



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA UM CUIDADO SEGURO

THE DEVELOPMENT OF COMPETENCES FOR A SAFE CARE

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
enfermagem médico-cirúrgica

Por

Sílvia Maria Magalhães de Sousa Pacheco Ribeiro

Porto – maio de 2017



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA UM CUIDADO SEGURO

THE DEVELOPMENT OF COMPETENCES FOR A SAFE CARE

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
enfermagem médico-cirúrgica

Por

Sílvia Maria Magalhães de Sousa Pacheco Ribeiro

Sob a orientação de Doutora Irene Oliveira

Porto – maio de 2017

Resumo

Este documento é o relato de todo o percurso efetuado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica com o objetivo de dar a conhecer os objetivos e atividades desenvolvidas com vista à aquisição de competências de grau de mestre. A segurança do doente nas diversas vertentes de cuidados foi o meu principal foco de atenção e serviu de pano de fundo no desenrolar de todas as atividades desenvolvidas durante a realização dos dois módulos de estágio, que tiveram lugar no serviço de urgência e comissão de controlo de infeção. Ao longo de todo o relatório foi usada uma metodologia descritiva e de análise crítico-reflexiva dos objetivos, atividades desenvolvidas e competências atingidas face às dificuldades encontradas, às estratégias desenvolvidas e soluções sugeridas.

Da pesquisa efetuada, a segurança do doente foi associada a um dos graves problemas de Saúde Pública a nível mundial, com custos humanos e financeiros avultados. A existência de uma cultura de segurança é um dos principais preditores de segurança do doente e pressupõe formação dos profissionais, uma cultura não punitiva de resposta ao erro, um aumento do número de notificações de eventos adversos e uma liderança capaz de induzir alterações de comportamentos no seio das equipas para um cuidado seguro.

Deste percurso devo realçar a análise das atividades desenvolvidas para colmatar situações problema detetadas no âmbito das aquisições de competências na área da gestão, das aprendizagens profissionais e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Das atividades desenvolvidas no serviço de urgência destaco a elaboração de um poster informativo, a elaboração de um documento designado por proposta de melhoria entregue ao chefe de serviço e uma formação em serviço sobre segurança do doente. Na comissão de controlo de infeção destaco a elaboração de um poster e uma ação de sensibilização dos profissionais sobre prevenção da infeção respiratória, a verificação das práticas relacionadas com as nebulizações com aplicação de uma grelha de verificação construída e adaptada. Dos 51% da população estudada, pude verificar um incumprimento da norma institucional relativa à prática das nebulizações, tendo sido apontadas como principais razões o desconhecimento da mesma, a falta de recursos estruturais e humanos, e ausência de informação sobre o tipo de material usado. Dos resultados da pesquisa bibliográfica pude fundamentar a sugestão de alterações à norma instituída relativamente ao tempo de troca do dispositivo a cada 24h, limpeza do dispositivo aquando de cada utilização, a utilização de unidose de medicação, o reforço de medidas de controlo de infeção como a desinfeção das mãos e o uso de luvas, e medidas de armazenamento do material.

As atividades e reflexões realizadas durante este período contribuiram para o meu crescimento pessoal e foram ao encontro da aquisição de competências de grau de mestre. Por conseguinte, abriram caminhos à discussão sobre segurança do doente, sensibilizaram os profissionais para a aquisição de comportamentos que visam o cumprimento das normas de segurança dos cuidados e quebraram algumas das barreiras comportamentais enraizadas. Na minha atividade profissional, este percurso, impulsionou a implementação de um projeto multidisciplinar que tem por objetivo, incrementar a segurança do doente no local onde exerço atuais funções. A aprendizagem é um contínuo ao longo da vida, pelo que enquanto mestre em enfermagem guiarei o meu exercício de funções, pela evidência científica, pela segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras chave: Segurança do Doente, Cultura de Segurança, Qualidade dos Cuidados, Enfermagem

Abstract

This document is the report of the entire journey made in the scope of the Master's Course in Nursing with Medical-Surgical Specialization with the purpose to give knowledge of the objectives and activities developed in order to acquire the competences of the master's degree. The patient safety in the several areas of care, was my main focus of attention and served as a background in the course of all activities developed during the realization of the two internship modules, which took place in the emergency service and in the commission of infection control. Throughout the report was used a descriptive methodology and a critical-reflective analysis of the objectives, developed activities and competences acquired, face the difficulties encountered, the strategies developed and the suggested solutions.

From the research done, the patient safety was associated with one of the serious problems of Public Health worldwide, with high human and financial costs. The existence of a safety culture is one of the main predictors of the patient safety and requires the training of professionals, a non-punitive culture of error response, an increase of the number of reports of adverse events and a leadership capable of inducing behaviour changes within the teams for a safe care.

Of all this work we must enhance the analysis of the activities developed to address problem situations detected in the context of skills acquisitions in the management area, of the professional learning and in the continuous improvement of the care quality. Of the activities developed in the emergency service is highlighted the elaboration of an informative poster, of a document designated "proposal for improvement" delivered to the head of service and a training in service about the patient safety. In the commission of infection control, we highlight the elaboration of an informative poster and an action to raise the awareness of the professionals in preventing the respiratory infection, the verification of the practises related to nebulisations, with the application of a verification grid built and adapted, and the update of the norm related to the hospital nebulisations. 51% of the population studied, we were able to verify a breach of the institutional norm regarding the nebulisations practise, being pointed as major reasons the ignorance of the norm, the lack of structural and human resources and the absence of information about the type of material used. From the results of the bibliographic research we were able to support the suggestion of changes to the established norm concerning the device switch time every 24 hours, cleaning the device at each use, the use of medication single doses, the strengthening of infection control measures such as disinfection of hands and wearing gloves, and material storage measures.

The activities and reflections carried out during this period contributed to my personal growth and were in line with the acquisition of master's degree competences. Therefore, opened paths to the discussion of patient safety, sensitized the professionals to the acquisition of behaviours which aim to comply with care safety standards and broke some of the rooted behavioural barriers. In my professional activity, this journey, promoted the implementation of a multidisciplinary project which aims to increase the patient safety in the place where I perform my work at this moment. Learning is a lifelong continuum, so, as a Master in Nursing, I will always guide my actions as a professional, by the scientific evidence, by the safety and quality of the nursing care.

Key-words: Patient Safety, Safety Culture, Quality of Care, Nursing

Agradecimentos

*À minha orientadora **Doutora Irene Oliveira**, pela sua inestimável colaboração, pela disponibilidade exímia, e por me dar alento em alturas mais difíceis no meu percurso, o meu muito obrigada.*

*Às minhas **tutoras de estágio** por toda a disponibilidade e empenho demonstrados durante o meu percurso de aprendizagem.*

*Às minhas **colegas** de curso pela partilha, companhia e simpatia ao longo de todo este período.*

*Aos meus **Pais e irmã** por todo o apoio e incentivo sem o qual não teria sido possível alcançar este projeto.*

*Ao meu marido **Nuno** pela presença, compreensão pelo tempo que não estivemos juntos e pelo apoio incondicional em todos os momentos, sem o qual não teria chegado ao fim neste percurso.*

*À minha **Inês**, fonte da minha inspiração, pela compreensão pelo tempo que lhe roubei e por me ter deixado fazer os “meus trabalhos de casa”.*

SIGLAS

AHRQ – Agency for Health Care Research and Quality

ARSN – Administração Regional do Norte

APDH – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCIRA – Comissão de Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos

CDC – Center of Disease Control

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPR – Conselho Português de Ressuscitação

DGS – Direção Geral de Saúde

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

HPH – Hospital Pedro Hispano

HP- HCIS – Health Care Information System

HSPCS – Hospital Survey on Patient Safety Culture

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INCS – Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAPA – Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos

PBCI – Precauções Básicas no Controlo de Infeção

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD - Plano Nacional de Saúde do Doente

PNCI – Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção

POPCI - Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SAM – Sistema de Apoio Médico

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

TSA – Teste de Suscetibilidade a Antimicrobianos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	15
2. O AMBIENTE DE ESTÁGIO.....	19
3. O DOENTE EM SEGURANÇA.....	23
4. A SEGURANÇA DO DOENTE NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	31
4.1 Competências no Domínio da Gestão e das Aprendizagens Profissionais.....	31
4.2 Competências no Domínio da Melhoria da Qualidade.....	41
5. A SEGURANÇA DO DOENTE COMO PRIORIDADE DE UMA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO.....	47
5.1 Competências no Domínio das Aprendizagens Profissionais.....	48
5.2 Competências no Domínio da Melhoria da Qualidade.....	52
6. CONCLUSÃO.....	69
7. BIBLIOGRAFIA.....	73
8. APÊNDICES	
Apêndice I - Poster SU	81

Apêndice II – Estudo de Caso no SU.....	85
Apêndice III - Formação em Segurança do Doente e Sistemas de Notificação.....	103
Apêndice IV - Questionário de Avaliação da Sessão de Formação.....	115
Apêndice V - Oportunidades de Melhoria	127
Apêndice VI – Sessão de Sensibilização sobre a Prevenção da Infecção Respiratória.....	155
Apêndice VII – Grelha de Verificação da Norma de Prevenção da Infecção Respiratória.....	163
Apêndice VIII – Teste de Proteínas.....	167
Apêndice IX – Proposta de Alteração à Norma da Prática nas Nebulizações.....	171

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tratamento do equipamento clínico.....	62
Gráfico 2 – Resultados de práticas seguras na administração das nebulizações.....	63

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados da verificação do tratamento do equipamento clínico.....	62
Tabela 2 – Resultados das práticas seguras na preparação e administração de nebulizações	63

1. INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica visa a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada à pessoa adulta e idosa com doença grave e em estado crítico, e confere competências para a prestação de cuidados especializados, competências essas necessárias para o meu desenvolvimento profissional. Ser enfermeira foi desde muito cedo o meu desígnio e apesar dos caminhos conturbados cheguei à profissão com vontade de adquirir novos conhecimentos. O ingresso neste curso vem na sequência desta determinação e sentido de dever, tal como refere o Código Deontológico na alínea c) do artigo 109º da excelência do exercício “c) *Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;*” (OE, Estatuto e REPE 2015, pág 85).

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa encontra-se dividido por uma componente teórica e uma componente prática. Para fazer cumprir esta última componente, realizei dois dos três estágios previstos no período compreendidos entre 5 de maio de 2016 e 5 de novembro de 2016. O estágio encontra-se dividido em três módulos, o módulo I Serviço de Urgência que realizei no Serviço de Urgência de um hospital inserido numa ULS, o módulo II de Cuidados Intensivos ao qual tive creditação pela experiência superior a 10 anos de exercício profissional nessa área e por fim o módulo III opcional que realizei na Comissão de Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos da mesma instituição. Este período teve um total de 750 horas das quais 540 foram de contato e as restantes de trabalho individual de pesquisa. Assim, cada módulo de estágio foi composto por 250 horas, das quais 180 de contato e as restantes 70 horas para estudo individual, distribuídas pelos turnos.

A realização do estágio no Serviço de Urgência da instituição onde exerço atualmente a minha atividade profissional, foi uma opção realizada com o objetivo de conhecer um serviço com o qual tenho uma ligação profissional, mas que desconhecia a sua dinâmica e organização.

O estágio neste serviço permitir-me-ia integrar todo o percurso do doente crítico desde a sua receção no SU até aos cuidados intensivos onde exerço atual funções, auxiliando futuramente a minha organização de cuidados na antecipação dos mesmos. Pelo facto de ser um serviço de nível médico-cirúrgico possibilitaria o desenvolvimento das minhas competências de enfermeira especialista. Segundo a Ordem dos Enfermeiros “*enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados especializados na área da sua especialidade.*” (OE, Estatuto e REPE, 2015, p. 99).

Relativamente ao módulo II de estágio de Cuidados Intensivos obtive creditação pelo meu percurso profissional que teve início em fevereiro de 2002 numa área específica de orto/traumatologia. Ao fim de 3 anos, enveredei numa área mais dirigida para o doente crítico e integrei a equipa de transporte/acompanhamento de doentes com enfarte agudo do miocárdio na realização de angioplastia diagnóstica e curativa. Neste período aprofundei os meus conhecimentos na assistência ao doente crítico, tendo dado início a uma nova fase. Realizei um estágio numa Unidade de Cuidados Intermédios e em dezembro de 2005 vim a integrar a equipa de cuidados intensivos da mesma unidade local de saúde. Dada a complexidade dos doentes e de técnicas tive necessidade de realizar formação no âmbito das técnicas dialíticas num Serviço de Nefrologia no total de 450 horas, e formação específica relacionada com o tratamento do doente crítico. Desde então, exerço a minha atividade profissional, neste contexto de doente crítico/ família com o qual me identifico.

Relativamente ao estágio de opção, módulo III, selecionei a comissão de controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos (CCIRA) do mesmo hospital. A escolha da realização deste módulo nesta área prendeu-se com o meu interesse por perseguir um objetivo centrado na qualidade dos cuidados e na promoção da segurança dos cuidados ao doente. Outro motivo que me levou a esta opção foi a oportunidade de conhecer a dinâmica e organização de uma comissão de controlo de infeção e pelo facto de exercer a minha atividade num setor de risco onde este conhecimento poderá elevar a qualidade dos cuidados prestados. Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem em pessoa em situação crítica definidos pela Ordem dos Enfermeiros é de extrema importância “*a participação na conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção atualizado (...); A participação na definição de estratégias de prevenção e controlo de infeção(...); A liderança na implementação do*

plano de intervenção e controlo de infeção(...); A capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e do controlo da infeção associado aos cuidados à pessoa em situação crítica.” (OE, Regulamento n.º361/ 2015, 4.7).

Este documento pretende ser o testemunho da vivência profissional e pessoal durante este período, apoiado na reflexão documentada, numa análise crítica e descritiva de todas as atividades desenvolvidas acerca dos cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica. Assim, os principais objetivos na realização deste relatório são: uma análise crítica reflexiva dos objetivos, das competências adquiridas, das atividades desenvolvidas e seus resultados bem como descrição de todas as oportunidades existentes para a aquisição de competências de enfermeira com grau de mestre. A metodologia descritiva e crítica reflexiva parece-me a mais adequada face ao objetivo preconizado para a execução deste documento com fundamentação através de pesquisa bibliográfica.

A estruturação em diferentes capítulos deste relatório pretende ser um elemento facilitador na compreensão do percurso efetuado. Assim optei por dividir este relatório em seis capítulos, em que num segundo capítulo faço uma caracterização do ambiente onde decorreu todo o estágio, no terceiro capítulo considere ser pertinente abordar separadamente o tema “doente em segurança” com o objetivo de dar a conhecer a pesquisa bibliográfica que foi sendo efetuada sobre o tema que serve de pano de fundo a este documento e que foi transversal aos locais de estágio.

A segurança do doente foi desde cedo um tema do meu interesse profissional dada a área de cuidados em que exerço as minhas funções e que foi impelido pela disciplina de supervisão de cuidados durante a parte teórica do curso. O interesse por esta área cresceu à medida que fui tomando conhecimento da gravidade da situação a nível internacional e nacional, e com ele a vontade e premência de contribuir para melhorar a prática dos cuidados de enfermagem através da promoção de uma cultura de segurança. Este estágio constituía uma oportunidade para o desenvolvimento de competências e simultaneamente servia para uma promoção da segurança do doente através do desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Nos dois capítulos subsequentes abordarei os objetivos/ atividades desenvolvidas em cada local de estágio que me permitiram alcançar as competências de enfermeira com grau de mestre.

Tendo em conta que neste documento não é possível abordar todas as atividades desenvolvidas para fazer face aos objetivos preconizados, elegi aqueles que mais se evidenciaram no meu percurso e que vão ao encontro do domínio da gestão e aprendizagens profissionais e do domínio da melhoria da qualidade. Embora o tema transversal seja a segurança do doente, dadas as diferentes características dos campos de estágio, achei que seria elemento facilitador aborda-los separadamente.

Ao longo de todo o percurso são salientados aspetos como, a cultura de segurança das instituições e das equipas, a importância da notificação de incidentes, a relevância da liderança das equipas, o ambiente de trabalho como potenciador do risco, o controlo de infeção como medida para evitar o dano ao doente e a qualidade dos cuidados prestados ao doente como principais indicadores da segurança do doente e sensível aos cuidados de enfermagem. Aspetos que tive em conta no desenvolvimento das minhas competências de enfermeira com grau de mestre.

2. O AMBIENTE DE ESTÁGIO

A componente prática do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa decorreu no serviço de urgência e na comissão de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos de uma Unidade Local de Saúde. Neste capítulo pretendo descrever o ambiente e as características estruturais e organizacionais dos dois locais de estágio, onde pude desenvolver competências de enfermeira especialista com grau de mestre, que são importantes para contextualização das atividades desenvolvidas. De salientar que o ambiente de trabalho segundo Fragata (2011) é um dos principais fatores descritos na literatura como facilitador/dificultador de um ambiente seguro, onde as falhas são prevenidas e ou potenciadas. Quando me refiro a ambiente de trabalho saliento as condições de trabalho, a organização e estrutura do mesmo.

Uma Unidade Local de Saúde integra na mesma unidade e sob a gestão do mesmo Conselho de Administração, o hospital, o agrupamento dos centros de saúde e os cuidados continuados, prestando cuidados nos três níveis de intervenção, como prevenção, tratamento e acompanhamento dos doentes. Esta unidade onde decorreu o estágio abrange uma população residente de 174.690 habitantes, que representa cerca de 4,8% da população da região norte. O serviço de urgência desta unidade tem um nível de resposta médico-cirúrgico, sendo responsável pela prestação de cuidados do conselho onde se insere e pela população de conselhos vizinhos, por ser unidade de referência. Em situações em que é necessária maior diferenciação de cuidados, segundo a rede de referência instituída articula-se com o hospital central que tem um serviço de urgência de nível polivalente.

O serviço de urgência desta unidade atende uma média de 212 doentes por dia. Destas admissões cerca de 75% ocorrem no período das 8-20h, cerca de 15% entre as 20-0h e os restantes 10% entre as 0-8h, pelo que se verifica a maioria das admissões no período diurno. Durante a semana o dia com maior afluência é a segunda-feira havendo um decréscimo ao longo dos restantes dias. Importa referir que a cerca de 64970 doentes provêm do exterior e

cerca de 5326 doentes vêm referenciados pelo centro de saúde. O principal motivo que leva os utentes a este serviço de urgência é doença, seguido das quedas e dos acidentes de trabalho com menos frequência. Verifica-se que o género feminino lidera a percentagem de recurso a este serviço e apenas nos acidentes de trabalho o género masculino aparece com maior afluência, (Cabral, 2015). Esta casuística é importante dado que no serviço de urgência a dotação de pessoal é feita por posto de trabalho tendo em conta a afluência a este recurso durante o dia, semana e mês. (OE, Regulamento n.º533/2014).

Estruturalmente o serviço de urgência é constituído por uma área de avaliação clínica médica e cirúrgica com as respetivas áreas de atendimento e tratamento de enfermagem e duas áreas com capacidade de internamentos de curta permanência (ST2) e de vigilância hemodinâmica (OBS). Organizacionalmente o serviço de urgência está integrado no departamento de emergência e medicina intensiva e tem como missão o rápido diagnóstico de doentes urgentes e seu encaminhamento para a alta ou internamento. Este serviço possui ainda um plano de emergência/catástrofe atualizado e bem definido dada a sua localização geográfica com infraestruturas de risco nas imediações. Os recursos humanos deste serviço contemplam uma vasta equipa multidisciplinar, num total de 70 enfermeiros dos quais apenas 9 com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, dada a especificidade dos cuidados prestados neste serviço e de acordo com o preconizado pelo Despacho n.º10319/2014 (DR, n.º153/2014) seria expectável que cerca de 50% dos enfermeiros da equipa tivessem competências específicas de Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica, atribuída pela OE. Os elementos da equipa são distribuídos por postos de trabalho e em períodos de maior afluência a equipa reorganiza-se mobilizando os profissionais para as áreas mais críticas. Relativamente ao horário existe um reforço das 16-0 horas o que vem ao encontro das estatísticas das horas de maior afluência no SU.

O segundo local onde decorreu o meu estágio de opção foi a CCIRA (Comissão de Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos) integrada na ULS e que é legalmente segundo a Circular Normativa n.º 18/DSQC/DSC (DGS/2007), um órgão de assessoria técnica de apoio à gestão que deve ter um carácter técnico, executivo, e multidisciplinar e que deve ser dotada de autoridade institucional e autonomia técnica, na definição das estratégias para prevenir e controlar as IACS. Segundo o Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das IACS (DGS, 2008) a CCIRA é também responsável por implementar nas unidades de saúde uma cultura de segurança, de modo a que a prevenção e

controle da IACS seja da responsabilidade diária dos profissionais e parte constituinte da qualidade dos cuidados e segurança do doente.

Estruturalmente a CCIRA encontra-se sediada no departamento das comissões num espaço onde decorrem todas as atividades inerentes às suas áreas de atuação, tais como: vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde; elaboração e implementação de normas e recomendações de boas práticas; formação e informação dos profissionais de saúde, visitas e doentes; vigilância na utilização de antibióticos; consultadoria e apoio. Igualmente o Conselho de Administração, através da CCIRA deve fazer cumprir as estratégias consignadas no Plano Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) tais como: elaborar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção (POPCI) e avaliar as ações realizadas; instituir políticas de prevenção controlo de infeção e monitoriza-las através de auditorias periódicas; proceder à revisão trienal de normas ou sempre que a evidência científica assim o justifique; investigar, controlar e notificar surtos de infeção, com o intuito de prevenir e monitorizar os riscos de infeção associados a novas tecnologias, dispositivos, produtos e procedimentos.

Organizacionalmente a CCIRA é composta por um grupo multidisciplinar constituído por um núcleo executivo, de apoio técnico e consultivo. O núcleo executivo é composto por um médico que assume a sua coordenação e é simultaneamente o responsável local do PPCIRA, por um técnico superior de microbiologia, por um médico de medicina geral e familiar, um farmacêutico e por dois enfermeiros. O núcleo de apoio técnico e consultivo possui um elemento de cada serviço que se relaciona com a CCIRA e tem um elemento de cada serviço clínico para a constituição dos elos de ligação. De acordo com o Despacho n.º 15423/2013 (DR n.º 229/2013) devem ser cumpridas 40 horas semanais de atividade médica e para hospitais com mais de 250 camas devem ser atribuídas cerca de 28 horas semanais efetivas ao médico responsável e um enfermeiro em dedicação exclusiva, sendo que, por um acréscimo de mais 250 camas, deve estar mais um enfermeiro em dedicação completa. Nesta comissão existem três enfermeiros com diferentes cargas horárias de dedicação o que parece de acordo com o despacho, no entanto dada a particularidade de organização do hospital com a integração dos cuidados de saúde primários e tendo a área hospitalar mais de 250 cama, parece ser insuficiente a alocação de recursos humanos *versus* volume de trabalho.

3. O DOENTE EM SEGURANÇA

A preocupação com a segurança teve os seus primórdios na indústria nuclear após o acidente de Chernobyl, posteriormente teve um papel de relevo na aviação e só mais tarde tem uma expressão crescente ao nível das instituições de saúde. Com publicação do relatório “To Err is Human” (Kohn, 2000) pelo Institute of Medicine ficaram-se a conhecer alguns números alarmantes, cerca de 44 a 98 mil americanos morriam devido a eventos adversos evitáveis, e à semelhança no Reino Unido cerca de 10% das admissões hospitalares sofriam um dano irreparável provocando um custo adicional de 2 biliões de dólares em dias de internamento “*An Organization with a memory*”(Department of Health London, 2000). Estes dados assustadores vieram depositar na comunidade científica a responsabilidade de realizar mais estudos e investigações nesta área por forma a monitorizar os eventos adversos, a encontrar estratégias para os reduzir, a prevenir mortes evitáveis e controlar os custos avultados para a saúde e economia dos países.

Com a intenção de fazer face a este pressuposto a OMS lança em 2004 um desafio mundial “*The World Alliance for Patient Safety*” que permitiu que vários países se envolvessem, surgindo a premência de criar uma linguagem comum através de uma taxonomia de segurança do doente criada por vários peritos na área, e que visam uma promoção da segurança do doente em qualquer sistema de saúde. O erro humano nos cuidados de saúde assumiu grande preocupação, mas tal como a indústria e a aviação encontraram estratégias para aumentar a segurança dos seus serviços, também na área da saúde é viável. Tal como refere o relatório “To Err is Human”(Kohn et al., 2000), errar faz parte da natureza humana, mas também faz parte criar soluções, encontrar alternativas e enfrentar novos desafios. Ignaz Semmelweis e Florence Nightingale foram os pioneiros em medidas de controlo de infeção, ao perceberem que a lavagem das mãos entre doentes reduzia o risco de transmissão cruzada de microrganismos. Em meados do século XIX Ignaz Semmelweis¹ foi considerado o responsável pela introdução lavagem das mãos como principal medida de controlo de infeção,

¹ Ignaz Philipp Semmelweis - Obstetra Húngaro de Origem Alemã

em 1847 após ter-se apercebido da elevada mortalidade das puérperas devido a uma infeção que associou ao contágio através das mãos dos médicos que realizavam autópsias e que contactavam com as puérperas. (Perl,2011, p.2/47)

Em Inglaterra Florence Nightingale no final do Séc. XIX, foi perscrutora de medidas de controlo ambiental, de organização e isolamento dos enfermos, medidas de higienização que em conjunto foram responsáveis pela redução da taxa de mortalidade da época. Considerada por muitos com uma visão vanguardista para a altura a verdade é que os seus conhecimentos continuam a ser uma premissa nos dias de hoje (Perl, 2011, p. 2/47).

Na Europa e mais tarde em Portugal a medicina foi evoluindo a par com os conhecimentos de microbiologia e com a conseqüente preocupação com o controlo de infeção. Nos EUA foi fundado o Center for Disease Control (CDC) e já na década de 1950 surge em Inglaterra a primeira enfermeira responsável pelo controlo de infeção hospitalar. Só em 1978 é que Portugal deu início a este processo com a criação da primeira “Comissão de Higiene” num hospital português e em 1996 foram criadas e regulamentadas pela Direção Geral de Saúde as Comissões de Controlo de Infeção. Após várias alterações ao longo dos anos é apenas em 2007 novamente pela alçada da DGS que o Plano Nacional de Controlo de Infeção foi reformulado e reintroduzida a obrigatoriedade de introdução de comissões de controlo de infeção em todas as unidades de saúde, definindo o seu regulamento interno e capacitando-as de meios estruturais e humanos para implementar o Plano Operacional de Prevenção de Infeção (POPCI). Também a Administração Regional de Saúde sediou as estruturas regionais de controlo de infeção que se articulam com todos os organismos de saúde e com as respetivas comissões (Silva, 2013, pp. 1-8). Dado o panorama Português e restante Europa de elevada taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, e de uma elevada taxa de resistências aos antimicrobianos, fundiram os dois programas, o de controlo de infeção com o de prevenção à resistência antimicrobiana. Assim, com o Despacho n.º 15423/2013 de 26 de novembro (DR,N.º229/2013) que alarga a constituição das equipas e novos objetivos, foi implementado um “Programa de Apoio à Prescrição dos Antimicrobianos”, passando-se a designar Comissão de Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA).

Segundo Fragata (2011) o grande desafio neste século XXI é tornar os cuidados de saúde seguros para o doente e para quem presta os cuidados, a par com o desenvolvimento de novas tecnologias e conhecimentos avançados da medicina que torna o ambiente do doente muito mais complexo e propício a eventos indesejáveis associado ao aumento do grau de exigência dos utilizadores dos sistemas de saúde.

Portugal acompanha o panorama internacional embora com um atraso na linha do tempo relativamente ao conhecimento destas questões. Em 2009 o Conselho da União Europeia emana um conjunto de recomendações sobre a segurança dos pacientes e mais tarde a DGS através do Despacho n.º1400-A/2015 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (D.R., 2.ª série — N.º 28 /2015). Segundo este despacho a ocorrência de falhas de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está diretamente relacionada com nível de cultura de segurança existente, referindo ainda que existe evidência de que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes mais nas instituições que não têm essa cultura de segurança. Neste sentido, facilmente se percebe que as ocorrências de erros nos cuidados de saúde podem ter consequências nefastas para o doente e sua família, mas também têm implicações negativas na autoestima dos profissionais de saúde, na reputação do SNS e na sua economia.

Em Portugal ainda é diminuta a informação acerca de danos ao doente e apenas em 2011 foi divulgado o primeiro estudo piloto realizado em Portugal sobre eventos adversos em contexto hospitalar (Escola Nacional de Saúde Pública, 2011) cujos resultados revelam que cerca de 11,1% de incidência de eventos adversos e cerca de 53,2% dos eventos adversos eram evitáveis. Também em 2011 a DGS lança a Estrutura Concetual da Classificação sobre Segurança do Doente através do relatório técnico (DGS, 2011) onde termos como erro, evento adverso, segurança do doente e outros são definidos e universalizados através deste documento. Atualmente as instituições de saúde trabalham para fazer face a um único objetivo comum o de garantir a segurança dos cuidados e consequentemente a qualidade dos cuidados, para isso o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tem por objetivos : aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Despacho n.º 1400-A/2015, D.R., 2.ª série — N.º 28 /2015), que se encontra integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015, D.R, n.º 102 de 27 de maio).

A cultura de segurança nos hospitais portugueses tem ainda um elevado potencial de melhoria como evidência a avaliação da cultura de segurança do doente nas instituições hospitalares, com a publicação da Norma n.º 025/2013, de 24 de dezembro (DGS,2013). Este estudo

foi realizado com a colaboração entre a Direção Geral da Saúde (DGS) e a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) que visa, a avaliação e monitorização da cultura de segurança do doente no sistema de saúde nacional através do lançamento de um questionário “Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPCS), da *Agency for Health care Research and Quality (AHRQ)*” adaptado e traduzido para Portugal.

Segundo o Relatório de Avaliação da Cultura de Segurança dos Doentes em 2015 (DGS, 2015), apenas 18,3% aderiram a esta avaliação, e segundo o mesmo as dimensões com maior potencial de melhoria seriam: apoio à segurança do doente pela gestão; frequência da notificação; trabalho entre unidades; dotação de profissionais e resposta ao erro não punitiva.

Estas dimensões são difíceis de atingir pois implicam uma mudança cultural enraizada na população que constituem por vezes uma barreira para aumentar a cultura de segurança. Questiono se a razão de tão baixa adesão ao preenchimento deste inquérito possa eventualmente significar um distanciamento destes aspetos relacionados com a segurança do doente. Para que os profissionais possam prevenir eventuais riscos de cometer erros seria importante gastarem o seu tempo a documentá-los e a analisá-los. Segundo Lage (2003) a análise dos erros ou quase erros é muito importante e pode fornecer informações muito uteis na prevenção do risco de danos ao doente.

Nesta linha de pensamento a DGS criou uma plataforma nacional de notificação “O NOTIFIC@”, de situações de risco para o doente ou situações que provocaram dano ao doente, sendo que estas notificações são anónimas e podem ser realizadas tanto por profissionais de saúde como por utentes do sistema de saúde. No entanto, na realidade nacional de alguns hospitais, existem outros instrumentos de relato de incidentes restritos às instituições. Alguns hospitais já têm programas onde isso é possível, outros ainda estão a desenvolvê-los e por isso ainda utilizam o sistema de papel que acaba por não ser confidencial e que poderá constituir um entrave à notificação.

Segundo a Comissão Europeia (2014) existem progressos na implementação de sistemas de notificação mas apenas em seis países se cumpre com os requisitos recomendados como: fornecer informação abrangente sobre eventos adversos; procedimentos disciplinares distintos; permitem que os doentes comuniquem as suas experiências e complementam os sistemas de segurança com outros da farmacovigilância.

Na minha atividade profissional a perceção é que esta plataforma não é amplamente utilizada por desconhecimento dos profissionais e dos utentes. Mais uma vez interrogo-me porquê?

Segundo Lage (2003) a análise das causas do erro deve ser nas eventuais falhas do sistema e não no profissional. Este autor resumiu no seu artigo algumas barreiras sentidas pelos profissionais de saúde e utentes na revelação dos eventos adversos e que vêm de certo modo responder à questão inicial. O medo de litígio, isolamento e falta de apoio, pressão silenciosa da instituição e falta de coragem são as principais barreiras descritas pelos profissionais de saúde, já os doentes apontam como barreiras o medo de represálias por parte dos profissionais de saúde e instituição, a diluição do evento no sistema, medo de ofender e medo de ser abandonado nos cuidados. Pimenta (2013) refere como barreiras à notificação, a falta de formação, a falta de treino e a dúvida no que constitui um evento notificável. Também Reed (2013) aponta o sistema de notificação do erro como a chave para a segurança do doente, e atribui a barreira *major* que impede essa cultura de notificação à possibilidade de o profissional incorrer em ações disciplinares ou legais. Segundo o mesmo é necessário que a política governamental proteja os notificadores à semelhança da Dinamarca e da Alemanha incentivando as práticas de notificação, não identificando os notificadores e dando o *feedback* das situações reportadas. Tornar os erros visíveis aos olhos dos colegas e dos doentes permite que todos o possam prevenir, pois ficam a conhecer as circunstâncias em que o risco de errar pode ocorrer.

Tenho dúvidas se estes sistemas internos de notificação restritos apenas à instituição são melhores do que a plataforma nacional, no entanto considero que na fase em que ainda estamos, qualquer sistema desde que implementado será sempre um passo positivo nesta longa caminhada de mudança de pensamento e cultura de punição do erro. Considero, contudo, que uma base nacional permitiria o intercâmbio de um leque mais diversificado de ocorrências cujo o seu conhecimento mais amplo seria um ponto positivo na segurança do doente.

A questão cultural própria de uma organização e do grupo de profissionais que a compõe constitui por vezes um desafio quando é necessário mudar. Quando uma equipa inserida em determinado ambiente trabalha de uma determinada forma, alterar a sua organização ou estratégias de trabalho é algo também muito complicado e depende do tipo de cultura organizacional que está instituída. Quando se fala em mudança poderá existir uma resistência e barreiras que terão de ser ultrapassadas tanto a nível individual como de equipa. Mudar para obter uma cultura de segurança será algo difícil e moroso e dependerá também em grande parte do tipo de liderança existente. Tal como refere Fragata (2011) aumentar a cultura de segurança é trabalhar num ambiente onde o erro humano não é punido, mas onde existe responsabilização pelo não cumprimento das regras, é relatar os incidentes e trabalhar-los no

seio da equipa, é trabalhar em cooperação com todos os membros da equipa com transparência e comunicação, aprendendo com os erros.

A cultura de segurança é hoje crucial na manutenção da qualidade dos cuidados prestados ao doente e é um dos parâmetros monitorizados em todo o mundo. Segundo o Eurobarómetro (Comissão Europeia, 2013) que avalia a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados reporta que os portugueses atribuem a formação dos profissionais, a exequibilidade dos tratamentos e a dignidade do doente como principais indícios da qualidade dos cuidados e que cerca de 55% refere que a qualidade dos cuidados em Portugal é boa. É curioso perceber que em Portugal apenas 20% dos doentes lesados denunciaram a situação contra 46% da restante união europeia, e por fim de referir que apenas 32% dos doentes internados receberam informação sobre os riscos de infeção associados ao internamento em comparação com 39% da restante Europa. Portugal tem ainda um extenso caminho a percorrer.

Os enfermeiros pela proximidade com o doente e pela natureza do seu trabalho são uma peça essencial para manter a estrutura da segurança do doente e conseqüente qualidade dos cuidados uma estrutura robusta e eficaz. Segundo um estudo realizado em grandes hospitais de Omã as estratégias para fomentar a cultura de segurança devem-se concentrar no desenvolvimento de capacidades de liderança que apoiem a comunicação aberta, a culpa, o trabalho em equipa e a aprendizagem organizacional contínua (Ammouri, 2015). Um outro estudo descreve a introdução de um novo método - Método de Árvore de Avaliação (ATM) que permite uma estimativa do nível de cultura de segurança numa organização, onde foi possível identificar os seis principais aspetos da cultura da segurança: conhecimento e habilidades; consciência; fluxo de informação; monitorização, controle e supervisão; Compromisso de gestão e melhoria contínua. Embora este método tenha sido desenvolvido na área da indústria pode ser aplicado a qualquer instituição (Warszawskaa, 2016). O aumento da cultura de segurança está diretamente vinculado à qualidade dos cuidados e vários são os estudos que tentam encontrar as melhores estratégias para atingir esse objetivo. Um estudo australiano avaliou a cultura de segurança de várias unidades de cuidados intensivos e concluiu que esta avaliação permite aos líderes implementar estratégias específicas para melhorar as dimensões da cultura de segurança. Essas estratégias podem aumentar as condições de trabalho dos profissionais e elevar a qualidade dos cuidados prestados (Chaboyer, 2013). Este último vem ao encontro do que já foi sendo dito, uma vez que o conhecimento da situação permite identificar os pontos fortes e aqueles que necessitam de ser melhorados para o desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Surge a questão de como desenvolver uma cultura de segurança, que estratégias e esforços devem ser feitos nesse sentido. Sallie (2013) num artigo de revisão descreve que o treino da equipa, nomeadamente da comunicação e o envolvimento dos cargos de gestão são estratégias que melhoraram a cultura de segurança em determinados serviços. Battard (2017) descreve no seu artigo uma iniciativa realizada num hospital que resultou na implementação de um ambiente não punitivo. A resposta aos erros requer uma comunicação clara de que o principal objetivo da investigação de erros é identificar problemas do sistema em vez de criticar os indivíduos. Culpar os enfermeiros dos erros de forma individual diminui a possibilidade de identificar situações que necessitam de melhorias. A implementação de uma cultura justa sem punição de erros individuais, promove o relato integral de incidentes e evita a hostilidade e animosidade dos profissionais.

Segundo Battard (2017) uma abordagem dos erros de enfermagem numa perspetiva de não punição disciplinar poderá influenciar o enfermeiro a ser motivado a participar em comportamentos seguros na sua prática diária. Também refere que os líderes devem constituir elementos promotores de mudança ao demonstrarem abertura para mudar e ao recompensarem o pensamento criativo e inovador. Battard (2017) aponta a promoção do trabalho em equipa, a comunicação aberta e uma diluição das hierarquias como fundamental para desenvolver uma cultura justa. Avaliar o desempenho do pessoal usando padrões não-punitivos e imparciais promovem transparência no relato de erros e eventos adversos. Ainda segundo o mesmo autor no seu artigo faz referência às competências necessárias dos enfermeiros líderes para servirem como agentes de mudança que foram desenvolvidos pela Organização Americana de Enfermeiros Executivos. Segundo esta organização um líder deve desenvolver um ambiente não-punitivo e um sistema de recompensa por relatar práticas inseguras; deve apoiar e incentivar pesquisas de segurança respondendo e atuando sobre recomendações de segurança; avaliar a perceção do pessoal através de questionário. Este autor descreve o treino destas competências como essencial no estabelecimento de uma estrutura segura na qual os enfermeiros se sentem seguros, sem medo de retaliação perante a descrição de práticas menos seguras. Neste sentido foram treinados enfermeiros líderes, este treino incluiu informações sobre a futilidade de uma cultura de culpa e a razão e o valor do enfermeiro percebendo que eles trabalham num ambiente não-punitivo e através de exemplos do mundo real de como responder eficazmente aos erros de forma não punitiva.

Durante o meu percurso académico tentei perceber o tipo de ambiente em que estava inserida, as características da equipa, a sua liderança e o tipo de cultura de segurança, no sentido

de poder dar o meu contributo na procura de estratégias que conduzam à melhoria dos cuidados prestados, com o objetivo primordial de assegurar a segurança do doente à luz da melhor evidência científica.

4. O DOENTE EM SEGURANÇA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

No decurso deste longo caminho os módulos de estágio realizados permitiram-me desenvolver competências que validam a especificidade das minhas ações com o intuito de tornar os meus cuidados mais especializados e com maior qualidade. *“Competências comuns”, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;*” (OE, 2011, p.3).

Na consecução deste objetivo acompanhei durante 180 horas os orientadores de estágio e integrei uma equipa multidisciplinar que possibilitou o desenvolver de competências comuns de enfermeiro especialista. Dado que o cenário da minha intervenção assentou sobre a segurança do doente, que integra a estratégia nacional de qualidade dos cuidados, tive também oportunidade de concretizar algumas das competências definidas no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015).

Ao longo deste capítulo serão descritos os objetivos gerais alcançados bem como as atividades e competências desenvolvidas no que diz respeito ao desenvolvimento das preconizadas pelo colégio da especialidade.

4.1 COMPETÊNCIAS NA ÁREA DA GESTÃO E DAS APRENDIZAGENS PROFissionais

Os objetivos delineados tiveram por base os objetivos traçados no âmbito do curso e de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista.

Um dos objetivos propostos foi adquirir a **capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem**, para o atingir levei a

cabo algumas atividades, pondo em prática os conhecimentos teóricos adquiridos numa primeira fase do curso.

A primeira fase deste estágio decorreu essencialmente na prestação de cuidados ao doente admitido na sala de emergência e na sala de tratamento de doentes urgentes. A minha experiência profissional no tratamento do doente crítico permitiu-me ultrapassar aspetos mais técnicos durante a aquisição de competências relacionadas com as aprendizagens dos cuidados ao doente crítico e prendeu-se com aspetos mais relacionados com a gestão dos cuidados e com a segurança do doente que considero mais relevante para o meu desenvolvimento de competências de enfermeira especialista.

O serviço de urgência está integrado no departamento de emergência e medicina intensiva e tem como missão o rápido diagnóstico de doentes urgentes e seu encaminhamento para a alta ou internamento, sendo que para isso possui desde 2003 um sistema de Triagem de Manchester. Este método foi desenvolvido e permite a priorização de sinais e sintomas evitando desta forma a realização de um diagnóstico que poderia atrasar o tratamento do doente (Grupo Português Triagem, 2014). Esta prioridade é distinguida por tempos alvos de atendimento pré-estabelecidos definidos por cinco cores e é realizada pela equipa de enfermagem formada para o efeito.

O início estágio no serviço de urgência foi marcado pela reflexão acerca de um direito fundamental consagrado no código deontológico do enfermeiro no artigo nº 107.º Respeito pela Intimidade *“Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa”* (OE,2015, p.85). A estrutura física de um serviço pode influenciar na organização dos espaços destinados ao atendimento dos doentes e trazer alguns problemas aos profissionais de saúde relativamente à privacidade. Após a discussão deste assunto com a tutora de estágio cheguei à conclusão que apenas alterações estruturais de fundo poderão resolver esta questão e fiquei também a conhecer que esta alteração se encontra prevista pela instituição desde 2015. Enquanto isso, teremos que usar todos os recursos materiais disponíveis por forma a garantir este direito.

Durante a minha estreita colaboração na triagem pude verificar uma grande afluência de doentes não urgentes comparativamente com os urgentes/emergentes. Constatei que uma

percentagem destes doentes são pessoas idosas cuja condição social e familiar as impede de ficar no domicílio, sendo o internamento hospitalar a única opção até à resolução do problema. Contudo este internamento em episódio de urgência impossibilita condições mínimas de conforto, podendo estes doentes ficar dias e semanas consecutivas numa maca. Ao debruçar a minha reflexão sobre esta problemática apurei que é uma situação já identificada e ao qual o ministério da saúde tem conhecimento, pois através do Despacho n.º4835/A2016 (D.R.n.º69/2016), estabelece limites, metas e penalizações, responsabilizando as instituições nas definições de estratégias para a resolução deste problema. Gomes (2013) através do seu estudo de investigação chegou ao perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses e referiu que os utilizadores indevidos deste serviço são maioritariamente mulheres entre os 31 e 60 anos de idade não isentas de taxas moderadoras, idosos abandonados ou sem abrigo, e doentes crónicos e terminais. O que vem de certo modo ao encontro do que fui podendo observar durante este período de estágio.

Segundo o relatório *Tackling wasteful Spending on Health* publicado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2017), Portugal encontra-se no topo da tabela com uma média de 70 mil habitantes por cada 100 mil de visitas ao serviço de urgência, seguidos da Espanha e do Chile. Destes utilizadores Portugueses cerca de 31% não eram considerados urgentes e a situação poderia ter sido resolvida noutra nível de cuidados. Este relatório aponta como causas desta utilização excessiva dos serviços de urgência as taxas moderadoras dos cuidados de saúde primários, aponta a falta de centros de saúde abertos até mais tarde e ao fim de semana e ainda da falta de uma rede abrangente de cuidados continuados. Este documento refere que a taxa moderadora instituída nos serviços de urgência não afastou as pessoas deste serviço e aconselha todos os países a criarem incentivos pela prestação dos serviços certos em vez de pela quantidade. Refere também que se os centros de saúde fossem gratuitos teriam certamente um impacto diferente na sua procura.

Segundo Carret (2007) no seu estudo sobre eventuais causas de má utilização do serviço de urgência, refere que as idas à urgência acontecem porque os doentes procuram a realização de exames de diagnóstico de uma forma mais rápida do que através dos cuidados de saúde primários, aponta a falta de recursos de médicos de família para outro nível de cuidados como potenciadores desta situação e descreve que doentes crónicos idosos com falta de apoio social estão francamente associados ao mau uso do serviço de urgência. Curioso também neste estudo a referência ao género feminino como sendo o maior utilizador indevido do SU apontando como principal razão a maior disponibilidade de tempo relacionada com maior

desemprego quando comparada ao género masculino. Segundo os dados apresentados no segundo capítulo da caracterização do ambiente de estágio, também o género feminino tem maior percentagem de utilização do SU, não se sabendo, no entanto, se corresponde à maior taxa de utilização indevida. Como eventuais medidas para combater este fenómeno, Carret (2007) afirma que campanhas de formação e informação à população, e um maior e melhor acesso aos cuidados de saúde primários seria um importante passo para reduzir o uso indevido deste serviço. Segundo Próspero (2016) o serviço de urgência é a “*vítima da desorganização do sistema de saúde*” (Próspero,2016, pág.12) dado que os cuidados de saúde primários não dão resposta aos doentes em situação aguda não urgente levando a um encaminhamento indevido destes doentes para o serviço de urgência. Aponta também como problema a deficitária rede de cuidados continuados, com baixos recursos humanos nomeadamente de médicos, levando por sua vez à referenciação para o serviço de urgência. Segundo este autor é necessário e urgente modificar práticas para que o serviço de urgência deixe de ser “*a tabua de salvação dos sistemas de saúde, minimizando o impacto da desorganização nos cuidados de saúde às populações*” (Próspero,2016, pág.12).

Uma outra consequência da utilização indevida do serviço de urgência pela população é a sobrelotação destes serviços com impacto direto no trabalho dos profissionais de saúde. No período em que estive inserida nestes cuidados pude vivenciar estas situações e refletir sobre elas. A constante interrupção do trabalho dos enfermeiros pelos doentes propicia um ambiente de tensão entre a equipa e fomenta inúmeros momentos de distração. Segundo José Fragata (2011) as principais causas das falhas humanas são por distração e falta de destreza. Segundo o mesmo autor as condições de trabalho, a organização, a equipa, o cansaço e o *stress*, podem propiciar estes erros (Fragata, 2011).

A peculiaridade do ambiente do serviço de urgência expõe os profissionais ao *stress*, à pressão e a inúmeras distrações capazes de influenciar as decisões e determinar a ocorrência de eventos adversos, colocando em risco a segurança do doente, por isso controlar a afluência de doentes considerados não urgentes a estes locais poderá constituir uma das medidas a tomar para aumentar a segurança do doente. Da minha reflexão considero que os enfermeiros são o grupo profissional mais prejudicado por esta situação, contudo, são também a classe profissional mais próxima dos doentes com o privilégio e aptidão para prestar informação/formação.

No sentido de poder dar o meu contributo na gestão da melhoria desta situação tendo em conta a opinião da equipa e a literatura encontrada realizei um poster que se encontra em

apêndice I, com informação sobre os tipos de serviços disponíveis antes de se dirigir a uma urgência de um hospital, alguns alertas para as consequências da má utilização do SU e alguns conselhos/informações sobre o circuito no SU. A elaboração deste póster pretendia ser uma forma de sensibilizar a população sobre a vinda ao SU e em simultâneo dar a informação mais premente durante a sua permanência, para que de forma consciente e responsável pudessem fazer o correto usufruto dos serviços de saúde que o estado põe ao serviço do cidadão. Este poster depois de aprovado pelo conselho de administração será exposto nos corredores e sala de espera dos doentes, locais estratégicos para a consecução do objetivo. Dado o tempo previsto do estágio, não tive oportunidade de verificar o impacto da eficácia desta medida, pelo que poderá ser alvo de posterior avaliação.

Com a elaboração deste trabalho pude fazer cumprir um dever consignado no nosso código deontológico “o dever de informar” como respeitar o direito do doente a ser informado. Em simultâneo corrobora com o objetivo de aumentar a segurança do doente, melhorando o ambiente e favorecendo menores momentos de distração.

No mesmo foco de atenção tive oportunidade de refletir sobre a dotação de pessoal às segundas-feiras, dia de maior afluência como já identificado, podendo este ser um aspeto de eventual melhoria, dado que os elementos da equipa poderiam ser reforçados nestes dias. Esta situação poderá constituir um terreno facilitador à ocorrência do erro daí que no momento da formação em serviço ao refletir com a equipa sobre esta situação e dada a ausência de soluções, sugeri a utilização do Sistema de Notificação Online criado pela DGS no seguimento das políticas de qualidade e no aumento da segurança dos doentes. Com este instrumento é possível elevar as nossas preocupações a instâncias superiores alheias à gestão e administração hospitalar e que podem ser o fio condutor para a resolução destes aspetos.

Neste espaço de tempo vivenciei uma situação de um doente, vítima de um AVC hemorrágico catastrófico transferido para uma unidade de cuidados intensivos como potencial dador de órgãos. A comunicação da má notícia à família foi transmitida pelo médico, mas não integrou a restante equipa multidisciplinar. No desempenho das minhas funções por vezes encontro situações semelhantes, levando-me a questionar e a refletir sobre a melhor forma de transmitir a má notícia, permitindo à família espaço para o início de um luto saudável. Este momento particularmente difícil exige muita prática, *“exige da parte dos profissionais sensibilidade, profissionalismo e treino. Causa desconforto e angústia tanto na pessoa que recebe a notícia, como ao profissional que a comunica.”* (Galvão, 2015, p. 49). Este mo-

mento particularmente difícil exige do profissional de saúde uma grande habilidade de comunicação. Robert Buckman (2002) refere que a gestão das emoções é extremamente difícil de conseguir, quando há a necessidade de dar más notícias, sentimentos de empatia pelo doente, transferência da situação e frustração, bloqueiam o comportamento de quem está a comunicar influenciando negativamente a pessoa a quem está a ser dada a má notícia. Por isso, refere que a comunicação é uma habilidade que pode ser apreendida, através de formação e treino, o que permite minimizar as consequências de uma má notícia. *“If we do it badly, they may never forgive us; if we do it well, they may never forget us.”* (Robert Buckman, 2002, pág.672).

Por conseguinte o conhecimento e treino desta competência habilita o profissional nesta tarefa, segundo Baile (Baile, 2000), o protocolo SIPKES composto por seis etapas permite ao profissional de saúde atingir rapidamente quatro objetivos fundamentais durante a transmissão de más notícias que são: recolher informação, transmitir a informação, dar suporte e induzir a colaboração. As seis etapas deste protocolo são: *Setting up* (Preparação e escolha do local adequado); *Perception* (perceber o que o doente já sabe); *Invitation* (perceber o que o doente quer saber); *knowledge* (Dar a notícia); *Emotion* (Responder às emoções e às perguntas do doente) e *Strategy and Summary* (resumo e organização de estratégias). Este protocolo descrito na literatura é fundamental para a melhor prática baseada na evidência e persegue um dos objetivos por mim estabelecidos, de procurar exercer a minha prática de cuidados de enfermagem segundo a melhor evidência científica.

A gestão da priorização dos cuidados ao doente crítico pressupõe toda uma organização da equipa multidisciplinar e uma harmonização do conhecimento. Durante a colaboração com a receção, estabilização e transporte do doente crítico identifiquei um aspeto que poderia eventualmente ter um potencial de melhoria, tendo sugerido a revisão das condições de acordo com as normas de transporte de doente crítico. O transporte nunca deve ser alvo de diminuição de cuidados, e deve haver a possibilidade para elevação dos mesmos (SPCI,2008). Segundo Pedreira (2014) os incidentes mais ocorridos durante o transporte são: a falha de monitorização, falha no acesso vascular periférico e falha na infusão de drogas vasoativas e sedativas. Ainda segundo Pedreira (2014), para evitar situações que coloquem em risco a vida do doente durante o transporte é importante a competência da equipa, a formação/treino das equipas, vigilância dos equipamentos para que estejam em perfeitas condições bem como a revisão de todo o material necessário para o transporte do doente. Para a segurança do doente são encontradas estratégias para fazer face às falhas humanas e

para isso o uso da *checklist* pode ser uma mais-valia. Esta estratégia é amplamente usada na indústria da aviação pelas equipas de alto rendimento treinadas com base na segurança, segundo Martins “*a checklist é imprescindível no combate ao erro, na gestão das interrupções e distrações, na divisão da carga de trabalho e prioridades...na uniformização de procedimentos, numa melhor consciência situacional e supervisão mútua.*” (Martins, 2014, p. 681).

Atualmente estas são também usadas em contexto de bloco operatório e foram introduzidas em 2009 pelo programa “*Cirurgia Segura Salva Vidas*” estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente da OMS com o intuito de reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia (DGS, 2010). Esta lista permite prevenir más práticas de segurança anestésica, infeções cirúrgicas evitáveis e uma comunicação errada entre os membros das equipas. A implementação desta medida demonstrou ser eficaz na redução de complicações e taxas de mortalidade em diversos hospitais. A minha colaboração pautou-se pela exigência em assegurar a segurança do doente e em partilhar/refletir com a enfermeira tutora a inclusão desta lista na sala de emergência.

Os cuidados de enfermagem nesta área são maioritariamente intervenções interdependentes, presumindo o consentimento do utente. Intervenções interdependentes são aquelas realizadas em conjunto com outros profissionais, perseguindo o mesmo objetivo (OE,2015). Mais uma vez o enfermeiro pelo seu lugar de destaque junto do doente pode aproveitar o momento para realizar ensino, validar a informação dada sobre o tratamento que está a administrar e envolver o doente no seu próprio cuidado, promovendo desta forma a segurança dos cuidados. O dever de informar que faz parte do nosso código deontológico e a figura do consentimento informado que está bem explícita na lei. Apenas se pode considerar consentimento presumido quando a pessoa alvo de cuidados não consegue de nenhuma forma expressar a sua vontade e o adiamento do cuidado colocar a sua vida em risco iminente, (OE, 2015, p. 73).

Ao guiar a minha conduta por estes princípios durante a minha prestação de cuidados ao doente e ao refletir sobre esta prática com a minha tutora, tive oportunidade de realçar o aspeto da importância da informação ao doente durante a ação de formação, para que também ele pudesse ser parte integrante dos cuidados de que estava a ser alvo, favorecendo a sua própria segurança. Segundo Santos (2010, p. 52) a comunicação com o doente sobre o seu diagnóstico, exames complementares e tratamento permite que este integre todo o seu processo de recuperação da doença e possa prevenir eventuais eventos adversos, fazendo parte desta cadeia de segurança do doente. Através deste pressuposto tive oportunidade de

evitar a ocorrência de um evento adverso, ao perceber que a doente seria alérgica ao medicamento que iria administrar. O envolvimento do doente nos cuidados permitiu prevenir o erro e consequente dano.

Quando o doente é envolvido no cuidado e devidamente informado e esclarecido conseguir o seu consentimento de forma livre e consciente sobre os cuidados a receber, envolvendo-se de forma positiva e proactiva nos mesmos. Com esta atuação pude contribuir na prevenção de complicações, um dos enunciados descritivos previsto nos padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem ao doente crítico (OE, 2015). Tive também oportunidade de refletir e alertar para esta possibilidade de erro com a equipa, ajudando a redefinir estratégias para minimizar esse risco. Os momentos de reflexão de situações como esta permitem uma cultura de segurança positiva. Também na indústria da aviação equipas de alto rendimento têm momentos de *briefing/debriefing* onde em contexto de aprendizagem partilham em equipa acontecimentos errados e tentam encontrar soluções, para que não se repitam. No contexto da experiência profissional esta metodologia é também usada em contexto de ensino prático, nomeadamente usada por instrutores do CPR (Conselho Português de Ressuscitação) quando ministram cursos de Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida.

No decurso deste estágio pude desenvolver uma comunicação e atitude empática com os vários doentes que tive oportunidade de cuidar, mas a situação mais relevante foi o caso de uma doente com doença de Beçhet da qual fiz um estudo de caso, que deixo em apêndice II. A realização deste estudo de caso foi pertinente no desenvolvimento de competências de aprendizagem na medida em que permitiu recolher informação útil na avaliação de eventuais diagnósticos de enfermagem sensíveis à prática. Segundo Bermejo (1998) a empatia é uma capacidade interior que permite entrar no interior da pessoa e perceber o mundo como ela o sente, vê e ouve. Criar uma relação empática pressupõe a passagem por diferentes fases, desde a identificação até à interiorização (Bermejo, 1998). A empatia com esta doente permitiu-me identificar alguns diagnósticos de enfermagem e necessidades de intervenção tendo sido a dor e a tristeza os mais significativos na avaliação e sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Dentro do âmbito da gestão e aprendizagens profissionais, outras situações alvo da minha reflexão fizeram parte deste percurso, no entanto a sua descrição levar-me-ia para uma dimensão não expectável do documento.

Um outro grande objetivo proposto foi **observar o processo de liderança das equipas de prestação de cuidados especializados na área de EEMC e colaborar na gestão dos cuidados na área de EEMC.**

Na perseguição destes objetivos tive oportunidade de ter uma pequena entrevista com o enfermeiro chefe, que me deu a conhecer algumas regras na execução do horário do serviço de urgência, a forma de cálculo para a dotação de enfermeiros do serviço e permitiu-me observar o seu trabalho diário na resolução de problemas de falta de recursos humanos e materiais, na gestão das respostas às reclamações do serviço de urgência e à gestão das não conformidades. Com a enfermeira tutora tive oportunidade de colaborar na gestão do material e medicação extra sistema de *kaizen* (filosofia que assenta na diminuição do desperdício) que é necessário pedir, bem como de material avariado, tive ainda a oportunidade de colaborar na execução do plano de trabalho dos enfermeiros e dos auxiliares. Tive também a oportunidade de verificar a Sala de Emergência e colaborar na verificação de todo o material e medicação existente.

Relativamente ao domínio da gestão pude refletir sobre a motivação da equipa, no papel do líder neste contexto e nas estratégias encontradas para fazer face a uma oportunidade de melhoria relativamente à motivação da equipa. O estilo de liderança interfere com a promoção da motivação, o crescimento da equipa e o seu bem-estar. Silva (2011) refere que a organização que não promova qualidade de vida no trabalho e mantenha trabalhadores desmotivados poderá constituir um problema. O líder liberal não se coaduna com uma equipa desmotivada e inexperiente, esta necessita de uma liderança democrática capaz de capacitar a equipa com meios e de investir no conhecimento, recrutando os conhecimentos adquiridos na disciplina de gestão. Segundo Fragata (2011) a liderança influencia o sucesso ou insucesso das equipas que por sua vez interfere na segurança dos doentes. Existem diversas teorias de motivação, no entanto, nos momentos que se afiguram de falta de recursos materiais e económicos, a teoria de McClelland será a que melhor se enquadra. Esta foca essencialmente três necessidades básicas, a necessidade de realização, de afiliação e de poder que podem ser dadas à equipa através da valorização do seu trabalho. Com esta teoria pode ser possível identificar a motivação individual e dos pares, definir objetivos mais concretos e com isso o líder pode reconhecer a melhor forma de manter aquele indivíduo e o grupo motivado, (Serafim, 2014). Desta reflexão, sugeri ao enfermeiro chefe a formação de equipas de trabalho envolvendo-os em trabalhos importantes para o serviço como para a restante

organização perseguindo a teoria a McClelland. O conhecimento capacita os profissionais, dá-lhes credibilidade face aos pares e motiva-os para a excelência dos cuidados.

Durante a minha colaboração nos cuidados prestados aos doentes nas áreas de OBS e ST2 pude observar que o método de tarefa era usado na prestação de cuidados, para fazer face à falta de recursos humanos. Segundo Costa (2004) este método funcional dá prioridade à tarefa em vez do indivíduo e a perceção do trabalho do enfermeiro no final do turno não é de ter cuidado de um determinado número de doentes, mas de ter realizado várias punções, de ter preparado variada medicação entre outras tarefas. Neste tipo de organização o doente refere falta de humanização de cuidados. Este método foi desde há mais de um século abandonado para dar lugar a um método individual que tem como principal foco de cuidado o doente como um todo. O método individual olha a pessoa como um todo englobando todos os cuidados de enfermagem necessários, ao contrário do método de tarefa, que olha por partes o indivíduo. Segundo Costa (2004) a necessidade crescente em elevar os cuidados prestados aliado à falta de recursos materiais e humanos, propiciou a exploração de novos métodos de organização de trabalho de enfermagem. Um método de trabalho deve aliar competência técnica ao cuidado humano e cuidado social. Segundo a revisão deste autor dos estudos que encontrou sobre o método de trabalho, existe uma grande variação de resultados, no entanto, aquele que mais aspetos positivos aponta por parte dos doentes é o método por enfermeiro de referência, que mostrou uma maior satisfação do doente com o tratamento e menor incidência de erros. A reflexão com a equipa objetivou uma oportunidade de melhoria perseguindo o pressuposto da segurança do doente.

Na questão organizativa a unidade local de saúde está dotada de dois sistemas informáticos, o S-Clinico que foi produzido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) que integra o Sistema de Apoio Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) este último com uma linguagem CIPE, e o HP-HCIS (Health Care Information System), que permite a construção do processo clínico eletrónico do doente e tem como principal vantagem a visualização gráfica das diferentes áreas do SU, alocando cada doente ao respetivo posto. A utilização no mesmo espaço físico de dois sistemas informáticos incompatíveis poderá eventualmente ser um fator de aumento da carga de trabalho dos profissionais e um risco de perda de informação. Ao refletir sobre esta situação posso constatar que a perda de informação relativamente ao estado de saúde do doente pode constituir um risco na sua segurança. Segundo Tranquada (2013) um dos erros mais comuns é a falha de comunicação nas passagens de informação dos doentes e que aliado ao facto de contar com

inúmeros intervenientes poderá elevar o risco de segurança do doente. A solução que poderá ser viável é integrar no serviço de urgência o S- clínico adaptado a esta realidade. Enquanto isso, os profissionais terão que fazer um esforço acrescido para que a falha de informação não constitua uma falha na segurança do doente.

4.2 COMPETÊNCIAS NA ÀREA DA MELHORIA DA QUALIDADE

Um outro grande objetivo proposto foi **saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC).**

Na perseguição deste objetivo tive em conta o pano de fundo em que iniciei este projeto, sendo a melhoria da qualidade a área preferencial onde centrei a minha atenção e sobre a qual pude observar, refletir e intervir no que respeita à segurança do doente. Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 emitido em D.R, N.º 28, 2015, a ocorrência de falhas de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está diretamente relacionada com nível de cultura de segurança existente e refere a importância da identificação dos riscos, da sua avaliação e do desenvolvimento de medidas eficazes face aos riscos identificados. Neste âmbito procurei desenvolver atividades inerentes à promoção da saúde que estão incluídas dentro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade. Neste seguimento passo a descrever as atividades desenvolvidas no decurso da prestação de cuidados ao doente.

O dia Y do meu estágio foi marcado pela receção de um doente na sala de emergência com ativação da via verde coronária, desde 2005 que tem vindo a ser implementado pela Administração Regional do Norte as vias verdes AVC, Coronária, Trauma e Sépsis de forma a conseguir garantir à população o acesso a cuidados de saúde diferenciados e dentro das “janelas de tempo de tratamento” recomendadas, diminuindo a taxa de mortalidade associada a estas doenças e promovendo um melhor *outcome* destes doentes. Após a colaboração com os cuidados e dada a relativa estabilidade do doente foi possível analisar a situação e perceber através de uma relação empática o seu estado de saúde prévio, fatores de risco e estilo de vida que potenciaram a repentina alteração do seu estado. Dado o contexto e a oportunidade da situação decidi realizar um ensino acerca da importância de aquisição de um estilo de vida saudável. Os ensinamentos efetuados pelos profissionais de saúde com maior relevância nos

cuidados de saúde primários para a promoção da saúde, não deixam de ser igualmente importantes e eficazes no contexto de doente crítico. A promoção da saúde dos cidadãos através da informação permite dota-los de instrumentos preciosos no que respeita à sua autonomia e responsabilidade na promoção da sua própria saúde, estas medidas permitem que se consciencializem dos custos inerentes à utilização do sistema de saúde e da racionalização do seu uso. (DGS/2015, PNS).

No decorrer do meu estágio e dada a temática do meu investimento, encontrei algumas oportunidades de melhoria no que concerne à segurança do doente e sobre as quais tive oportunidade de analisar e refletir junto da equipa. As áreas onde constatei essa realidade prenderam-se com prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, com a prevenção de úlceras de pressão, com a identificação do doente, com a injeção segura da medicação e com a cultura de segurança do serviço/instituição de saúde.

As **infeções associadas aos cuidados de saúde** são as responsáveis pelo maior número de mortes evitáveis em todo o mundo. Segundo a DGS em Portugal foram identificadas cerca de 9,8% de infeções nosocomiais e desde 2010 que a DGS atualizou a circular normativa n.º:13/DQS/DSD sob a orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde sendo que esta é uma das medidas mais simples na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde quando executadas corretamente.

A Administração Regional de Saúde do Norte (2013), por sua vez lança um Manual de Controlo de Infeção onde descreve as principais precauções no controlo das IACS, que são: o uso das precauções básicas adaptados a cada procedimento, a higienização e o uso de luvas para procedimentos de risco de contacto com material contaminado e como **método de barreira à flora das mãos do profissional de saúde**, entre outras. Daqui se percebe que o uso de luvas é imprescindível, mas não pode ser confundido como uma segunda pele, nem substituir a desinfeção das mãos. Neste ponto sugeri o aumento de pontos de SABA (solução antisséptica de base alcoólica) incluindo os de bolso.

Relativamente à **prática de injeção segura**, realça o uso de técnica assética na sua administração, preconiza o uso de unidoses de medicamentos injetáveis. Pode daqui concluir-se que não se deve fazer uso de soros de 500 ml para a diluição dos injetáveis, e que a preparação da medicação deve ser num local desinfetado e livre de outros produtos contaminados. Após reflexão com a tutora propus a utilização de tabuleiros para separar a medicação dos restantes produtos.

No que diz respeito à **identificação inequívoca** do doente, o Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) promulgado em Diário da República, 2ª série – N.º 28 – 10 de fevereiro através do Despacho n.º1400/A2015, salienta as falhas existentes na identificação dos doentes em contexto de urgência/emergência que levam a erros de troca de medicação, troca de produtos para análise entre outros e por isso salienta a importância da confirmação positiva do doente com a respetiva confirmação da pulseira identificativa antes de cada procedimento. Tive oportunidade de o fazer para cada doente a quem prestei cuidados.

No que respeita à prevenção de **úlceras de pressão** segundo o PNSD (plano nacional de saúde do doente) “*As úlceras de pressão (...) aumentam a prevalência de infeções, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores, podendo em situações extremas levar à morte.*” (Despacho n.º1400/A2015 p.3882-8). Assim é premente a precoce identificação do risco e prevenção, a sua avaliação, o seu registo e monitorização. Apesar do aparecimento das úlceras de pressão não estarem apenas correlacionadas com o posicionamento, mas também com o estado nutricional do doente, da pele e da oxigenação, o primeiro ponto é aquele que é mais sensível aos cuidados de enfermagem e onde estes profissionais mais podem intervir. Por conseguinte pude verificar a necessidade de aumentar e/ou diversificar o material de prevenção de úlceras de pressão disponíveis e de controlar o material que sai do serviço acompanhando o doente na realização de exames ou outros. Como forma de poder contribuir para a minimização deste problema sugeri a criação de uma lista de quantidades de material do serviço, atribuindo a responsabilidade a cada auxiliar.

Por último, mas não menos importante refiro-me à **cultura de segurança e à prática de notificação de incidentes**. Segundo Fragata cultura de segurança define-se como “*o modo como se fazem as coisas num dado local de atuação*” (Fragata, 2011, p. 161). Para que exista uma cultura de segurança é necessário que a equipa consiga identificar os erros, que não tenha medo de os comunicar/notificar e refletir sobre eles, que não seja punida e que consiga encontrar estratégias para evitar esses erros, aprendendo com eles. Todos estes pontos requerem uma mudança cultural. Segundo Parker – Hudson citado por Fragata (2011), existem vários tipos de barreiras à mudança cultural e que podem ser divididas em cultura patológica, cultura reativa, cultura calculista, cultura proactiva e cultura geradora. Para que se consiga passar de uma cultura patológica onde “*a informação é escondida, ..., as responsabilidades escamoteadas, as pontes entre staff desencorajadas, as falhas encobertas e as novas ideias esmagadas*” (Fragata, 2011, p. 166), para uma cultura geradora é necessário o conhecimento

da situação, o planeamento de ações envolvendo a equipa, a execução dessas ações e a avaliação do impacto e dos seus resultados.

Reunidas todas estas informações, feito o diagnóstico da situação e após ter refletido com a minha tutora de estágio achei pertinente fazer uma formação em serviço sobre segurança do doente e sistemas de notificação que se encontra em apêndice III, já referido, com o objetivo de dar um primeiro passo na colaboração para um aumento da cultura de segurança do serviço e servir como alavanca na alteração de comportamentos e atitudes face à qualidade dos cuidados. Segundo França (2013) a formação permite aumentar a competência dos trabalhadores, aumentar a satisfação e motivação no trabalho, tendo como principais benefícios a diminuição da probabilidade de ocorrer um erro, aumentar a eficiência e produtividade do trabalho prestado pelos trabalhadores, com menor desperdício de tempo e recursos.

Esta formação teve lugar no departamento de formação com um tempo previsto de 20 minutos onde fiz referência aos principais eventos adversos que são sensíveis aos cuidados de enfermagem e que são em simultâneo os indicadores da qualidade do trabalho dos enfermeiros. Salientei aspetos relacionados com a cultura de segurança como: a implementação de medidas de reconhecimento dos erros e implementação de momentos de reflexão em equipa para fomentar estratégias de redução do risco desses erros e apresentei o sistema de notificação online criado pela DGS, qual a sua importância, o que notificar e como notificar. O “Notific@” é uma plataforma que permite o registo de situações de ocorrências de erros, de situações potenciadoras de erro, de situações de perigo para os doentes e profissionais. É uma plataforma que pode ser usada tanto por profissionais como pelos utentes e é confidencial. O objetivo da mesma é analisar as situações e propor alterações de melhoria.

A realização desta formação permitiu à equipa a reflexão sobre as suas práticas e sobre as razões que eventualmente podem estar na origem das diversas oportunidades de melhoria encontradas. Aspetos como, a pressão a que estão sujeitos relativamente aos tempos de espera, a sobrelotação e a organização da urgência, foram apontadas como eventuais causas geradoras de insegurança dos cuidados. Para tentar perceber mais concretamente qual a perceção da equipa sobre os assuntos abordados, lancei no final um questionário que se encontra em apêndice IV.

Os resultados da formação são reveladores de fragilidades e oportunidades de melhoria relativamente a este assunto. Dos resultados obtidos que deixo em apêndice IV pude constatar que estiveram presentes na formação 28 enfermeiros, dos quais 60% do sexo feminino e

40% do sexo masculino, destes 25% possuíam experiência profissional até 10 anos e os restantes 75% entre os 10-20 anos de experiência. Quando questionados acerca da importância da segurança do doente na prática clínica 86% consideravam muito importante, seguidos dos restantes 14% que consideravam razoavelmente importante. Quando foram questionados se consideravam que os seus pares atendiam à segurança do doente na sua prática clínica 53% consideravam algumas vezes, 32% sempre e apenas 11% responderam nunca. Quando questionados acerca dos aspetos mais importantes para a segurança do doente 100% acertaram na resposta. Relativamente à relevância desta ação para a prática clínica 36% respondem muito boa, 50% boa e 14% neutro.

Da análise aos resultados da formação posso concluir que a grande maioria dos profissionais considera este tema pertinente para a sua prática clínica e este pode ser o primeiro passo para a mudança de comportamentos que visem um ambiente de segurança, persistindo apenas uma pequena percentagem de elementos mais resistente a este assunto. Esta ação de formação expôs-me perante uma audiência, permitiu-me desenvolver capacidade de argumentação e por isso constitui uma experiência positiva no meu desenvolvimento para a aquisição de competências de enfermeira especialista.

Para além deste questionário pude nos turnos subsequentes observar uma mudança nas atitudes e comportamentos dos profissionais, no que respeita à desinfeção das mãos e um aumento da identificação positiva do doente. Durante a passagem por este serviço procurei aprender, estar sempre disponível e em colaboração com os colegas de trabalho, utilizando também esta estratégia para trocar ideias, partilhar opiniões e deixar o testemunho da melhor evidência na prática dos cuidados, sem impor ou constranger os colegas de trabalho. *“Na resolução de conflitos, o evitamento é o estilo menos utilizado, a competição gera baixos níveis de eficácia e a colaboração é a estratégia mais frequente (...) já que produz resultados para ambas as partes envolvidas, favorecendo a troca de ideias, a partilha de opiniões, o diálogo aberto e sincero e a aprendizagem conjunta, resultando em soluções de elevada qualidade (...)*” (Santos, 2012, p. 12).

Subsiste ainda um longo caminho a percorrer, a cultura de segurança implica segundo Fragata (2011) uma mudança cultural, uma visão do erro como uma oportunidade de melhoria e não como uma punição, sendo este o ponto fulcral para a melhoria na cultura de segurança de todas as instituições. Durante a minha prestação de cuidados pude cumprir as normas estipuladas na prevenção de IACS e no seguimento das oportunidades de melhoria encontradas foi elaborado juntamente com uma colega de mestrado um documento intitulado

“Oportunidades de Melhoria” do serviço de urgência apresentado e entregue numa pequena reunião ao enfermeiro chefe do serviço e enfermeiras tutoras do estágio, Apêndice V. O resultado da implementação desta medida não foi possível obter durante este período, no entanto pode ser motivo de uma nova investigação.

A consciência da necessidade de prestar cuidados de excelência aos doentes permitiu-me refletir sobre os mesmos, num ambiente de urgência e perseguir mais um objetivo definido, o de **zelar pelos cuidados prestados na área da EEMC**. É difícil por vezes perceber se a necessidade de cuidados que preconizamos é igual à necessidade sentida pelos doentes. Neste sentido realço a situação que mais me chamou a atenção vivenciada na área da pequena cirurgia e que vai ao encontro de um objetivo, **o de identificar a atuação dos enfermeiros perante a dor**. Perante a presença de dois doentes politraumatizados, pude colaborar com os enfermeiros do serviço com a transferência destes doentes, tendo em conta os conhecimentos adquiridos na parte teórica do curso, tive a oportunidade de decidir sobre os melhores procedimentos face ao tipo de trauma. Perante a minha avaliação da dor através da escala numérica pude agilizar junto da médica a administração de medicação analgésica e perceber que esta poderá constituir uma oportunidade de melhoria dos cuidados prestados ao doente, nomeadamente na avaliação segundo as escalas, a monitorização da dor e o registo e segundo a DGS (2003) “Dor como 5º sinal vital” e que dá ênfase à necessidade de registar, avaliar e tratar a dor à semelhança dos outros sinais vitais. Dor é um sintoma comum e presente nas mais variadas situações e deve ser controlada de forma eficaz pelos profissionais de saúde, atendendo ao direito do doente e sendo uma medida que vai ao encontro da humanização dos cuidados de saúde. (DGS, Circular normativa N° 09/DGSG, 2003).

Durante este meu percurso, por um serviço rico em experiências e desafiador da minha capacidade de lidar com situações diferentes do meu contexto profissional, tive oportunidade de aprender a lidar com situações de imprevisibilidade, de situações de gestão de *stress* provocadas pela grande afluência de doentes e familiares e das constantes interrupções durante o trabalho. Integrei-me com facilidade na equipa e aprendi a trabalhar num ambiente com escassos recursos, físicos, humanos e materiais e a encontrar alternativas. Tive a oportunidade de transmitir os meus conhecimentos sobre segurança a uma audiência, e desenvolver as minhas capacidades de captar a atenção dos formandos, de gerir conflitos e incentivar às melhores práticas baseadas na evidência seguindo o caminho da aquisição de competências de enfermeira com grau de mestre.

5. O DOENTE EM SEGURANÇA COMO PRIORIDADE DE UMA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) estão largamente associadas ao aumento da morbilidade, da mortalidade e consequente aumento de custos em saúde. No último relatório Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, (DGS, 2014), em Portugal estima-se cerca de 10,5% de prevalência de infeções associadas aos cuidados de saúde e um consumo de antibióticos de 45,3%, na união europeia estima-se uma prevalência de 6,1% de infeções e 35,8% de consumo de antibioterapia. Segundo este relatório se não forem tomadas medidas de redução das infeções e consumo dos antibióticos prevê-se que em 2050 morrerão anualmente cerca de 390 000 pessoas na Europa e 10 milhões em todo o Mundo, em consequência das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos.

Nos capítulos subsequentes irei descrever as atividades realizadas para fazer face à aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista que visam a criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro, maximizando esse potencial, criando condições, fornecendo formação e orientação baseada na melhor evidência científica. Os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados diretos aos doentes são a essência do controlo de infeção, são eles que através dos seus conhecimentos e atitudes previnem a infeção através dos próprios cuidados.

Durante o período de estágio que decorreu num total de 180 horas, pude colaborar com as respetivas tutoras nas áreas de vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, formação e informação a profissionais de saúde e consultadoria de apoio perseguindo o objetivo de manter o doente em segurança. Neste estágio é notória a sua divisão em duas fases distintas. Numa primeira fase vinculou a aquisição de competências e aprendizagens e numa segunda fase é evidente a aplicação e demonstração dos conhecimentos para a implementação de uma melhoria dos cuidados.

5.1 COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

A Ordem dos Enfermeiros no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE,2015), refere que é da sua competência maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, para fazer face a este pressuposto defini os objetivos de acordo com as minhas necessidades.

Um dos objetivos que pretendi desenvolver foi **reconhecer e aprofundar os conhecimentos específicos na área de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde que permitem ao enfermeiro especialista atuar em conformidade**. Para atingir este objetivo foram formulados alguns objetivos específicos que me auxiliaram na descrição cronológica das atividades desenvolvidas e competências adquiridas. Assim no decorrer do estágio pretendo atingir os seguintes objetivos: identificar e integrar a realidade que envolve a CCIRA no que respeita à sua dinâmica organizacional; identificar eventuais problemas referentes à prevenção das IACS, decorrentes da prática de cuidados ao doente; identificar a relevância e epidemiologia das IACS; identificar medidas de prevenção de transmissão cruzada adotadas no hospital e nos cuidados primários e identificar a importância de um programa de apoio à prescrição de antimicrobianos (PAPA).

A integração neste serviço foi facilitada pela orientação das enfermeiras responsáveis e na perseguição dos objetivos propostos foram realizadas atividades e visitas aos serviços que são cruciais no que concerne ao controlo de infeção. Os objetivos destas visitas foram perceber a dinâmica dos serviços, a forma como se interrelacionam com a CCIRA, a sua estrutura e funcionamento, a sua importância no controlo da infeção e a sua reflexão nos cuidados seguros ao doente. A organização do tempo de estágio permitiu a visita a três serviços.

O Serviço de Esterilização é de extrema importância no que concerne à prevenção e controlo de infeção hospitalar e por isso alvo de atenção. Durante esta visita pude observar os circuitos de recolha, descontaminação, teste, desinfeção, esterilização, armazenamento de forma asséptica dos distintos materiais e ainda a estreita ligação com o bloco operatório. Foi possível perceber que este se organiza com diferenciação de áreas distintas sujas e limpas e tem como responsabilidade assegurar a manutenção técnica dos equipamentos, de acordo com os padrões nacionais e as recomendações dos fabricantes, bem como o de reportar qualquer anomalia ao Órgão de Gestão, ao Serviço de Instalações e Equipamentos, à CCIRA ou a outros profissionais com responsabilidades nesta área. Tive também acesso aos registos dos ciclos

de esterilização que são de extrema importância na verificação de controlo e segurança em todo o processo de esterilização.

Desta visita devo realçar o risco inerente ao manuseio de material potencialmente infetado que pressupõe como refere Gnass (2009), a utilização de equipamento de proteção individual para evitar o risco de contágio do profissional e dos doentes. Foi importante tomar conhecimento dos diferentes procedimentos de descontaminação, como os diferentes tipos de lavagem, desinfecção e esterilização do material e perceber que a escolha do método utilizado pressupõe conhecimento da ficha técnica de cada material, pressupõe o conhecimento pormenorizado dos métodos utilizados e ainda do tipo de utilização de cada material, usando como referência a Classificação de Spaulding. Segundo Rutala & weber (2016) Spaulding acreditava que a desinfecção podia ser facilitada se os instrumentos utilizados fossem divididos em três categorias: crítico, semi-crítico e não crítico tendo por base o risco de infeção envolvido no tipo de utilização do material.

Com a crescente preocupação no controlo de infeção e na segurança de utilização destes materiais a DGS lança através do Despacho n.º 7021/2013 (DR, N.º 104 2013), uma norma que regulamenta a utilização de material considerado de uso único a ser reprocessado com regras muito bem definidas para garantir a segurança da sua utilização. Tive oportunidade de observar que a garantia de todo o processo de esterilização é efetivada através de diversos testes químicos, físicos e microbiológicos que garantem o cumprimento de todas as normas de segurança, e de constatar que também o tipo de embalagem e armazenamento fazem parte deste processo garantindo a esterilidade do material no início, durante o armazenamento e transporte.

Esta visita permitiu-me refletir sobre a prática da utilização dos diversos materiais esterilizados e concluir que o conhecimento das fichas técnicas dos materiais é imprescindível para o seu uso de forma correta. Esta responsabilidade deveria ser partilhada por todos os profissionais que utilizam esses materiais, verificando a garantia da esterilização antes de cada utilização, certificando todo um ciclo de segurança. A aquisição deste conhecimento permitir-me-á no exercício das minhas funções partilhar esta informação com os restantes pares e assegurar a esterilidade do material usado garantindo a segurança do doente.

Conhecer o Serviço de Gestão de Risco Clínico (SGRC) integrado no núcleo consultivo da comissão de controlo de infeção foi também durante este período alvo de atenção. Esta visita

teve como objetivo conhecer de que forma é que este se interrelaciona com a CCIRA, a sua organização e principais aspetos inerentes à segurança dos doentes e profissionais.

Nesta visita tomei conhecimento das principais atividades como: a identificação e avaliação do risco geral para os profissionais e doentes, a planificação da prevenção na organização e a formação e informação aos vários grupos profissionais, articulando-se com todos os serviços, em especial com o Gabinete de Saúde Ocupacional para o estabelecimento e manutenção de condições de trabalho que assegurem a integridade física e mental dos trabalhadores. De acordo com o PNCI (DGS 2008, p.17) é da sua responsabilidade avaliar o estado de saúde dos profissionais, participar em colaboração com a CCIRA na avaliação de risco biológico de cada serviço e na elaboração de recomendações relativas à exposição ao risco biológico. Durante esta incursão tive também a oportunidade de me inteirar sobre a gestão das não conformidades assunto alvo do meu interesse. Segundo as profissionais deste setor, está a ser criada uma base de dados onde cada profissional pode declarar uma não conformidade de forma anónima, sendo este mais um passo para o cumprimento das metas relacionadas com o aumento da segurança interna, prevista dentro das estratégias definidas para aumentar a qualidade e segurança dos doentes reiteradas pelo Despacho n.º 1400-A/2015 (DR N.º 28, 2015).

Esta visita permitiu-me refletir e analisar os riscos inerentes às funções que desempenho e perceber o quanto é importante corrigir a prática e veicular esta informação aos restantes profissionais de saúde pois como refere Reason e Donald Berwick citados por Fragata (Fragata, 2011) a saúde do profissional, a sua capacitação técnica e o ambiente de trabalho são fatores que podem influenciar a ocorrência do erro e como consequência a segurança do doente. Segundo Zárate – Grajales (2015) no seu estudo multicêntrico aponta o stress, fatores cognitivos de falta de atenção, preocupação e sobrecarga de trabalho, falta de tempo, falta de supervisão, défice de habilidade e má adesão aos protocolos como os principais fatores que influenciam a ocorrência de eventos adversos. Apesar de ter sido realizado numa cultura e realidade social diferente da portuguesa, as causas parecem ser semelhantes às referidas noutros estudos internacionais. Ao refletir sobre este assunto, posso eventualmente sugerir que as instituições deveriam apostar na saúde e bem-estar dos profissionais através de programas de educação física, de adequação do tempo em família e no acompanhamento mais ativo dos problemas que fossem eventualmente surgindo.

A visita ao laboratório de microbiologia foi igualmente programada com a delineação de uma lista de objetivos de visita tais como: conhecer a estrutura de um laboratório de microbiologia; conhecer o circuito da amostra; perceber o *timing* de segurança entre a colheita e transporte de amostras *versus* inviabilidade da amostra; conhecer as estratégias utilizadas para que durante o processamento da amostra não haja contaminação; conhecer quais os meios de comunicação com os serviços aquando do isolamento de microrganismos problema; perceber como se articula o laboratório de microbiologia com os restantes serviços hospitalares; conhecer as diferentes técnicas usadas para os testes de sensibilidade aos antimicrobianos; perceber as situações em que é importante dar a conhecer a concentração inibitória mínima nos resultados microbiológicos. Todos estes objetivos foram delineados no sentido de perceber a sua importância no controlo de infeção.

Conhecer a estrutura e funcionamento de um laboratório de microbiologia permitiu-me refletir e repensar na gestão dos cuidados ao doente, sensíveis aos cuidados de enfermagem. De todos os processos que pude acompanhar e tendo em conta aqueles que são mais sensíveis à minha prática, saliento o percurso da amostra desde a sua receção, tratamento e resultado, bem como a forma da comunicação do mesmo com os restantes serviços. Destaco a utilização da VITEC aparelho utilizado para a identificação do microrganismo sendo uma mais-valia na vanguarda do tratamento eficaz ao doente e estando em consonância com o Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos (PAPA). Este tem por objetivo a vigilância do consumo de antibióticos e a diminuição da taxa de incidência de microrganismos multiresistentes, possibilitando que a informação dada ao clínico seja selecionada e estritamente necessária. Tem também a particularidade de estar preparado para suspensão automática da prescrição do antibiótico o que permite que o doente não fique com a prescrição de antibiótico por esquecimento, e serve como filtro ao uso indiscriminado. Por fim, pude observar a forma como o laboratório de microbiologia comunica com os restantes serviços. O alerta do microrganismo problema é feito no processo do doente e para a CCIRA através de um email de alerta que denominam por VIGIguard (Software Vigilância Ativa Epidemiológica). A CCIRA ao receber este email confirma se existe prescrição de isolamento e se este está a ser cumprido.

Após observação de todos os procedimentos laboratoriais e ao refletir sobre estas práticas pude perceber que grande parte do trabalho ainda requer grande intervenção técnica humana o que pode eventualmente aumentar o risco de erro, por isso é de salientar a importância da utilização de proteção individual e das estratégias necessárias para evitar a contaminação

dos profissionais e simultaneamente da amostra. O ter visitado o laboratório permitiu-me ter uma visão global da importância de todos os intervenientes que lidam com a amostra interferindo com o resultado e tratamento do doente, e simultaneamente expandiu o meu conhecimento para uma prática centrada na segurança dos cuidados.

Um outro objetivo era conhecer os circuitos limpos e sujos do hospital e enquadrá-lo no controlo de infeção. O facto de ter percorrido o circuito utilizado no transporte dos resíduos hospitalares desde o seu acondicionamento até ao local de recolha e conhecer as áreas de descontaminação, fez-me refletir na importância destes procedimentos para o controlo ambiental e consequente controlo de infeção. Permitiu-me avaliar o risco em que incorre o profissional que manipula este lixo e dentro do meu contexto profissional alertar para a devida proteção individual. Possibilitou a reflexão sobre a produção e desperdício dos resíduos no desempenho da profissão e na responsabilidade profissional da triagem dos mesmos, pois uma gestão de resíduos tal como refere o Decreto-Lei n.º 73/2011 de 17 de junho no art.º 2, tem impacto na redução do risco de acidentes, na proteção do ambiente e na redução dos custos.

5.2. COMPETÊNCIAS NO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Seguidamente e face ao objetivo proposto de **identificar a relevância e epidemiologia das IACS** irei descrever as atividades que tive oportunidade de realizar conjuntamente com as enfermeiras tutoras.

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos, faz parte de um dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Portugal segundo o último relatório (DGS, 2014) tem uma taxa de infeção mais elevada que a média Europeia tendo no entanto comparativamente com o relatório de 2011 reduzido algumas taxas de infeção e algumas resistências de microrganismos o que poderá eventualmente significar que as medidas implementadas como a vigilância epidemiológica das infeções, da resistência aos antimicrobianos e do consumo de antibióticos e a normalização das estruturas e dos procedimentos e práticas clínicas estão a ser eficazes.

Considera-se que a informação/educação dos profissionais e cidadãos é uma medida fortemente recomendada para o aumento do grau de literacia que está diretamente relacionado com a segurança do doente. Neste âmbito tomei conhecimento da existência de uma rede

internacional que visa a recolha, análise e divulgação de dados sobre os riscos de infeções hospitalares, projeto HELICS, DGS (2007), que possibilita a comparação de resultados, a identificando fatores de risco e intervenções de melhoria. Dado o panorama internacional foram criadas estas redes específicas para as infeções mais relevantes e implementadas pelas unidades de saúde, sendo eles o HELICS – UCI (Unidades de Cuidados Intensivos); HELICS – cirurgia; Infeção nas UCI – recém-nascidos; em diálise; Infeções nosocomiais da corrente sanguínea; HELICS III - Inquérito de Prevalência de Infeção Nosocomial de Âmbito Nacional. Em Portugal, de acordo com o Inquérito Prevalência 2012 (DGS 2013) verificou-se um reduzido número de enfermeiros e médicos no controlo de infeção, verificou-se uma prevalência de infeções hospitalares de 10,6%, verificou-se que 58,9% foram adquiridas no mesmo hospital, 27,4% foram adquiridas noutra hospital e nas restantes 13,6%, a origem não foi esclarecida. A prevalência de Infeções hospitalares foi mais elevada nas Unidades de cuidados intensivos e que as mais frequentes foram as das vias respiratórias 29,3%, seguido das vias urinárias com 21,1% e das Infeções do Local Cirúrgico com 18%. As INCS (Infeções Nosocomiais da Corrente Sanguínea) corresponderam a 8,1%. Pelo que apesar de uma melhoria, é necessário implementar medidas e perseguir o objetivo de reduzir estas infeções no qual a adequação de recursos da CCIRA tem um papel fundamental.

Durante o meu percurso tive oportunidade de colaborar com a vigilância epidemiológica que é feita conjuntamente com o laboratório de microbiologia. O programa VIGIguard (Software Vigilância Ativa Epidemiológica), tal como referido anteriormente, é utilizado para registar e sinalizar os microrganismos problema identificados nos doentes e enviados via email para a CCIRA servindo de ponte na identificação do doente e na investigação do seu percurso pela área hospitalar e cuidados primários, bem como as condições de isolamento. De seguida, caso o doente não se encontre nas condições de isolamento necessárias, são identificados os contactos diretos e rastreados. Dentro desta área da vigilância epidemiológica tive oportunidade de colaborar na inserção de dados no processo do doente, bem como de colaborar na investigação do percurso do doente, participei nas várias incursões aos serviços para alertar os profissionais para o rastreio de contactos diretos como para verificar se as medidas de isolamento estavam instituídas. Usufruí da experiência de colaborar com todas as incursões (rastreio de contato) para mobilizar um doente sem critérios de rastreio à entrada, mas ao qual tinha sido isolado um microrganismo problema. Foi notória a rápida e eficaz colaboração dos profissionais dos serviços envolvidos por forma a minimizar aquela situação, e pude constatar todo o trabalho de exaustivo dos profissionais de controlo de infeção têm que

efetuar. Pude refletir como a gestão do isolamento dos doentes pode interferir com a gestão de camas a nível hospitalar e colidir com a necessidade de internamento. Esta situação pode pôr em causa o correto isolamento dos doentes e constituir uma falha na segurança dos doentes.

No decorrer deste módulo de estágio tive oportunidade de perceber que a CCIRA tem desde 2007 implementado um procedimento baseado em rastreio ativo e medidas de isolamento a doentes que entram no hospital e de acordo com critérios bem definidos. Tomei conhecimento de uma folha de risco que permite, mediante o cumprimento dos critérios supracitados, determinar se é um doente com necessidade de rastreio e isolamento. O aumento de conhecimento destes procedimentos permitir-me-á no decurso de funções como enfermeira especialista agilizar procedimentos e fazer cumprir corretamente este protocolo de segurança, assegurando um controlo de infeção eficaz.

Atualmente face ao aparecimento de microrganismos resistentes à última linha de antibioterapia e o crescente aumento destas resistências a nível mundial, a DGS juntamente com outros organismos internacionais, que visam a vigilância apertada e instituição de medidas adequadas a este aumento, criou a obrigatoriedade da comunicação à DGS e ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) tal como refere a norma N.º 004/2013 de 08/08/2013 atualizada a 13/11/2015 (DGS,2015).

Todas estas medidas de vigilância epidemiológica mostram-se eficazes na prevenção das infeções hospitalares e conseqüente tempo de internamento e mortalidade hospitalar com impacto no *outcome* e segurança do doente. Neste âmbito tive a oportunidade de poder acompanhar a realização de uma investigação ao aumento de intervenções cirúrgicas por suspeita de infeção de feridas operatórias. Uma Investigação epidemiológica pressupõe um trabalho de investigação por forma a identificar fonte de infeção e modo de transmissão; identificar grupos expostos a maior risco e fatores de risco; confirmar o diagnóstico e determinar as principais características epidemiológicas. O objetivo da investigação é adotar medidas que impeçam a ocorrência de novos casos, o que implica o estabelecimento de uma relação causal, (Ministério da Saúde, 2009). Com efeito foi efetuado um levantamento de um conjunto de informações relevantes desde informação clínica, fatores de risco de cada indivíduo, condições ambientais do bloco operatório nomeadamente do ar condicionado, auditorias à higienização das mãos dos profissionais e tipo de material usado na cirurgia, entre outros. Apesar de não ter acompanhado todo o processo, pude refletir sobre o tempo e trabalho necessário nesta investigação *versus* adequação de recursos humanos o que vem ao encontro

do que já referi. A minha colaboração nesta área permitiu-me alargar a minha visão relativa aos inúmeros fatores presentes no controlo de infeção e capacitou-me com informação de como se processa uma investigação, que poderá vir a ser útil no exercício de funções de enfermeira com grau de mestre.

Ainda dentro do âmbito da vigilância epidemiológica as auditorias são um importante instrumento para a verificação de práticas na prevenção e controlo da infeção. Uma auditoria é *“Processo sistemático, independente e documentado para obter evidências de auditoria e respetiva avaliação objetiva, com vista a determinar em que medida os critérios da auditoria são satisfeitos”*, (IPQ 2012, EN ISO 19011, pág.9). Para cumprir com um dos objetivos preconizados pude inteirar-me da organização dos cuidados de saúde primários desta ULS no que respeita à colaboração da CCIRA e tal como previsto tive oportunidade de colaborar com a enfermeira numa auditoria às PBCI com a utilização de um instrumento de avaliação publicado pela DGS através da Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013.

A ULS integra o núcleo do ACES agrupamento de centros de saúde e agrupa as unidades funcionais dos Centros de Saúde correspondentes à área de atuação. A CCIRA tal como já referido tem também a responsabilidade de atuar dentro da área dos cuidados de saúde primários. Apesar das orientações definidas na norma portuguesa visar a informação prévia dos auditados e o envio do plano de auditoria, as auditorias ao ACES não cumpriram com o estabelecido tendo um caráter mais dirigido para a confirmação das alterações propostas em anos transatos. Em todas as USF conforme o estabelecido nas regras de auditoria, pedimos a colaboração da enfermeira responsável na verificação desses pontos. Foram encontradas algumas oportunidades de melhoria relativamente às condições físicas/estruturais e materiais existentes em algumas USF, como uma sobrevalorização do espaço de registos em detrimento da área de tratamento, na adequação de recursos humanos face ao volume de trabalho e conseqüente segurança do doente.

Seria desejável que no ACES o nível de recursos humanos fosse o suficiente e que não existissem diferenças nos recursos materiais do hospital e dos ACES. A realização desta auditoria e a experiência da enfermeira da CCIRA na condução da mesma, permitiu-me refletir uma vez mais, sobre a motivação dos profissionais projetando as falhas em oportunidades de melhoria, tornando-a como um instrumento de aprendizagem *versus* de punição.

Depois de todas estas incursões ainda tive oportunidade de assistir a uma reunião respeitante ao projeto de *“STOP INFEÇÃO”* da Gulbenkian a que ULS aderiu juntamente com mais 12

hospitais e que tem por objetivo reduzir em 50% a incidência das infeções hospitalares no período de 3 anos. As infeções monitorizadas são as infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a cateter venoso central e à algaliação; as pneumonias associadas à intubação em Unidade de Cuidados Intensivos e as infeções do local cirúrgico. O objetivo deste projeto é alcançar uma diminuição da incidência e por conseguinte da morbidade e da mortalidade associada a infeções adquiridas nos doentes internados em 12 hospitais portugueses. “*Como consequência daquele objetivo, pretende-se contribuir para aumentar a segurança e a confiança dos doentes nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e reforçar a promoção da melhoria contínua da qualidade em saúde em geral*”. (Gulbenkian, 2015, p. 9). Este projeto utiliza uma metodologia de melhoria contínua, designado por *Collaborative Breakthrough* que visa a adoção das boas práticas que se baseiam na melhor evidência técnico-científica disponível e que envolve múltiplas equipas.

Nesta reunião foi feito o ponto de situação, foram discutidos e partilhados os principais obstáculos e dificuldades que as equipas sentem no terreno e algumas anotações sobre a realização das estatísticas e dos relatórios. Ainda dentro deste âmbito tive oportunidade de acompanhar a coordenadora da CCIRA aos respetivos serviços e conhecer a ferramenta utilizada para melhorar a qualidade, PDCA (*Plan, Do, Check, Act*). Foi importante perceber que os responsáveis dos serviços envolvidos tinham como missão a motivação da equipa para que se cumprisse as *guidelines* para controlo das infeções. Tal como refere Ammouri (2015) uma cultura de segurança inclui uma comunicação eficaz, equipa adequada, ambiente seguro, uma cultura suportada pela gestão/liderança, uma comunicação aberta sobre os erros e treino e orientações das atividades. Considero que este modelo usado por este projeto é bastante positivo, pois envolve os profissionais, mostra-lhes os resultados e o caminho a seguir numa perspetiva de mudança pela positiva e não de represália. Envolvendo todos os profissionais num eficaz controlo de infeção e segurança do doente.

Relativamente a outra área de atuação da CCIRA, a consultadoria, cuja principal função é dar parecer técnico na seleção de materiais e equipamentos de acordo com as suas características, tendo em conta a segurança do doente. Neste âmbito, tive oportunidade de participar numa reunião de apresentação de um produto de desinfeção. Cabe à CCIRA inteirar-se de todas as características do produto, finalidade, preço/eficácia, testa-lo e propô-lo ao conselho de administração. Esta oportunidade permitiu-me perceber a responsabilidade que assume a CCIRA dado que uma má opção pode pôr em causa a segurança do profissional e do doente.

Dentro do domínio da melhoria contínua da qualidade pretendo também **saber aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica.** Para isso defini os seguintes objetivos específicos: identificar o cumprimento das medidas de prevenção da infeção respiratória adotadas pelos profissionais no que diz respeito às nebulizações; incluir na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como de outras evidências;

O relatório da DGS refere que em 2013 as doenças respiratórias foram responsáveis por 12.605 óbitos (11,83%), (DGS, 2014 p. 10). E segundo o 11º relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (Araújo, 2016, p. 7) morrem por dia cerca de 47 portugueses vítimas de doenças respiratórias onde a pneumonia ocupa 40% dos internamentos hospitalares. Os valores apresentados, os riscos que representam as infeções associadas aos cuidados de saúde e o preocupante fenómeno mundial de resistência aos antimicrobianos de última geração deixam premente a necessidade de contribuir para que esta situação não evolua pondo em causa a segurança e vida do doente.

A utilização de aerossolterapia não é mais do que a administração de fármacos na forma de aerossol por via inalatória e que constitui a via preferencial no tratamento das doenças respiratórias pela sua eficácia a nível pulmonar, tal como na asma, na fibrose cística, no cancro do pulmão, doença pulmonar obstrutiva crónica, entre outras. A ideia do uso dos nebulizadores apenas para broncodilatadores está ultrapassada, segundo Boe (2001) a nova tecnologia associada a esta técnica permite o uso de outra medicação como antibióticos quando não é possível a sua administração por outro meio, tornando o tratamento efetivo e sem desperdício de custos.

No entanto, a sua utilização de forma incorreta pode constituir um problema para o próprio doente e para os outros que se encontrem próximos.

Nesta linha de pensamento e de forma a dar o meu contributo para melhorar as práticas e prevenir as infeções cruzadas efetuei alguma pesquisa sobre os procedimentos relativos às nebulizações.

No decurso das visitas aos serviços pude observar a prática das nebulizações e a forma como estes se encontravam acondicionados. Depois destas observações verifiquei a existência de uma norma no Manual de Controlo de Infeção da CCIRA em 2003, (Tavares, 2003, p. 86).

Pude constatar que fazia parte desta norma a utilização do nebulizador durante um período de 72 horas e que entre cada utilização este deveria ser lavado com água quente e sabão.

Conhecendo a estrutura dos serviços e dado o grande fluxo de trabalho, aquando da visita ao serviço de esterilização, questionei a enfermeira se não era possível tratar desta limpeza ao nível deste serviço por forma a rentabilizar o trabalho do enfermeiro. Para perceber qual o melhor método *versus* custos foram recolhidos 8 nebulizadores de forma aleatória por três serviços de medicina e cirurgia com 24 horas e 48 horas de utilização e feita uma pesquisa de proteínas antes e após a desinfeção de alto nível, dado que a esterilização a vapor derreteu o copo. No entanto, os resultados foram inconclusivos e a única informação que consegui retirar deste procedimento dado o tamanho da amostra e os possíveis vieses, foi que o nebulizador com 48 horas de utilização apresentava-se muito sujo.

Concomitantemente a estes procedimentos efetuei alguma pesquisa nesta área. Numa primeira fase percebi que o nebulizador adotado pelo hospital tem o símbolo de uso único. Segundo o artigo 1º, n.º 2, alínea n), da Directiva 93/42/CEE na pág.7 alterada pela última vez pela Directiva 2007/47/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de setembro “dispositivo *de uso único* são dispositivos médicos destinados pelo seu fabricante a serem utilizados uma única vez num único doente”. Também o Despacho n.º 7021/2013 (DR,2.ª série, n.º 104, 2013) define as condições e requisitos a que deve obedecer a utilização, nos serviços e estabelecimentos do SNS, de dispositivos médicos de uso único reprocessados, garantindo as condições de validação, avaliação e prevenção no sentido de minimizar os riscos potenciais de contaminação microbiológica, da persistência de substâncias utilizadas ou alteração do desempenho do dispositivo médico reprocessado.

Por sua vez a Diretiva 93/42/CEE do Conselho de 14 de junho de 1993, relativa aos dispositivos médicos estabelece as regras a que estes devem obedecer em matéria de conceção, fabrico, comercialização e entrada em serviço. Por isso, resolvi esclarecer a dissonância entre o material adquirido pelo hospital e a norma, contactando o Engenheiro responsável pela comercialização deste dispositivo ao hospital, para me inteirar sobre as características do produto e perceber se é possível lavá-lo a cada utilização como está proposto na norma existente. O fornecedor afirmou que a lavagem pode interferir com as características do produto e alterar a segurança de utilização do mesmo. Considerou também a não existência de testes microbiológicos que comprovem a correta descontaminação e uso em segurança deste procedimento, dado que este dispositivo possui microfissuras, por isso preconiza o uso de um nebulizador para cada nebulização por doente.

Em seguida e utilizando a base de dados EBSCO efetuei uma pesquisa com os descritores em português e inglês, infecção respiratória, nebulizadores, desinfecção, aerossolterapia, delimitando os anos entre 2000 e 2016. No decurso da pesquisa bibliográfica não encontrei literatura que relacione a infecção respiratória à contaminação dos nebulizadores, mas encontrei evidência na forma como efetuar o tratamento ao nebulizador depois do seu uso *versus* contaminação. Os artigos encontrados e selecionados foram:

- *European Respiratory Society Guidelines on use of nebulizers* (Boe,2001) – Guidelines
- “*Frequency of contamination of single patient- Use Nebulizers over time*” (Weber;”2014) – Estudo
- *Guidelines on the Prevention of Health-Care-Associated Pneumonia* CDC and HICPAC (Neff, 2004, pp. 596-598) – Artigo com recomendações
- *Respiratory Care* de junho de 2015 de O`Malley - *Device Cleaning and Infection Control in Aerosol Therapy* (O`Malley,2015) – Artigo de revisão

Este último artigo faz uma revisão de todas as recomendações existentes relativamente aos diferentes tipos de nebulização, reúne todas as recomendações do CDC e cita um estudo sobre uma determinada população que compreendeu um período de 24 horas sem fazerem limpeza ou desinfecção aos nebulizadores em que não obtiveram crescimento de bactérias. O`Malley(2015) faz algumas recomendações e desaconselha a lavagem em água quente da torneira pela carga bacteriológica que a água pode conter, a menos que o material seja seguidamente desinfetado, refere também que uns dos principais veículos de infecção cruzada nestes casos para além das mãos dos profissionais são a medicação multidosada que pode ser fonte de contaminação para outros doentes. Daí que recomenda apenas o uso de doses individuais para cada doente. Além disso reforça a rejeição de líquidos sobrantes, pois como é de conhecimento, o meio húmido ou líquido é propício ao desenvolvimento de microrganismos que podem perpetuar a infecção no doente e transmitir via aerossol aos outros doentes que se encontrem junto deste. Por último, este artigo emana conselhos distintos para serem usados com os distintos nebulizadores e em distintos meios hospitalar/domicílio (O.Malley 2015, p. 917-930).

Em Portugal DGS lança nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de Janeiro uma orientação sobre a utilização de dispositivos simples em aerossolterapia. Nesta norma a DGS apresenta os dispositivos que existem para

a nebulização e aconselha o seu uso distinto mediante o tipo de doente e terapêutica a administrar. É de salientar nesta orientação a recomendação de usar preferencialmente os inaladores pressurizados doseáveis com a câmara expansora nos internamentos e serviço de urgência, aos doentes que possam colaborar, e utilizar os sistemas de nebulização nos restantes doentes do internamento e cuidados intensivos. Esta orientação refere que na primeira situação o risco de contágio por aerossol é muito menor, é uma técnica que implica menos consumo de tempo, é mais eficaz e menos dispendiosa relativamente aos sistemas de nebulização. Embora esteja de acordo com esta nova norma da DGS tenho dúvidas relativamente aos usos destes dispositivos na população idosa das enfermarias de medicina e cirurgia. A maioria destes idosos poderá não ter capacidade para o fazer, mesmo usando os *aerochambers* como auxílio e porque estes dispositivos não permitem a fluidificação das secreções, procedimento maioritariamente necessário.

Dado os resultados inconclusivos relativamente aos nebulizadores testados e dada a bibliografia encontrada, propus à equipa da CCIRA fazer uma verificação do cumprimento da norma e das boas práticas nas nebulizações, com este objetivo construí uma grelha de observação que se encontra em apêndice VII, adaptada da grelha das auditorias às PBCI da DGS acrescentando os itens da norma instituída.

A verificação das práticas foi planeada dentro do departamento de medicina a três serviços, apenas aos doentes com nebulizações prescritas durante o turno da tarde e restrito aos horários das nebulizações. Estava planeado ficar cerca de 1 hora em cada serviço. Nos dias anteriores foi enviado um email aos chefes de serviço com a explicação do procedimento e no dia anterior as enfermeiras da CCIRA fizeram as apresentações. No dia programado existiam 90 doentes nos três serviços dos quais apenas 29 tinham prescrição de nebulizações. Destes apenas foi possível verificar as práticas relacionadas com a nebulização a 15 doentes e 12 profissionais diferentes. Durante esta verificação deparei-me com algumas dificuldades iniciais. A primeira dificuldade sentida foi a perceção que os profissionais que estavam a ser alvo da minha atenção protelavam o momento da nebulização, o que se repercutiu no tempo que tinha previsto para a observação. Ao fazer a minha reflexão posso constatar que o medo da avaliação, de errar e ser exposto, continua enraizado na nossa cultura. Para fazer face a esta situação e porque não possuía muito tempo entre cada nebulização, optei por me dirigir diretamente ao profissional explicar o motivo da minha presença e qual o objetivo final daquela verificação, a partir desse momento obtive 100% de colaboração da parte dos profissionais. Outra dificuldade sentida foi na adequação do tempo a todos os serviços no momento

das nebulizações e por isso tive que estender a minha observação até à manhã do dia seguinte.

Simultaneamente a esta ação de verificação das práticas relativamente às nebulizações, pude em colaboração com as enfermeiras da CCIRA programar “O dia da Prevenção da Infeção Respiratória”, em apêndice VIII. Este decorreu no mesmo dia da verificação das práticas, no turno da manhã (8 às 14.30), onde estrategicamente coloquei junto da entrada dos profissionais, e acompanhando as horas de entrada e saída, uma mesa alusiva ao tema. Fiz a distribuição de marcadores de livros com informação sobre as diversas medidas da prevenção da infeção respiratória e expus um póster também relacionado com estas medidas. Em simultâneo pude ir recolhendo informação acerca das práticas com os cuidados com a nebulização e a norma da instituição. Apesar de não ter preparado nem previsto a possibilidade da realização destas perguntas, pude aferir que a maioria dos inquiridos não conhecia a norma, e que nunca lavavam o nebulizador após a sua utilização. A maioria dos inquiridos deixou o testemunho de que lavar os nebulizadores acarretava outras medidas difíceis de executar, dado a falta de condições para o fazer nas enfermarias, o que vai ao encontro da minha perceção inicial.

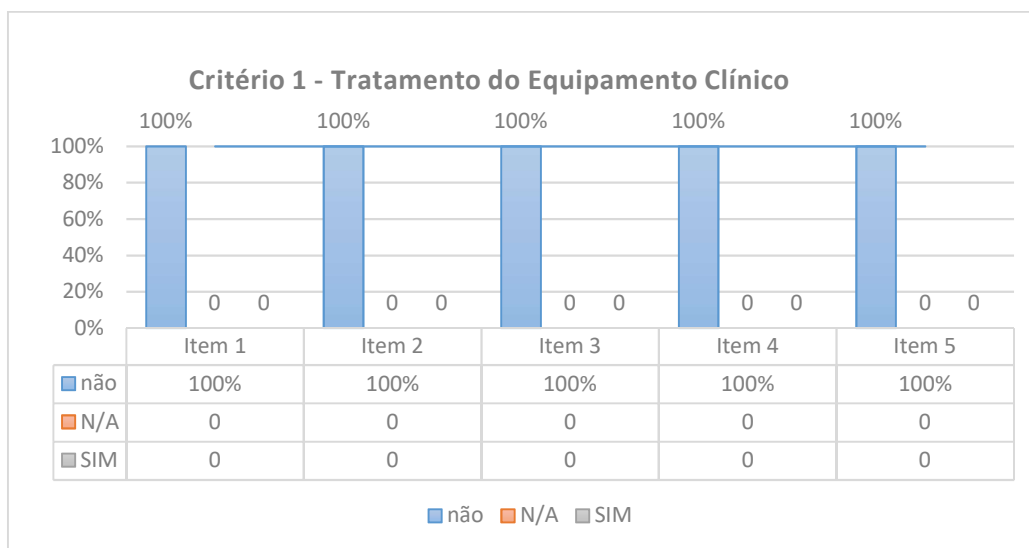
RESULTADOS

Face ao exposto passo a descrever os resultados encontrados. Relativamente ao tratamento do equipamento clínico tal como se pode verificar na **Tabela 1 e no gráfico 1**, 100% da amostra não cumpre nenhum critério, pelo que podemos eventualmente aferir que os profissionais desconhecem as características dos materiais, protocolos de descontaminação e as recomendações do fabricante e não existe nenhum profissional com responsabilidade por esse tratamento, o que pressupõe que reutilizam o material no mesmo doente e que desconhecem a norma hospitalar.

Tabela 1 – Resultados da verificação do tratamento do equipamento clínico

CRITÉRIOS 1		N = 15 (100%)		
		SIM	NÃO	N/A
1 – Tratamento do equipamento clínico				
1	O material/equipamento de uso único não é reutilizado	0	15	0
2	As recomendações do fabricante quanto ao método de descontaminação dos equipamentos estão disponíveis	0	15	0
3	Existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos	0	15	0
4	A responsabilidade pelo cumprimento dos protocolos para a descontaminação dos materiais/equipamentos está atribuída	0	15	0
5	A limpeza do material é realizada em local adequado;	0	15	0

Gráfico 1 – Tratamento do equipamento clínico

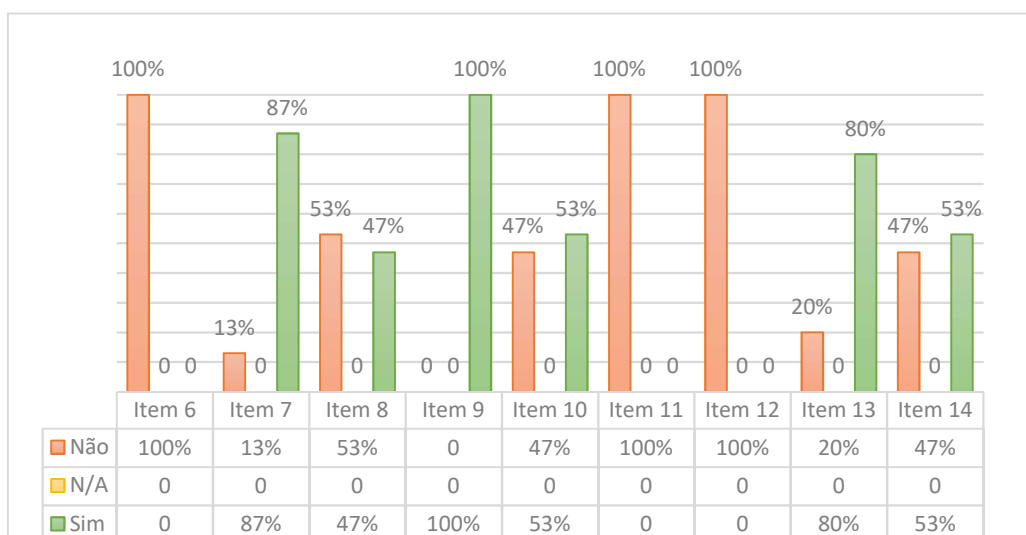


De seguida é apresentada a tabela e o gráfico de resultados de verificação de práticas seguras na preparação e administração de nebulizações.

Tabela 2 – Resultados das práticas seguras na preparação e administração de nebulizações

CRITÉRIOS 2	N = 15 (100%)	SIM	N Ã O	N / A
2- Práticas Seguras na Preparação e Administração de Nebulizações				
6	São usadas embalagens de dose única para medicamentos nebulizáveis, a não ser em casos excecionais, bem documentados	0	15	0
7	O doente está sentado ou semi-sentado	13	2	0
8	O profissional higienizou as mãos antes e depois do procedimento	7	8	0
9	A nebulização foi preparada imediatamente antes da administração ao doente	15	0	0
10	O kit de nebulização está livre de qualquer resíduo visível	7	8	0
11	No fim da nebulização o profissional procede á sua lavagem e secagem do kit	0	15	0
12	No fim da nebulização o kit é acondicionado num saco limpo	0	15	0
13	A medicação é colocada de novo e não acrescentada	12	3	0
14	O kit de nebulização é trocado a cada 72 horas de acordo com os registos	8	7	0

Gráfico 2 – Resultados de práticas seguras na administração das nebulizações



Da análise destes dados constatou-se que:

- No item n.º 6 da “tabela 2” a totalidade das 15 observações não usavam embalagens de dose única de medicação, utilizavam para a administração de toda a terapêutica um frasco de soro comum, alguns datados e outros não.
- No item n.º 7 verifica-se que das 15 observações apenas 2 doentes não se encontravam sentados ou semi-sentados sem que existisse alguma contra-indicação, assim tal como se pode ver no “gráfico 2” cerca 87% do procedimento era cumprido.
- No item n.º 8, verifica-se que 7 dos profissionais procederam à fricção antisséptica das mãos antes e depois, e 8 profissionais realizaram apenas num momento a desinfeção das mãos ou em nenhum momento, neste item apenas foi considerado como item cumprido os que desinfectaram as mãos antes e depois, conforme a norma, o que corresponde a 47% de cumprimento tal como se pode observar no “gráfico 2”.
- No item n.º 9 do gráfico 2 a totalidade das observações cumpriu os 100% visto que em todas as observações a nebulização foi preparada imediatamente antes da administração.
- No item n.º 10 referente à utilização do dispositivo de nebulização sem qualquer resíduo visível verifica-se que das 15 observações, 7 utilizavam o dispositivo limpo e 8 com resíduos da medicação anterior pelo que apenas 53%, como mostra o “gráfico 2”, da amostra cumpriu com esta recomendação.
- Nos itens n.º 11 e 12 da análise do “gráfico 2” onde foi avaliado se após a nebulização a limpeza do copo era efetuada e se o colocavam dentro de um saco, das 15 observações 100% não cumpriam o procedimento.
- No item n.º 13 que refere se a medicação era colocada de novo ou acrescentada, das 15 observações foram consideradas como colocadas de novo aqueles em que apesar de existir medicação no copo do nebulizador rejeitavam esse líquido antes da colocação da nova medicação, mesmo que não existisse higienização o que correspondeu a 12 observações. Foram consideradas como medicação acrescentada as situações em que esse líquido não foi rejeitado e sim acrescentado o que correspondeu a 3 observações efetuadas. Assim através do “gráfico 2” pode-se considerar que cerca de 80% da recomendação é cumprida.
- No item n.º 14 da “tabela 2” referente à troca do dispositivo e que foi avaliado pela presença de registos no SAPE, em 15 dos doentes em que a observação foi efetuada, 8 tinham registo e 7 não. Pelo que como mostra o “gráfico 2” em 53% da amostra o dispositivo era trocado a

cada 72 horas e os restantes não tinham qualquer registo e por isso considerados como não trocados.

Relativamente à pesquisa de proteínas nos nebulizadores (apêndice IX) que indica apenas o grau de sujidade, existiram variáveis que não consegui controlar, nomeadamente se os nebulizadores tinham sido lavados ou eventualmente trocados sem qualquer tipo de registo. A amostra era muito pequena pela ausência de recursos. Daí, os resultados têm que ser lidos com estas premissas. A única afirmação possível é que o nebulizador das 48 horas continha matéria propícia ao crescimento bacteriano.

ANÁLISE DE RESULTADOS

A verificação das práticas relativas aos nebulizadores foi efetuada a três serviços do departamento de medicina a uma amostra de 15 doentes, durante dois turnos em dias distintos. A amostra corresponde a 51% da população estudada pelo que os resultados da avaliação podem eventualmente ser inferidos para os restantes serviços. A totalidade dos profissionais desconhecia a existência da norma da instituição que se encontra no manual de controlo de infeção na página 86, daí que o tratamento ao material não é efetuado.

No que se refere ao critério 2, logo no primeiro item verifiquei 100% de incumprimento da norma. Este item diz respeito à utilização de doses individuais para cada nebulização, o seu incumprimento acontece porque é usado um frasco do soro aberto no início do turno para a preparação de toda a medicação para o doente. Uma forma de poder melhorar este aspeto será utilizar as unidades de soro fisiológico.

De salientar que o cumprimento dos momentos das lavagens das mãos pode constituir uma oportunidade de melhoria, uma vez que já dispunham de SABA distribuídos pelas camas dos doentes. No que respeita ao facto do dispositivo de nebulização conter resíduos e líquidos sobrantes pode eventualmente estar relacionado com o fato de ser o próprio doente ou o auxiliar a retirar-lo. Observei *kits* de nebulização pendurados no manómetro do oxigénio ainda com bastante líquido. Apesar disto e dos copos não serem higienizados, em cerca de 80% dos procedimentos verificados, esse líquido era rejeitado antes da colocação de um novo. No entanto, este procedimento é insuficiente dado que o nebulizador com líquido tinha sido exposto ao meio ambiente propício à contaminação e ao crescimento bacteriano.

Relativamente aos itens nº 11 e nº 14 que referem que o copo do nebulizador deve ser lavado, seco e substituído às 72 horas, são pontos que considero discutíveis pois nos serviços não

existem condições de higienização dos mesmos nem recursos humanos para o fazer e, como a literatura encontrada desaconselha a água da torneira sem uma posterior desinfecção, considero que a troca às 72 horas poderá ser demasiado longa e pôr em risco o doente.

Dado todos os resultados encontrados, que podem eventualmente refletir a imagem do que acontece a nível hospitalar, a pesquisa bibliográfica documentada e a opinião dos profissionais posso concluir que, nos locais observados a norma não é cumprida nestes pontos citados por falta de conhecimento da mesma, pela ausência de conhecimento do tipo de material que é usado e por falta de condições estruturais e humanas.

Neste hospital o *kit* de nebulização fornecido é de uso único, tal como o código indica. Neste caso o fabricante não garante a segurança das mesmas condições para o doente quando reutilizável. Assim após pesquisa bibliográfica e após perceber qual a realidade hospitalar nesta matéria, fiz uma proposta de alteração da norma que se encontra em apêndice IX, que a CCIRA irá analisar e fará as respetivas considerações.

Relativamente aos resultados reuni os principais pontos que achei pertinentes e enviei para os enfermeiros chefes dos serviços para que pudessem melhorar as suas práticas.

Dos resultados obtidos relacionados com a norma instituída e as boas práticas

Pontos positivos

- A nebulização é sempre preparada imediatamente antes da administração;
- O *Kit* é trocado quase sempre às 72 horas (segundo registos no SAPE);
- Quase todos dos doentes estavam sentados ou semi-sentados durante a nebulização;

Pontos com potencial de melhoria

- A utilização de luvas para a manipulação do sistema de nebulização e a higienização das mãos antes e após o procedimento;
- Utilizar o copo de nebulização livre de qualquer resíduo de medicação;
- Manter o copo de nebulização seco após a sua utilização;
- Utilização apenas de ampolas de dose individual, nomeadamente ampolas de soro individuais e medicação em unidose;
- Acondicionarem dentro de um saco identificado cada sistema de nebulização;

Relativamente à proposta da norma e concretamente sobre o ponto da troca do *Kit* a cada 24 horas, foi demonstrado que é um dispositivo de uso único e por isso a troca deva ser a cada nebulização, dado que o fabricante não garante as mesmas condições do material com a sua reutilização. Existe bibliografia que fundamenta a segurança microbiológica na utilização durante 24 horas e no que respeita à diminuição da eficácia do material não encontrei nenhum estudo que relacione o número de utilizações *versus* diminuição da eficácia. Portanto, tendo em conta que o aumento da frequência de troca provoca um duplo custo pelo aumento do consumo de material e um aumento do resíduo hospitalar, parece-me plausível a recomendação emanada no artigo já supracitado a troca a cada 24 horas, visto não pôr em causa a segurança do doente. Após contato com o fornecedor fica também registada a possibilidade de o hospital poder adquirir apenas o copo de nebulização por 0,30 cêntimos em vez dos 0,56 cêntimos pelo kit completo e ser possível a troca a cada nebulização.

Com este trabalho espero ter contribuído para uma alteração de procedimentos/norma instituída e que venha a ser o princípio de uma mudança de atitudes com vista a aumentar a segurança dos cuidados e dos doentes. A CCIRA tem como já referido, a responsabilidade de elaborar normas para uniformização de cuidados e conseqüente aumento da qualidade dos mesmos e simultaneamente o dever de verificação das práticas através de auditorias, pelo que esta proposta de alteração da norma citada, vem na sequência dessa oportunidade de contribuir para as boas práticas e qualidade dos cuidados.

As realizações de todos estes procedimentos contribuíram para a aquisição de competências de enfermeira com grau de mestre e trouxeram para o meu exercício de funções conhecimentos que me possibilitarão a prestação de cuidados especializados de enfermagem com qualidade.

6. CONCLUSÃO

O percurso de desenvolvimento pessoal e profissional culminou na realização deste documento que penso ter conseguido ser o relato fiel desse caminho. Foi possível através de um discurso descritivo fazer a contextualização dos distintos campos de estágio que pelas suas peculiaridades influenciaram o meu desempenho e domínios desenvolvidos.

Desde cedo a segurança do doente e tudo o que se relaciona com este aspeto despertou o meu interesse e incitou-me à investigação, daí que foi um tema predominante ao longo da descrição de todas as atividades desenvolvidas. A responsabilidade pela autonomia no meu desenvolvimento foi uma mais-valia enquanto pessoa e profissional aumentando a minha capacidade autorreflexiva, visível na elaboração das várias reflexões ao longo do estágio, e que me permitiram fazer uma avaliação do meu desempenho profissional.

Por conseguinte através de uma análise crítico-reflexiva dos objetivos preconizados, das atividades desenvolvidas e conclusões aferidas foi possível ao longo deste período sugerir propostas de melhoria nos diferentes contextos, com vista à segurança do doente. Esta prática exercida foi ao encontro do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, da gestão e da melhoria da qualidade dos cuidados, transversal a todo o estágio.

Em contexto de urgência no desenvolvimento das competências de gestão e aprendizagens profissionais devo destacar a assistência ao doente crítico na procura da excelência dos cuidados tendo em conta a sua privacidade, a informação do utente através da elaboração de um póster, a comunicação da má notícia segundo a melhor evidência, a segurança do transporte do doente crítico segundo uma *checklist*, a elaboração de um estudo de caso em contexto de SU para o melhor cuidado, e a análise sobre os estilos de liderança e método de trabalho da equipa face aos recursos humanos e tendo em vista a segurança do doente. Estas atividades permitiram-me desenvolver capacidades de resolução de problemas e gestão, de análise, reflexão e treino de competências comunicacionais tanto com o binómio doente/família como entre pares. No desenvolvimento de competências no domínio da qualidade devo enaltecer a promoção da saúde do doente crítico, a importância do tratamento da dor no doente crítico, a análise sobre as infeções associadas aos cuidados de saúde propondo alterações de

melhoria, a formação aos profissionais sobre segurança do doente e sistemas de notificação, e por último a elaboração de um documento com sugestões de oportunidades de melhoria entregue ao enfermeiro chefe do serviço.

No contexto de uma comissão de controlo de infeção, no desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens, destaco o conhecimento adquirido sobre a organização e dinâmica realçando as visitas ao serviço de esterilização, ao laboratório de microbiologia, ao serviço de gestão de risco e circuito de limpos/sujos como fundamentais em todo o processo de controlo de infeção hospitalar e que me trouxeram um novo conhecimento para o desempenho na minha atividade profissional. No domínio da melhoria da qualidade realço todas as atividades inerentes à vigilância epidemiológica do doente desde a sua admissão até ao momento da alta, saliento a participação num projeto a nível hospitalar de “STOP INFEÇÃO”, dou ênfase à colaboração com uma auditoria aos cuidados de saúde primários e à elaboração de um poster e de uma ação de sensibilização dos profissionais relacionado com a prevenção da infeção respiratória e por último enalteço a proposta de alteração da norma relativa à prática de administração de nebulizações instituída. Estas atividades permitiram-me desenvolver competências e adquirir conhecimentos que orientarão a minha atividade profissional ao encontro da excelência dos cuidados e da segurança do doente.

Ao longo de todo o período orientei as minhas reflexões com base no código deontológico e no regulamento da profissão e que são evidenciadas através da análise da privacidade do doente, do direito à informação e do consentimento informado, resultando em cuidados com respeito pelos direitos fundamentais dos doentes.

A segurança do doente foi uma preocupação constante no contexto da minha aprendizagem que permitiu o desenvolvimento de capacidades inerentes ao exercício de funções de mestre em enfermagem. José Fragata foi sem dúvida o autor com que mais me identifiquei na procura de conhecimento sobre segurança do doente e por isso grande parte das minhas reflexões têm por base a sua bibliografia. Todos os momentos fomentaram o meu conhecimento na utilização de tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados, incorporando o novo conhecimento no contexto da prática. A conjuntura de todos estes fatores apoiou-me no diagnóstico de oportunidades de melhoria e necessidades formativas e capacitou-me do conhecimento para colaborar na formação dos pares e na elaboração de guias de boas práticas, visando práticas seguras e ganhos em saúde dos cidadãos.

A reação à necessidade de alteração de comportamentos face à melhoria dos cuidados prestados para a garantia da segurança do doente é uma das características culturais do ser humano que pode ser ultrapassada com a melhoria das condições de trabalho impelidas por um modelo de liderança eficaz e de formação/investigação contínua numa perspetiva de cuidar segundo a melhor evidência científica. De realçar que a evidência da utilização dos sistemas de notificação contribuí para um aumento da cultura de segurança de cada instituição e serviço, resultando em cuidados mais seguros para o doente. Posso concluir que as barreiras à utilização desta prática podem ter origem na falta de informação, treino e no medo de processos de litígio, pelo que a gestão e políticas instituídas têm um papel fundamental no incremento destas práticas. Dado todo o contexto do meu estágio relativamente às dificuldades sentidas, às medidas propostas e aos resultados alcançados posso concluir que foi um percurso imprescindível no meu desenvolvimento assistindo o contributo para o aumento da cultura de segurança resultando na segurança do doente, enquanto alvo dos cuidados de enfermagem.

Considero ter sido um período rico em aprendizagens, em crescimento pessoal e profissional que possibilitou uma expansão do conhecimento, uma perspetiva diferente na prestação de cuidados e levou à aplicação prática desse saber, dando início à avaliação da cultura de segurança no local onde exerço atuais funções, à formação dos pares sobre segurança/cultura de segurança e dados os resultados na implementação de um projeto que visa o aumento da cultura de segurança desse local. Este projeto assentou essencialmente no conhecimento e nas experiências adquiridas ao longo deste percurso e visa criação de um mecanismo de reporte do erro ou eventos adversos da equipa multidisciplinar com vista à abertura da comunicação destes eventos, do *briefing* de segurança nas passagens de turno, e também uma *checklist* de segurança no sentido escamotear todas as possibilidades de prestar cuidados de excelência. Este projeto que se encontra ainda numa fase de preparação irá ser apresentado publicamente.

Com a elaboração deste relatório termino uma fase de aprendizagem que me possibilita exercer funções de enfermeira com grau de mestre e dou início a outra fase de contínua aquisição de conhecimentos capazes de dar resposta a todo um conjunto de situações cada vez mais exigentes na prestação de cuidados aos nossos doentes.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde do Norte (2013). Manual de Controlo de Infeção – Grupo Regional de Controlo de Infeção

Ammouri, A.A., A. K. (2015). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review* (2015), Volume: 62, pp. 102-110.

Araujo, A. T. (2016). Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. 11º Relatório Prevenir as doenças respiratórias, acompanhar e reabilitar os doentes

Baile, Walter F., R. B. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. (H. T. The University of Texas MD Anderson Cancer center, & T. O. The Toronto-Sunnybrook Regional Cancer Center, Edits.) Obtido de xa.yimg.com/kq/groups/24808814/977869905.

Battard, J. (2017). Nonpunitive response to errors fosters a just culture. *Nursing Management*, 48(1), 53–55. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000511184.95547.b3>

Bernejo, J. (1998). *Relación de Ayuda Y Enfermería*. Cantabria: Editorial Sal Terrae.

Boe, J., Dennis, J. H., O’Driscoll, B. R., Bauer, T. T., Carone, M., Dautzenberg, B., Lannfors, L. (2001). European Respiratory Society Guidelines on the use of nebulizers. Guidelines prepared by a European Respiratory Society Task Force on the use of nebulizers. *European Respiratory Journal*, 18(1), 228–242. <https://doi.org/10.1183/09031936.01.00220001>

Cabral, M. (2015). Relatório de produção de raios do SU. Matosinhos: ULSM.

Carret, Maria LV , A. G. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*, Agosto 7:131 DOI: 10.1186/1472-6963-7-131

Chaboyer, Wendy D. C.-C. (2013). Safety culture in Australian intensive care units: Establishing a baseline for quality improvement. (A. A.-C. Nurses, Ed.) American Journal of Critical Care, Volume: 22, pp. 93-102.

Comissão Europeia (2013). Eurobarómetro 80.2 - Segurança dos Pacientes e Qualidade dos cuidados.

Comissão Europeia (2014). Relatório da Comissão ao Conselho. Bruxelas 19.6.2014 (371 final) Segundo relatório da Comissão ao Conselho relativo à aplicação da Recomendação 2009/C 151/01 do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas a cuidados de saúde;

Conselho de Administração ULSM, EPE. (2015) - Plano de atividades e Orçamento 2015. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE. (s.d.).

Conselho. Português de Ressuscitação (2015). Resumo das principais alterações nas Guidelines em ressuscitação. European Resuscitation Council

Costa, J. d. (s.d.). (2004) - Métodos de Prestação de Cuidados. Escola Superior de Enfermagem de Viseu, p. 234. Obtido de www.ipv.pt/millennium/millennium_30/19.pdf

Direção Geral de Saúde (2003). Circular normativa N° 09/DGSG, 14 de junho - A Dor como 5º Sinal Vital - Registo Sistemático da Intensidade da dor. DGS Lisboa

Direção Geral de Saúde (2007). Circular Normativa n° 18/DSQC/DSC de 15/10/07. DGS Lisboa

Direção Geral de Saúde (2008). Manual de operacionalização - Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. DGS Lisboa

Direção Geral de Saúde (2010) Circular Normativa n° 13/DQS/DSD de 14/06/2010 - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. DGS Lisboa

Direção Geral de Saúde (2010). Manual de implementação da Lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS 2009 - Cirurgia Segura Salva Vidas. DGS Lisboa

Direção Geral de Saúde (2011). Relatório Técnico - Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. DGS Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2012) - Norma n° 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013 Instrumentos para auditorias internas às PBCI. DGS Lisboa

Direção Geral de Saúde (2013) Norma nº 004/2013 de 08/08/2013 atualizada a 13/11/2015
Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos. DGS Lisboa

Direção Geral de Saúde (2013) Norma nº025/2013 de 24/12/2013 atualizada a 19/11/2015.
Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. DGS Lisboa

Direção Geral de Saúde (2014) - Doenças Respiratórias em números – Programa Nacional
para as Doenças Respiratórias. DGS Lisboa

Direção Geral de Saúde (2014) Novembro. Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência
aos Antimicrobianos em números. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de
Resistência aos Antimicrobianos.53. DGS Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>

Direção Geral de Saúde (2015) Relatório Segurança dos Doentes - Avaliação da Cultura nos
Hospitais, agosto. DGS Lisboa

Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020. Plano
Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020.

Escola Nacional de Saúde Pública (2011). Segurança do Doente - Eventos adversos em
hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade,março.
Universidade Nova de Lisboa

Fragata, J. (2011). Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática. LIDEL.

França, V. M. (2013). Contributo da formação para o elevado desempenho organizacional -
Um estudo de caso de uma entidade formadora. Coimbra.

Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). Stop Infeção Hospitalar – Um desafio Gulbenkian,
Obtido a 31 de outubro de 2016 a partir de <https://gulbenkian.pt/publication/stop-infecao-hospitalar-booklet/>

Galvão, Ana M. V. (2015). Processo comunicacional na transmissão de más notícias:
Revisão da Literatura. Livro de Atas do II Seminário Internacional em Inteligência
Emocional – Livro de Resumos - Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de
Saúde

Gnass, Acosta, S. I., & Stemplink, V. d. (2009). Sterilization manual for Health Centers. Pan
American Health Organization .

Gomes, M. M. de O. R. (2013). O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses : um estudo no Hospital de São João. Instituto Politécnico do Porto. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

Grupo Português de Triagem (2015)- Sistema de Triagem de Manchester, obtido em 31 de outubro de 2016 a partir de <http://www.grupoportuguestriagem.pt/>

Instituto Português da Qualidade (2012) - EN ISO 19011 2012. Linhas de orientação para auditorias a sistemas de gestão. Obtido em 31 de outubro 2016 a partir de www1.ipq.pt/PT/site/.../Norma.aspx?...NP%20EN%20ISO%201901

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). To err is human: building a safer health system. *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation* (Vol. 21).Editors Committee on Quality of Health Care <https://doi.org/10.1017/S095026880100509X>

Lage, M. J. (2003). Artigo Original Segurança do doente: da teoria à prática clínica, (10), 11–16. Editora: Escola Nacional de Saúde Pública; *Rev Port Saúde Pública* 2010: 11-16 <http://hdl.handle.net/10400.17/1273>

London, Department of Health . (2000). An organisation with a memory - Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. *Clinical Medicine* (London, England), 2(5), 452–457. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.2-5-452>

Martins, A. (nov-dezembro de 2014). O Crew Resource Management como Contributo da Ciência Aeronáutica para a Ciência Médica. (A. M. Portuguesa, Ed.) *Acta Médica Portuguesa*, pp. 681-684.

Ministério da Saúde (2009). Guia de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. <https://doi.org/10>

Neff, M. J. (agost de 2004). CDC and HICPAC Release Updated Guidelines on the Prevention of Health - Care - Associated Pneumonia. (A. F. Physician, Ed.) pp. 596-598.

O'Malley, C. A. (junho de 2015). Device Cleaning and Infection Control in Aerosol Therapy. *Respiratory Care*, 60, nº6, pp. 917-930.

Ordem dos Enfermeiros (2015) Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE/2015. (s.d.). publicado em Decretp lei n.º104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º156/2015 de 16 de setembro, 102. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015) - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2015). Regulamento n.º361/2015, publicado em Diário da República, 2ª série - N.º123 - 26 de Junho de 2015.

Ordem dos Enfermeiros (2014) - Regulamento n.º 533/2014 - Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem

Ordem dos Enfermeiros (2011) - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º122/2011, publicado no Diário da república, 2.ª série, de 18 de fevereiro de 2011.

Ordem dos Enfermeiros, (20 de novembro de 2010) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Organização para a Cooperação Económica (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris.DOI: <http://dx.doi.org/sci-hub.cc/10.1787/9789264266414-en>

Pedreira, L. C., Santos, Y. d., Farias, M. A., Sampaio, E. e., Barros, C. S., & Coelho, A. C. (2014). Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra - hospitalar do paciente crítico.- Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, jul/ago; p.22(4):533-9. •

Perl, E. R. (2011). Hospital Epidemiology and Infection Control in Acute-Care Settings. pp. 141-173. Clin Microbiol Rev. 2011 Jan; 24(1): 141–173 American Society for Microbiology.. Doi: 10.1128/CMR.00027-10

Pimenta, L. C. (2013). Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria. Instituto Politécnico de Lisboa Retrieved from <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2929>

Próspero, Fernando (2016) - Serviço de Urgência, o elo mais fraco ou a vítima da desorganização dos sistemas, pág.10-13. Gestão Hospitalar jan-fev-mar-.

R. Zárate-Grajales, S. Olvera-Arreola, A. Hernández-Cantoral, S. H. C., S. Sánchez-Angel, R. V. L., M.T. Pérez-López, M.A., Z.V,(2016). Fe de errores de «Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto multicéntrico» Enfermería Universitaria, Volume 13, Issue 1, January–March, Page 70 <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.03.003>

Reed,S. D. O.-A. (2013). Natinal critical incident reporting systems relevant to anaesthesia: a European survey. British Journal of Anaesthesia 112(3): 546-55 (2014), pp. 546-555. Dezembro. doi:10.1093/bja/aet406

Rutala, W. A., & Weber, D. J. (2016). Disinfection and Sterilization in Health Care Facilities: An Overview and Current Issues. *Infectious Disease Clinics of North America*, 30(3), 609–637. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2016.04.002>

Sallie J. Weaver, PhD; Lisa H. Lubomksi, PhD; Renee F. Wilson, MS; Elizabeth R. Pfoh, MPH; Kathryn A. Martinez, PhD, and Sydney M. Dy, MD, Ms. (2013). *Annals of Internal Medicine Supplement Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy*, 158(5)

Santos, Margarida Custódio dos , A. G. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 47-57. Outubro. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Portugal

Santos, D. M. (2012). A Influência do Empenhamo Organizacional e Profissional dos Enfermeiros nas Estratégias de Resolução de Conflitos. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, p. 12- 226, de fevereiro.

Serafim, A. (2014). Teoria das necessidades de McClelland. 6 de fevereiro. Obtido 31 de outubro de 2016 a partir de <https://www.portal-gestao.com/artigos/7391-teoria-das-necessidades-de-mcclelland.html>

Silva ,Caroline Machado da, R. R. (2011). A influencia da Liderança na Motivação da Equipa. *Revista Eletrônica Novo Enfoque*, v. 13, n. 13, p. 195 – 206

Silva, M. G. (2013). Controlo de Infeção em Portugal: evolução e atualidade. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 5, pp. 1-8. julho.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). Transporte de Doentes Críticos - Recomendações. Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica) e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Edição: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos

Tavares, Ana Paula, A. S. (2003). Manual de Controlo De Infeção - Comissão de Controlo de Infeção do Hospital Pedro Hispano, S.A. Astrazeneca.

Tranquada, M. F. (2013). A Comunicação durante a transição das equipas - Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, outubro. ISCTE Business School - Instituto Universitário de Lisboa.

Warszawskaa, Katarzyna, A. K. (2016). Method for quantitative assessment of safety culture. *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*, Published by Elsevier Ltd, Volume 42, pp. 27-34. jully.

Weber, D. J., Gergen, M. F., Sickbert-Bennett, E. E., Short, K. A., Lanza-Kaduce, K. E., & Rutala, W. A. (2014). Frequency of contamination of single-patient-use nebulizers over time. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(12), 1543–6. <https://doi.org/10.1086/678603>

Documentos legislativos

Diário da República, Série I - N.º 116/2011 de 2011-06-17. Decreto-Lei n.º 73/2011 de 17 de junho, artº2 - Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa.

Diário da República, 1.ª série — N.º 19 — 26 de janeiro de 2012 - Decreto Regulamentar n.º 14/2012 de 26 de janeiro Artigo 2.º

Diário da República, 2ª série—Nº.229. (2013). Despacho n.º. 15423/2013 de 18/11.

Diário da República, 2.ª série — N.º 104 — 30 de maio de 2013, o Despacho n.º7021/2013(s.d.).

Diário da República, 2ª série - nº 153. (11 de agosto de 2014). Despacho nº 10319/2014 artº 20 .

Diário da Republica, 2ª série - Nº28 -10 de fevereiro de 2015. Despacho n.º1400/A2015,D. (s.d.). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Diário da República, 2.ª série — N.º 102 — 27 de maio de 2015, o Despacho n.º5613/2013(s.d.).

Diário da República, 2.ª série — N.º 69 — 8 de abril de 2016. Despacho n.º4835/A2016 (s.d.).

Directiva 2007/47/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 5 de setembro

Directiva 93/42/CEE do Conselho de 14 de Junho de 1993 relativa aos dispositivos médicos.

Apêndice I – Poster SU

SERVIÇO DE URGÊNCIA

INFORMAÇÕES ÚTEIS

INFORMAÇÕES ÚTEIS

O QUE DEVO FAZER EM CASO DE URGÊNCIA

- DIRIJA-SE DE PREFERÊNCIA AO CENTRO DE SAÚDE OU SASU ANTES DE VIR À URGÊNCIA. SE NECESSÁRIO SERÁ ENCAMINHADO PARA O S.U. E TERÁ PRIORIDADE DENTRO DA PRIORIDADE DE MANCHESTER ATRIBUÍDA;
- COMO ALTERNATIVA PODE RECORRER À LINHA DE SAÚDE 24 (808 242424) ONDE PROFISSIONAIS DE SAÚDE HABILITADOS FARÃO O ACONSELHAMENTO E ENCAMINHAMENTO APROPRIADO.

SABIA QUE...

Um a parte considerável de vinda à urgência não se justifica. Evite atrasar o atendimento e os cuidados àqueles que realmente precisam...

O QUE VAI ACONTECER QUANDO ENTRO NA URGÊNCIA...

O Hospital Pedro Hispano possui um sistema de Triagem de Manchester que permite atribuir uma prioridade de atendimento de acordo com as queixas apresentadas, facilmente identificáveis por cores inscritas nas pulseiras colocadas aos **Utentes**.

Na entrada do serviço de urgência tem de visualizar o tempo médio de espera para

um ecrã onde poderá prioridade.

- Após a inscrição no **secretariado** será chamado por um(a) **enfermeiro(a)** que depois de saber o motivo de vinda ao SU, irá de acordo com o sistema de triagem de Manchester atribuir uma prioridade de atendimento, sendo o **assistente operacional** quem o encaminhará para o respetivo setor.
- Deverá aguardar a chamada do **médico**, na respetiva sala de espera. **AGUARDE EM SILÊNCIO.**

Se a situação se alterar solicite ao Assistente operacional ser reavaliado pelo enfermeiro.

- Após a primeira avaliação médica, irão ser solicitados exames e o respetivo tratamento – **AGUARDE em SILÊNCIO** a sua chamada.
- Será chamado pelo **Enfermeiro** para realizar o tratamento e se necessário coleta de sangue.
- O **assistente operacional** irá acompanhá-lo até ao local para realizar os exames como RX, TAC ou outros.
- Após a realização de todos os exames ou medicação, **terá que aguardar na sala de espera** pelos resultados dos mesmos, que poderão demorar algum tempo, dependendo do afluxo e gravidade dos doentes.
- Assim que os resultados dos exames realizados estiverem relatados o **médico** irá reavaliar a situação. Em caso de não ter melhorado dos sintomas ou estes tiverem agravados contacte de novo o **médico** que o assistiu.

ALGUNS CONSELHOS...

- Enquanto permanecer na urgência **não coma nem beba nada sem indicação médica**, pois pode atrasar a realização de exames mais específicos.
- Evite o contacto com os outros doentes.
- **Desinfete as mãos** sempre que ajudar o seu acompanhante doente. Estão disponíveis na sala de espera recipientes desinfetantes STERILLIUM®, para o efeito.
- Se precisar de alguma informação dirija-se a um profissional, mas seja cortês e paciente, **aguarde** que esteja disponível...
- Se ficar internado, deixe ao cuidado do seu acompanhante todos os valores que tiver consigo.

Realização: Sílvia Ribeiro (MEMC) sob Orientação: Dr.ª Irene Oliveira
Colaboração: Em.ª Eduarda A. e Liliana C.

FONTE FOTOGRAFICA: ulsm.mim-saude.pt



COR	NOME	TEMPO ALTO (MINUTOS)
VERMELHO	EMERGENTE	
LARANJA	MUITO URGENTE	
AMARELO	URGENTE	
VERDE	POUCO URGENTE	120
AZUL		



Apêndice II

Estudo de Caso No SU



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Estudo de caso

Serviço de Urgência

Sílvia Ribeiro

Orientação: Doutora Irene Oliveira

Porto, junho de 2016

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. COLHEITA DE DADOS.....	7
3. DOENÇA DE BEHÇET.....	8
4. PLANO DE CUIDADOS	11
5. REFLEXÃO	13
6. BIBLIOGRAFIA.....	14

1 – INTRODUÇÃO

O 9º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tem como componente do segundo semestre um período de ensino clínico para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista. Este período tem lugar no Serviço de Urgência de uma Unidade Local de Saúde, entre 2 de maio e 24 de junho de 2016.

A realização deste estudo de caso tem por objetivo, fazer cumprir um dos objetivos por mim definidos no projeto de estágio relativamente ao Módulo de Estágio no Serviço de Urgência. A escolha deste caso prende-se com a falta de conhecimento relativamente a esta doença e com o desafio de elaborar um plano de cuidados de enfermagem num ambiente diferente do qual estou familiarizada.

A Taxonomia utilizada para a realização deste estudo de caso será a linguagem CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem), é uma linguagem universal que colabora e orienta as intervenções de enfermagem face à otimização dos resultados do doente, apoia as decisões da gestão dos cuidados e orienta as políticas dos cuidados de saúde (ICNP, 2011).

O presente trabalho encontra-se dividido em cinco partes divididas entre a introdução, uma exposição do caso clínico, a exploração da patologia, o planeamento dos cuidados e por último uma breve reflexão.

2. COLHEITA DE DADOS

A doente selecionada para o meu estudo de caso veio ao Serviço de Urgência e esteve na sala de enfermagem a realizar os exames de diagnóstico e a receber o tratamento farmacológico após avaliação médica, foi durante este período que tive oportunidade de ter contacto com a doente e estabelecer uma relação de ajuda através de estratégias de comunicação. Os principais dados do caso clinico encontram-se resumidos na seguinte tabela.

CASO CLÍNICO	SALA DE TRATAMENTO DE ENFERMAGEM
HISTÓRIA CLÍNICA	<p>MOTIVO: FEBRE AQUANDO DO TRATAMENTO COM O INFLIXIMAB NO HOSPITAL DE DIA</p> <p>IDADE: 43 ANOS</p> <p>SEXO: FEMININO</p> <p>ANTECEDENTES: DOENÇA DE BEHÇET, FISSURA VAGINAL EM TRATAMENTO, AFTAS ORAIS E GENITAIS PRESENTES E FREQUENTES COM DOR ASSOCIADA</p> <p>CONDIÇÃO FAMILIAR/SOCIAL: REFORMADA POR INCAPACIDADE, VIVE COM MARIDO E FILHA COM 10 ANOS</p> <p>MEDICAÇÃO HABITUAL: CORTICOTERAPIA FREQUENTE E ATUALMENTE A FAZER INFLIXIMAB NO HOSPITAL DE DIA</p>
TRIAGEM DE MANCHESTER	<p>DISCRIMINADOR: FEBRE ALTA</p> <p>ENCAMINHAMENTO: TRIAGEM MÉDICA</p> <p>ESPECIALIDADE: CLINICA GERAL</p> <p>PRIORIDADE: AMARELO</p>
DADOS FISIOLÓGICOS	<p>TEMPERATURA:38°C</p> <p>FREQUENCIA CARDICA: 80 bpm</p> <p>DOR: 0</p> <p>TENSÃO ARTERIAL: 102/58 mmHg</p>
EXAMES DE DIAGNÓSTICO	<p>HEMOGRAMA</p> <p>BIOQUIMA</p>
TRATAMENTO	<p>PARACETAMOL 1gr EV</p> <p>DEXAMETASONA 10mg EV</p>
OBSERVAÇÕES	<p>NÃO TEM ACOMPANHANTE, LABILIDADE EMOCIONAL</p>

3. DOENÇA DE BEHÇET

FISIOPATOLOGIA

A doença de Behçet é uma doença inflamatória crônica rara, que provoca inflamação dos vasos sanguíneos do organismo (vasculite), atingindo as mucosas, a pele, os olhos e as articulações e o sistema nervoso central.

Foi descrita pela primeira vez em 1937 pelo Professor Dr. ° Hulusi Behçet um dermatologista turco, onde a incidência desta doença era alta. Esta doença sem causa esclarecida, tem por base alterações do sistema imunitário. Alguns autores acreditam que nestes doentes o sistema imunitário é hiperativo reagindo de forma exagerada a infecções e agentes estranhos, criando inflamações descontroladas e exacerbadas.

Outros autores referem que esta resulta de uma conjugação de fatores genéticos predisponentes e fatores ambientais, que funcionam como gatilhos para o aparecimento da doença. O antígeno leucocitário humano B51 (HLA-B51) é o fator genético predisponente mais reconhecido, sendo mais frequente em doentes com esta doença do que na população em geral. Por outro lado, os fatores desencadeantes podem ser inúmeros, tais como: *“alguns alimentos (frutos secos, citrinos, chocolate, álcool e muitos outros) têm no desencadear das aftas. Algumas bactérias, pela sua simples presença, podem também vir a estimular o sistema imunitário local e a desencadear novas manifestações. Fatores de caráter hormonal (é bem conhecido, nalgumas senhoras, o agravamento das lesões nos dias que antecedem o período menstrual) e até de caráter emocional (aparecimento ou agravamento das queixas, em momentos de maior ansiedade ou estados depressivos), dão bem conta das múltiplas e ainda “misteriosas” razões associadas. Porém, na maior parte das vezes, não é possível identificar qualquer causa.”* (Crespo, s.d.)

Esta doença é também conhecida pela doença da Rota de Seda, pois acreditava-se que era característica de determinadas zonas como Ásia Ocidental até bacia do Mediterrâneo (antiga rota de comercio milenar), no entanto existe e está descrita nos Estados Unidos e no norte

da Europa. A forma como se manifesta e os sintomas que apresenta agrupam-na por determinadas zonas, por exemplo, no Japão os sintomas mais frequentes desta doença são os sintomas gastrointestinais ao contrário da Europa, cujos sintomas são mais os a nível pulmonar.

Segundo Dr. ° Jorge Crespo em Portugal desconhece-se o número exato, mas é uma doença que atinge 1 caso/20. 000 Habitantes.

SINTOMAS

Os principais sintomas desta doença são: úlceras orais, úlceras genitais, lesões oculares, lesões cutâneas, lesões gastrointestinais, articulações e lesões a nível do sistema nervoso central que ocupam um lugar de maior gravidade. Os sintomas mais comuns são as aftas orais, mas depende sempre de pessoa para pessoa. (Fabrício de Souza Neves, 2006)

Segundo Andrea Bastos (Bastos, 2011) o diagnóstico da doença é feito segundo os critérios definidos pelo “International Study Group for Behçet’s Disease”. E o prognóstico é determinado pela gravidade e grau de atingimento cardiovascular, gastrointestinal e do sistema nervoso central.

TRATAMENTO

A doença de Behçet é incurável, o seu tratamento é sempre dirigido para os sintomas e queixas dos doentes, por isso utilizam-se medicamentos como anti-inflamatórios, analgésicos, anticoagulantes. Outros, porém, servem para diminuir a atividade desregulada (excessiva) do sistema imunitário como é o caso dos medicamentos imunomoduladores, tais como: a colchicina, a pentoxifilina, a talidomida e o interferon, e dos imunossupressores, como os corticóides, a ciclosporina, a azatioprina, a ciclofosfamida e o clorambucil. Quando nenhuma desta medicação surte efeito existem atualmente os chamados “produtos biológicos”, que estão a ser usados com razoável sucesso, como é o caso do Infliximab.

O Infliximab é uma droga biológica que funciona como um imunossupressor.

GRUPOS DE AJUDA/DOENÇAS RARAS

Em Portugal existe uma associação dos doentes com doença de Behçet, onde são disponibilizados o acesso a grupos de ajuda com acompanhamento psicológico e outros. Esta associação fomenta reuniões e atividades formativas, no sentido de colaborar com a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

4. PLANO DE CUIDADOS

O estabelecimento de um plano de cuidados tem como principal objetivo o resultado da melhoria da qualidade de vida do doente, estabelecendo um diagnóstico, um plano de intervenção para obter um determinado resultado. De seguida elaborei um plano de cuidados com os diagnósticos /focos que a doente apresentava e também aqueles que poderiam constituir uma ameaça ao equilíbrio da sua saúde. O tempo disponível para instituir as possíveis intervenções foi limitado ao de administração da medicação, durante um curto episódio de urgência. Deste modo, em algumas intervenções não foi possível medir o resultado obtido.

Focos/diagnósticos	Fenómenos	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Resultados Obtidos
FEBRE		Ausência de febre	<ul style="list-style-type: none">• cateterizar;• Administrar medicação prescrita;• Monitorizar a temperatura;	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de febre

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Dor		Ausência de dor;	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar a dor; • Ensinar medidas não farmacológicas de controlo da dor; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de dor;
Risco de infeção	Fissura	Ausência de infeção;	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino sobre medidas preventivas de infeção; • Ensino sobre sinais e sintomas de complicações; 	Não é possível medir
Ingestão alimentar/ Risco de ingestão alimentar deficiente		Normalização Do padrão alimentar habitual.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre tipos de alimentos mais adequados à sua condição; • Vigilância do peso corporal; 	Não é possível medir
	Processo de coping alterado	Adequação de processo de Coping	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a atividades de lazer; • Ensinar estratégias de enfrentamento da doença; 	Não é possível medir

	Tristeza	Ausência de tristeza	<ul style="list-style-type: none"> • Escutar • Encaminhar para profissional especializado; • Comunicação; 	Não é possível medir

5. REFLEXÃO

A elaboração do presente documento fez-me refletir que apesar do tempo disponível para o tratamento do doente em contexto de urgência ser reduzido a intervenção de enfermagem pode não ser apenas relacionada com as intervenções interdependentes como administrar medicação, ou realização de uma simples colheita de sangue, mas através de uma comunicação eficaz, ser possível detetar outros problemas/diagnósticos de enfermagem vezes decorrentes daqueles pelo que o doente veio ao serviço de urgência.

Também neste contexto é possível alertar a equipa multidisciplinar e encaminhar os doentes para a resolução desses mesmos problemas. Subsiste, porém, uma condição para que isto seja possível, o enfermeiro do serviço de urgência tem que estar atento, disponível e ser perspicaz.

O plano de cuidados com linguagem classificada (CIPE) pode ser efetuado em qualquer lugar e é uma mais-valia pois *“os resultados prestados ao doente ou cliente podem ser avaliados relativamente aos diagnósticos e às intervenções de enfermagem, de modo a que aquilo que os Enfermeiros fazem e aquilo que faz a diferença nos resultados do doente ou cliente possa ser avaliado quantitativamente e comparado entre pontos de prestação de cuidados em todo o mundo”* (ICNP, 2011).

O serviço de urgência da Unidade Local de Saúde possui como já referi um sistema informático HP-HCIS que não permite a quantificação do trabalho dos enfermeiros. A mudança deste sistema para o S. Clínico adaptado ao contexto de urgência traria a oportunidade para

se perceber efetivamente qual a carga de trabalho dos enfermeiros e permitiria reformular estratégias para a dotação dos enfermeiros nos serviços de urgência e com isso trazer uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andréa de Lima Bastos, I. L. (novembro/dezembro de 2011). Aneurismas da artéria pulmonar na doença de Behçet: relato de caso. *radiologia brasileira*, 396-398.

Crespo, D. (s.d.). *www.spmi.pt*.

Fabício de Souza Neves, C. B. (2006). Síndrome de Behçet: à Procura de Evidências . *Revista Brasileira de Reumatologia*, V.46, supl.1, p.21-29.

ICNP, I. C. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2. *Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros*. (O. D. ENFERMEIROS, Trad.)

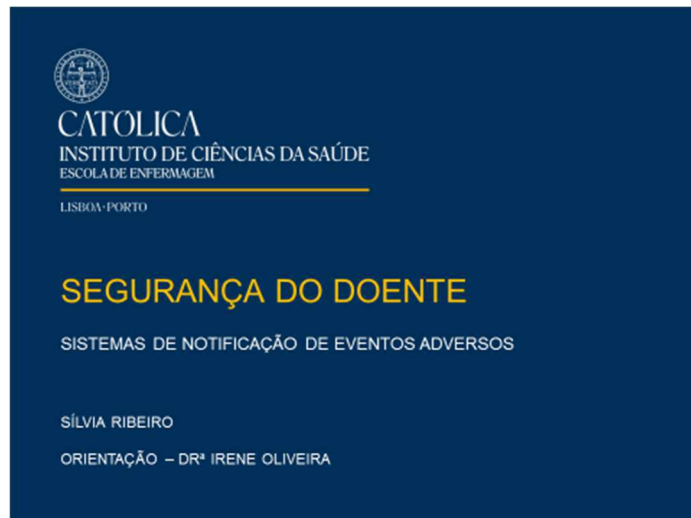
Apêndice III –

Formação em Segurança do Doente e Sistemas de Notificação

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

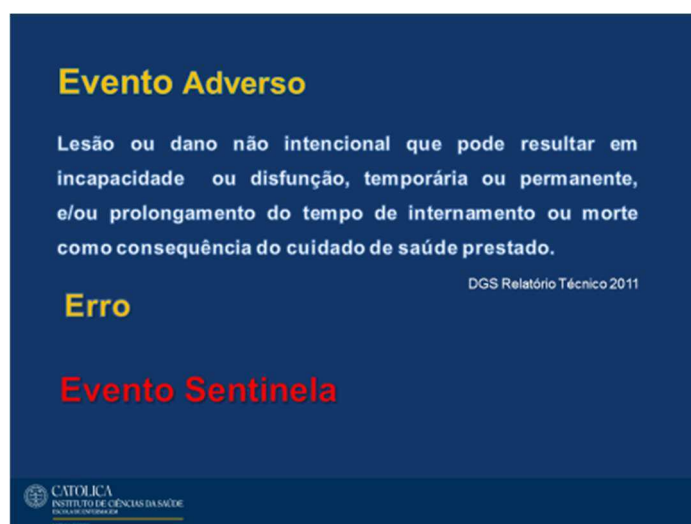
PLANO DE SESSÃO					
TEMA	SEGURANÇA DO DOENTE				
LOCAL	SALA DE FORMAÇÃO				
TEMPO PREVISTO	20 MIN				
OBJETIVO DA FORMAÇÃO	SENSIBILIZAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO DO EVENTO ADVERSO E SUA NOTIFICAÇÃO				
OBJETIVO GERAL	CONHECER A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO DO ERRO/EVENTO ADVERSO E SUA NOTIFICAÇÃO				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAR O ERRO E EVENTO ADVERSO NA PRÁTICA CLÍNICA • IDENTIFICAR E APLICAR MEDIDAS PREVENTIVAS PARA A OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS • IDENTIFICAR OS SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO DO ERRO 				
	CONTEÚDOS	METODOLOGIA	RECURSOS MATERIAIS	AValiação	TEMPO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de segurança do doente, erro e evento adverso. • Apresentação de dados de incidência de eventos adversos; 	Método Expositivo/participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • POWER POINT 		2 MIN
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de prevenção de eventos adversos; • Cultura de segurança • Notificação de eventos adversos 	Método Expositivo/participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • POWER POINT 		15 MIN
CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão sobre cultura de segurança; • Avaliação da sessão 	Método Expositivo/participativo Método interrogativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Projetor • POWER POINT • Entrega de questionário 	Formativa através de questionário.	3 MIN

FORMAÇÃO EM SEGURANÇA DO DOENTE



SUMÁRIO

1. EVENTO ADVERSO
2. INCIDÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS
3. CULTURA DE SEGURANÇA/ NOTIFICAÇÃO DO ERRO



Causas de eventos adversos

- FATORES HUMANOS
- COMUNICAÇÃO
- ORGANIZAÇÃO
- ESTRUTURA



Modelo do Queijo Suíço – James Reason

Falhas em sistemas, processos e condições que levam as pessoas a cometerem e não prevenirem.



Eventos adversos evitáveis



Estadísticas de Eventos Adversos pelo mundo

País/Ano	INCIDÊNCIA DE EAS (%)	EAS EVITÁVEIS (%)
Califórnia, 1976*	4,7	3,0
Nova York, 1986*	3,7	27,6
Flórida, 1992**	2,8	32,6
Califórnia, 1992**	2,9	27,4
Austrália, 1992	10,6	51,2
Novo Zelândia, 1996	11,3	37,1
Inglaterra, 1999-2000	10,8	40,8
Canadá, 2000	7,5	30,9
Finlândia, 2002	9,8	40,4
Frça, 2002	14,5	27,7
Irã, 2003	7,8	90,7
Itália, 2003-2006	12,3	70,0
Eslováquia, 2005	9,3	42,8
Portugal, 2005	10,0	60,8
Índia, 2005-2006	6,7	39,8
Itália, 2008	5,2	56,7
Portugal, 2007	11,1	53,2
Países do Mediterrâneo, 2002	0,2	83,0
Jápan, 2004	3,3	-
Bélgica, 2015d	56,0	46,0
Países, 2015	10,3	72,7



Incidência de eventos adversos em PORTUGAL

- Incidência: **11,1%**
- **Proporção de EA evitáveis: 53,2%**
- 58,7% dos EA resultaram em prolongamento do período de internamento.
- Em média esse prolongamento foi de **10,7 dias**.
- **Presença de dano ou lesão permanente em 5,7% dos casos.**
- **Óbito em 10,8% dos casos.**
- Custo por dia de internamento (ano 2006) foi de **403,31 Euros**.
- Inferindo para a população (1.290.310 hab): **1.691.643,00 Euros**.



Impacto - Eventos adversos

Económico – Aumento dos custos

Social - Perda de confiança nas instituições e nos profissionais

Clínico - Piores resultados na qualidade dos cuidados

Segurança do doente

É A REDUÇÃO DO RISCO DE DANOS DESNECESSÁRIOS RELACIONADOS COM OS CUIDADOS DE SAÚDE, PARA UM MÍNIMO ACEITÁVEL.

DGS Relatório Técnico 2011

“ERRAR É HUMANO, ENCOBRIR É INDESCULPÁVEL E NÃO APRENDER COM OS ERROS É IMPERDOÁVEL...”

DONALDSON
IN: ORIENTAÇÃO DA DGS 2012

Hospital assume "erro humano" no caso da morte em fototerapia
PUB

... erro humano" na programação do equipamento utilizado no tratamento de fototerapia de uma mulher de 61 anos, que acabou por morrer poucos dias após o tratamento.

"As conclusões do processo de averiguações apontam para a ocorrência de um erro humano na programação do equipamento utilizado no tratamento de fototerapia", refere um comunicado enviado à Lusa.

No mesmo comunicado, o hospital acrescenta que, "atendendo à gravidade do sucedido", a comissão executiva desencadeou "de imediato" um processo de identificação de medidas suplementares que possam habitar a ocorrência de novos erros.

Doentes que cegaram devido a uma troca de medicamentos, recebeu a maior indemnização alguma vez paga em Portugal, num caso de negligência médica ocorrido no Serviço Nacional de Saúde. O homem, que esteve internado durante seis meses e perdeu a visão nos dois olhos, foi ressarcido em 246 mil euros.

Por dia, 12 pessoas morrem com infecções hospitalares em Portugal

Mortes associadas a infecções durante internamentos são sete vezes superiores aos óbitos por acidentes de viação em Portugal. Relatório oficial destaca a mortalidade pela primeira vez e ministério anuncia incentivos financeiros para hospitais que reduzam taxa de infeção...

Jornal de Notícias 125 ANOS

Professora operada ao olho saudável

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA ENFERMEIRAS

PLANO NACIONAL DE SAÚDE

ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A QUALIDADE NA SAÚDE

Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015 3882-(3)

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno.
2. Aumentar a segurança da comunicação.
3. Aumentar a segurança cirúrgica.
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação.
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes.
6. Prevenir a ocorrência de quedas.
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.
8. **Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.**
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA ENFERMEIRAS



Segurança do doente

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA

ESTRATÉGIAS

O questionário "Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses", da Agency for Healthcare Research and Quality, foi traduzido e validado para Portugal a partir do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture

- Resposta ao erro não punitiva;
- Frequência da notificação;
- Dotação de profissionais;
- Apoio à Segurança do Doente pela gestão;
- Abertura na Comunicação;
- Comunicação e feedback acerca do erro.

CATOLICA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 ESCOLA DE ENFERMAGEM


Promoção da cultura de segurança

O Crew Resource Management como Contributo da Ciência Aeronáutica para a Ciência Médica

Crew Resource Management and Aircraft Science as a Contribution for Medical Science

Estudo compara a segurança na aviação com a segurança nos sistemas de saúde.

Trabalho de grupo: Estudo de caso



- Foco essencialmente no sistema ao invés do profissional;
- Pensamento dirigido para os riscos;
- Valorização do trabalho de equipa;


CATOLICA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 ESCOLA DE ENFERMAGEM

Ainda comparando IACS versus ACIDENTES DE VIAÇÃO

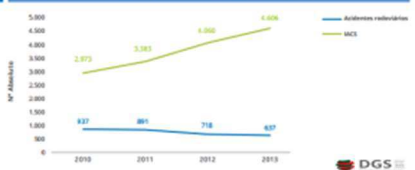
OMS: ir ao hospital é mais arriscado do que viajar de avião

Médicos morrem todos os anos por erros médicos ou infeções hospitalares

De Notícias, 11 de Maio de 2014



MORTALIDADE ASSOCIADA A IACS VERSUS ASSOCIADA A ACIDENTES DE VIAÇÃO

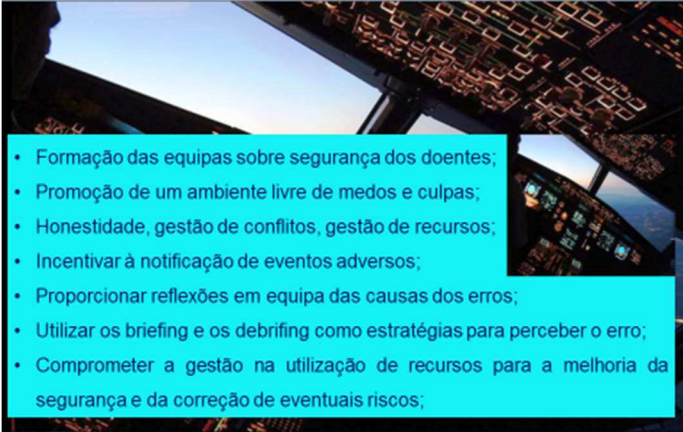


Ano	Acidentes rodoviários	IACS
2010	2.972	3.383
2011	2.811	3.900
2012	2.718	4.300
2013	2.027	4.608

Nota IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
Fonte: INSA e PORDSGC, 2014

CATOLICA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 ESCOLA DE ENFERMAGEM

Promoção da cultura de segurança



- Formação das equipas sobre segurança dos doentes;
- Promoção de um ambiente livre de medos e culpas;
- Honestidade, gestão de conflitos, gestão de recursos;
- Incentivar à notificação de eventos adversos;
- Proporcionar reflexões em equipa das causas dos erros;
- Utilizar os briefing e os debriefing como estratégias para perceber o erro;
- Comprometer a gestão na utilização de recursos para a melhoria da segurança e da correção de eventuais riscos;

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM

Cultura de Segurança



REDUZ A MORTALIDADE (Estabrooks et al., 2012; Sexton, 2002)

REDUZ A EXISTÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS (Singer et al., 2009; Mardon et al., 2010)

AUMENTO DO RELATO DE INCIDENTES (Brathwaite et al., 2010)



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM

notifi@

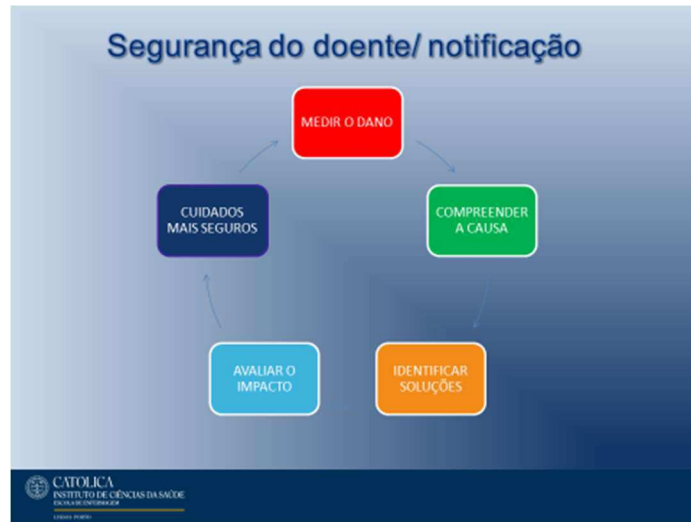
PORQUÊ NOTIFICAR ?

O PORQUÊ DA SUBNOTIFICAÇÃO?

A LEI

O HPH

COMO NOTIFICAR?



CULTURA DE SEGURANÇA

notifi@

- Relacionado com a prestação de cuidados de saúde;
- Relacionado com a violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho;
- Relacionado com a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes.
- Incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde



1. Acede a www.dgs.pt



COMO NOTIFICAR A FALTA DE RECURSOS HUMANOS NO **notifi@**

É fundamental tornar evidente a falta de Enfermeiros, Assistentes Operacionais e outros profissionais no teu local de trabalho, e demonstrar como a falta de Recursos Humanos é real e afecta a segurança dos doentes e dos profissionais.

Esta é uma ferramenta que podes utilizar para tornar "visível" o que por vezes se quer esconder, mas que todos sabemos ser real.

**IMPORTANTE: A NOTIFICAÇÃO É ANÓNIMA.
TU PODES FAZER A DIFERENÇA!**

A Informação gera conhecimento e o conhecimento é poder.

Alguns dirão que "uma notificação não é importante". Talvez tenham razão, mas e 100 notificações? E 1000 ou 10 000 notificações? Não são importantes?

Nesta, como em tantas outras situações, se não tornarmos o problema visível, ele "não existe". Continuamos a vê-lo diariamente, mas não fazemos nada (para além de reclamar pelos corredores e nas redes sociais).

Temos de fazer mais e temos um instrumento para o fazer.
Do que é que estás à espera?

Notific@

<http://www.slideshare.net/FernandoFaustoMBarroso>



A LEI → ALTERAÇÃO DA LEI PORTUGUESA → NOTIFICAÇÃO NÃO PODE SERVIR DE PROVA NEM O GESTOR DE RISCO DE TESTEMUNHA

PROBLEMÁTICA LEGAL DOS SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EA

PROVA DOCUMENTAL: a notificação
PROVA TESTEMUNHAL: profissionais da gestão do risco que procedem à análise dos EA.

Dever de Segredo Profissional/Dever de cooperação para a descoberta da verdade (art. 519º, 618/3 CPC e 135º CPP e 85º CD).

Crime de Violação de Segredo (art. 195º CP)/Crime de Violação de Segredo por Funcionário (art.383º CP)


Conflito de Deveres: Cooperação com a Administração da Justiça / Dever de Sigilo → "prevalência do interesse preponderante"

→ CONTRASENSO À NOTIFICAÇÃO

<http://www.slideshare.net/> Paula Bruno

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

TRABALHO EM EQUIPA → NOTIFICAÇÃO DO EVENTO ADVERSO → ELEVADO RISCO DE QUEDA



ANALISE DA CAUSA RAIZ

SANITÁRIO DEMASIADO ALTO/AUSÊNCIA DE FORMAÇÃO CAUSA ESTRUTURAL

OBRAS PARA REDUZIR O TAMANHO DOS SANITÁRIOS, FORMAÇÃO

AMBIENTE SEGURO

OBRIGADA

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

BIBLIOGRAFIA

- GUARISCHI, A., & VIEIRA, M. A. (s.d.). CRM - SAÚDE: DA AVIAÇÃO PARA A MEDICINA. SAFETYMED.
- MARTINS, A. (27/06) de NOV-DEZ de 2014). O CREW RESOURCE MANAGEMENT COMO CONTRIBUTO DA CIÊNCIA AERONÁUTICA PARA A CIÊNCIA MÉDICA. ACTA MED PORT, pp. 681-684.
- PEREIRA, M. F. (AGOSTO 2014). CULTURA DE SEGURANÇA DE UM DOENTE NUM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO, PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS. FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA.
- Pimenta, L. C. (2013). AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE E PROPOSTAS DE MELHORIA. INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA.
- WWW.DGS.PT. (s.d.).
- DESPACHO Nº 1400-A/2015 ANEXO. DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª SÉRIE – Nº28- 10 DE FEVEREIRO DE 2015

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

Apêndice IV

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

AVALIAÇÃO DA SESSÃO SOBRE A SEGURANÇA DO DOENTE

Obrigada por despende o seu tempo a responder a este formulário, com ele poderei melhorar futuras formações.

Anos de experiência: -----

Sexo: F O M O

1 – NA SUA OPINIÃO QUAL É A IMPORTÂNCIA QUE ATRIBUI À SEGURANÇA DO DOENTE NA SUA PRÁTICA CLÍNICA?

- MUITO IMPORTANTE
- RAZOAVELMENTE IMPORTANTE
- NEUTRO
- POUCO IMPORTANTE
- NADA IMPORTANTE

2 – CONSIDERA QUE OS SEUS PARES ATENDEM À SEGURANÇA DO DOENTE DURANTE O TURNO DE TRABALHO?

- SEMPRE
- ALGUMAS VEZES
- NEUTRO
- POUCAS VEZES
- NUNCA

3 – QUAIS OS ASPETOS QUE LHE PARECEM MAIS IMPORTANTES PARA A SEGURANÇA DO DOENTE?

ASSINALE A RESPOSTA QUE CONSIDERE MAIS CORRETA

- a) Para a segurança do doente é importante saber toda a sua história familiar;
- b) Para a segurança do doente medidas como a comunicação, notificação, envolvimento do doente no cuidado e uma cultura de segurança são importantes para um cuidar seguro;
- c) A notificação de um evento adverso pressupõe que este seja divulgado publicamente;

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

1. QUAL A RELEVÂNCIA DESTA FORMAÇÃO PARA A SUA PRÁTICA CLÍNICA;

1 2 3 4 5

2. CONSIDERA QUE A METODOLOGIA UTILIZADA FOI A MAIS ADEQUADA;

1 2 3 4 5

3. CLASSIFIQUE A ACÇÃO DE FORMAÇÃO;

1 2 3 4 5

ESCALA DE AVALIAÇÃO

1	2	3	4	5
Muito baixa	baixa	neutro	boa	muito boa

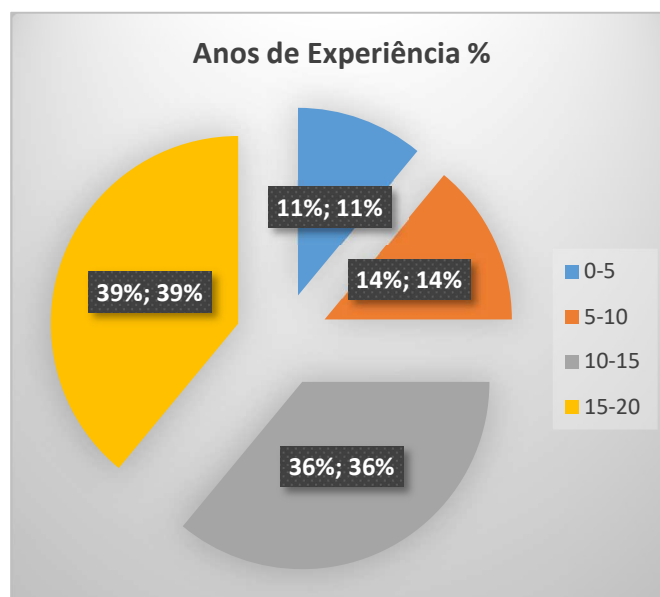
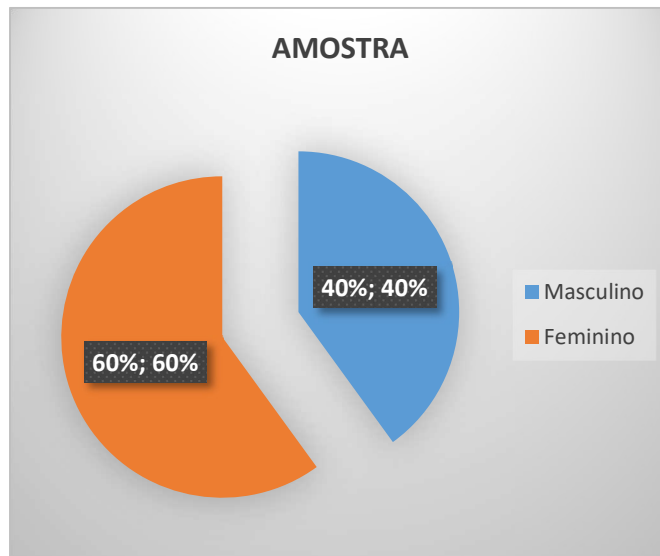
OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO

SÍLVIA RIBEIRO (ALUNA DE MEMC DA UNIVERSIDADE CATÓLICA)

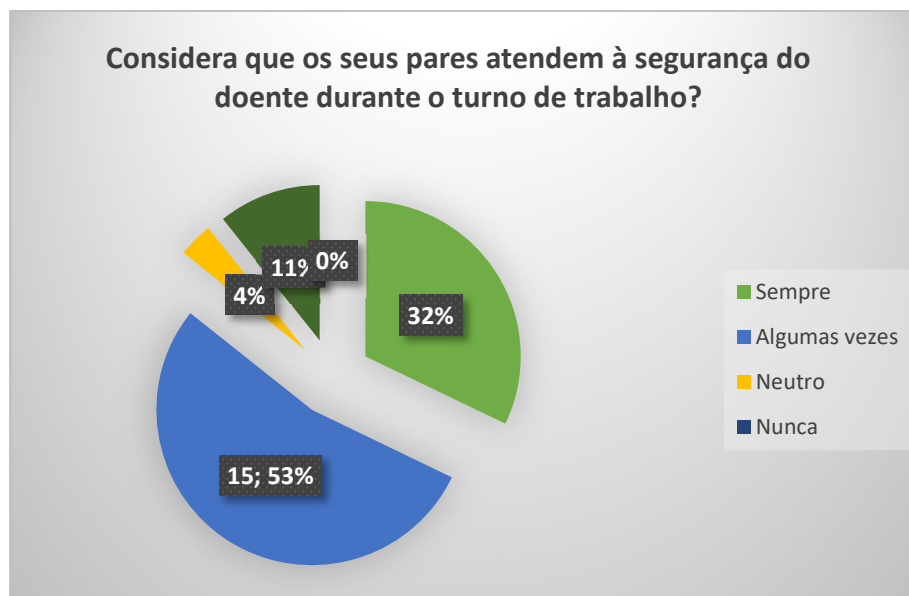
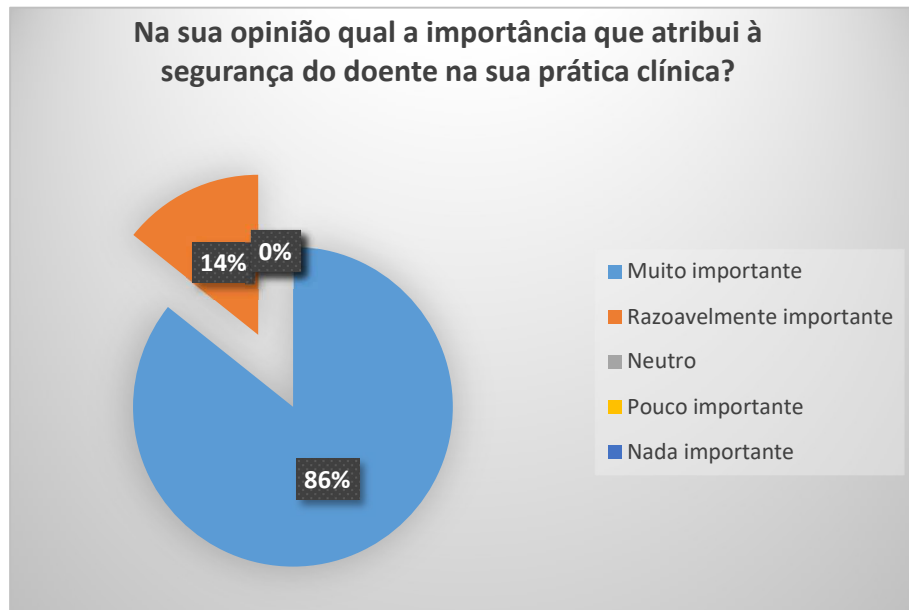
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FORMATIVA

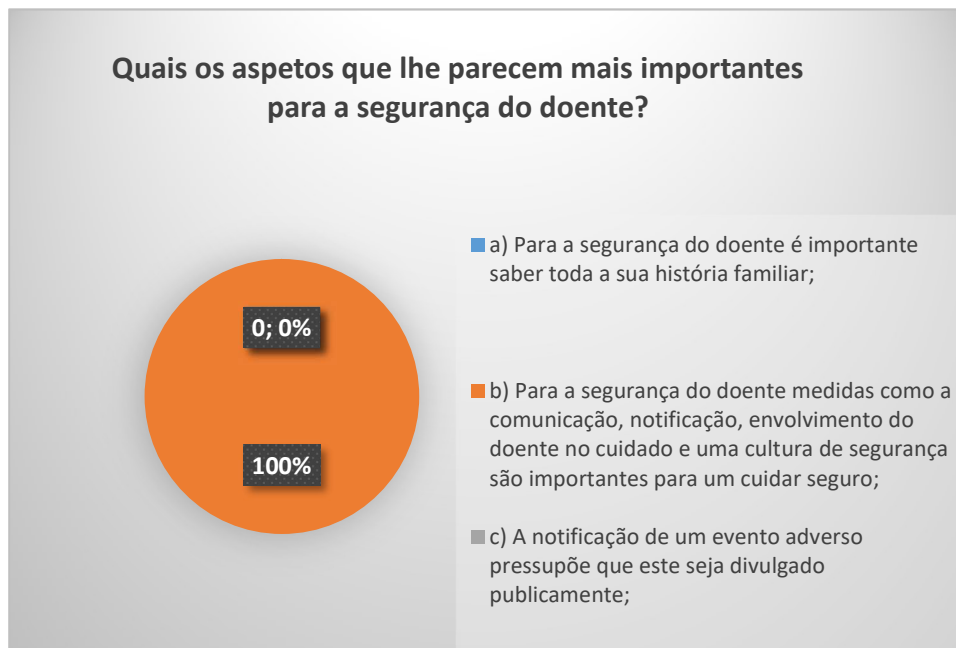
SOBRE SEGURANÇA DO DOENTE

CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

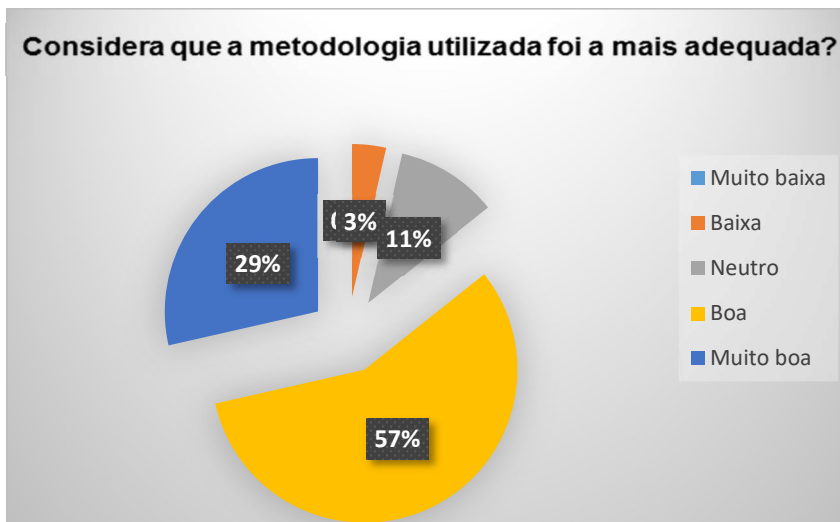
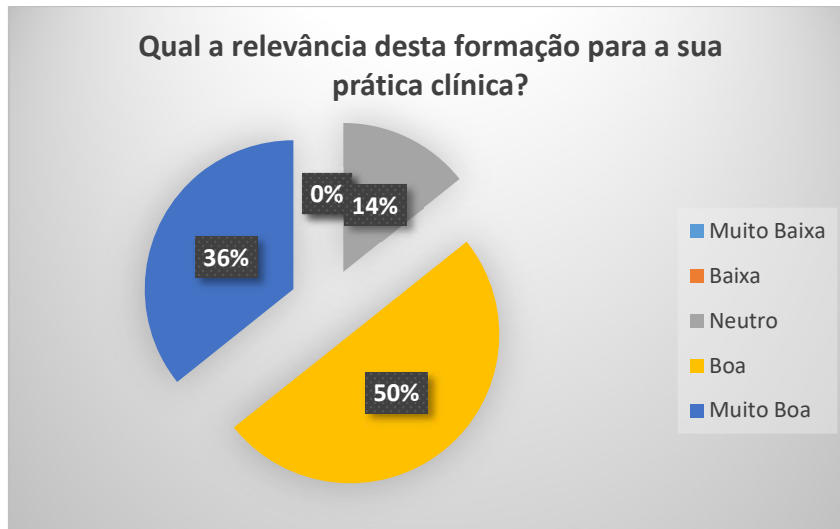


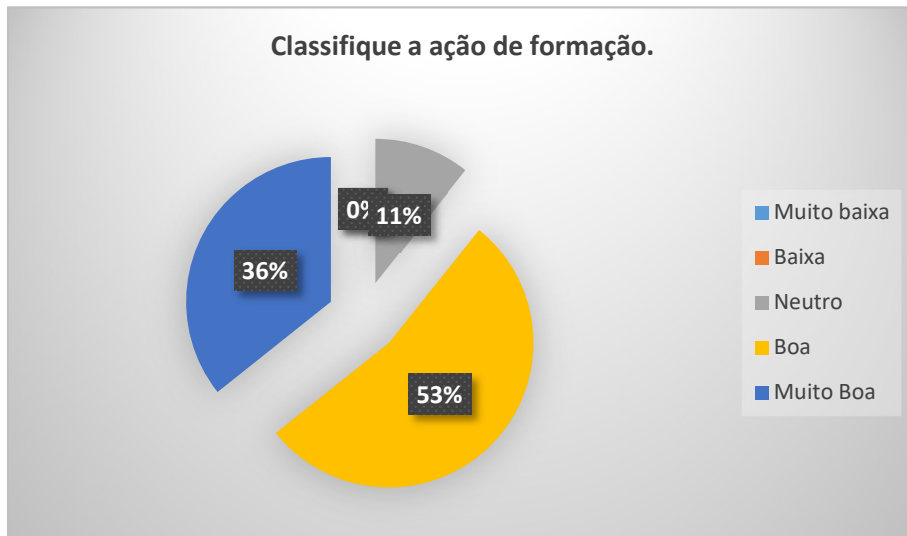
RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO





RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO





Apêndice V – Oportunidades de Melhoria



CATÓLICA

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LISBOA · PORTO

**Estágio em Serviço de
Urgência/Emergência – Módulo I
Serviço de Urgência da ULS
Análise de Oportunidades de Melhoria**

Isabel Oliveira

Sílvia Ribeiro

Sob a orientação: Doutora Irene Oliveira

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem médico-cirúrgica

Porto, 21 de junho de 2016

“Hoje melhor do que ontem, amanhã melhor do que hoje”.

Marizete Furbino

Índice

1 - Introdução	7
2 – Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade (Plan; Do; Check; Act).....	10
3 – Políticas de Qualidade em Saúde	12
4 - Política da Qualidade da Instituição.....	14
5 – Proposta de Melhoria Contínua da Qualidade no Serviço de Urgência	16
6 – Identificação de Prioridades	18
7 – Conclusão	19

1 - Introdução

A realização deste trabalho insere-se no âmbito do estágio em serviço de urgência do 9º curso de Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área da supervisão dos cuidados, deparámo-nos com fragilidades e oportunidades de melhoria na prestação de cuidados, pelo que decidimos elaborar o presente documento.

A transformação social impressa por uma crescente mediatização dos acontecimentos, devida a uma rede de comunicação global imediata, traduz-se num aumento da perceção e consciencialização dos cidadãos sobre os cuidados de saúde que lhes são oferecidos.

A par da evolução da rede de informação também assistimos a um aumento generalizado da escolaridade e literacia dos cidadãos, com uma crescente busca por cuidados de saúde cada vez mais diferenciados. Simultaneamente surge um empobrecimento das classes sociais inferiores que as conduz para um aumento do risco de insalubridade.

As políticas de saúde, principalmente as mais recentes refletem esta realidade e têm vindo a introduzir aspetos sensíveis à avaliação dos sistemas de saúde pelos seus utilizadores.

A qualidade é um termo comum aplicado nos diversos contextos do quotidiano, no entanto, a evolução do conceito de qualidade e a sua avaliação foi difundida a partir da indústria, por autores como E. Deming e que depois foram adaptadas à saúde, particularmente por Avedis Donabedian em meados dos anos 60 do séc. XIX. Este autor defende e propõe três princípios fundamentais na avaliação da qualidade em saúde, a estrutura, o processo e o resultado. Este foi o marco a partir do qual se operou um exponencial desenvolvimento do conceito e das medidas de avaliação da qualidade em saúde, traduzidas pelo aparecimento de diversas agências de certificação das instituições.

Na elaboração deste documento pretendemos:

- Descrever as políticas de qualidade do país bem como da instituição onde se insere o presente estágio, relacionando-as com a prática dos cuidados;
- Descrever os aspetos fundamentais da segurança do doente;
- Elencar aspetos positivos, fragilidades e oportunidades de melhoria com uma metodologia de análise PDCA;

2 – Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade (Plan; Do; Check; Act)

O ciclo PDCA (Anexo I) é uma ferramenta de gestão, amplamente divulgada e utilizada em empresas por todo o globo.

Este sistema foi concebido por Walter A. Shewhart e difundido por William E. Deming e tem como foco a melhoria contínua da qualidade.

Assistimos hoje em dia a uma mudança na percepção da prestação dos cuidados de saúde à população, impulsionada pela transformação das instituições de saúde em empresas com uma gestão menos global (pelos serviços da administração central) e mais individualizada nos seus centros de gestão.

Essa mudança conduziu a transformações tanto ao nível da administração de cada instituição como também nos seus colaboradores.

Considera-se já do conhecimento global dos profissionais responsáveis pela gestão dos serviços este ciclo de melhoria contínua.

O objetivo deste ciclo é manter os processos contínuos e organizados para que se encontre uma estratégia bem definida e construída em função do diagnóstico de problemas, construção de objetivos, elaboração e execução de um plano de intervenção, verificação da ação através da avaliação dos objetivos, promovendo ações corretivas sobre os aspetos não resolvidos e ações de reforço sobre os objetivos atingidos, concluindo-se assim um ciclo que é o início de um novo processo.

A proposta apresentada baseia-se no Ciclo PDCA, no entanto, iniciamos aqui o processo, isto é, partindo de uma análise (forças, fragilidades, oportunidades de melhoria e ameaças) do Serviço de urgência realizamos a primeira parte do ciclo, o planeamento (*Plan*), deixando a premissa para que no futuro se procedam às fases seguintes.

3 – Políticas de Qualidade em Saúde

O acesso do cidadão a cuidados de saúde de qualidade é assumido como um direito fundamental da nossa Constituição e a segurança um elemento fundamental para a confiança dos utentes, não existe qualidade sem segurança.

Os serviços de saúde têm o dever de estabelecer nos seus processos, aspetos que respeitem a melhoria contínua da qualidade e que se coadunem com as políticas públicas para a qualidade em saúde, emanadas pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e publicadas em Diário da República (Anexo II).

Segundo a estratégia de melhoria da qualidade, o departamento de qualidade prevê o reforço de medidas em determinados pontos-chave tais como: melhoria da qualidade clínica e organizativa, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço na segurança dos doentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento das unidades de saúde e por último a informação transparente ao cidadão e ao aumento da sua capacitação.

Em todos estes pontos os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros tem uma responsabilidade acrescida, e são aqueles que melhor podem promover a qualidade e segurança dos cuidados ao doente, o que está na base da realização deste trabalho.

4 - Política da Qualidade da Instituição



POLÍTICA DA QUALIDADE

A Unidade Local de Saúde

Assume a qualidade, consubstanciada na satisfação dos seus utentes e profissionais, **como valor fundamental**.

Define qualidade como o nível de prestação de serviços que assegura a mais alta probabilidade de efeitos desejáveis e minimiza a probabilidade de efeitos indesejáveis na prestação desses serviços, tendo em conta o estado da arte em matéria técnico científica e a maximização da sua **efetividade ao melhor custo**.

Neste contexto, a ULSM tem como objetivo ir ao **encontro das necessidades e superar as expetativas dos utentes/doentes** a quem presta serviços bem como de outras partes interessadas.

Sistematiza os processos de trabalho em políticas, regulamentos, procedimentos, protocolos e outros documentos que definem de uma forma clara os requisitos das prestações realizadas, traduzindo-se em fluxos de trabalho para **todas as áreas de atividade** e identificando todos os processos críticos e os respetivos procedimentos de gestão de risco, de acordo com a estratégia de risco da organização.

Efetua auditorias regulares que permitem, simultaneamente, controlar os processos de trabalho e evidenciar orientações que possam ser adicionadas aos Planos de Atividades dos Serviços, garantindo a definição de medidas para a implementação de melhorias e por conseguinte uma **estratégia de melhoria contínua de qualidade**.

Compromete-se em implementar práticas sistemáticas de gestão, cumprindo todos os requisitos normativos, legais, regulamentares bem como as **boas práticas clínicas**, que conduzam à satisfação dos seus utentes e profissionais, com particular atenção na melhoria contínua dos processos organizacionais e da eficácia do Sistema de Gestão de Qualidade.

5 – Proposta de Melhoria Contínua da Qualidade no Serviço de Urgência



Diagnóstico e Identificação das situações problema

	Área Médica/Cirúrgica; ST2; OBS
Pontos Positivos	<ul style="list-style-type: none">• Sistematização da identificação das lesões cutâneas no HCIS/Sclínico;• Preocupação com o resumo mínimo de dados no Sclínico;• Auditorias aos registos de enfermagem no SAPE;• Identificação de erros na prescrição médica;• Auditorias à triagem;
Fragilidades	<ul style="list-style-type: none">• Erros e aspectos de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem;• Reflexão sobre a prática prática de cuidados de enfermagem;• Implementação e manutenção de isolamentos;• Recursos materiais, para a redução do risco associado às úlceras de pressão;• Adesão à lavagem higiénica das mãos;• Vigilância dos doentes internados em ST2;• Erros e riscos associados à preparação e administração de terapêutica;

6 – Identificação de Prioridades

<p>Oportunidades de Melhoria</p>	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolvimento de estratégias que visem a identificação e implementação do isolamento de contacto (reforçar que as medidas mais eficazes na prevenção são a higiene das mãos e isolamento dos profissionais);• Disponibilização de EPI's nas salas de trabalho (ST1, ST2 e Nebulizações);• Implementação do encaminhamento dos doentes com isolamento respiratório segundo fluxograma;• Realizar um registo do material de apoio à redução do risco de desenvolvimento de UP, identificação do mesmo e responsabilização dos profissionais para a manutenção da sua quantidade;• Aumentar a oportunidade de higienização das mãos com SABA pelo aumento do número de dispensadores e distribuição de dispensadores de bolso para os profissionais que se encontram nas áreas móveis (médica/cirúrgica);• Imperatividade da identificação positiva dos utentes;• Identificação dos locais das macas em ST2;• Implementação efectiva do método individual de trabalho em OBS e ST2;• Permitir a permanência contínua dos familiares dos doentes internados em ST2 que se encontram no exterior da sala;• Eleger elementos promotores de mudança e supervisão dos cuidados e gestão do SU e mantê-los como organizadores do trabalho, retirando-os da prestação de cuidados direta;• Realizar uma prática baseada na evidência implementando projetos por equipa;• Realização de formulários/inquéritos de identificação de necessidades de formação;• Implementação de momentos de briefing/debriefing;• Instituir grupos de trabalho para implementação de medidas promotoras da qualidade dos cuidados e realizar auditorias a essas mesmas medidas.
---	--

7 – Conclusão

Na aquisição de competências de enfermeiras especialistas fazer a diferença na qualidade dos cuidados prestados num ambiente hostil como o de um serviço de urgência, fez-nos refletir na prática e no que poderia ser motivo de mudança. Durante todo o percurso deste estágio fomos conversando com as nossas tutoras no que respeita às estratégias que poderiam ser usadas para alterar procedimentos e melhorar a qualidade dos cuidados.

A elaboração deste trabalho reflete este percurso e descreve os pontos fortes da equipa, as fragilidades e os aspetos passíveis de melhoria, que foram apresentados em reunião com o enfermeiro chefe e as tutoras de estágio do serviço.

As nossas propostas foram inicialmente vistas como medidas impossíveis de realizar, no entanto após reflexão conjunta ficaram mais despertos para as mesmas demonstrando intenção de as implementar. O resultado desta nossa intervenção não pode ser medido no imediato, mas pode servir como tema para um próximo trabalho.

Pensamos ver atingidos os objetivos a que nos propusemos na realização deste trabalho, com a elaboração de uma análise Swot do serviço de urgência à luz das políticas nacionais de qualidade em saúde.

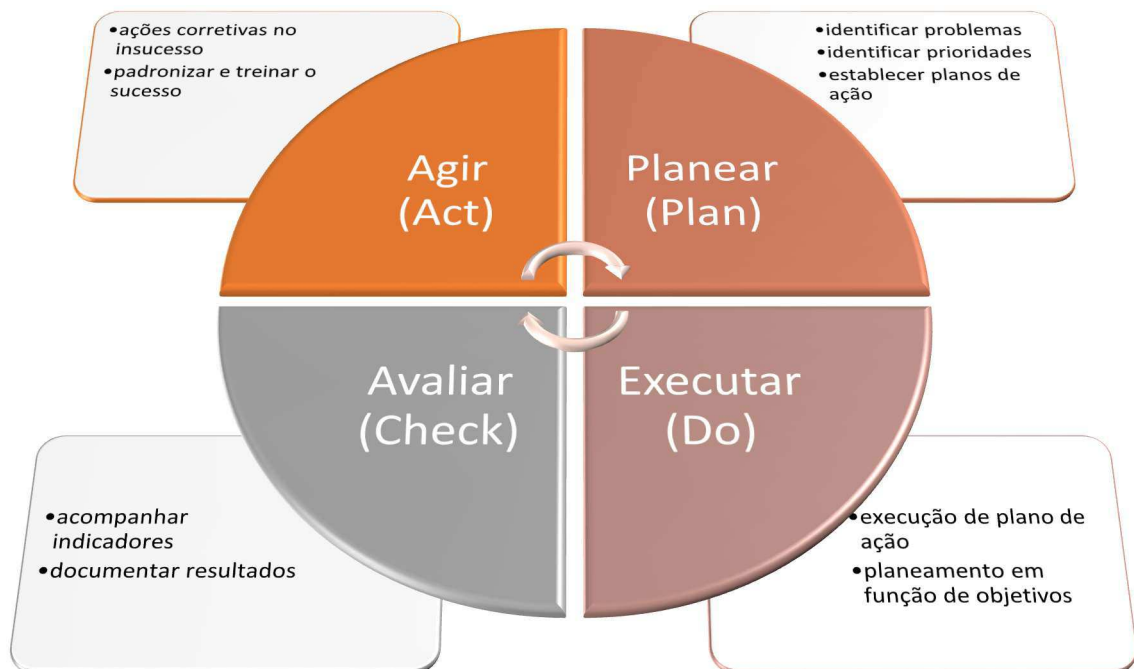
“Tudo pode ser feito melhor do que está sendo feito.”

Henry Ford

ANEXO I

Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade

Ciclo PDCA



ANEXO II

Legislação Aplicável



PARTE C

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto
do Ministro da Saúde

Despacho n.º 1400-A/2015

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. A segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em particular.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 inscreve-se no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS.

Este Plano respeita a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos doentes, e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, passando a integrá-la, devendo ser considerado como uma orientação do Ministério da Saúde, que visa reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, para benefício dos doentes utilizadores do Serviço Nacional de Saúde e dos seus profissionais.

3. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 é ordenado, a nível nacional, pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

4. Compete aos órgãos máximos de gestão dos serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde, alocar recursos, validar as ações programadas e monitorizar os resultados da gestão dos riscos associados aos cuidados de saúde.

5. Cada unidade de saúde deve assegurar, através da respetiva comissão da qualidade e segurança, criada nos termos do Despacho n.º 3635/2013, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 47, de 7 de março, a implementação e acompanhamento das ações identificadas no plano e o cumprimento dos calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos.

6. Aos profissionais prestadores diretos de cuidados de saúde compete assegurar o cumprimento das ações estabelecidas nos planos de ação de cada unidade de saúde.

7. A Direção-Geral da Saúde deve apresentar relatórios anuais sobre a execução e os resultados do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

2 de fevereiro de 2015. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

ANEXO

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.

O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve, assim, assentar nestes princípios fundamentais. Por um lado, requer a identificação das ações preventivas que já existem e a avaliação das medidas tomadas. Por outro lado, requer a tomada de medidas reativas e corretoras após a ocorrência de incidentes.

**Apêndice VI – Sessão de Sensibilização sobre a Prevenção da Infecção
Respiratória**

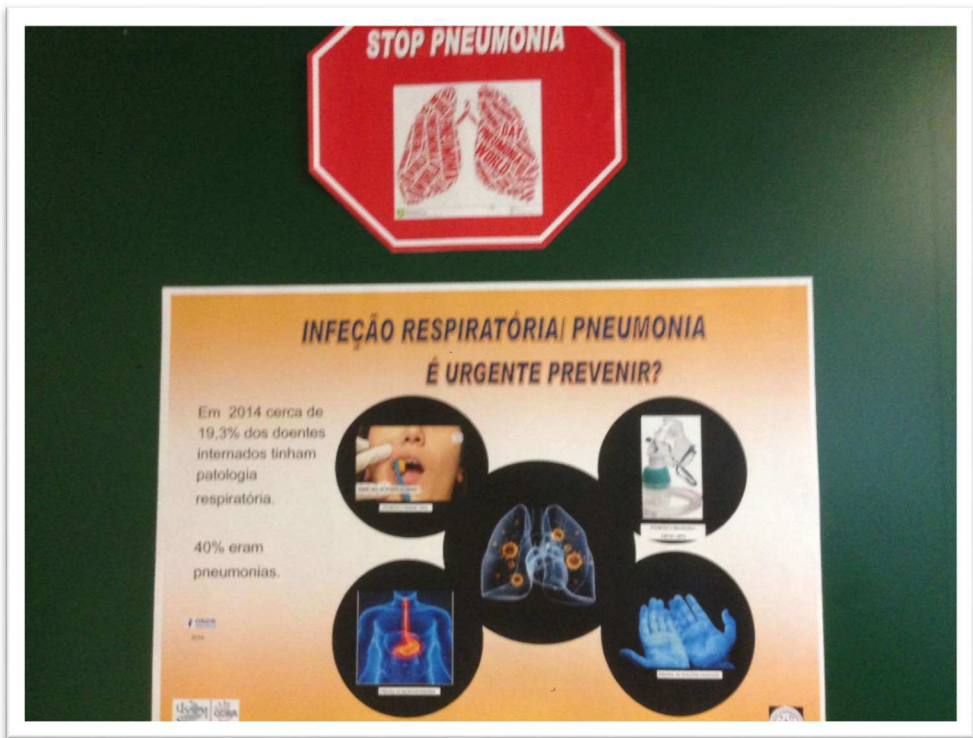
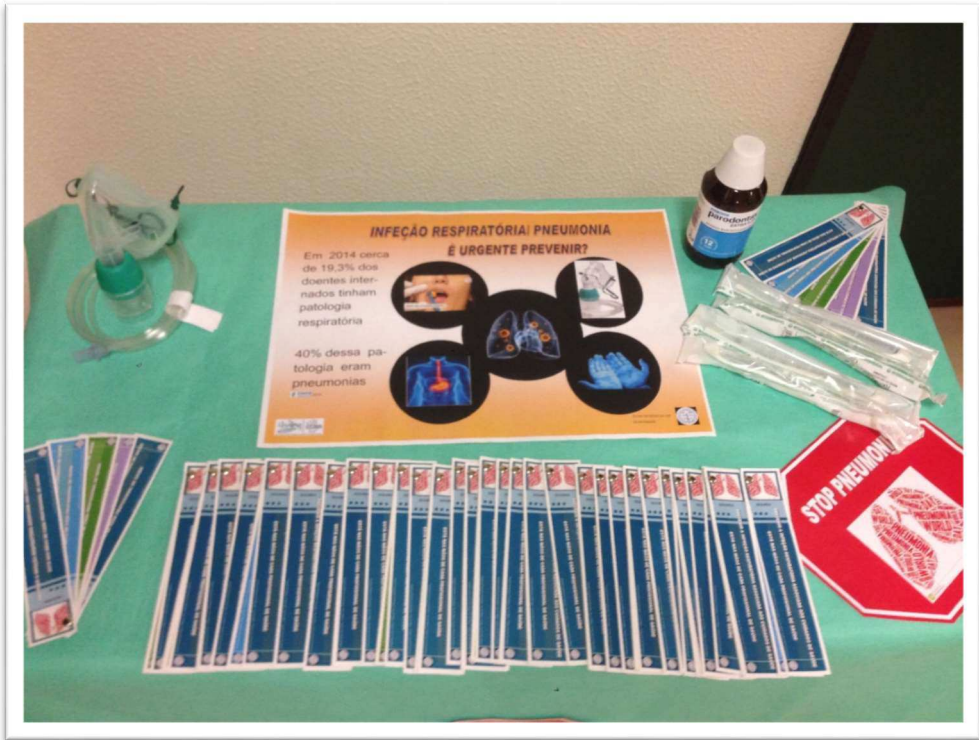
INFEÇÃO RESPIRATÓRIA/ PNEUMONIA É URGENTE PREVENIR?

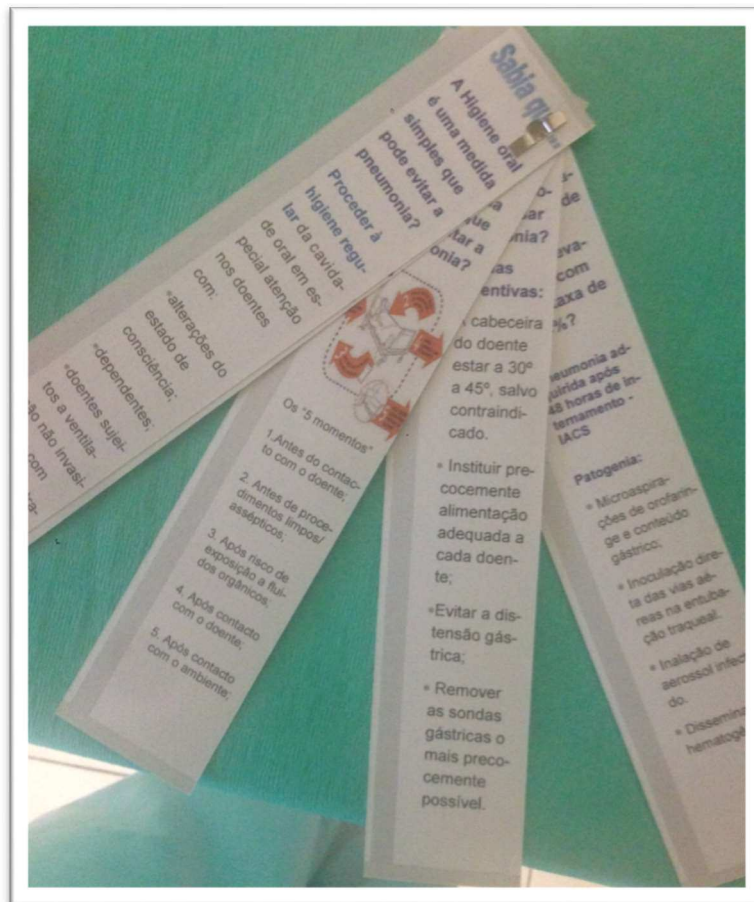
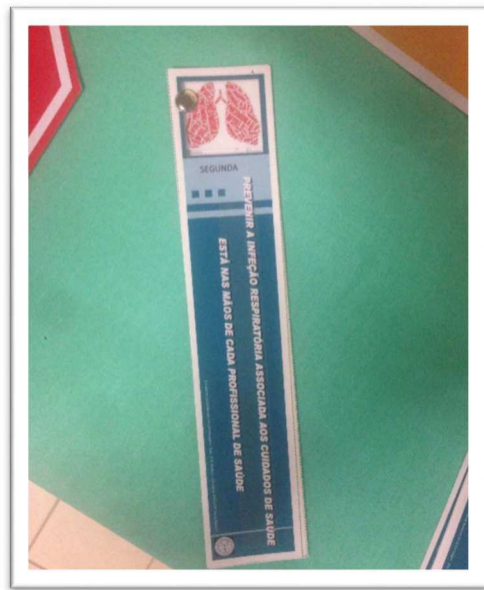
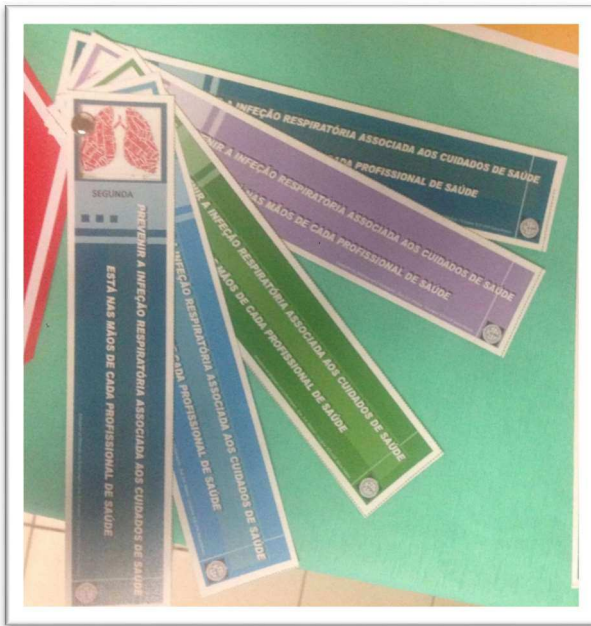
Em 2014 cerca de 19,3% dos doentes internados tinham patologia respiratória.

40% eram pneumonias.



Dia da Prevenção da Infecção Respiratória





**Apêndice VII –
Grelha de Verificação da Norma de Prevenção da Infecção
Respiratória**

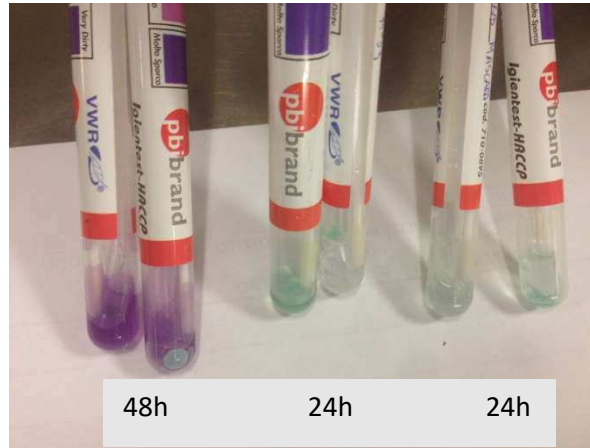
GRELHA DE VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA NORMA PARA PREVENÇÃO DE INFEÇÃO RESPIRATÓRIA NAS NEBULIZAÇÕES

CRITÉRIOS 1 E 2		SI M	NÃ O	N / A
1 - TRATAMENTO DO EQUIPAMENTO CLÍNICO				
1	O material/equipamento de uso único não é reutilizado			
2	As recomendações do fabricante quanto ao método de descontaminação dos equipamentos estão disponíveis			
3	Existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos			
4	A responsabilidade pelo cumprimento dos protocolos para a descontaminação dos materiais/equipamentos está atribuída			
5	A limpeza do material é realizada em local adequado;			
2- PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE NEBULIZAÇÕES				
6	São usadas embalagens de dose única para medicamentos nebulizáveis, a não ser em casos excecionais, bem documentados			
7	O doente está sentado ou semi-sentado			
8	O profissional higienizou as mãos antes e depois do procedimento			
9	A nebulização foi preparada imediatamente antes da administração ao doente			
10	O kit de nebulização está livre de qualquer resíduo visível			
11	No fim da nebulização o profissional procede á sua lavagem e secagem do kit			
12	No fim da nebulização o kit é acondicionado num saco limpo			
13	A medicação é colocada de novo e não acrescentada			
14	O kit de nebulização é trocado a cada 72 horas de acordo com os registos			

✓ Adaptada da norma 029/2012 atualizada a 31/10/2013 DGS (2012) – Instrumentos para auditorias internas e da norma da prevenção da infeção respiratórias nas nebulizações do Manual de Controlo de Infeção da Instituição.

Apêndice VIII – Teste de Proteínas

Teste de Proteínas



Apêndice IX – Proposta de Alteração à Norma da Prática nas Nebulizações

PROPOSTA DE ALTERAÇÃO À NORMA PARA A PREVENÇÃO DE INFEÇÃO RESPIRATÓRIA NAS NEBULIZAÇÕES DO MANUAL DE CONTROLO DE INFEÇÃO DA ULS

PROPOSTA

1 - UTILIZAÇÃO DE SISTEMAS DE NEBULIZAÇÃO EM AEROSSOLTERAPIA

- O profissional deve proceder à higienização das mãos antes e após o procedimento;
- O profissional deve usar luvas de proteção na manipulação do dispositivo;
- O doente deve estar sentado ou semi-sentado;
- A nebulização deve ser preparada imediatamente antes do seu uso;
- Devem usar-se doses individuais de medicação e ampolas de soro fisiológico para cada doente;
- Após cada nebulização o líquido sobranete deve ser rejeitado e deve ser passado com água estéril e seco antes da próxima utilização, em local apropriado;
- A máscara deve ser limpa com um filme de álcool;
- Após a nebulização com medicação o doente deve higienizar a cavidade oral;
- O *kit* deve ser acondicionado num saco limpo com a respetiva identificação do doente;
- Este *kit* (máscara, tubuladura e copo de nebulizador) deve ser trocado na totalidade a cada 24 horas, que os profissionais devem assegurar com os respetivos registos;

2 – UTILIZAÇÃO DE DISPOSITIVOS SIMPLES EM AEROSSOLTERAPIA

Inalador pressurizado doseável (pMDI); inalador doseável mais câmara expansora com (pDMI e CE) com máscara

- O profissional deve proceder à higienização das mãos antes e após o procedimento;
- O profissional deve usar luvas de proteção na manipulação do dispositivo;
- O doente deve estar sentado ou semi-sentado;

- A nebulização deve ser preparada imediatamente antes do seu uso;
- Devem usar-se doses individuais de medicação para cada doente;
- Após a nebulização com medicação o doente deve higienizar a cavidade oral;
- Devem seguir-se as instruções de utilização de cada dispositivo;
- As câmaras expansoras devem ser usadas para um único doente;
- A limpeza do material deve seguir as recomendações do fabricante, sendo que os bocais podem apenas ser limpos com um filme de álcool e as câmaras expansoras uma desinfecção de alto nível em ambiente hospitalar para o mesmo doente;
- Em ambiente domiciliário podem ser lavadas com água e detergente suave e secas. Algumas têm duração de até um ano de utilização (conforme indicação do fabricante);

ALGUMAS RECOMENDAÇÕES

- **Usar preferencialmente os dispositivos simples de nebulização nos doentes que colaborem;**
- **Utilização de luvas de proteção na manipulação e higienização em todos os momentos;**
- **Utilização de ampolas de dose individual para cada doente;**

