco apareceram nos EUA, nos anos 70, como resposta a uma explosão de ações nos tribunais, contra médicos “*malpractice crisis*”;
- Nova Iorque, teve um aumento de 564 novos casos/ano de 1970 para 1200 casos novos/ano em 1974;
- Do objetivo clássico de se evitar o risco financeiro das queixas em tribunal, passa-se para o objetivo de tornar o sistema de saúde mais seguro.

Segundo, *relatório do American Institute of Medicine, 1999 - To Err is Human: Building a Safer Health System*, estima-se que morram por ano de 44.000 a 98.000 americanos por erro médico/medicamentoso evitável;

A morte por erro em hospitais/unidades de saúde ultrapassa mortes por acidentes de viação (44.458), cancro da mama (42.297) ou SIDA (16.516).



MUDANÇA DO CONCEITO DA GESTÃO DO RISCO

O conceito de gestão do risco deixa de ser algo ligado apenas ao controle do número de queixas em tribunais.

Promoção da Segurança dos Doentes

Exigindo desta forma novas formas de medição da eficácia da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

OBJETIVOS DA GESTÃO DO RISCO

- Identificação de perigos;
- Identificação dos riscos associados;
- Análise da aceitabilidade do risco;
- Avaliação de riscos;
- Definição de medidas de controlo;
- Monitorização das medidas de controlo e controlo do risco.

RISCO CLÍNICO *versus* RISCO NÃO CLÍNICO

RISCO CLÍNICO

Situações de risco que podem ocorrer da prestação de cuidados de saúde, que podem afetar doentes e outros.

RISCO NÃO CLÍNICO

Situações de risco e problemas relacionados com condições ambientais e de segurança no trabalho.

CONCEITOS

RISCO

Combinação entre a probabilidade de ocorrência de um dano/lesão e a sua consequência.

RISCO ACEITÁVEL

Tomada de decisão, informada, de aceitar a probabilidade e a consequência de um determinado risco.

ERRO

Falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Erros são, por definição, não intencionais. (erro de planeamento, execução, lapsos).

QUASE EVENTO (near miss)

Evento inesperado ou não planeado que, na prestação de cuidados poderia ter conduzido a dano, lesão ou perda para o doente, funcionários ou para a missão da organização, mas que foi prevenido por ações planeadas ou não planeadas.

DGS 2011

INCIDENTE

Evento que pode, ou não, resultar em dano para o doente. Incidentes podem ser oriundos de atos intencionais ou não intencionais.

DGS 2011

EVENTO ADVERSO

Todo o efeito não desejado que resulta da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado do doente.

DGS 2011

EVENTO SENTINELA

Ocorrência inesperada envolvendo morte, danos físicos ou psicológicos graves, ou qualquer outro acontecimento que inclua a perda de uma função ou de um membro.

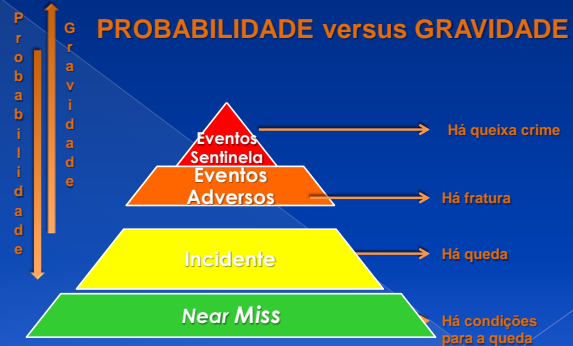
DGS 2011

TIPOS DE INCIDENTES/GRAU DE DANO

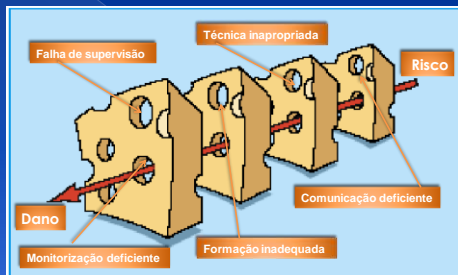
Circunstância de Risco	Nenhum
"Near miss"	Nenhum
Incidente sem Dano	Nenhum
Incidente com dano (Evento Adverso)	Leve
	Moderado
	Grave
	Óbito

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v.1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009.

PROBABILIDADE versus GRAVIDADE



Modelo do "queijo suíço" (Reason) mostra como as defesas e barreiras podem ser penetradas por um perigo/risco ocasionando danos.



Fonte: James Reason. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768-770

FATORES CONTRIBUINTES PARA INCIDENTES

Desempenham papel na origem, no desenvolvimento ou no aumento do risco de incidentes.

Fatores associados aos profissionais

- Comportamento
- Comunicação
- Desempenho

Fatores associados ao sistema

- Sobrecarga de trabalho
- Ambiente organizacional

Fatores associados ao doente

- Adesão ao tratamento

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE INCIDENTES

- Utilização de checklists/ protocolos;
- Melhorar a qualidade dos registos;
- Padronizar procedimentos;
- Participação em processos de melhoria;
- Incluir o doente e família na confirmação de dados ;
- Estabelecer políticas para desenvolver uma cultura de segurança.

Qualquer política de gestão do risco, está condenada à partida ... se não conseguir envolver todos os seus colaboradores.

POR ONDE COMEÇAR?

PASSO 1: CONSTRUIR UMA CULTURA DE SEGURANÇA

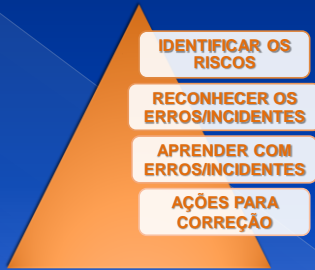


É o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, o qual determina o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura.

SEGURANÇA DO DOENTE

Redução do risco, a um mínimo aceitável, associados aos cuidados de saúde.

PROCESSO DE GESTÃO DA SEGURANÇA



PASSO 2: ORGANIZAÇÃO “ABERTA” E JUSTA

- Visão aberta sobre incidentes ocorridos;
 - Abertura na discussão de incidentes com os pares e superiores;
 - Assumir a responsabilidade sobre as ações;
 - Tratamento justo e apoio em caso de incidentes;
- ↓
- Redução da recorrência e da gravidade dos incidentes;
 - Redução de prejuízo físico e psicológico para os doentes;
 - Redução da carga psicológica sobre a equipe: angústia, culpa, vergonha, perda de confiança e perda da moral;
 - Redução de custos

As causas de um incidente não podem ser relacionadas apenas às ações do profissional envolvido. A avaliação e análise dos incidentes deve ter em conta a organização, as circunstâncias, os processos, etc.

Cultura de Perfeição:

Se tentarmos o suficiente, não cometeremos erros.



Cultura de Punição:

Se punirmos quem comete erros, eles “deixarão de acontecer”.

Análise aberta e equilibrada, não punitiva

impacto positivo na atuação da equipe

Ignorar os incidentes não é o caminho...

Ocultar e inibe a tomada de consciência da dimensão do problema.

Os erros irão sempre ocorrer, e para minimizá-los é necessário aceitar que estes existem.

The best people can make the worst mistakes”
Reason, J (ed) (2002). *Human Error*. Cambridge University Press

PASSO 3: INCENTIVAR NOTIFICAÇÃO

Única forma de quantificar os incidentes e verificar padrões de ocorrência.

- Relatar todos os incidentes;
- Avaliar resultados;
- Avaliar estatisticamente;
- Divulgar e capacitar os profissionais;
- Criar estratégias para a prevenção de novos incidentes;
- Compartilhar dados com bancos de dados nacionais.

BARREIRAS PARA A NOTIFICAÇÃO

- Sensação de fracasso;
- Medo da culpa;
- Utilização errada das informações;
- Medo de processos legais;
- Desconhecimento dos benefícios da notificação;
- Falta de recursos;
- “Não é meu trabalho”;
- Dificuldade para notificar.

IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO

- Ajudar a criar uma visão nacional sobre segurança do doente em serviços de saúde.
- Dar maior visibilidade às notificações locais, e garantir que os incidentes terão a atenção necessária.
- Ampliar o conhecimento sobre incidentes, e ajudar a desenvolver iniciativas nacionais para redução das ocorrências.
- Aumentar o conhecimento sobre segurança do doente e, conseqüentemente a confiança do público.

APLICAÇÃO INFORMÁTICA

- Omissão de dados pessoais;
- Compartilhado internamente e nacionalmente;
- Divulgação de eventos adversos:
 - *Ações ou omissões consideradas inseguras
 - *Erros de medicação
 - *Erros de diagnóstico
 - *Falhas de equipamento
 - *Falhas de comunicação
- Condições latentes do sistema:
 - *Estrutura
 - *Políticas internas
 - *Comunicação



EM PORTUGAL...

Estima-se que:

- O nº de mortes associadas a erro cometido por equipas prestadoras de cuidados seja de 1.330 a 2.900/ ano;
- Superior às mortes por acidentes de viação (1145 em 2006);
- 30 % superior às mortes por SIDA.
- 4200 acidentes relacionados com a queda de doentes, de macas ou de camas

Fragata, 2004

Inspecção Geral das Atividades em Saúde - IGAS, 2008

EM PORTUGAL...

Relatório – Inspecção sobre a monitorização do erro médico e ações judiciais com pedido de indemnização:

- 1.992.456 doentes
- 138 processos instaurados
- 26.013.826.16 €

(IGAS, Triénio 2008-2010 -1º semestre)

EM PORTUGAL...

Nos últimos 5 anos (2005-2010) o conjunto de erros ocorridos (independentemente da frequência):

- Identificação de doentes;
- Processos com informação mal arquivada;
- Administração de medicamentos (produto/ dosagem);
- Etiquetagem incorreta;
- Prescrição não conforme;
- Avaliação do estado clínico do doente;
- Incidentes com transfusões sanguíneas;

EM PORTUGAL...

Nos últimos 5 anos (2005-2010) o conjunto de situações assistenciais adversas mais frequentes:

- Infeção resultante da assistência médica/enfermagem;
- Sépsis pós-operatória;
- Punções ou lacerações acidentais;
- Insuficiências respiratórias pós operatórias;
- Situações de reação a transfusão sanguínea.

EM PORTUGAL...

Estudo "Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade"

- Taxa de incidência de eventos adversos de 11,1% em episódios de internamento;
- 53,2% são evitáveis;
- 10,7 dias de prolongamento, em média, dos episódios de internamento.

Escola Nacional de Saúde Pública, 2011

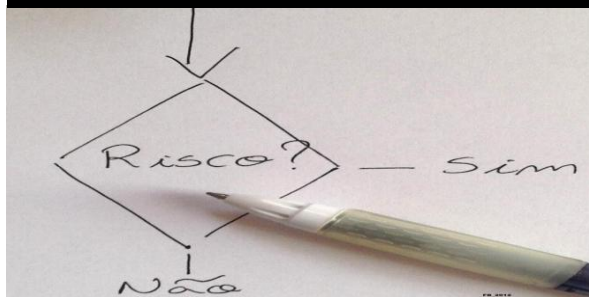
NO "FUTURO", O QUE ESPERAR DAS ORGANIZAÇÕES?

- Desenvolvimento de mecanismos de análise de riscos e de eventos adversos;
- Desenvolvimento de uma cultura "mais aberta", onde os eventos adversos possam ser participadas e discutidas;
- Desenvolvimento de mecanismos que assegurem que as mudanças necessárias são efetuadas;
- Afirmação do valor da prevenção, da análise e da aprendizagem com o erro;
- Participação a entidades externas;
- Investigação e análise de dados.

...E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ?

- Sensibilização para os riscos e prevenção de eventos adversos para o doente;
- Sensibilização para a notificação de eventos adversos;
- Participação prioritária de incidentes graves;

Não faça da segurança um rascunho, pois pode não ter tempo de passar a limpo...



BIBLIOGRAFIA:

Joint Commission Resources. Focus on five: High-alert meds. *Joint Commission Perspectives on Patient Safety* May 2001;1(1):11.

Joint Commission Resources. Standards link: Sound-alike medications. *Joint Commission Perspectives on Patient Safety* Sept 2001;1(5):2.

Patient Safety and Medical Malpractice - George J. Annas, in *The Rights of Patients*, Southern Illinois University Press, 2004, pp337 a 361

Risk Management – Richard R. Balsamo e Max Douglas Brown, in *Legal Medicine*, American College of Legal Medicine, 5ª ed., 2004

The End Of The Beginning: Patient Safety Five Years After "To Err is Human" – Robert M. Watcher, in *Quality of Care on line*, 30.11.2004

Relatório – Inspeção sobre a monitorização do erro médico Inspeção Geral das Atividades em Saúde - IGAS, Triénio 2008-2010 -1º semestre

Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade; Paulo Sousa, António de Sousa Uva, Florentino Serranheira, Ema Leite, Carla Nunes. © Escola Nacional de Saúde Pública: 1ª edição portuguesa: Maio 2011 Personal Vision ISBN N° 978-989-97342-0-3

Reason J: Human Error. Cambridge University Press 2002

Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. © Direção-Geral da Saúde, Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, 2011

Reason J. *Human error: models and management*. *BMJ* 2000;320:768-770



Apêndice II - Póster “Dê tolerância zero ao erro de medicação...aposte na prevenção”

Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos

DÊ TOLERÂNCIA ZERO AO ERRO DE MEDICAÇÃO...



ERRO DE MEDICAÇÃO

Qualquer evento evitável que pode causar dano ao paciente ou levar ao uso inadequado do medicamento.

Prescrição

Preparação

• PROCESSO • DE • MEDICAÇÃO •

Dispensação

Administração

VERIFICAÇÃO DOS
5 “CERTOS” DA
MEDICAÇÃO:



- ✓ DOENTE CERTO
- ✓ MEDICAMENTO CERTO
- ✓ DOSE CERTA
- ✓ VIA CERTA
- ✓ HORA CERTA

PRESCRIÇÃO
ELETRÓNICA OU
CONFIRMAÇÃO DA
ORDEM VERBAL



ABOLIÇÃO DE
ABREVIATURAS

...APOSTE NA
PREVENÇÃO!

AMBIENTE SILÊNCIOSO E
SEM INTERRUPTÕES NA
PREPARAÇÃO DA
MEDICAÇÃO



DUPLO CHECK DA
MEDICAÇÃO



Realizado no âmbito do MEMC da Universidade Católica Portuguesa
Enf^a Ana Sofia Silva – Enf^a Cooperante Tony Maia – Docente Prof.^a Patrícia Pontífice

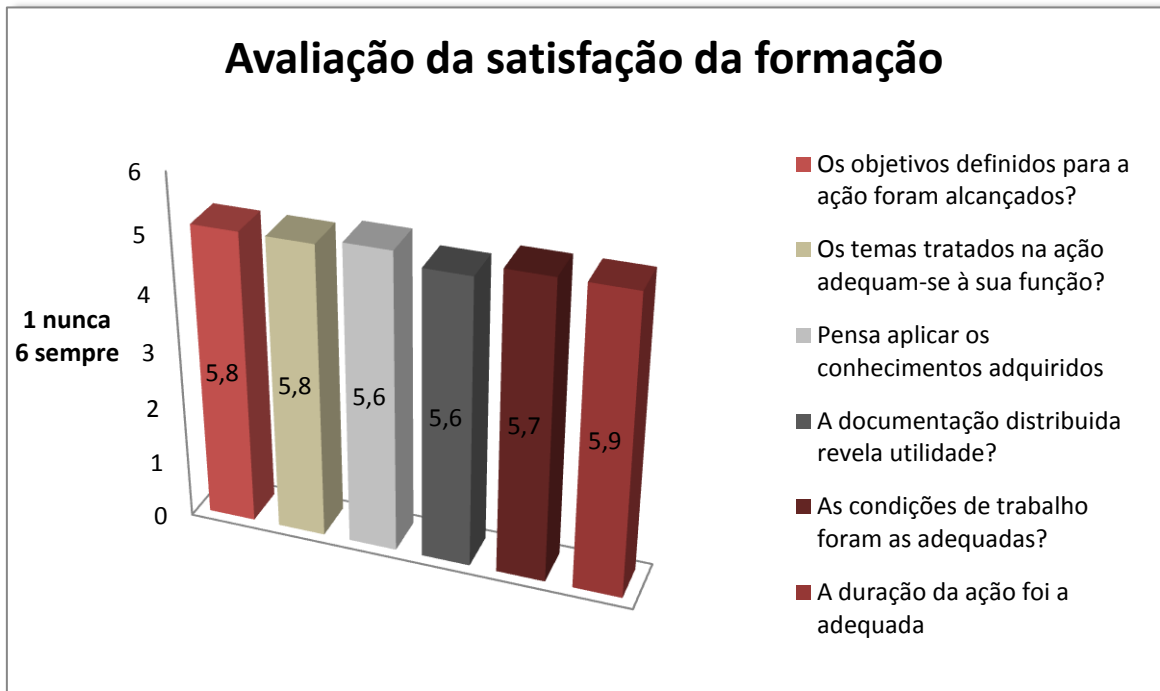
BIBLIOGRAFIA:

- National Coordinating Council for Medication Error Reporting Prevention (NCCMERP). Rockville, United States. Apresenta a taxonomia dos erros em medicação. 1998. <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting Prevention (NCCMERP). Rockville, United States Pharmacopeia, 2001. Apresenta categorização de erros em medicação. <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. What is a medication error? www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html. Accessed November 20, 2009.
- Institute for Safe Medication Practice – ISMP. 1996. http://www.pharminfo.com/ismp/ismp_ip.htm

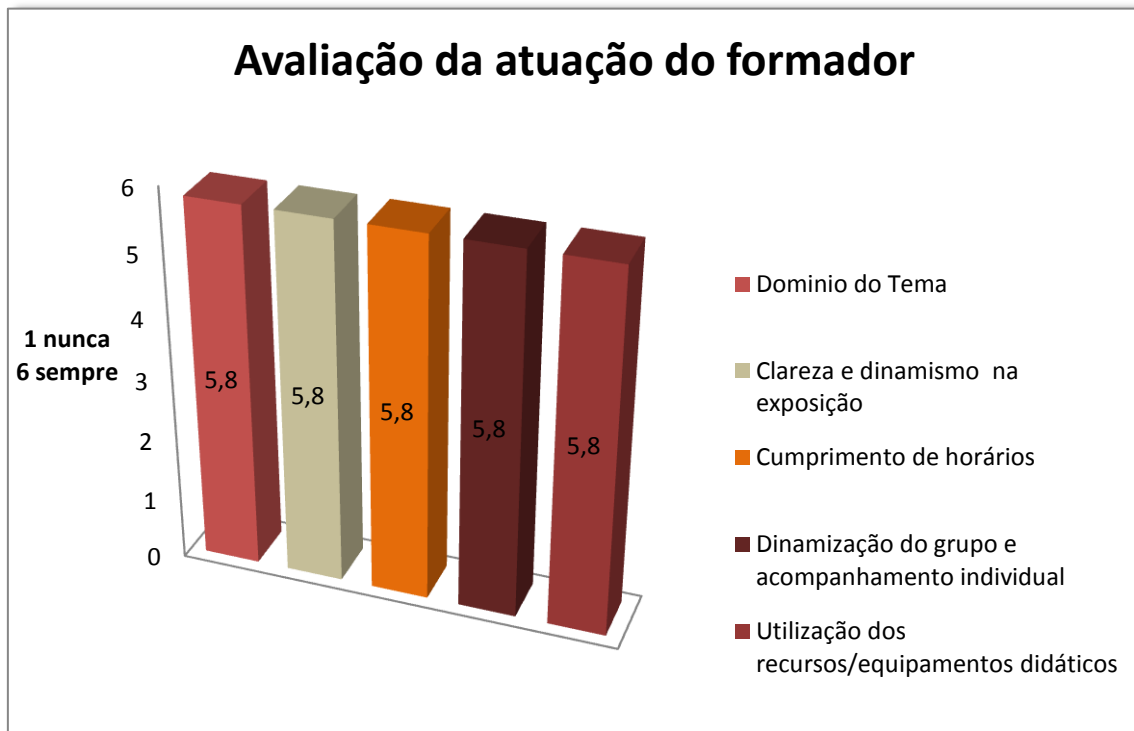
APÊNDICE III - Avaliação da satisfação da formação – Unidade de Cuidados

Pós Cirúrgicos

Avaliação da satisfação da formação – Unidade de Cuidados Pós Cirúrgicos



Média 5,7



Media 5,8

APÊNDICE IV - Póster “ Erros de preparação/administração de medicação na prática de Enfermagem, em contexto de Cuidados Intensivos. Que estratégias?”

ERROS DE PREPARAÇÃO/ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS. QUE ESTRATÉGIAS?

Autores: Ana Sofia Batista Silva¹, Patrícia Pontífice de Sousa², Victor Miguel de Jesus Gomes³

¹Enfermeira graduada, Mestranda do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica

²Docente da Universidade Católica Portuguesa e Doutora em Enfermagem

³ Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar do Médio Tejo – Unidade de Tomar

Introdução:

Nas Unidades de Cuidados intensivos, pela complexidade da terapêutica, o uso de inúmeros medicamentos potencialmente perigosos administrados, associado à gravidade e instabilidade clínica dos doentes, os erros de preparação/administração de medicação, na prática de enfermagem, e as suas consequências para o doente, merecem particular atenção, justificando uma análise focalizada desta temática.

Objetivo:

Evidenciar estratégias de prevenção de erros de preparação/administração de medicação, na prática de enfermagem, em Unidades de Cuidados Intensivos

Metodologia:

Revisão sistemática da literatura, com recurso às bases de dados CINHALL Plus with Full Text, MEDLINE Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, com os seguintes descritores: Medication Errors, Prevention, Nursing, Intensive Care Units. Foram procurados artigos originais e de revisão, publicados em texto integral, gratuitos, num período compreendido entre Janeiro de 2009 e Fevereiro de 2013, que foquem estratégias de prevenção de erros preparação/administração de medicação, na prática de enfermagem, em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos, e de exclusão: todos os artigos que não foquem especificamente os erros de medicação e contextos que não sejam Unidades de Cuidados Intensivos, excluindo Unidades de Cuidados intensivos Pediátricos ou Neonatais.

Principais resultados:

A estratégia evidenciada no estudo de Anthony *et al*, (2010), centra-se na eliminação de fatores de risco situacionais, como o ruído e as distrações, que acontecem numa Unidade de Cuidados Intensivos, através da implementação de uma “zona de não interrupção”, para a preparação de medicação, diminuindo significativamente as distrações dos enfermeiros, proporcionando a diminuição de erros de medicação. Os números evidenciados pelo estudo, corroboram com o que a literatura apresenta sobre a necessidade de reavaliação dos ambientes de cuidados, bem como a implementação de medidas de segurança, em atividades que exijam da equipa de enfermagem uma elevada concentração.

Principais resultados(cont.):

A estratégia evidenciada no estudo de Jaculin L. *et al* (2009), foca a otimização da segurança do processo de medicação, através da aplicação de novas tecnologias, com a utilização de código de barras na administração de medicação, reduzindo significativamente o número de erros relacionado com a hora administração de medicação numa Unidade de Cuidados Intensivos, reconhecendo o impacto desta tecnologia na medicação segura. Os resultados evidenciados consolidam o que a literatura descreve sobre esta tecnologia, garantindo que o doente correto, recebe a dose correta do medicamento correto, pela via correta e no momento correto.

Conclusões:

Com os dados obtidos, conclui-se que a implementação de “zonas de não interrupção” na preparação de medicação e a implementação de código de barras na administração de medicação, diminuem os erros de preparação/administração de medicação, na prática de enfermagem, em Unidades de Cuidados Intensivos.



Lista Bibliográfica relacionada com o assunto:

- Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J. Adverse Drug Events and Medication Errors: Detection and Classification Methods. 2004 <http://dx.doi.org/10.1186/14752875-1-34>
- Bates DW, Boyle DL, Vander Vliet MB, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. J Gen Intern Med 1995; 10:199-205.
- Cummings J, Bush P, Smith D, et al. UHC Bar-coding medication administration overview and consensus recommendations. Am J Health Sys Pharm. 2005;62:2626-2630.
- Eric Moyer, Eric Camiré and Henry Thomas Stelfox. Clinical review: Medication errors in critical care. Critical Care 2008;208 (doi:10.1186/cc6813)
- Fragata, J.; Martins, L. O erro em medicina: perspetivas do individuo, organização e da sociedade. Coimbra: Almedina, 2004. P.328.
- Institute of Medicine (2000). To err is human: building a safer health system. http://www.providersedge.com/ehdocs/ehr_articles/To_Err_Is_Human-Building_a_Safer_Health_Systems_Report-Brief.pdf.
- Institute for Safe Medication Practice – ISMP. 1996. <http://www.pharminfo.com/ismpp/ismpp.htm>
- Jaculin L, DeYoung, Marie E, VanderKooi, and Jeffrey F. Barletta. Effect of bar-code-assisted medication administration on medication error rates in an adult medical intensive care unit. Am J Health-Syst Pharm, Vol 66 Jun 15, 2009
- Joint Commission. Sentinel Event Statistics. 2009. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics>.
- Kane-Gill S, Weber RJ. Principles and practices of medication safety in the ICU. Crit Care Clin 2006; 22:273-290
- Kyle Anthony, Clareen Wiencek, Catherine Bauer, BSN, Barbara Daly, Mary K. Anthony. Impact of a No Interruption Zone on Medication Safety in Intensive Care Units. CriticalCareNurse Vol 30, N.3, June 2010
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting Prevention (NCCMERP). Rockville, United States. Apresenta a taxonomia dos erros em medicação. 1998. <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting Prevention (NCCMERP). Rockville, United States Pharmacopeia, 2001. Apresenta categorização de erros em medicação. <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. What is a medication error? www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html. Accessed November 20, 2009.
- Rothschild J, Landrigan C, Cronin J, et al. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medication errors in intensive care. Crit Care Med. 2005; 33:1694-1697.
- Tissot E, Cornette C, Demoly P, Jacquet M, Barale F, Capellier G. Medication errors at the administration stage in an intensive care unit. Intensive Care Med 1999; 25:353-359.

APÊNDICE V – *Flyer* com protocolos de atuação em enfermagem - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

PROTOCOLOS DE ATUAÇÃO EM ENFERMAGEM SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA Unidade de Abrantes



Realizado no âmbito do MEMC da Universidade Católica Portuguesa – ICS Lisboa
Enf^a Ana Sofia Silva – Enf^a Cooperante Maria João Esperto – Docente Prof.^a Patrícia Pontífice

ORIENTAÇÕES DA TRIAGEM DO DOENTE COM DOR TORÁCICA – PT.URG.011.00 ORIENTAÇÕES PARA A REQUISIÇÃO DE ECG

FLUXOGRAMA	DISCRIMINADOR	PRIORIDADE
DOR TORÁCICA	DOR SEVERA	MUITO URGENTE
	DISPNEIA AGUDA	
	DOR PRÉ-CORDIAL	
	PULSO ANORMAL	
DISPNEIA	DOR PRÉ-CORDIAL	MUITO URGENTE
	PULSO ANORMAL	
ESTADO DE INCONSCIÊNCIA	DOR PRÉ-CORDIAL	MUITO URGENTE
	PULSO ANORMAL	
	HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA	URGENTE
INDISPOSIÇÃO DO ADULTO	PULSO ANORMAL	MUITO URGENTE
QUEDA	PULSO ANORMAL	MUITO URGENTE
DOR ABDOMINAL	DOR IRRADIANDO PARA A REGIÃO DORSAL	MUITO URGENTE
COMPORTAMENTO ESTRANHO	NOVOS SINTOMAS E/OU SINAIS NEUROLÓGICOS	URGENTE
DIABETES	ALTERAÇÕES DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA	MUITO URGENTE

Nota: Horário do técnico de cardiopneumologia – 9 às 22 horas (dias úteis) telemóvel - 5318

ORIENTAÇÕES DA TRIAGEM DO DOENTE VÍTIMA DE MONOTRAUMA – PT.URG.012.01
ORIENTAÇÕES PARA A REQUISIÇÃO DE EXAME IMAGIOLÓGICO

FLUXOGRAMA	DISCRIMINADOR	PRIORIDADE	LOCALIZAÇÃO ANATÓMICA DA LESÃO	EXAME IMAGIOLÓGICO A SOLICITAR	OBSERVAÇÕES	
PROBLEMAS NOS MEMBROS	DOR MODERADA	URGENTE	MEMBROS SUPERIORES:	RX OMBRO	Em caso de lesão de um osso longo deve solicitar-se RX da articulação proximal e distal	
	HISTÓRIA INAPROPRIADA		OMBRO	RX ÚMERO		
	PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL		ÚMERO	RX COTOVELO		
	DEFORMAÇÃO GROSSEIRA		COTOVELO	RX ANTEBRAÇO		
	FRATURA EXPOSTA		ANTEBRAÇO	RX PUNHO		
	DOR		PUNHO	RX MÃOS		
	DEFORMAÇÃO		MÃOS	RX DEDOS		
	EDEMA	DEDOS				
		POUCO URGENTE	MEMBROS INFERIORES:	RX ANCA		2 PP
			ANCA	RX FÉMUR		
		FÉMUR	RX JOELHO			
		JOELHO	RX PERNA			
		PERNA	RX TORNOZELO			
		TORNOZELO	RX PÉ			
		PÉ	RX CALCÂNEO			
		CALCÂNEO	RX DEDOS			
		DEDOS				

No caso de doentes do sexo feminino, questionar sobre a hipótese de gravidez, em todas as mulheres em idade fértil, e assinalar em quadrícula existente no impresso.

VIA VERDE SÉPSIS “VVS” – PT.URG.013.00

CRITÉRIOS DE PRESUNÇÃO DE INFEÇÃO		SIRS (2 de 3)
a)	Tosse +(dispneia ou dor pleurítica)	FC>90
b)	Dor lombar + disúria ou polaquiúria	FR>20
c)	Dor abdominal ou icterícia	Temp >38°C ou <36°C
d)	Diminuição aguda do nível de consciência	Se identificados ambos, acionar Via Verde Sépsis, colocando no episódio de urgência e na etiqueta da pulseira de identificação “VVS”
e)	Cefaleias + vômitos	
f)	Sinais inflamatórios cutâneos	
g)	Crítério clínico do responsável	
<p>Iniciar o preenchimento do IMP...(do SUMC). Colar a etiqueta do doente em folha de registos de VVS Encaminhar o doente para a sala de tratamentos da zona intermédia e informar o médico de Medicina Interna</p>		

ATUAÇÃO PERANTE O DOENTE COM DOR MODERADA – PT.URG.014.00		
PROBLEMA NOS MEMBROS	DOR LOMBAR	CEFALEIA
PRIORIDADE URGENTE		
INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS		
Elevar o membro Imobilizar o membro Aplicar crioterapia Posicionar confortavelmente	Posicionar confortavelmente Aplicar termoterapia	Posicionar confortavelmente Gerir ambiente Monitorizar TA e pulso
INTERVENÇÕES INTERDEPENDENTES		
SE VIA ORAL Paracetamol 1g ou Diclofenac 50mg SEM VIA ORAL Diclofenac 75mg IM	SE VIA ORAL Paracetamol 1g ou Diclofenac 50mg SEM VIA ORAL Diclofenac 75mg IM	SE VIA ORAL Paracetamol 1g ou Diclofenac 50mg SEM VIA ORAL Chamar médico
Colocar no episódio de urgência e na etiqueta da pulseira de identificação do doente a sigla “AD”. Reavaliar dor 2 horas após a intervenção e quando o doente tiver alta ou for transferido		
Não aplicável em caso de recusa do doente, auto-medicação, alergias conhecidas, AP relevantes, crianças e grávidas		

VIA VERDE AVC – PT.GRL.088.00		
Doente com idade inferior a 80 anos, que apresente há menos de 4h30 horas, pelos menos um dos seguintes sintomas neurológicos:		
<ul style="list-style-type: none"> •Alteração da força ou perda de sensibilidade de um hemisfério; •Desvio da comissura labial; •Dificuldade em articular palavras. 		
FLUXOGRAMA	DISCRIMINADOR	PRIORIDADE
COMPORTAMENTO ESTRANHO	ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA	MUITO URGENTE
	NOVOS SINTOMAS E/OU SINAIS NEUROLÓGICOS	URGENTE
	SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS	
ESTADO DE INCONSCIÊNCIA	ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA	MUITO URGENTE
	SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS	URGENTE
Após a triagem, o enfermeiro ativa a Via Verde AVC, encaminhando o doente para a sala de emergência (acionando a campainha)		

APÊNDICE VI – Sessão de formação sobre “Gestão do risco na segurança do doente” Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

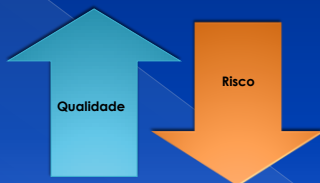


OBJETIVOS:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão do risco na segurança do doente, para a melhoria da qualidade dos cuidados;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da notificação de incidentes/eventos adversos.

QUALIDADE VERSUS RISCO

Em serviços de Saúde qualidade e risco são indissociáveis
O risco em saúde nunca é igual a zero...



A política de qualidade está associada a uma perspetiva de segurança, que assenta essencialmente na prevenção do risco.

ACREDITAÇÃO VERSUS GESTÃO DO RISCO

ACREDITAÇÃO

Processo segundo o qual uma entidade, normalmente não governamental e independente, avalia uma organização de saúde de forma a determinar se esta satisfaz um conjunto de requisitos destinados a melhorar a qualidade dos cuidados

A Joint Commission Internacional (JCI) é a organização com maior experiência do mundo, criada em 1999, tem como missão específica, melhorar a qualidade da saúde na comunidade internacional, dando uma acreditação mundial aos serviços



MANUAL DA ACREDITAÇÃO DA JCI (2008)

Organizado em 13 capítulos que correspondem às funções mais importantes e comuns a todas as organizações hospitalares:

- ❖ 7 funções centradas nos doentes;
- ❖ 6 funções relativas à gestão de organizações prestadoras de cuidados de saúde;
- + 1 capítulo inicial relativo a :

Metas Internacionais de Segurança dos Doentes

O QUE É A GESTÃO DO RISCO E QUAL A SUA IMPORTÂNCIA?



GESTÃO DO RISCO

Pretende dar resposta às políticas internacionais de Segurança do Doente, nomeadamente nas áreas do controlo de infeção, procedimentos cirúrgicos, gestão da medicação e monitorização de quedas e úlceras de pressão nos doentes.



METAS INTERNACIONAIS PARA A SEGURANÇA DO DOENTE

- Cirurgia segura
- Prática de Higiene das mãos em serviços de saúde
- Prevenção de úlceras de pressão
- Prevenção de quedas em doentes hospitalizados
- Identificação do doente
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos

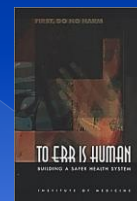


CONCEITOS CLÁSSICOS DA GESTÃO DO RISCO

- Os conceitos de gestão do risco apareceram nos EUA, nos anos 70, como resposta a uma explosão de ações nos tribunais, contra médicos “*malpractice crisis*”;
- Nova Iorque, teve um aumento de 564 novos casos/ano de 1970 para 1200 casos novos/ano em 1974;
- Do objetivo clássico de se evitar o risco financeiro das queixas em tribunal, passa-se para o objetivo de tornar o sistema de saúde mais seguro.

Segundo, *relatório do American Institute of Medicine, 1999 - To Err is Human: Building a Safer Health System*, estima-se que morram por ano de 44.000 a 98.000 americanos por erro médico/medicamentoso evitável;

A morte por erro em hospitais/unidades de saúde ultrapassa mortes por acidentes de viação (44.458), cancro da mama (42.297) ou SIDA (16.516).



MUDANÇA DO CONCEITO DA GESTÃO DO RISCO

O conceito de gestão do risco deixa de ser algo ligado apenas ao controle do número de queixas em tribunais.

Promoção da Segurança dos Doentes

Exigindo desta forma novas formas de medição da eficácia da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

OBJETIVOS DA GESTÃO DO RISCO

- Identificação de perigos;
- Identificação dos riscos associados;
- Análise da aceitabilidade do risco;
- Avaliação de riscos;
- Definição de medidas de controlo;
- Monitorização das medidas de controlo e controlo do risco.

RISCO CLÍNICO *versus* RISCO NÃO CLÍNICO

RISCO CLÍNICO

Situações de risco que podem ocorrer da prestação de cuidados de saúde, que podem afetar doentes e outros.

RISCO NÃO CLÍNICO

Situações de risco e problemas relacionados com condições ambientais e de segurança no trabalho.

CONCEITOS

RISCO

Combinação entre a probabilidade de ocorrência de um dano/lesão e a sua consequência.

RISCO ACEITÁVEL

Tomada de decisão, informada, de aceitar a probabilidade e a consequência de um determinado risco.

ERRO

Falha em executar um plano de ação como pretendido ou aplicação de um plano incorreto. Erros são, por definição, não intencionais. (erro de planeamento, execução, lapsos).

QUASE EVENTO (near miss)

Evento inesperado ou não planeado que, na prestação de cuidados poderia ter conduzido a dano, lesão ou perda para o doente, funcionários ou para a missão da organização, mas que foi prevenido por ações planeadas ou não planeadas.

DGS 2011

INCIDENTE

Evento que pode, ou não, resultar em dano para o doente. Incidentes podem ser oriundos de atos intencionais ou não intencionais.

DGS 2011

EVENTO ADVERSO

Todo o efeito não desejado que resulta da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado do doente.

DGS 2011

EVENTO SENTINELA

Ocorrência inesperada envolvendo morte, danos físicos ou psicológicos graves, ou qualquer outro acontecimento que inclua a perda de uma função ou de um membro.

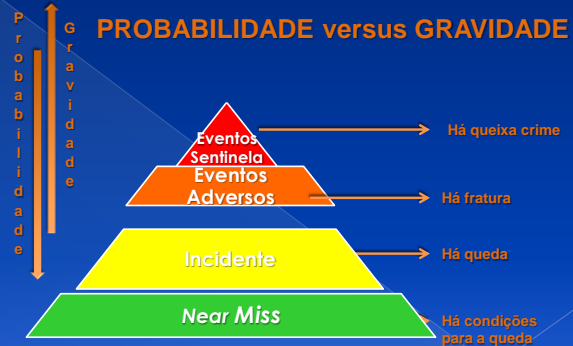
DGS 2011

TIPOS DE INCIDENTES/GRAU DE DANO

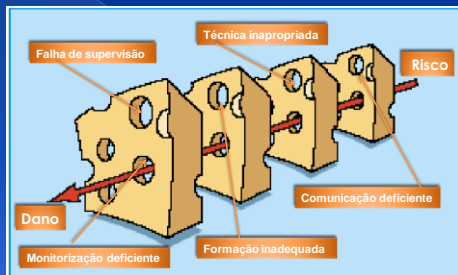
Circunstância de Risco	Nenhum
"Near miss"	Nenhum
Incidente sem Dano	Nenhum
	Leve
Incidente com dano (Evento Adverso)	Moderado
	Grave
	Óbito

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v.1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009.

PROBABILIDADE versus GRAVIDADE



Modelo do "queijo suíço" (Reason) mostra como as defesas e barreiras podem ser penetradas por um perigo/risco ocasionando danos.



Fonte: James Reason. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768-770

FATORES CONTRIBUINTES PARA INCIDENTES

Desempenham papel na origem, no desenvolvimento ou no aumento do risco de incidentes.

Fatores associados aos profissionais

- Comportamento
- Comunicação
- Desempenho

Fatores associados ao sistema

- Sobrecarga de trabalho
- Ambiente organizacional

Fatores associados ao doente

- Adesão ao tratamento

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE INCIDENTES

- Utilização de checklists/ protocolos;
- Melhorar a qualidade dos registos;
- Padronizar procedimentos;
- Participação em processos de melhoria;
- Incluir o doente e família na confirmação de dados ;
- Estabelecer políticas para desenvolver uma cultura de segurança.

Qualquer política de gestão do risco, está condenada à partida ... se não conseguir envolver todos os seus colaboradores.

POR ONDE COMEÇAR?

PASSO 1: CONSTRUIR UMA CULTURA DE SEGURANÇA

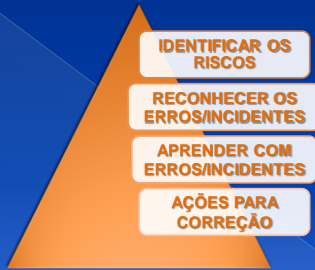


É o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, o qual determina o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura.

SEGURANÇA DO DOENTE

Redução do risco, a um mínimo aceitável, associados aos cuidados de saúde.

PROCESSO DE GESTÃO DA SEGURANÇA



PASSO 2: ORGANIZAÇÃO “ABERTA” E JUSTA

- Visão aberta sobre incidentes ocorridos;
 - Abertura na discussão de incidentes com os pares e superiores;
 - Assumir a responsabilidade sobre as ações;
 - Tratamento justo e apoio em caso de incidentes;
- ↓
- Redução da recorrência e da gravidade dos incidentes;
 - Redução de prejuízo físico e psicológico para os doentes;
 - Redução da carga psicológica sobre a equipe: angústia, culpa, vergonha, perda de confiança e perda da moral;
 - Redução de custos

As causas de um incidente não podem ser relacionadas apenas às ações do profissional envolvido. A avaliação e análise dos incidentes deve ter em conta a organização, as circunstâncias, os processos, etc.

Cultura de Perfeição:

Se tentarmos o suficiente, não cometeremos erros.



Cultura de Punição:

Se punirmos quem comete erros, eles “deixarão de acontecer”.

Análise aberta e equilibrada, não punitiva

↓
impacto positivo na atuação da equipe

Ignorar os incidentes não é o caminho...

↓
Oculta e inibe a tomada de consciência da dimensão do problema.

Os erros irão sempre ocorrer, e para minimizá-los é necessário aceitar que estes existem.

The best people can make the worst mistakes”
Reason, J (ed) (2002). *Human Error*. Cambridge University Press

PASSO 3: INCENTIVAR NOTIFICAÇÃO

Única forma de quantificar os incidentes e verificar padrões de ocorrência.

- Relatar todos os incidentes;
- Avaliar resultados;
- Avaliar estatisticamente;
- Divulgar e capacitar os profissionais;
- Criar estratégias para a prevenção de novos incidentes;
- Compartilhar dados com bancos de dados nacionais.

BARREIRAS PARA A NOTIFICAÇÃO

- Sensação de fracasso;
- Medo da culpa;
- Utilização errada das informações;
- Medo de processos legais;
- Desconhecimento dos benefícios da notificação;
- Falta de recursos;
- “Não é meu trabalho”;
- Dificuldade para notificar.

IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO

- Ajudar a criar uma visão nacional sobre segurança do doente em serviços de saúde.
- Dar maior visibilidade às notificações locais, e garantir que os incidentes terão a atenção necessária.
- Ampliar o conhecimento sobre incidentes, e ajudar a desenvolver iniciativas nacionais para redução das ocorrências.
- Aumentar o conhecimento sobre segurança do doente e, conseqüentemente a confiança do público.

APLICAÇÃO INFORMÁTICA

- Omissão de dados pessoais;
- Compartilhado internamente e nacionalmente;
- Divulgação de eventos adversos:
 - *Ações ou omissões consideradas inseguras
 - *Erros de medicação
 - *Erros de diagnóstico
 - *Falhas de equipamento
 - *Falhas de comunicação
- Condições latentes do sistema:
 - *Estrutura
 - *Políticas internas
 - *Comunicação



APLICAÇÃO INFORMÁTICA – CHMT



Notificação de eventos por profissionais autenticados ou anónimos



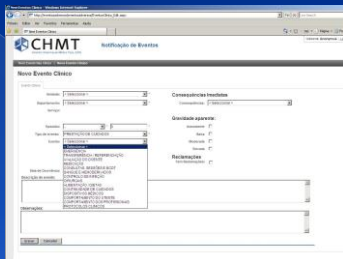
APLICAÇÃO INFORMÁTICA – CHMT



Notificação de eventos adversos de riscos clínicos e não clínicos



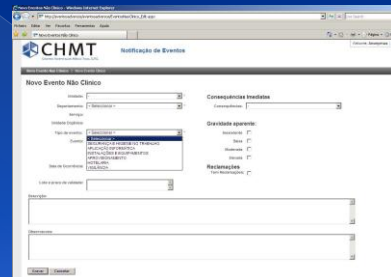
APLICAÇÃO INFORMÁTICA – CHMT



Notificação de eventos adversos de riscos clínicos



APLICAÇÃO INFORMÁTICA – CHMT



Notificação de eventos adversos de riscos não clínicos



EM PORTUGAL...

Estima-se que:

- O nº de mortes associadas a erro cometido por equipas prestadoras de cuidados seja de 1.330 a 2.900/ ano;
- Superior às mortes por acidentes de viação (1145 em 2006);
- 30 % superior às mortes por SIDA.
- 4200 acidentes relacionados com a queda de doentes, de macas ou de camas

Fragata, 2004

Inspecção Geral das Atividades em Saúde - IGAS, 2008

EM PORTUGAL...

Relatório – Inspecção sobre a monitorização do erro médico e ações judiciais com pedido de indemnização:

- 1.992.456 doentes
- 138 processos instaurados
- 26.013.826.16 €

(IGAS, Triénio 2008-2010 -1º semestre)

EM PORTUGAL...

Nos últimos 5 anos (2005-2010) o conjunto de erros ocorridos (independentemente da frequência):

- Identificação de doentes;
- Processos com informação mal arquivada;
- Administração de medicamentos (produto/ dosagem);
- Etiquetagem incorreta;
- Prescrição não conforme;
- Avaliação do estado clínico do doente;
- Incidentes com transfusões sanguíneas;

EM PORTUGAL...

Nos últimos 5 anos (2005-2010) o conjunto de situações assistenciais adversas mais frequentes:

- Infeção resultante da assistência médica/enfermagem;
- Sépsis pós-operatória;
- Punções ou lacerações acidentais;
- Insuficiências respiratórias pós operatórias;
- Situações de reação a transfusão sanguínea.

EM PORTUGAL...

Estudo "Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade"

- Taxa de incidência de eventos adversos de 11,1% em episódios de internamento;
- 53,2% são evitáveis;
- 10,7 dias de prolongamento, em média, dos episódios de internamento.

Escola Nacional de Saúde Pública, 2011

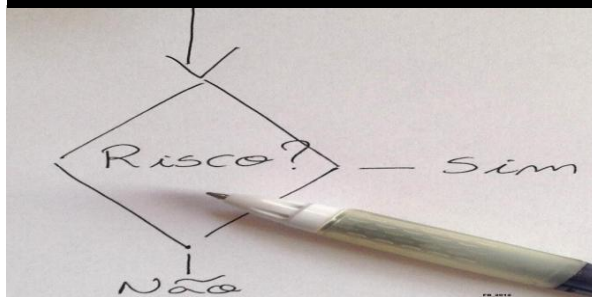
NO "FUTURO", O QUE ESPERAR DAS ORGANIZAÇÕES?

- Desenvolvimento de mecanismos de análise de riscos e de eventos adversos;
- Desenvolvimento de uma cultura "mais aberta", onde os eventos adversos possam ser participadas e discutidas;
- Desenvolvimento de mecanismos que assegurem que as mudanças necessárias são efetuadas;
- Afirmação do valor da prevenção, da análise e da aprendizagem com o erro;
- Participação a entidades externas;
- Investigação e análise de dados.

...E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ?

- Sensibilização para os riscos e prevenção de eventos adversos para o doente;
- Sensibilização para a notificação de eventos adversos;
- Participação prioritária de incidentes graves;

Não faça da segurança um rascunho, pois pode não ter tempo de passar a limpo...



BIBLIOGRAFIA:

Joint Commission Resources. Focus on five: High-alert meds. *Joint Commission Perspectives on Patient Safety* May 2001;1(1):11.

Joint Commission Resources. Standards link: Sound-alike medications. *Joint Commission Perspectives on Patient Safety* Sept 2001;1(5):2.

Patient Safety and Medical Malpractice - George J. Annas, in *The Rights of Patients*, Southern Illinois University Press, 2004, pp337 a 361

Risk Management – Richard R. Balsamo e Max Douglas Brown, in *Legal Medicine*, American College of Legal Medicine, 5ª ed., 2004

The End Of The Beginning: Patient Safety Five Years After "To Err is Human" – Robert M. Watcher, in *Quality of Care on line*, 30.11.2004

Relatório – Inspeção sobre a monitorização do erro médico Inspeção Geral das Atividades em Saúde - IGAS, Triénio 2008-2010 - 1º semestre

Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade; Paulo Sousa, António de Sousa Uva, Florentino Serranheira, Ema Leite, Carla Nunes. © Escola Nacional de Saúde Pública: 1ª edição portuguesa: Maio 2011 Personal Vision ISBN N° 978-989-97342-0-3

Reason J: *Human Error*. Cambridge University Press 2002

Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. © Direção-Geral da Saúde, Tradução realizada pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, 2011

Reason J. *Human error: models and management*. *BMJ* 2000;320:768-770



APÊNDICE VII - Póster “Dê tolerância zero ao erro de medicação...aposte na prevenção” - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

**DÊ TOLERÂNCIA ZERO
AO ERRO DE MEDICAÇÃO...**



ERRO DE MEDICAÇÃO

Qualquer evento evitável que pode causar dano ao paciente ou levar ao uso inadequado do medicamento.

PROCESSO DE MEDICAÇÃO

Prescrição Dispensação Preparação Administração

VERIFICAÇÃO DOS 5 “CERTOS” DA MEDICAÇÃO:

- ✓ **DOENTE CERTO**
- ✓ **MEDICAMENTO CERTO**
- ✓ **DOSE CERTA**
- ✓ **VIA CERTA**
- ✓ **HORA CERTA**



PRESCRIÇÃO ELETRÓNICA;

**DA MEDICAÇÃO
CONFIRMAÇÃO
ORDEM VERBAL;**

**ABOLIÇÃO DE
ABREVIATURAS.**



...APOSTE NA PREVENÇÃO!



Realizado no âmbito do MEMC da Universidade Católica Portuguesa
Enf^a Ana Sofia Silva – Enf^a Cooperante Maria João Esperto – Docente Prof.^a Patrícia Pontífice

BIBLIOGRAFIA:

National Coordinating Council for Medication Error Reporting Prevention (NCCMERP). Rockville, United States. Apresenta a taxonomia dos erros em medicação. 1998. <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.

National Coordinating Council for Medication Error Reporting Prevention (NCCMERP). Rockville, United States Pharmacopeia, 2001. Apresenta categorização de erros em medicação. <http://www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm>.

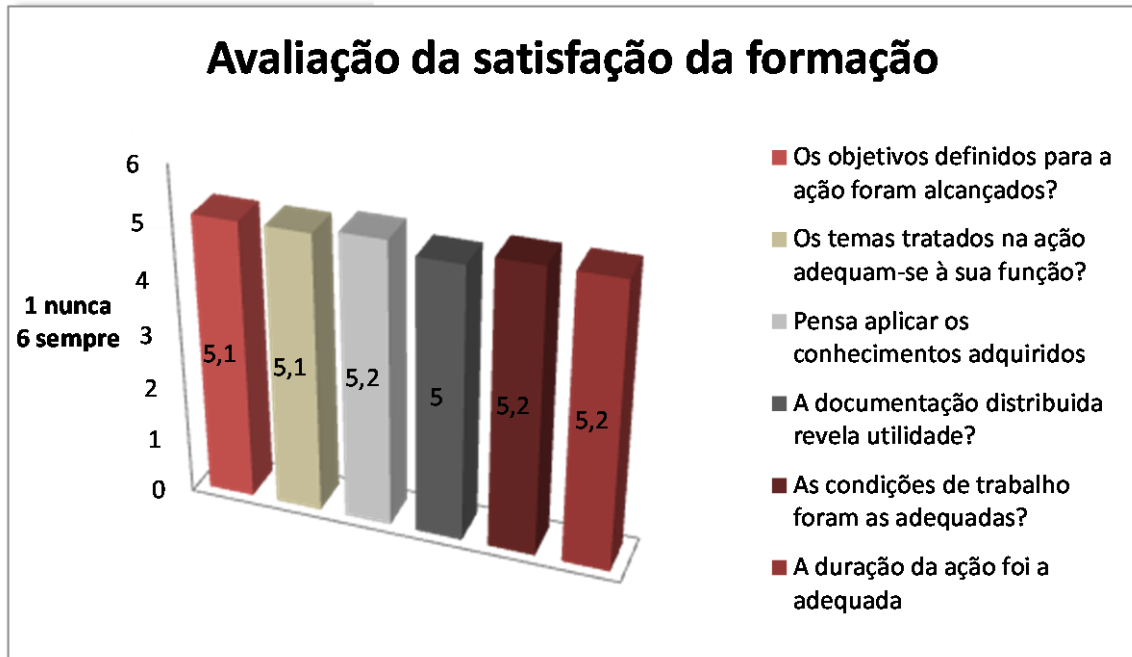
National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. What is a medication error? www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html. Accessed November 20, 2009.

Institute for Safe Medication Practice – ISMP. 1996. <http://www.pharminfo.com/ismp/ismp.lp.htm>

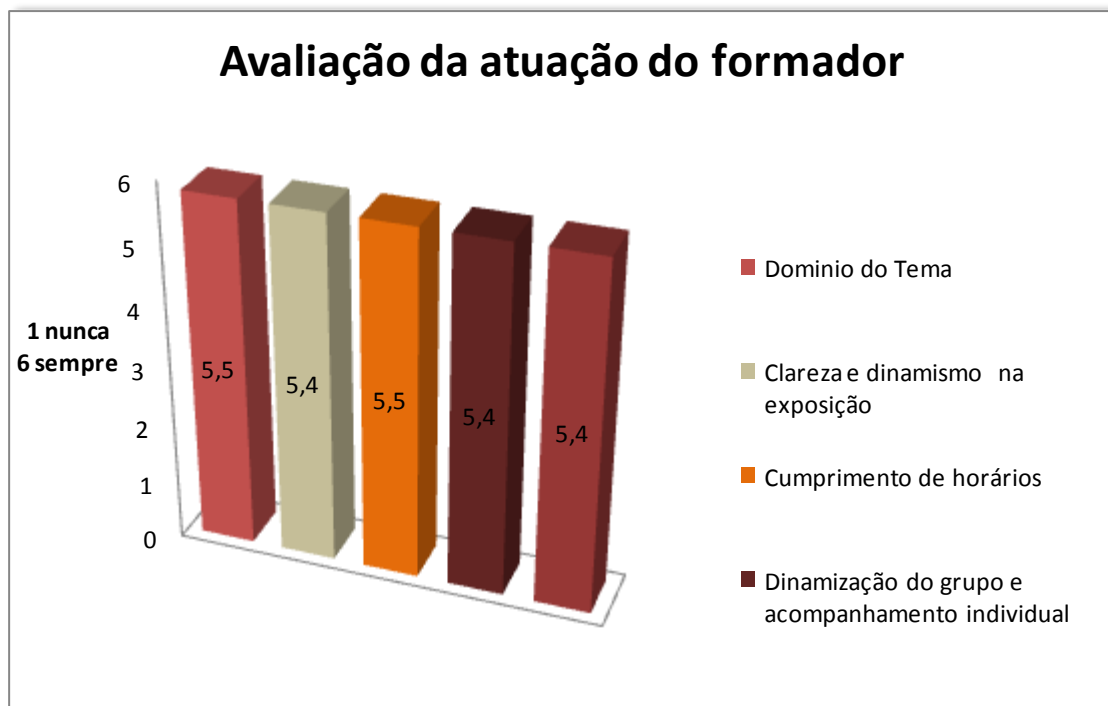
APÊNDICE VIII - Avaliação da satisfação da formação – Serviço de Urgência

Médico Cirúrgica

Avaliação da satisfação da formação – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica



Média - 5,1



Média - 5,4

ANEXOS

ANEXO I - Impresso de Avaliação Satisfação-Inquérito ao Formando

Curso / Acção n.º	
Data	
Nº Mec./Nome (Facultativo)	
Função (Facultativo)	

A SUA OPINIÃO É UM CONTRIBUTO IMPORTANTE PARA A MELHORIA DA FORMAÇÃO.

ASSINALE A SUA RESPOSTA NUMA ESCALA DE ① (NUNCA) A ⑥ (SEMPRE)

1. Os objectivos definidos para a Acção foram alcançados?	①	②	③	④	⑤	⑥
2. Os temas tratados na Acção adequam-se à sua função?	①	②	③	④	⑤	⑥
3. Pensa aplicar os conhecimentos adquiridos na sua função?	①	②	③	④	⑤	⑥
4. A documentação distribuída revela utilidade?	①	②	③	④	⑤	⑥
5. As condições de trabalho foram as adequadas?	①	②	③	④	⑤	⑥
6. A duração da Acção foi a adequada?	①	②	③	④	⑤	⑥

7. Actuação do(s) Formador(es)

Domínio do tema <small>(Nível de conhecimentos possuídos)</small>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Clareza e dinamismo na exposição <small>(Linguagem acessível)</small>	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Cumprimento de horários	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Dinamização do grupo e acompanhamento individual	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Utilização dos Recursos / Equipamentos Didácticos	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

8. Sugestões de melhoria