



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

GESTÃO DO ERRO TERAPÊUTICO NO CLIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA- UMA RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Por

Rita Loureiro Serra

Lisboa, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

GESTÃO DO ERRO TERAPÊUTICO NO CLIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA- UMA RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

- Relatório de Estágio –

MANAGEMENT OF THE THERAPEUTIC ERROR IN THE CUSTOMER IN A CRITICAL
SITUATION- A RESPONSIBILITY OF THE SPECIALIST NURSE

Internship Report

Por

Rita Loureiro Serra

Lisboa, 2019

“Eu acredito em experiências. Acredito em erros e acertos. E acredito que o erro seja o pai dos acertos. Acredito nas lições, e no que de bom podemos tirar de cada uma delas. É como escrever um livro, você vai juntando as palavras e quando vê está tudo completo. Acredito que seja assim na vida também. Você tem que juntar as pessoas, os sentimentos, as verdades e até as mentiras, e colocar tudo no papel, completar aquilo que falta, tirar aquilo que sobra e ser feliz com aquilo que restar. Não adianta deixar as pessoas nos cargos errados, você tem que ver o que cada uma faz de melhor por você, e o que cada sentimento determina pra cada uma. É complicado, pode ser rápido, pode levar muito tempo, como pode também nunca acontecer. Depende de como você encara a vida. Erre, mas não deixe de acertar. Pense, mas não deixe de arriscar. O inesperado é sempre mais inacreditável e belo. Rabisque, mas não deixe de consertar. Apague, mas não deixe de escrever. Viva, mas não esqueça de sorrir!”

Isadora Markus

AGRADECIMENTOS

Aos que, sob qualquer forma, contribuíram para que esta etapa fosse bem-sucedida.

Aos enfermeiros orientadores,

Que me guiaram com a sua sabedoria no decorrer dos estágios, pelo incentivo e motivação
imprescindíveis para poder continuar, obrigado.

À Sra. Professora Doutora Isabel Rabiais,

Pela orientação em momentos de particular esforço pessoal e pela amizade demonstrou ao
longo do percurso, obrigado.

Aos meus amigos,

que entenderam os períodos em que estive ausente.

Aos meus pais,

Que amo tanto, sempre me guiaram o que tornou exequível esta etapa pelo sustento emocional,
obrigado.

RESUMO

Este relatório surge da minha preocupação enquanto enfermeira especialista na prestação de cuidados, que advém da minha experiência profissional, bem como das fragilidades ainda existentes relativamente ao erro terapêutico e acerca da forma como é encarado.

A formação e a investigação são dimensões determinantes no processo de desenvolvimento pessoal e profissional. Ao longo deste relatório, partilho resultados provenientes de uma scoping review. Apresento algumas estratégias encontradas na literatura, acerca de como deve ser abordado o erro terapêutico. Através da prática baseada na evidência, justifico a aquisição de competências específicas na área de médico-cirúrgica, sem esquecer os princípios éticos e deontológicos do enfermeiro.

A qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos tem vindo a ganhar progressivo relevo no âmbito da investigação científica produzida, sendo a segurança do cliente o principal objetivo. Para uma utilização segura do medicamento, a abordagem internacional defende a adoção de estratégias que permitam a diminuição da prevalência dos incidentes, tanto a nível organizacional como a nível individual.

A organização do relatório segue o fio condutor da prestação de cuidados especializados à Pessoa em Situação Crítica, iniciando o meu percurso na unidade de cuidados intensivos, passando pelo bloco operatório e por fim no serviço de urgência. Ao longo deste percurso, participei ainda em congressos onde me foi possível partilhar os resultados da investigação realizada.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes: na primeira parte apresenta-se a atual evidência científica, por meio de uma scoping review, cujo o objetivo é identificar as estratégias para minimizar o erro terapêutico; na segunda parte procede-se à descrição, análise e reflexão sobre os acontecimentos que me permitiram desenvolver competências específicas preconizadas pela Escola e pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, concretamente na prestação de cuidados ao cliente em situação crítica. Surgem responsabilidades futuras, no contínuo do desenvolvimento profissional e pessoal, promovendo a excelência do exercício de enfermagem.

Palavras-chave: erro terapêutico, segurança do doente e doente crítico; enfermeiro especialista

ABSTRACT

This report stems from my concern as a nurse specialist in providing care, which comes from my professional experience, as well as from the weaknesses still existing in relation to the therapeutic error and the way in which it is faced.

Training and research are determining dimensions in the process of personal and professional development.

Throughout this report, I share results coming from a scoping review. I present some strategies found in the literature about how the therapeutic error should be approached. Through the evidence-based practice, I justify the acquisition of specific competences in the medical-surgical area, without forgetting the ethical and deontological principles of the nurse.

The quality of health care provided to citizens has gained increasing importance in the scientific research produced, with patient safety as the main objective. For a safe use of the drug, the international approach advocates the adoption of strategies to reduce the prevalence of incidents, both organizationally and individually.

The organization of the report follows the guideline for the provision of specialized care to the Person in Critical Situation, starting my journey in the intensive care unit, through the operating room and finally in the emergency department. Throughout this course, I also participated in conferences where I was able to share the results of the research. The paper is divided into two parts: the first part presents the current scientific evidence, through a scoping review, whose objective is to identify the strategies to minimize the therapeutic error; in the second part we proceed to the description, analysis and reflection on the events that allowed me to develop specific skills recommended by the School and by the Order of Nurses for the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, specifically in the provision of critical care to the client. Future responsibilities arise, in the continuum of professional and personal development, promoting the excellence of nursing practice.

Key – words: medication error, patient safety, critical care, nurse specialist

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AORN- Association of periOperative Registered Nurses

CHLC- Centro Hospitalar Lisboa Central

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direção Geral de Saúde

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

ECMO- ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

ESC- Enfermagem supervisor clínico

EQ-5D- EuroQol Research Foundation

HD- Hemodiálise

NAS- Nursing activities score

NCMERP- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

MSCEC- Modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado

OE- Ordem dos enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

SAC- Síndrome coronário agudo

SC- Supervisão clínica

SWOT- **Strengths** (*Forças*), **Weaknesses** (*Fraquezas*), **Opportunities** (*Oportunidades*) e **Threats** (*Ameaças*)

TISS- Therapeutic Intervention Scoring System

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Metodologia PCC para formulação da questão de investigação.....	14
Tabela 2- Critérios de inclusão e exclusão.....	15
Tabela 3- Resultados obtidos na pesquisa em cada base de dados.....	16
Tabela 4- Síntese das principais evidências encontradas.....	18 a 20

ÍNDICE DE DIAGRAMA

Diagrama 1- Diagrama Prisma para seleção dos artigos sujeitos a análise de conteúdo.....	17
------------------------------------------------------------------------------------------	----

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	10
1. GESTÃO DO ERRO TERAPÊUTICO NO CLIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA: SCOPING REVIEW.....	12
1.1. Introdução	13
1.2. Objetivo	14
1.3. Materiais e Métodos.....	14
1.4. Resultados.....	17
1.5. Discussão	20
1.6. Conclusão.....	22
1.7. Referências.....	25
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES REALIZADAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO, NO ÂMBITO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	26
2.1. Estágio I: Unidade de Urgência Médica	26
2.2. Estágio II: Bloco Operatório.....	37
2.3. Estágio III: Serviço de Urgência	44
3. CONCLUSÃO.....	56
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICES	61
APÊNDICE I- OBJETIVOS DE ESTÁGIO UUM.....	62
APÊNDICE II- APRESENTAÇÃO DO PROJECTO EFECTUADO UUM	65
APÊNDICE III- OBJETIVOS DE ESTÁGIO BLOCO	Erro! Marcador não definido.
APÊNDICE IV- APRESENTAÇÃO DO PROJECTO EFECTUADO BLOCO ...	Erro! Marcador não definido.
APÊNDICE V- OBJETIVOS DE ESTÁGIO URGÊNCIA	Erro! Marcador não definido.
APÊNDICE VI- APRESENTAÇÃO DO PROJECTO EFECTUADO NA URGÊNCIA.....	Erro! Marcador não definido.
APÊNDICE VIII- ANÁLISE SEGUNDO JBI.....	86
APÊNDICE VII- SEMINÁRIO DO CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 30 DE NOVEMBRO 2018.....	Erro! Marcador não definido.
ANEXOS.....	Erro! Marcador não definido.
ANEXO I- PARTICIPAÇÃO 5ª JORNADAS DE ENFERMAGEM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	Erro! Marcador não definido.
ANEXO II- PARTICIPAÇÃO IV JORNADAS PERIOPERATÓRIAS DE LEIRIA	Erro! Marcador não definido.

ANEXO III- PARTICIPAÇÃO I ENCONTRO INTERNACIONAL E VI ENCONTRO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA SOB O TEMA: “KNOWLEDGE....EXPERIENCE....NO LIMITS”Erro! Marcador não definido.

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge na sequência do processo de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista na área específica de enfermagem médico-cirúrgica. Com ele, irei apresentar o percurso por mim vivido, evidenciando as competências desenvolvidas ao longo de todo o processo, assim como as estratégias e atividades utilizadas para esse fim.

Concretamente, o presente documento encontra-se dividido em três partes estruturantes, sendo a primeira a introdução, onde irei apresentar de forma sumária o resultado da revisão da literatura por mim elaborada. Na segunda parte irei descrever o processo vivenciado ao longo dos diversos locais de estágio, relatando as dificuldades sentidas e as estratégias utilizadas para lhes fazer face, bem como as competências desenvolvidas e adquiridas. Na terceira parte irei apresentar as conclusões extraídas mediante os dados obtidos, mobilizando e articulando com os conhecimentos apreendidos. É o momento onde irei igualmente reforçar as implicações para a prática, abordando igualmente as recomendações para estudos futuros.

Este projeto nasceu de uma dificuldade vivida na prática, tendo por base uma temática que para além de fazer parte do meu interesse pessoal, resulta diversas vezes num aumento dos custos dos cuidados de saúde para os clientes, tanto a nível económico como a nível profissional e pessoal.

A problemática do erro nos cuidados de enfermagem

Segundo a Direção Geral de Saúde, - Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (2011), um erro é a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução.

Segurança do Doente passa pela redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (DGS, 2011).

Segundo o Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020, a Organização Mundial de Saúde estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde, para além dos eventuais danos de saúde para o doente.

De acordo com o Plano Nacional de Segurança do Doente 2015-2020, a abordagem internacional defendida para uma utilização segura do medicamento exige uma diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais envolvidos e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas. De acordo com a mesma fonte, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem por um lado adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica, por outro lado, os cidadãos devem ser ativamente envolvidos na utilização da medicação e os profissionais devem assegurar a reconciliação da terapêutica nos momentos de transferência e de transição de cuidados do cliente.

Em Portugal tanto os profissionais como o cidadão podem reportar em portais on-line as reações adversas ao medicamento e os incidentes que ocorram numa instituição de saúde que envolvam medicação. De acordo com os dados de sistema nacional de notificação de incidentes, 13% do total de incidentes reportados referem-se a incidentes relacionados com medicação. A situação anteriormente descrita e que agora analiso, teve lugar no seguimento de estratégias tomadas a nível institucional na tentativa de prevenir o erro terapêutico, tendo em vista não apenas a qualidade e a excelência dos cuidados como também a obtenção de ganhos em saúde.

De facto, a integração das novas tecnologias em enfermagem é de tal forma importante que é transversal a todos os objetivos estratégicos definidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes.

Ao protocolar a atuação dos enfermeiros, a instituição garante a melhor resposta possível. Por outro lado, ao se registar tudo de forma detalhada o registo detalhado, minimiza o risco de erro inerente à comunicação e também é mais fácil detetar o erro tomando medidas, promovendo desta forma a segurança do cliente e a evolução da profissão.

1. GESTÃO DO ERRO TERAPÊUTICO NO CLIENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA: SCOPING REVIEW

Serra, R; Rabiais, I.

RESUMO: O estudo visa explicitar a minimização do erro terapêutico no cliente em situação crítica.

Objetivo: Conhecer e mapear as intervenções para minimizar a ocorrência do erro terapêutico no cliente em situação crítica **Método:** Foi realizada uma revisão scoping da literatura (2012-2018).

Resultados: através do método booleano, cruzando descritores, selecionaram-se 8 artigos para análise de conteúdo. **Conclusão:** Os enfermeiros são fundamentais para o processo de administração de medicamentos e para demonstrar uma prática segura e confiável.

A administração de medicação tem riscos inerentes, os erros apresentam um enorme impacto na qualidade e eficiência dos cuidados prestados. São sugeridas como estratégias de redução da ocorrência do erro: cumprimento dos certos da medicação, confirmação do nome do cliente e/ ou pulseira de identificação, identificação da medicação, considerando data e modo de administração, importância do rácio enfermeiro-cliente, bem como a importância de notificar o erro, mesmo que dele não advenham consequências para o cliente. Reforça-se a necessidade de educação permanente dos profissionais, a fim de sensibilizar para notificar os eventos, e capacitar para reduzir os índices dos eventos adversos. **Descritores: medication error AND patient safety AND critical care**

ABSTRACT: This study aims to explain the minimization of therapeutic error in the client in a critical situation. **Objective:** To know and map the interventions to minimize the occurrence of therapeutic error in the client in a critical situation. **Method:** A scoping review of the literature (2012-2018) was carried out. **Results:** through the Boolean method, cross-descriptors, 8 articles were selected for content analysis. **Conclusion:** Nurses are critical to the drug delivery process and to demonstrate a safe and reliable practice.

Medication management has inherent risks, errors have a huge impact on the quality and efficiency of care provided. They are suggested as strategies to reduce the occurrence of the error: fulfilment of certain medication, confirmation of the name of the client and / or identification bracelet, identification of the medication, considering date and mode of administration, importance of the client-client ratio, as well as the importance of reporting the error, even if it does not have consequences for the patient. It reinforces the need for continuing education of professionals in

order to raise awareness to notify events and to enable them to reduce rates of adverse events.
Keywords: medication error AND patient safety AND critical care.

1.1. Introdução

A qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos tem vindo a ganhar progressivo relevo no âmbito da investigação científica produzida, sendo a segurança do cliente o principal objetivo. Para uma utilização segura do medicamento, a abordagem internacional defende a adoção de estratégias que permitam a diminuição da prevalência dos incidentes, tanto a nível organizacional como a nível individual.

Promover a segurança do cliente, implica entre outras dimensões reduzir o risco de dano desnecessário relacionado com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável face ao conhecimento atual e recursos disponíveis no contexto em que os cuidados foram prestados, por oposição ao risco da não realização do tratamento ou da utilização de um tratamento alternativo (Direção Geral de Saúde, 2011).

De uma forma geral, pretende-se que o medicamento correto seja administrado ao cliente correto, na dose e vias corretas e à hora correta, sendo os efeitos verificados os previstos, devendo o cliente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar. A responsabilidade de prevenir o erro é partilhada pelos diversos atores presentes ao longo do circuito do medicamento, tanto a nível institucional como a nível individual.

Por um lado, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à dupla-validação de procedimentos, o reforço da atenção na preparação e administração de medicação, a correta documentação e a monitorização da terapêutica.

Define-se como erro de medicação, qualquer evento evitável que pode implicar uso inadequado de medicação ou causar dano ao cliente (NCMERP, 2018). Diversas iniciativas têm surgido a nível internacional para minimizar a ocorrência de erro. A nível nacional foi formulado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que visa essencialmente a promoção da segurança do cliente.

Através de ações transversais que visam a criação de uma cultura de segurança, pretende-se tornar segura a prestação dos cuidados de saúde a todos os níveis. A partilha do conhecimento e da informação através de iniciativas concertadas, tendo por base problemas específicos previamente identificados, tem vindo a contribuir para a melhoria contínua da qualidade do Serviço

Nacional de Saúde. Dada a importância fulcral do Enfermeiro especialista em todo o processo da gestão do erro terapêutico, importa compreender quais as estratégias para minimizar o erro, à luz da mais recente evidência científica. Neste sentido, recorreu-se à metodologia PCC para formulação da questão de investigação, como é demonstrado na tabela 1. Assim, surge a **questão de investigação**: quais as estratégias para minimizar o erro terapêutico no cliente em situação crítica?

Tabela 1. Metodologia PCC para formulação da questão de investigação

P	População	Profissionais de saúde
C	Conceito	Intervenções para diminuir o erro
C	Contexto	Erro terapêutico

1.2. Objetivo

É objetivo deste estudo, à luz da mais recente evidência científica, identificar quais as estratégias para minimizar o erro terapêutico. A justificação do tema relaciona-se com o fato de continuar a verificar-se existência de erro terapêutico, bem como por não existirem estratégias estipuladas para a minimização do mesmo. Assim, com vista a dar resposta à questão de investigação, pretende-se conhecer e mapear as intervenções para minimizar a ocorrência do erro terapêutico no cliente em situação crítica.

1.3. Materiais e Métodos

De forma a dar resposta à questão de investigação e atingir os objetivos propostos para este trabalho, foi realizado um estudo retrospectivo de revisão da literatura. Para tal foi elaborado um protocolo de revisão scoping da literatura, sendo os resultados apresentados de acordo com a declaração PRISMA. A pesquisa foi realizada no dia 15 de novembro de 2018, nas bases de dados MEDLINE Complete, CINHALL Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews e Joanna Briggs Institute Reviewers, Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.

Para a realização da pesquisa foram combinadas as palavras-chave, codificadas enquanto descritores MeSH (Medical Subject Headings) previamente validados: “medication errors”, “patient safety” e “critical care”.

Expressão booleana: medication error AND patient safety AND critical care.

O tipo de fontes a utilizar e de acordo com o manual da JBI (Joanna Briggs Institute) podem ser diversas, contemplando entre outros estudos, revisões sistemáticas, meta-análises, protocolos e cartas. Dada a qualidade da evidência disponível serão apenas considerados para eventual seleção os artigos científicos encontrados.

Ao longo da pesquisa foram aplicados diversos critérios de inclusão (apresentados na tabela 2), sendo incluídos apenas os artigos com texto integral de livre acesso nas bases consultadas, em língua inglesa, publicados entre janeiro de 2013 e novembro de 2018.

Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Participantes	Adultos (maiores de 18 anos)	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com menos de 18 anos • Neonatal
Ano do estudo	2012-2018	Anteriores a 2012
Desenho do estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitativo • Quantitativo 	
Língua do estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Inglês • Espanhol • Português 	<ul style="list-style-type: none"> • Outra língua
Acesso ao artigo	<ul style="list-style-type: none"> • Texto integral de livre acesso 	<ul style="list-style-type: none"> • Resumos • Estudo ainda em curso

Os descritores foram introduzidos na plataforma de indexação da base de dados, sendo o número de resultados obtidos 6.

Neste sentido e numa tentativa de aumentar a qualidade do estudo desenvolvido, foram introduzidos os descritores anteriormente referidos na ferramenta de pesquisa geral das bases de dados selecionada; o número de artigos recuperado foi 208. Depois de cruzar as referências

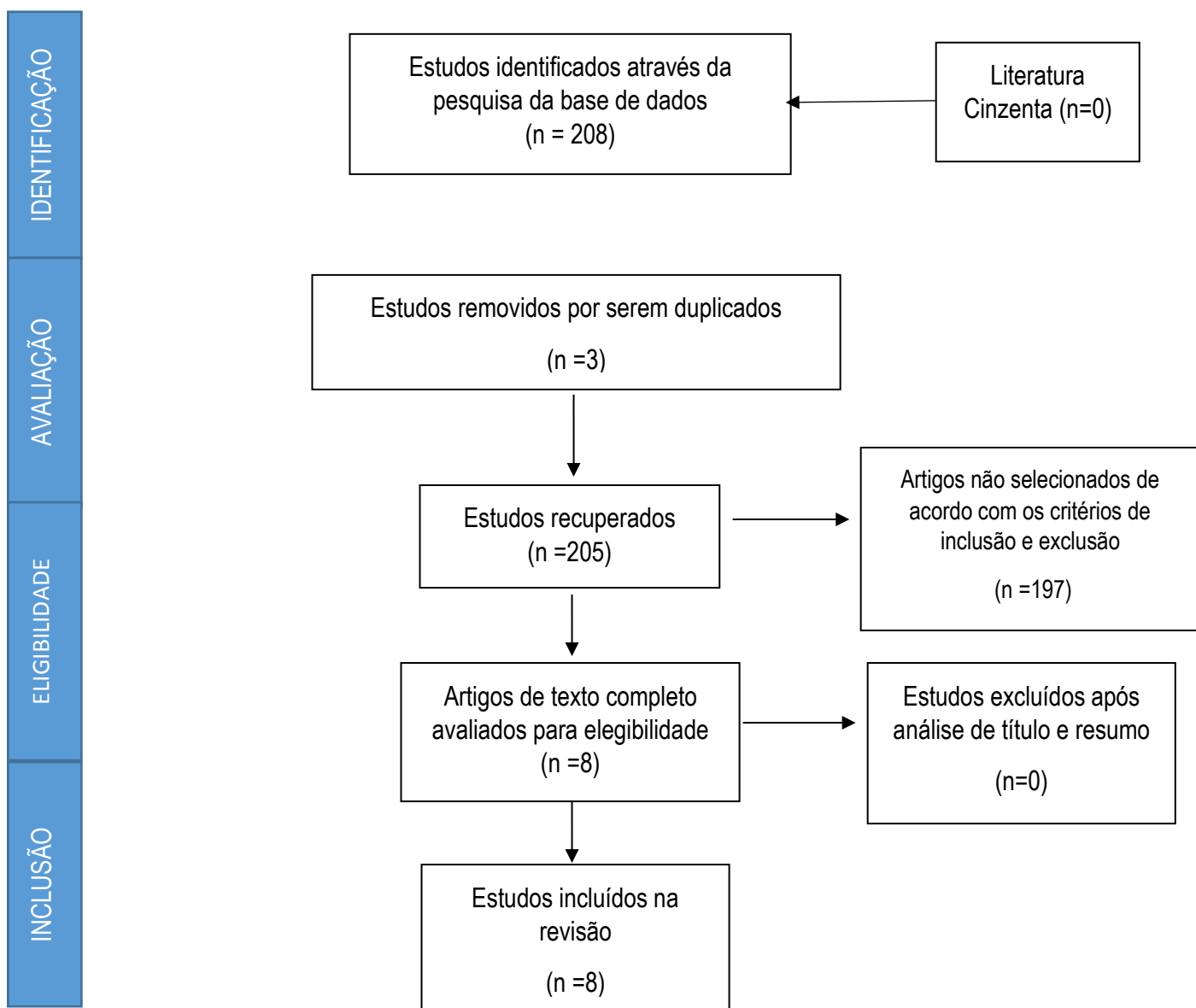
obtidas foram removidos 3 artigos por serem duplicados. Após aplicação dos critérios de inclusão referentes ao idioma do artigo, data de publicação e idade do público constituente da amostra, o número de artigos recuperado foi de 20 artigos (foram excluídos 185 títulos). Seguidamente foi aplicado o critério de acesso integral de livre acesso. Dos 8 títulos recuperados após a aplicação dos critérios apresentados, foi efetuada leitura e análise de títulos e abstracts, tendo decidido incluir todos os 8 estudos para análise.

Tabela 3. Resultados obtidos na pesquisa em cada base de dados

Bases de Dados	MEDLINE with Full-text	CINAHL Plus with Full-Text	Cochrane Database of Systematic Reviews	Joanna Briggs Institute
Termos	Medication Error AND Patient Safety And Critical Care	Medication Error AND Patient Safety And Critical Care	Medication Error AND Patient Safety And Critical Care	Medication Error AND Patient Safety And Critical Care
Nº de artigos disponíveis	93	115	0	0

O processo de seleção decorreu em três etapas distintas. A primeira etapa consistiu na leitura dos títulos dos artigos identificados na pesquisa, de forma a excluir aqueles que não fossem ao encontro dos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Posteriormente, para continuação deste processo executou-se a seleção/exclusão dos artigos com base na realização da leitura do resumo. Por último, os artigos cuja informação constante no resumo não foi suficiente ou não obedecia aos critérios de inclusão e aqueles cujo resumo era incompleto ou suscitava dúvidas foram analisados na íntegra. As principais conclusões foram organizadas de modo a enfatizar os aspetos mais relevantes do fenómeno em estudo.

Diagrama 1. Diagrama Prisma para seleção dos artigos sujeitos a análise de conteúdo



1.4. Resultados

De forma sintetizada, apresentam-se na tabela 4 os principais achados aquando da análise de conteúdo dos artigos selecionados. Quatro investigadores procederam à extração dos dados,

enquanto um outro confirmou a autenticidade dos dados recolhidos. Os artigos foram organizados por ordem alfabética, segundo o nome do(s) autor(es).

Tabela 4. Síntese das principais evidências encontradas

Título / Autores/Tipo de publicação/ Ano (Estudo1)	Método	Participantes da amostra	Objetivo geral	Nível de evidência
<p>A Survey of Medication Error Prevalence in a Brazilian Health Center.</p> <p>Carla F. Paixão Nunes, BSN; Paola B. A. Andreoli, PhD; Fábio T. Ferracini, MBI; Cláudia G. Barros, BSN, MBI; Journal Nurs Care Qual (2012).</p>	Estudo retrospectivo, de coorte transversal.	Amostra aleatória estratificada composta pelas prescrições referentes a um grupo de clientes do hospital.	Perceber qual a prevalência do erro terapêutico na instituição.	4B
Principais conclusões	O erro de medicação é o evento adverso frequente nos cuidados de saúde. Os resultados foram publicados bimensalmente para profissionais de saúde, com uma lista de recomendações de melhoria para minimizar os erros de medicação e aumentar a segurança. Foi reforçada a necessidade do desenvolvimento de metodologias específicas capazes de identificar as barreiras e controles críticos que poderiam minimizar erros numa fase imediatamente precedente à administração de medicamentos.			
Título / Autores/Tipo de publicação / Ano (Estudo2)	Método	Participantes da amostra	Objetivo geral	Nível de evidência
<p>Efficacy of contrasting background on a drug label: A prospective, randomized study;</p> <p>Babita Gupta, Surender Kumar Gupta, Saurabh Suri, Kamran Farooque¹, Naveen Yadav, Mahesh Misra; Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology (2015).</p>	Estudo prospetivo randomizado.	108 profissionais, (médicos e enfermeiros) da unidade em questão.	Avaliar a eficácia da utilização de uma cor contrastante no rótulo da ampola de medicação.	2B
Principais conclusões	Erros de medicação podem ocorrer devido a falhas em qualquer nível, desde a fabricação até a administração ao cliente. Pode ser difícil ler o nome do medicamento e outras informações de uma ampola, se houver contraste entre a cor da fonte e o fundo da ampola. Os rótulos das ampolas ou frascos de medicação devem ter sempre um fundo de contraste. Isso pode minimizar o erro de medicação e promover a segurança do cliente.			
Título / Autores/ Tipo de publicação / Ano (Estudo3)	Método	Participantes da amostra	Objetivo geral	Nível de evidência

Examining influences on speaking up among critical care healthcare providers in the United Arab Emirates Hanan h. Edrees et al; International Journal for Quality in Health Care (2017).	Estudo observacional analítico de controlo de caso.	Questionários distribuídos aos médicos e enfermeiros de 19 unidades de saúde localizadas no Dubai.	Avaliar quais as barreiras para a não notificação dos eventos adversos ou 'near miss' e fornecer sugestões para que o reporte seja efetivado.	3D
Principais conclusões	A segurança do cliente é uma prioridade organizacional, pois a organização percebeu quais as barreiras e recomendações para a segurança do cliente e desta forma incentivou os profissionais de saúde a reportar erros de medicação. Como barreiras incluíram percepções de uma cultura de culpa e questões com procedimentos de relato. Recomendações para estabelecer a segurança do cliente como uma prioridade organizacional incluem a criação de ambientes de apoio para discutir erros, contratação de pessoal para defender a segurança do cliente, implementar políticas para padronizar as práticas clínicas e simplificar os procedimentos de relatórios. Sugere-se a necessidade de identificar e priorizar outras influências externas que podem moldar os esforços para melhorar a segurança do cliente. Sugere-se uma oportunidade para demonstrar formal e explicitamente apoio de liderança para aqueles que investem em relatórios e partilham o que aprenderam.			
Título / Autores/ Ano (Estudo4)	Método	Participantes da amostra	Objetivo geral	Nível de evidência
Facilitated Nurse Medication-Related Event Reporting to Improve Medication Management Quality and Safety in Intensive Care Units; Jie Xu et al; Nursing Research (2017).	Estudo observacional de coorte.	Enfermeiros das três unidades de cuidados intensivos envolvidas no estudo.	Perceber de que forma a identificação e notificação das deficiências do sistema podem influenciar o surgimento de eventos adversos relacionados com a medicação.	3C
Principais conclusões	A segurança de medicamentos representa um desafio constante para os enfermeiros que trabalham em unidades de terapia intensiva complexas e de ritmo acelerado. Este estudo também explorou as relações entre os eventos adversos relacionados com a medicação e a carga de trabalho, humor dos enfermeiros e as interrupções que os enfermeiros sofrem aquando a preparação da medicação.			
Título / Autores/ Ano (Estudo5)	Método	Participantes da amostra	Objetivo geral	Nível de evidência
Impact of clinical pharmacist in an Indian Intensive Care Unit; Mohamed Hisham, Mudalipalayam N. Sivakumar, Ganesh Veerasekar; Indian Journal of Critical Care Medicine (2016).	Estudo prospetivo observacional.	Enfermeiros, farmacêuticas.	Avaliar o impacto e a eficácia de ter um farmacêutico clínico na Unidade Intensiva Indiana (UTI).	3E
Principais conclusões	O farmacêutico clínico deve ser parte integrante da equipe multidisciplinar, assim foi associado a uma menor taxa de eventos adversos causados por erros de medicação, interações medicamentosas e incompatibilidades medicamentosas. Os farmacêuticos são essenciais para melhorar a segurança do resultado, reduzir custos e fornecer qualidade de atendimento aos clientes. A administração de medicação tem riscos inerentes, os erros apresentam um enorme impacto na qualidade e eficiência da qualidade dos cuidados prestados, particularmente em relação à experiência, resultados e segurança. Os enfermeiros são fundamentais para o processo de administração de medicamentos e para demonstrar uma prática segura e confiável. No entanto, foi reforçado que interrupções podem determinar erros e omissões.			

Título / Autores/ Ano (Estudo 6)	Método	Participantes da amostra	Objetivo geral	Nível de evidência
Organizational and Individual Attributes Influencing Patient Risk Detection Laurel A. Despins, RN, PhD, ACNS-BC; Clinical Nursing Research (2014)	Estudo observacional de coorte.	Amostra por conveniência constituída por 34 Enfermeiros da unidade.	Analisar a forma como as medidas individuais e as medidas organizacionais podem reduzir o risco do erro terapêutico e a sua influência nos clientes.	3C
Principais conclusões	Os Enfermeiros desempenham um papel fundamental na deteção precoce dos erros terapêuticos. Deve ser prioridade organizacional a qualidade e as características individuais que podem melhorar ou impedir o cliente de detetar o erro. Este estudo demonstrou que durante o processo de preparação de medicamentos, os enfermeiros necessitam de um ambiente calmo e tranquilo para evitar o erro terapêutico. Conclui-se que mais pesquisas são necessárias para determinar se estes achados são coerentes com outros processos de cuidados de enfermagem. Assim, uma melhor compreensão dos fatores individuais e organizacionais podem minorar o erro.			
Título / Autores/ Ano (Estudo 7)	Método	Participantes da amostra	Objetivo geral	Nível de evidência
Prescribing errors in two ICU wards in a large teaching hospital in Iran; Mohammad Khammarnia et al; International Journal of Risk & Safety in Medicine 27 (2015)	Estudo retrospectivo observacional, sem grupo control.	Registos de intervenções terapêuticas relacionadas com medicação realizadas junto de 40 clientes.	Avaliar os erros de prescrição nas unidades de terapia intensiva (ICU) em Shiraz, sudoeste do Irão.	3E
Principais conclusões	Apesar dos esforços para melhorar a segurança dos clientes, erros médicos, especialmente erros de prescrição podem conduzir a situações de aumento da morbilidade e mortalidade dos clientes. O presente estudo foi realizado para avaliar os erros de prescrição nas unidades de terapia intensiva. Na maioria das prescrições, os médicos não escreveram a forma e dose do medicamento que pode ser potencialmente prejudicial para os clientes. Recomenda-se que uma prescrição médica informatizada seja usada porque pode diminuir os erros de prescrição e administração.			
Título / Autores/ Ano (Estudo 8)	Método	Participantes da amostra	Objetivo geral	Nível de evidência
Progressive Care Nurses Improving Patient Safety by Limiting Interruptions During Medication Administration; Fran Flynn, APRN, MS, BC-CNS Julie Q. Evanish, RN, BS, PCCN et al Critical CareNurse (2016)	Estudo observacional de coorte.	Amostra por conveniência composta por uma parte dos enfermeiros de três unidades da instituição em causa.	Avaliar o impacto das interrupções limitantes nos erros de medicação.	3C
Principais conclusões	A eficácia das estratégias para limitar as interrupções durante a administração de medicamentos, foi avaliada em inúmeras iniciativas de melhoria de qualidade, num esforço para reduzir os erros de administração de medicamentos. Reconhecendo a administração de medicamentos como uma atividade de alto risco, é fundamental a transformação da cultura e potenciar os enfermeiros a trabalharem em equipa, sendo necessário para limitar interrupções evitáveis durante a administração da medicação.			

1.5. Discussão

Este estudo foi dirigido às estratégias para minimizar o erro terapêutico, contemplando todas as fases do medicamento até à administração da terapêutica.

Da análise efetuada aos artigos selecionados constata-se que normalmente só são reportados os eventos que resultem em danos para o cliente, perdendo-se frequentemente a oportunidade de atuar de forma antecipatória, aprendendo com os near-misses e antes que o erro resulte em consequências sérias para o cliente. As razões apontadas pelos autores para esta realidade passam pelo medo de represálias e por vezes também pela falta de sensibilidade dos profissionais para a vertente construtiva do erro.

O erro é um processo multifatorial, onde diversos aspetos devem ser tidos em conta. De uma forma geral existirão sempre aspetos que não podemos controlar ao longo de todo o circuito do medicamento. Parte do trabalho de intervir num problema passa por consciencializar os atores do contexto da prática para a importância das diversas variáveis. Neste âmbito, importa salientar o trabalho desenvolvido por diversos autores (Estudo 1,2,4) na tentativa de consciencializar os profissionais para as falhas ao longo do circuito de medicação, dos quais são exemplo: o computador sem rede que não permite obter a folha terapêutica do cliente que, entretanto, se percebeu ser alérgico, a falha de corrente elétrica, a prescrição telefónica de fármacos por parte dos médicos de serviço, entre outros.

Diversos autores (estudo 5 e 6) encorajam a mudança de paradigma, passando-se a chamar eventos fora do comum, de forma a eliminar o estigma do erro, encorajando a sua participação mesmo que não hajam repercussões. Ao lidar com o erro, o enfermeiro tem que lidar com a situação e resolvê-la, tentando atuar de forma a reduzir / eliminar o risco para o doente, o que pode por si só pode ser indutor ao erro.

Devemos instituir uma cultura de segurança relativamente ao erro terapêutico, evitando a abordagem punitiva como referido no estudo 8.

Na literatura pesquisada, não existem *guidelines* para abordagem do erro nem das estratégias mais eficazes na sua minimização. São sugeridas como estratégias de redução da ocorrência do erro: cumprimento dos certos da medicação, confirmação do nome do cliente e/ ou a pulseira de identificação, identificação da medicação, considerando data e modo de administração, importância do rácio enfermeiro-doente, bem como a importância de notificar o erro, mesmo que dele não advenham consequências para o cliente (estudo 1, 5,8). O relato deve ser centrado na ocorrência, mantendo para fins estritos de notificação, que deve ser anónimo. O elevado nível de interrupções dos enfermeiros aquando da preparação da terapêutica por parte de familiares e/ou outros profissionais aumentam a probabilidade da existência do erro terapêutico.

O rácio adequado para determinado serviço é um conceito controverso porque devido às especificidades de cada contexto, assim será influenciado o nível de enfermeiros necessário, como refere o estudo 3 e 4). Níveis de pessoal elevados foram associados a melhores resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem, não apenas na redução do erro terapêutico, mas também na redução da mortalidade e das úlceras por pressão. Apesar de resultados serem bastante positivos, estes devem ser interpretados com precaução devido à heterogeneidade dos estudos utilizados (estudo 8). Cargas de trabalho maiores podem afetar negativamente a satisfação dos enfermeiros, podendo também prejudicar a segurança do cliente internado. Uma das estratégias utilizadas é a criação de instrumentos para reportar incidentes no cuidado do cliente (estudo 3). O desenvolvimento de conhecimentos dos enfermeiros acerca da terapêutica e sua administração, nomeadamente no que à matemática e às fórmulas de cálculo das doses diz respeito, diminuiu a incidência de erros terapêuticos. A abordagem de forma não punitiva do erro, através da realização de fóruns, prática tutelada revelou-se positiva. Deve ser fomentado o reporte do erro mesmo quando os eventos são não lesivos para o doente, uma vez que podemos resolver a situação e aprender com ela, impedindo que o cliente seja exposto no futuro a situações mais graves. O uso das novas tecnologias aliadas à saúde é importante, tendo permitido reduzir a incidência do erro. Como referido no estudo 7, as estratégias como utilização de bombas infusórias, leitores de códigos de barras e a prescrição eletrónica permitiram reduzir a incidência do erro, mas só após treino apropriado dos enfermeiros. A via endovenosa é a mais perigosa por ser a mais potencial de causar danos irreversíveis ao cliente, que já está fragilizado por si só nas unidades de cuidados intensivos, como explicado no estudo 4.

O erro pode ser por si só causador de “increased workflow” e stress, sendo por si só indutor ao erro. Da análise efetuada através da observação do erro, o risco de ocorrência de incidentes parece ser menor no turno da noite (estudo 4 e 6).

Na ocorrência do erro, a abordagem correta passa por desconstruir a situação que levou ao erro e não apenas procurar o culpado, sendo responsabilidade do enfermeiro especialista promover o reporte do erro terapêutico, mesmo que dele não advenham consequências para o cliente como forma de melhorar a cultura institucional.

Limitações do Estudo: consideram-se limitações para a realização do presente estudo a impossibilidade de acesso a alguns dos artigos (dado o seu texto integral não se encontrar disponível, sendo somente possível consultar o resumo). Sugere-se a realização de mais estudos no nosso país, no âmbito desta temática.

1.6. Conclusão

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. Reconhece-se assim a sua legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo a sua segurança um dos elementos centrais na qualidade em saúde (Direção Geral de Saúde, 2015).

São sugeridas como estratégias de redução da ocorrência do erro: cumprimento dos certos da medicação, confirmação do nome do cliente e/ ou pulseira de identificação, identificação da medicação, considerando data e modo de administração, importância do rácio enfermeiro-cliente, bem como a importância de notificar o erro, mesmo que dele não advenham consequências para o cliente.

Reforça-se a necessidade do desenvolvimento de metodologias específicas capazes de identificar as barreiras e controlos críticos que poderiam minimizar os erros na fase que precede imediatamente a administração de medicamentos.

O elevado nível de interrupções dos enfermeiros aquando da preparação da terapêutica por parte de familiares e/ou outros profissionais aumenta a probabilidade de ocorrência do erro terapêutico.

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. Reconhece-se assim a sua legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo a sua segurança um dos elementos centrais na qualidade em saúde (Direção Geral de Saúde, 2015).

Segundo a literatura na área, verifica-se uma elevada prevalência de erros e acidentes, desde interrupções do fluxo cirúrgico, a acidentes *minor* ou até mesmo eventos catastróficos (Fragata, 2006).

Reforça-se a necessidade de educação permanente dos profissionais, a fim de sensibilizá-los para notificar os eventos, e capacitá-los para reduzir os índices dos eventos adversos.

Na ocorrência do erro, a abordagem correta passa por desconstruir a situação que levou ao erro e não apenas procurar o culpado, sendo responsabilidade do enfermeiro especialista promover o reporte do erro terapêutico, mesmo que dele não advenham consequências para o cliente como forma de melhorar a cultura institucional. Os elementos fundamentais da vulnerabilidade ao erro são, em qualquer instituição, a cultura de culpabilização individual, a negação dos acidentes e o sentido da falsa excelência (Fragata, 2006).

A gestão do risco é um instrumento do controle de qualidade e baseia-se fundamentalmente em três pilares fundamentais, todos eles atuando pró-ativamente ou preventivamente sobre a ocorrência de acidentes- a declaração obrigatória de todos os eventos negativos, a realização de auditorias clínicas e avaliação de performance individual e a revisão periódica de protocolos, normas de segurança e programas de treino (Fragata, 2006).

É fundamental que os enfermeiros estejam despertos para a minimização do erro terapêutico e sobre quais as melhores estratégias para o minimizar. Importa que saibam o que é erro terapêutico, quais os tipos de erros existentes e as suas causas, fomentando comportamentos seguros, contribuindo, assim, para a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

1.7. Referências

- Babita Gupta, S. K. (April-June de 2015). Efficacy of contrasting background on a drug label:A prospective, randomized study. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*.
- Carla F. Paixão Nunes, B., Paola B. A. Andreoli, P., F´abio T. Ferracini, M., & Claudia G. Barros, B. M. (11 de junho de 2012). A Survey of Medication Error Prevalence in a Brazilian Health Center.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final, 2011
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Despacho nº 1400-A/2015, 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Diário da República, 2ª Série, Nº 28. Disponível em www.dre.pt.
- Fragata, J. (2006). O Erro em Medicina. Almedina.
- Fragata, J. (2006). *Risco clínico complexidade e performance*. Almedina
- Fran Flynn, A. M.-C. (2016). Progressive Care Nurses Improving Patient Safety by Limiting Interruptions During Medication Administration. *Critical Care Nurse*.
- HANAN H. EDREES, M. N. (2017). Examining influences on speaking up among critial care healthcare providers in the United Arab Emirates. *International Journal for Quality in Health Care*.
- Jie Xu, Carrie Reale, J. M. (2017). Facilitated Nurse Medication-Related Event Reporting to Improve Medication Management Quality and Safety in Intensive Care Units. *Nursing Research*.
- Mohamed Hisham, M. N. (2016). Impact of clinical pharmacist in an Indian Intensive Care Unit. *Indian Journal of Critical Care Medicine*.
- Mohammad Khammaria, b. R. (2015). Prescribing errors in two ICU wards in a large teaching hospital in Iran. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Segurança do doente. Nº 17. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005.
- Peters MDJ, Godfrey CM, Mclnerney P, et al. Methodology for JBI scoping reviews. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Adelaide, South Australia: The Joanna Briggs Institute; 2015.

- Portal do National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, disponível em: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors> , e em <https://www.nccmerp.org/reducing-medication-errors-associated-risk-behaviors-healthcare-professionals>, acedidos a 23 de Setembro de 2018.
- Laurel A. Despins, R. P.-B. (2014). Organizational and Individual Attributes Influencing Patient Risk Detection. *Clinical Nursing Research*.
- VIEIRA, Margarida M. Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência. ed. 2., Lisboa: Universidade Católica Editora,2008.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES REALIZADAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO, NO ÂMBITO DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

2.1. Estágio I: Unidade de Urgência Médica

No dia 30 de abril iniciei o estágio de prestação de cuidados ao cliente crítico e sua família, numa Unidade de Urgência Médica (UUM). O respetivo estágio pressupõe uma carga horária de 180h, que corresponderam a aproximadamente 21 turnos, equitativamente distribuídos ao longo de um período de 9 semanas. Nas primeiras três semanas decorreu a primeira fase que defini como fase de integração. Nas três semanas seguintes decorreu a fase de supervisão, tendo nas últimas três tido lugar a fase de autonomia (APÊNDICE I)

A UUM é constituída por 16 camas de nível III e 8 camas nível I. O serviço possui ainda uma sala de hemodiálise com 2 camas, onde os clientes extra unidade urgência médica são submetidos a tratamento de hemodialise (HD). Realizam-se ainda outros procedimentos (colocação de electrocateter, realização de fibroscopia, colocação de gastrostomia endoscópica percutânea) e existe uma sala para potencial paragem cardio-respiratória.

Na Urgência Médica existem peritos em ECMO (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation), neste caso 1 enfermeiro e 1 médico; enfermeiros especialistas em enfermagem médico cirúrgica e uma enfermeira especialista em saúde mental. A carga de trabalho é avaliada 1 vez dia (noite) de forma a verificar quais os recursos necessários. É utilizada a escala NAS (Nursing activities score) e TISS 28 (Therapeutic Intervention Scoring System). Como a UUM ainda está em fase transição utiliza as duas escalas para assim haver maior fiabilidade dos dados, bem como os enfermeiros conseguirem adaptarem-se a esta nova escala, sendo um processo gradual.

Tendo como base a metodologia de projeto, mobilizando as orientações fornecidas pela universidade e também o meu interesse pessoal pela área específica em análise, delineei como objetivo geral “Desenvolver competências técnico-científicas, éticas e relacionais à pessoa em

situação crítica e sua família, em contexto de unidade de cuidados intensivos. Como objetivos específicos: “Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica, “Promover a segurança do doente em situação crítica em UCI, minimizando a ocorrência do erro terapêutico”.

Assim, cada intervenção realizada, foi pensada ao pormenor tendo em conta a prática baseada na evidência, pois a área onde exerço funções de enfermeira é distinta da prestação de cuidados ao doente em situação crítica. Nesse sentido, exigiu um maior trabalho e empenho da minha parte para gerir e interpretar este novo contexto e interligar a formação inicial e experiência profissional. Foi através destas intervenções e da reflexão crítica que desenvolvi a competência **de gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada.**

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) assume um papel cada vez mais importante para a prática da enfermagem, visto que o seu principal objetivo é proporcionar condições para o desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro, procurando ao mesmo tempo despertar a capacidade de reflexão sobre a ação, de forma a criar uma prática mais segura e de qualidade (Borges, 2013).

A supervisão, na sua essência, inclui princípios, estilos, modelos, implementação contextualizada, bem como funções ajustadas para o supervisor e para o supervisionado. No entanto, existem perceções erradas sobre o conceito de supervisão, sobre a função do supervisor e do supervisionado, bem como as perceções que as instituições de saúde assumem face à supervisão clínica (SC). Partindo deste pressuposto, tornou-se pertinente compreender as perspetivas, emoções e dificuldades experienciadas pelo Enfermeiro Supervisor Clínico (ESC) durante a implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC), uma vez que este é um elemento fundamental no processo de supervisão (Borges, 2013).

Supervisão clínica em enfermagem pressupõe o desenvolvimento de atitudes, habilidades e características pessoais, inteligência emocional, preocupações éticas e pensamento relacional, que permitam demonstrar competência.

Também é importante referir que no âmbito de Enfermagem competência é um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revela-se nos níveis de desempenho adequado às circunstâncias (Alarcão, 2001).

Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, existem competências comuns que são inerentes a todos os enfermeiros especialistas,

independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação e investigação. As competências específicas são aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido por cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação de cuidados às necessidades de saúde das pessoas. O domínio das competências comuns passa pela responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria de continua qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista ,2010).

Existem dois modelos de competências de acordo com Bronfenbrenner (1996): para o autor este modelo refere a pessoa como processo num contexto e tempo, sendo que a mesma está integrada num microsistema (pessoa), mesosistema, exosistema e por fim no macrosistema.

Patricia Benner expõe as suas conceções sobre o desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem, ideias que resultam da investigação sistemática em que aplicou o modelo de Dreyfus nas ciências de enfermagem.

Segundo Benner, sempre que o profissional se esconde atrás de regras e dos hábitos, para se defender da ansiedade, pode ser considerado como uma estratégia. No entanto, é uma estratégia irrealista que tem como consequência o desgaste suplementar que advém do não reconhecimento e da não legitimação das competências de enfermagem. Refere ainda que as enfermeiras têm contactos diariamente frequentes com doentes; a maior parte do tempo ignoram o impacto da sua intervenção na recuperação do doente. Muitos desses contactos e intervenções são rotineiros e caem no esquecimento.

Patricia Benner refere que existem 5 estadios: iniciado em que as iniciadas não têm nenhuma experiência das situações com que possam ser confrontadas. Como os iniciados não têm qualquer experiência da situação à qual vão fazer frente, têm que lhe ser dadas regras, podem não ir ao encontro de um comportamento correto, porque não lhes podem ser indicados quais os atos mais úteis numa dada situação real; Iniciado avançado: o comportamento das iniciadas avançadas é aquele que pode ser classificado de aceitável, pois já fizeram frente a situações reais em número suficiente para notar, elas próprias ou sob supervisão de um orientador; Competente: a enfermeira competente trabalha a 2 ou 3 anos no mesmo serviço. Torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos objetivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente; Proficiente: a enfermeira proficiente percebe as situações na sua globalidade e não de forma

fragmentada, e as suas ações são guiadas por máximas; Perita: já não se apoia sobre um princípio analítico (regras, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. (Benner, 2005).

No meu caso concreto, tive o privilégio de ser acompanhada por uma enfermeira Perita/Especialista em cuidados intensivos ao longo de todo o estágio, o que me permitiu sustentar a formação e a atividade profissional, tendo sempre em conta a prestação de cuidados de qualidade ao cliente e, ainda, promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos mesmos (Cottrell, 2000).

A avaliação da qualidade da supervisão depende do número de sessões específicas e individualizadas de supervisão das experiências clínicas; de momentos de reflexão sobre questões de ordem ética e deontológica; da supervisão ser realizada durante todo o estágio; do facto de o estudante se sentir à vontade para colocar dúvidas e solicitar esclarecimentos, de existirem estudantes a quem foram indicadas as áreas deficitárias em matéria de formação no final do estágio (Costa, 2012).

Segundo o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (2010), existem competências a nível do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pelo que tive que demonstrar tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem – Competências do enfermeiro de cuidados gerais, 2010), o exercício profissional de enfermagem requer que “a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício autónomo implique uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo.”

A tomada de decisão é um tipo de autoconhecimento com características específicas: disposição para aceitar ou abandonar ações, tendo em conta o julgamento; capacidade de escolher entre duas ou mais alternativas pela identificação da informação relevante, das consequências potenciais de cada alternativa, dos recursos de suporte e das contradições entre desejos, pesando e selecionando as alternativas; fazer escolhas que afetam o próprio ou terceiros (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2015).

Para Benner (2005), no processo por intuição a decisão simplesmente acontece, sendo resultado de um juízo, não sendo racional, no entanto, relacionada muitas vezes com o grau de

experiência. Por vezes, é esta forma de tomada de decisão que separa o principiante do experiente.

No artigo 4º do Regulamento de Exercício da Prática de Enfermagem (1996), os cuidados de enfermagem são definidos como as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. O Artigo 9º, refere que os enfermeiros “decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade”.

Assim, o enfermeiro suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas, o artigo 79º refere que os enfermeiros ao se inscreverem na ordem assumem o dever de a) cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; b) responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, na sequência da tomada de decisão o enfermeiro pode escolher agir desta ou daquela forma, os processos deliberados (deliberar prós e contras). Em ética conta a intenção, contudo avalia-se é o resultado da decisão; c) defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou bem comum, sobretudo quando carecidas da indispensável competência profissional; d) ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de crise ou catástrofe, atuando sempre de acordo com a sua área de competências.

Segundo a carta dos Direitos Humanos, Artigo VII - Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

O enfermeiro tem que «cuidar da pessoa sem distinção», artigo 81º- Dos valores humanos. A nível da constituição da república portuguesa, são proibidas as discriminações no exercício de quaisquer direitos económicos, sociais, culturais, por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica. Assim, de acordo com o princípio da justiça, é de relevar as situações que são idênticas devem ser tratadas de forma idêntica e situações de que não são iguais, de forma diferente. Define-se assim justiça como equidade.

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica passam **por cuidar da pessoa e vivenciar processos complexos de doença crítica/e ou falência multiorgânica**. Neste sentido prestei cuidados a pessoas em situação crítica, tendo em conta os seus diagnósticos e as intervenções que iria realizar, bem como, os protocolos existentes na UUM, como por exemplo, protocolo de colheita de hemoculturas, manutenção de cateteres centrais, manutenção de cateter arterial. Tendo em conta os diagnósticos que estão

associados ao cliente em situação crítica, estando submetidos a ventilação mecânica invasiva e por isso entubados, como prevenir a pneumonia associada à ventilação, promover a higiene oral, realizar colheita de secreções brônquicas, manutenção do cateter vesical e prevenir novos focos de infecção.

Para avaliar a prevalência e incidência de reinternamentos foi criada a consulta de follow up, com o objetivo de avaliar ao fim de 6 meses após a alta qual o índice de qualidade de vida; grau de dependência nas atividades de vida diária; quais os fatores causadores de stress durante o internamento com o objetivo de os prevenir e corrigir; acompanhar o cliente e dar seguimento à evolução dos problemas no momento da alta com eventual ajuda no seu encaminhamento se ainda não resolvidos. Nesta consulta de follow up referente ao ano 2017 foram avaliados 888 clientes, 312 excluídos (por morte ou por permanecerem na UUM mais de 48h), 418 não avaliados (porque não tinham contactado ou faltaram) e 95 avaliados. A escala utilizada no follow up foi EQ-5D. A escala EQ-5D, mede a qualidade de saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidado pessoal, atividades quotidianas, dor/desconforto e ansiedade/depressão; também inclui uma escala visual analógica (EVA) para medir o nível global de saúde e um índice baseado nas cinco dimensões, permite a descrição multidimensional da saúde geral. A versão portuguesa do questionário EQ-5D foi validada em 1998, apresenta uma boa aceitabilidade, fiabilidade e validade na medição do estado de saúde. (Grupo EuroQol)

Uma das competências a desenvolver passa também por assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, sendo extremamente importante criar uma relação empática com a família, bem como estabelecer uma comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica da pessoa/família face à preparação do regresso a casa. Nessa perspetiva, realizei o acolhimento a algumas famílias, de modo a identificar quais as estratégias de comunicação a utilizar, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde do cliente. A família é parte integrante do cliente, por isso tive oportunidade de realizar algumas sessões de acolhimento, bem como prestar apoio emocional aos familiares utilizando escuta ativa. Ao longo do estágio, apercebi-me que apesar de ser um contrassenso, na UUM não se cuidam apenas de pessoas vivas, mas também de pessoas que provinham da rua em paragem cardiorrespiratória e nem sempre tinham um final feliz, sendo os familiares afetados pelo processo de luto. Numa dessas situações tive a oportunidade de contactar com uma família em que o seu familiar faleceu. Os familiares despediram-se do cliente, com tristeza e mágoa. Nesse momento, tentei proporcionar o melhor ambiente possível, dadas as condições, no que respeita ao tempo, disponibilidade para ouvir, promover o silêncio e

resguardando a privacidade da família e cliente. O Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015) prescreve, respetivamente, nas alíneas a) e c) do artigo 84º que é função do enfermeiro “Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” e “Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem”. Nascimento et al (2015) reforçam que aquando do internamento inesperado, gera-se uma situação de crise para todos os membros de sua família. Pela situação crítica e pelo desconhecido, surgem medos, aflições, ansiedades, sentimentos de culpa, perda e a preocupação com a morte. Os familiares sofrem pelo sentimento de impotência face a situação clínica do seu familiar. De acordo com Díaz (2014), a família apresenta perante a situação de crise vivenciada, duas formas de resposta: a negação e a revolta face à mesma. Nesses momentos considero ter conseguido estabelecer a ponte entre o cliente e a família, explicando o que se passava com o cliente, utilizando as técnicas que considere mais adequadas à comunicação, de acordo com o momento.

Face ao exposto considero ter conseguido **demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.**

No **domínio da melhoria da qualidade**, enquanto futura enfermeira especialista, propus-me realizar uma pesquisa acerca do erro terapêutico, principalmente saber o que existe na literatura, ou seja, quais as estratégias para minimizar o erro terapêutico. Foi um tema que surgiu da minha prática que decidi desenvolver, por considerar ter uma importância crucial na melhoria da qualidade dos cuidados e fazer parte do Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020.

Em determinada altura, tive a oportunidade de num dos turnos refletir acerca da segurança do cliente bem como da qualidade dos cuidados, relacionados com erro terapêutico. Enquanto prestava cuidados a um cliente politraumatizado com necessidade de suporte transfusional. Após colheita de sangue e discutidos os resultados com o médico assistente, foi pedida uma unidade de concentrado eritrócitário.

De acordo com o protocolo em vigor, o assistente operacional do serviço levou a requisição de hemoderivados para o serviço de sangue. Posteriormente, o serviço de hemoterapia contacta a UUM, informando que transfusão estaria pronta, após ter sido efetuada uma primeira confirmação da identidade do cliente e do número do processo na instituição.

Já com a UCE no serviço e pronta a ser administrada, fez-se segunda verificação junto do Sclínico, confirmando se o hemoderivado correspondia ao que foi pedido pelo médico. Uma vez que a confirmação foi positiva, verificou-se através da leitura de scâner ótico, que procura uma correspondência entre o código de barras presente no hemoderivado e o código de barras presente na pulseira do cliente. Como existiu correspondência dos dados analisados, prosseguiu-se administração do hemoderivado.

Senti-me surpresa pela aplicação das novas tecnologias na enfermagem, no sentido de diminuir a prevalência do erro terapêutico. Por outro lado, senti que estava a proteger o cliente, contribuindo ativamente para o estabelecimento de uma cultura segura de boas práticas institucionais. Considero que nesta situação posso retirar contributos para a minha prática de cuidados. Além de me sentir mais segura, senti que a utilização de estratégias efetivas na redução do erro terapêutico, permitiu a rentabilização do tempo disponível para cuidar de cada cliente, salvaguardando-me enquanto profissional face a reações adversas ou eventuais incidentes ocorridos.

Esta experiência contribuiu para a minha evolução, considerando que esta situação foi positiva, tal como referido anteriormente, promovendo assim práticas seguras.

Segundo a Direção Geral de Saúde, - Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do cliente, um erro é a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução.

Segurança do cliente passa pela redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.

Em Portugal tanto os profissionais como o cidadão podem reportar em portais on-line as reações adversas ao medicamento e os incidentes que ocorram numa instituição de saúde que envolvam medicação. De acordo com os dados de sistema nacional de notificação de incidentes, 13% do total de incidentes reportados referem-se a incidentes relacionados com medicação. A situação anteriormente descrita e que agora analiso, teve lugar no seguimento de estratégias tomadas a nível institucional na tentativa de prevenir o erro terapêutico, tendo em vista não apenas a qualidade e a excelência dos cuidados como também a obtenção de ganhos em saúde.

A administração de um hemoderivado nesta unidade está sujeita a uma tripla verificação, realizada sucessivamente como forma de diminuir a incidência do erro terapêutico. Quando comparada com a realidade do meu dia-a-dia, importa refletir sobre a eficácia de todo o processo de validação, que mediante um procedimento relativamente simples e rápido, permite a promoção da segurança do cliente, possibilitando ao enfermeiro responsável pelo cliente ter tempo para prestar outros cuidados. A este respeito, importa salientar a importância da utilização das novas tecnologias no contexto de enfermagem. De facto, a integração das novas tecnologias em enfermagem é de tal forma determinante que é transversal a todos os objetivos estratégicos definidos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes.

Ao protocolar a atuação dos enfermeiros, a instituição garante a melhor resposta possível. Por outro lado, ao se registar tudo de forma detalhada, minimiza-se o risco de erro inerente à comunicação e também é mais fácil detetar o erro tomando medidas.

A prevenção do erro terapêutico também passa por assegurar a identificação inequívoca dos clientes, como refere no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. A identificação inequívoca dos clientes, deve sempre ocorrer em qualquer intervenção, quer ela diga respeito ao diagnóstico, ao tratamento ou a prestação de serviços de apoio, o que nesta situação foi cumprida.

Concluo que esta situação foi importante no desenvolvimento das competências de futura enfermeira especialista.

O erro terapêutico potencia gastos de recursos financeiros, materiais e humanos, podendo causar danos para o cliente, para o profissional e para a equipa.

A reflexão sobre o erro terapêutico deve estar presente nas equipas de enfermagem e a gestão do erro deve ser feita de uma forma construtiva e não punitiva.

Deste plano figuram objetivos estruturais, que são operacionalizados por medidas institucionais e individuais.

Esta reflexão abrangeu algumas dessas medidas, nomeadamente, aumentar a segurança da comunicação, aumentar a segurança na utilização da medicação e assegurar a identificação inequívoca dos clientes.

A temática da gestão do erro terapêutico foi debatida numa das reuniões realizadas com a enfermeira orientadora que forneceu valiosos contributos, contributos esses que incorporei na minha prática diária.

Uma das estratégias passa por instruir os profissionais a fazer double check para confirmar os cálculos da diluição; estabelecer meios eficazes de comunicação entre a equipa multidisciplinar; procurar a orientação com outros profissionais (enfermeiros, médicos, farmacêuticos), consultar guias, bulas de medicamentos e protocolos institucionais, em caso de

dúvida acerca do nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações, precauções de uso, preparação e administração; identificar corretamente os medicamentos preparados (com nome do cliente, nome do medicamento, horário e via de administração) e os frascos de medicamentos que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, iniciais do responsável pela preparação). Desenvolvi, assim, a competência de **formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.**

Na UUM realizei uma ação de formação (APÊNDICE II) acerca deste tema, o que me permitiu **promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.**

Tive oportunidade de reunir com a Enfermeira pertencente ao gabinete de Gestão de Risco que partilhou como se referenciam os erros no Centro Hospitalar de Lisboa Central, através do programa Her+.

No programa Her +, deve-se relatar episódios de quase-evento, incidente de segurança e segurança geral ou perigo de que resulte ou possa resultar dano para o cliente ou para o profissional (com exceção dos incidentes/acidentes de trabalho). Assim, ajuda a identificar os passos que o enfermeiro violou sem conhecimento.

Desta forma, as enfermeiras de gestão de risco realizam formações direcionadas a cada serviço, de acordo com as necessidades identificadas.

A nível das competências do **domínio da gestão dos cuidados**, como a minha orientadora de estágio assume responsabilidade pela gestão do serviço na ausência do Enfermeiro Chefe, tive múltiplas oportunidades para perceber como se gere uma equipa maior. A nível profissional já geri equipas com menos elementos o que não se pode comparar a este serviço. O segundo elemento deve gerir a equipa, decidir quem fica em cada sala, realizar acolhimento de famílias, gerir visitas, gerir conflitos entre profissionais e também conflitos com o cliente /família, gerir material/terapêutica, ajudar nos cuidados ou dúvidas de profissionais de saúde, verificar qual a carga de trabalho dos enfermeiros, supervisionar e avaliar os cuidados prestados em situação de delegação, fomentar o trabalho em equipa. Existe um enfermeiro de referência para analisar as escalas de úlceras por pressão, escala das quedas, controlo de infeção, Tiss 28 e NAS, ECPR, ECMO e follow up. De acordo com o Regulamento do exercício profissional do enfermeiro, os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha preparação necessária para as executar, conjugando -se sempre

a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem (artigo 10º, do Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril).

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, demonstrei capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, relevando a dimensão de mim e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional. Ao longo do tempo que estive na UUM, assisti a duas formações, uma a 4/6/2018 sobre reconstrução microcirúrgica com retalho livre e outra 11/6/2018 acerca das técnicas de substituição de função renal contínua, **desenvolvendo a competência de identificar as necessidades formativas na minha área de especialização.**

Tive oportunidade de prestar cuidados com uma perita/ especialista a clientes politraumatizados, desenvolvendo competências nesta vertente. Notei que para o familiar, os clientes politraumatizados são complexos, pois o familiar tem medo de tocar, não tem a certeza se o cliente ouve ou não. Expliquei aos familiares que poderiam tocar no cliente, bem como falar com ele pois era importante sentir e ouvir uma voz familiar, mesmo a clientes sedados. Concordo com Phaneuf (2005) quando refere que a “comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal e, de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” (p. 23). A comunicação não-verbal é definida por Bolander (1998) como “o conjunto de comportamentos que comunica mensagens quer sem usar palavras, quer como suplemento da comunicação verbal” (p. 531), pois existe uma variedade de sinais não-verbais que possibilitam comunicarmo-nos entre nós quando a comunicação verbal não é possível. Pelo desafio que esta temática me proporcionou, considero que **tomei iniciativas e fui criativa na interpretação e resolução de problemas na minha área de especialização.**

Particpei nos cuidados a clientes com suporte de ECMO tendo previamente aprofundado conhecimentos acerca do ECMO bem como do manuseamento do equipamento. Prestei cuidados a clientes com necessidade de técnicas contínuas de substituição de função renal com uma perita nesta área, tendo demonstrado conhecimentos acerca desta temática.

A equipa multidisciplinar foi crucial para o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista, proporcionando-me desenvolvimento de pensamento crítico e juízo clínico. Na UUM o trabalho em equipa é determinante e existe, considero por isso que a forma como fui acolhida e orientada pela equipa ajudou-me a desenvolver competências específicas, como **demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

O acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados (DGS, 2015). A promoção da segurança do cliente implica reduzir o risco de dano desnecessário para um mínimo aceitável face ao conhecimento atual e recursos disponíveis no contexto em que os cuidados foram prestados, por oposição ao risco do não tratamento ou de utilização de tratamento alternativo (DGS, 2011).

O circuito do medicamento é um processo complexo, sujeito a influências externas que podem originar erros terapêuticos. Define-se como erro terapêutico, qualquer evento evitável que pode implicar uso inapropriado de medicação ou causar dano ao doente (NCMERP, 2018), podendo ocorrer desde a fase da prescrição à fase da monitorização.

A administração de terapêutica é responsabilidade do enfermeiro, o que justifica o interesse nesta área tendo em vista a excelência dos cuidados prestados.

Por esta área do cliente em situação crítica ser de especial interesse, fez com que potenciasses o meu desempenho neste estágio, o gosto de saber e aprender mais. A UUM foi crucial no desenvolvimento do meu trabalho acerca das medidas para minimizar o erro terapêutico proporcionando-me uma nova visão acerca desta temática.

2.2. Estágio II: Bloco Operatório

No dia 3 de setembro iniciei o estágio de prestação de cuidados ao doente crítico e sua família, realizado no bloco operatório finalizado no dia 25 de novembro de 2018. O respetivo estágio pressupõe carga horária de 180h, que corresponderam a aproximadamente 21 turnos, equitativamente distribuídos ao longo de um período de 9 semanas (APENDICE III).

O Bloco operatório é uma Unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral, anestesia (DGS, 2015).

No bloco operatório tive oportunidade de conhecer o espaço físico, que é constituído por quatro salas, sendo uma sala híbrida. Existem 4 salas de indução, onde é realizada a anestesia. Tem acesso privilegiado à unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA). Existe uma unidade de cuidados intensivos com 11 quartos, e 26 quartos individuais. Cada sala possui uma antecâmara, onde se inicia a indução anestésica. O Bloco Operatório possui ainda uma zona de acolhimento, uma área de logística, onde se localizam gabinetes médicos (pisos -1) do enfermeiro-chefe (pisos -1) e administrativos, e ainda uma área do pessoal, que inclui os vestiários, copa e sala de reuniões que é compartilhado com UCPA.

O Bloco Operatório é uma unidade cirúrgica, fechada e isolada do exterior. Existem diferentes especialidades cirúrgicas e tecnologia de apoio, bem como recursos humanos disponíveis e necessários para dar resposta às necessidades. No bloco operatório existem múltiplas especialidades: patologia mamária, aparelho digestivo, fígado, vias biliares e pâncreas, urologia (próstata e vias urinárias), ginecologia, cirurgia torácica e pulmonar. Devido à especificidade e características próprias do serviço, no primeiro dia de estágio, foi-me apresentada a estrutura e explicada a dinâmica do serviço e procedi à leitura das normas e protocolos existentes, para melhor compreender os procedimentos realizados, de forma a atuar de acordo com os mesmos.

“O Enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas do indivíduo, põe em prática um plano de cuidados individualizados que coordene as suas ações, baseado nas ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo, antes, durante, e após a cirurgia” (Oliveira, 2014).

Os enfermeiros especialistas nesta área têm como finalidade prestarem cuidados de enfermagem decorrentes de um conhecimento científico, técnico e humano mais aprofundado, capacitando-os para dar uma resposta mais eficaz e eficiente ao cliente.

Atualmente a função do enfermeiro perioperatório é garantir e disponibilizar ao cliente cirúrgico, cuidados de enfermagem específicos e de qualidade. O “saber ser” no bloco operatório implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências e controlo de stress. O “saber fazer” também tem que estar presente nas competências do enfermeiro perioperatório, pois representa o conjunto dos conhecimentos, habilidades e práticas necessárias para o desempenho global do conteúdo funcional do enfermeiro do peri operatório (Oliveira, 2014).

Após uma perceção real do funcionamento do bloco operatório, estabeleci alguns objetivos adaptados ao local de estágio. Como enfermeira de cuidados gerais nunca tive oportunidade de trabalhar num bloco operatório, o que me levou a escolher o bloco para desenvolver competências enquanto futura enfermeira especialista no cliente em situação crítica. Desta forma, defini como objetivo geral desenvolver competências de enfermeira especialista na prestação de cuidados ao doente e sua família no processo cirúrgico, que tem como unidade de competência, identificar as necessidades da pessoa, família e cuidadores assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação decorrentes de patologias agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. Ao longo do estágio, desenvolvi técnicas de comunicação com

o cliente e sua família ao longo de todo o processo cirúrgico (pré, intra e pós, realizei várias reuniões semanais com as enfermeiras orientadoras de forma a poder esclarecer dúvidas e expor e analisar situações críticas.

A comunicação em saúde, segundo Fishhoff & Noel (2010, página 7), define-se como “A arte ou a técnica de informar, influenciar e motivar indivíduos, instituições, públicos e audiências sobre importantes questões da saúde, o objetivo, inclui a prevenção de doenças, promoção da saúde, política de saúde, gestão dos cuidados de saúde, bem como o aumento da qualidade de vida e saúde dos indivíduos dentro da comunidade”. Ao longo do meu percurso tive oportunidade de acompanhar o cliente e a família desde a sala de indução até ao pós-operatório, sendo que tive um momento de interação em particular que me marcou. Uma cliente com 38 anos, enfermeira, com cancro de mama, com 3 filhos, ia iniciar quimioterapia e por esse motivo necessita de colocar um cateter implantado. Na sala de indução, conversei com a cliente acerca do procedimento que iria ser efetuado e como se sentia nesta nova fase da doença. Mostrei empatia, escuta ativa, dei oportunidade para a cliente expressar as suas frustrações devido a ter 3 filhos e não saber se tinha capacidade para cuidar destes. O silêncio e o toque por vezes são cruciais, proporcionei privacidade e também demonstrei que ali era o momento indicado para demonstrar as suas fragilidades. Este momento, foi marcante pois desenvolvi técnicas de comunicação e de relação. Identifico-me com Lazure quando defende que “Se conseguirmos estar atentos ao outro, a relação, num contexto de ajuda/apoio/conforto, reveste-se de um carácter particular tendo sempre por base os princípios de toda a Comunicação Humana” (1994, página 13).

Considero também que o Enfermeiro “constitui o elemento fundamental no estabelecimento de uma relação interpessoal entre todos os envolvidos no cuidado à pessoa e à sua família, tem como objetivo principal manter uma relação de ajuda contribuindo para o bem-estar, qualquer que seja o estado do cliente” (Costa, 2006, página 65).

Nessa continuidade, importa estabelecer uma relação empática com o cliente, de forma a que este se sinta seguro no procedimento a que vai ser submetido. Estabelecer uma relação com o cliente permite que este seja envolvido no processo do cuidar e possibilita uma validação extra no que se refere à segurança da medicação, permitindo promover excelência e qualidade dos cuidados.

Para melhor me integrar no serviço tive conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos e das diretrizes de âmbito local, regional e nacional, de modo a mobilizar o que pratico no meu local de trabalho com o que se realiza neste contexto.

Um dos meus objetivos foi compreender as responsabilidades do enfermeiro circulante, anestesista e instrumentista e qual a sua importância no processo de minimização do erro, pois, todos os elementos são cruciais no processo do cuidar e o trabalho em equipa é fulcral. No circuito do medicamento incluem-se todos os profissionais da equipa e como tal para prevenir o erro é importante trabalhar com todos.

No bloco operatório o enfermeiro desempenha três funções: circulante, instrumentista e anestesista.

O enfermeiro circulante desenvolve competências na área da prestação de cuidados, na manutenção de um ambiente seguro e nos cuidados multidisciplinares. Assume a responsabilidade de criar um ambiente seguro para o cliente, gerindo as atividades fora da área esterilizada e prestando cuidados de enfermagem ao cliente (AORN, 2002). O Enfermeiro circulante na véspera da intervenção realiza o planeamento de cuidados em conjunto com a equipa cirúrgica. Ao realizar este tipo de intervenção faz com que exista diminuição do erro e otimização dos recursos existentes. O enfermeiro instrumentista desenvolve competências na área da prestação de cuidados e manutenção de um ambiente seguro para o cliente e restante equipa multidisciplinar, organizando o seu trabalho, gerindo o tempo, implementando procedimentos de controlo de infeção. Garante a manutenção de um ambiente seguro através da utilização de estratégias que certifiquem a qualidade de cuidados prestados e de gestão de risco.

Como um dos meus objetivos ao longo deste processo estava relacionado com a gestão do erro terapêutico, a maior parte dos meus turnos foram realizados com a função de enfermeira anestesista, estabeleci o primeiro contacto com o cliente e família. Quando o cliente chega à sala de indução, confirmei a sua identidade em consonância com o plano operatório e expliquei alguns dos procedimentos, de forma a diminuir o grau de ansiedade do cliente e esclareci algumas dúvidas.

O enfermeiro anestesista tem maior contacto com medicação e por isso é crucial perceber quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para minimizar a ocorrência de erro. O enfermeiro de anestesia é o responsável pela administração da anestesia na sala de indução, sob supervisão do anestesista ou cirurgião (AORN, 2002).

No pré-operatório conheci as necessidades do cliente, testei todos os equipamentos e confirmei a checklist no início do turno, sendo crucial para a diminuição do erro; preparei os fármacos anestésicos segundo indicação do anesthesiologista. Iniciei o acolhimento ao cliente, providenciando a entrada do cliente no bloco operatório. Recebi e confirmei a identificação do

cliente na sala de indução; confirmei se o cliente tinha retirado as próteses; se tinha alergias a medicamentos ou alimentos; colhi informações acerca da patologia e dos antecedentes relevantes; confirmei o jejum e o consentimento informado; procedi à correta monitorização e vigilância cardiorrespiratória e verifiquei o nível de consciência (através de monitorização BIS-brian function monitoring systems), garanti a permeabilidade do acesso venoso periférico; colaborei no correto posicionamento do cliente, de modo a evitar lesões músculo-esqueléticas e nervosas; mantive-me atenta no decorrer da anestesia, manuseando e controlando o material e o equipamento utilizado, para promover a segurança do cliente; realizei balanço hídrico sempre que necessário; promovi a privacidade do cliente; realizei registos de enfermagem; providenciei a saída do cliente em segurança, acompanhando-o até à unidade de cuidados pós anestésicos; comuniquei ao enfermeiro da unidade de cuidados pós anestésicos todas as ocorrências pertinentes durante o ato anestésico, alertando para possíveis alterações que pudessem ocorrer.

Prestei cuidados de enfermagem sob supervisão da enfermeira(o) orientadora a clientes cirúrgicos no pré, intra e pós-operatório. Na sala de indução desenvolvi técnicas de comunicação, pois percebi que o enfermeiro anestesista tem um curto espaço de tempo para conversar com o cliente.

Ao longo dos turnos fui demonstrando maior autonomia na área da anestesia. Observei quais os métodos utilizados para minimizar o erro terapêutico. A prática baseada na evidência pressupõe que a inovação chegue à prática e seja facilitadora da aprendizagem. A equipa multidisciplinar foi crucial neste aspeto, pois vários colegas contribuíram para o meu desenvolvimento, desde médicos (anestésistas), cirurgiões e enfermeiros. Percebi a realidade que se passa em Inglaterra, numa reflexão com uma colega que tinha estado lá 5 anos, percebi que se realiza a dupla verificação há vários anos. No bloco operatório, existe dupla verificação, pois o enfermeiro anestesista confirma sempre com o anestesista a medicação antes da cirurgia, bem como antes de administração. Segundo as pesquisas que realizei é crucial a dupla verificação, pois permite minimizar o erro terapêutico dando maior segurança ao profissional de saúde.

No início do estágio senti-me insegura, pois era a minha primeira experiência em bloco operatório, tudo era novidade. Observava a dinâmica da equipa multidisciplinar do bloco operatório. Contudo tinha perfeita consciência que tinha fragilidades neste âmbito, mas foi nesta altura que assumi uma postura onde predominou numa primeira fase a observação dos cuidados, como forma de relacionar aquilo que fui pesquisando na literatura acerca de boas práticas, com aquilo que era observado. Pouco a pouco comecei a intervir mais expressivamente na prestação de cuidados ao cliente em situação crítica. Foi neste período, que demonstrei competências de **refletir na e sobre a prática, de forma crítica.**

Cada pessoa tem uma estratégia que funciona melhor para si; o processo metacognitivo é diferente para cada um. Quanto melhor a capacidade metacognitiva, melhores as habilidades de aprendizagem, sendo possível otimizar o tempo e a qualidade do estudo. “A metacognição é composta por dois componentes, um de sensibilidade e outro de crenças. A sensibilidade diz respeito à necessidade de se utilizar estratégias em tarefas específicas, em que o sujeito precisa saber o que fazer com ela em função de seus objetivos. A crença é o conhecimento que a pessoa tem do seu potencial enquanto ser cognitivo, atuando como agente de seu conhecimento e os resultados que consegue alcançar com este” (Figueira, 1994, página 21).

A metacognição é todo o movimento que a pessoa realiza para tomar consciência e controle dos seus processos cognitivos. Diz respeito, entre outras coisas, ao conhecimento do próprio conhecimento, à avaliação, à regulação e à organização dos próprios processos cognitivos. (Portilho e Dreher, 2011).

Realizando pesquisa bibliográfica de forma a prestar cuidados baseados na evidência, o orientador ajudou-me a refletir, orientando-me na ótica do saber – pensar como filosofia subjacente àqueles processos, podendo mobilizar a pesquisa e reflexão acerca de necessidades identificadas em contextos reais, alargando assim os meus interesses individuais de formação para dar resposta aos da instituição, desenvolvendo desta forma também a dimensão do saber, permitindo-me desta forma **manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.**

A prática baseada em evidência consiste em integrar a melhor evidência de pesquisa à habilidade clínica do profissional e à preferência do cliente; de acordo com Fortin (1999) a investigação desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados. A mesma autora reforça que o aumento de conhecimentos e a autonomia da profissão de enfermagem evolui mais ou menos rápido de acordo com o avanço da investigação em enfermagem. O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

Ao longo do estágio, analisei de forma crítica quais as estratégias utilizadas, sob o ponto de vista da prevenção/gestão do erro terapêutico, realizei uma análise SWOT (APÊNDICE IV) para melhor expor o que observei. A análise SWOT é um meio de diagnóstico estratégico integrado no processo de melhoria contínua que facilita a avaliação de uma determinada área. Facilita a avaliação de uma determinada área; permite identificar possíveis áreas de melhoria; incentivar a reflexão e o desenvolvimento de um processo de introspeção/autoavaliação. É um instrumento

que permite classificar os diversos inputs de acordo com a sua origem [institucional versus individual] permitindo consciencializar a equipa dos problemas existentes de forma clara e objetiva, de uma forma rápida.

SWOT é uma sigla que contém as iniciais, em inglês, dos termos: pontos fortes (Strengths), pontos fracos (Weaknesses), oportunidades (Opportunities) e ameaças (Threats). Reflete uma perspetiva global da situação em que se encontra determinada organização, permitindo a identificação de estratégias e ações de melhoria (Superior, 2014).

Como pontos fortes identifiquei a cultura organizacional fortemente orientada para a qualidade e para a formação contínua e a equipa multidisciplinar motivada e com elevado grau de formação avançada; como pontos fracos os registos de enfermagem, redutores face às atividades desenvolvidas pelos profissionais e a visibilidade por vezes reduzida do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros. Como ameaças a inexistência de medidas ao nível institucional para a prevenção e gestão do erro terapêutico e um gabinete de risco associado ao erro terapêutico; e como oportunidades o projeto recente, ainda em construção de rácios adequados de recursos humanos e materiais que permitem um trabalho mais direcionado às necessidades do cliente.

Depois de realizar a análise SWOT e percebendo que a formação pessoal e profissional minha e de outros enfermeiros é importante, pois permite desenvolverem capacidades de ação e adaptação, de forma a atingirem um nível de competência que lhes possibilite uma melhor compreensão daquilo que acontece, realizei algumas formações com os colegas, percebendo quais as estratégias que utilizam para diminuir o erro terapêutico. Não tive oportunidade de realizar uma ação de formação formal, devido ao curto espaço de tempo e também por incompatibilidade do serviço. (APÊNDICE IV)

No Bloco Operatório, mais do que em qualquer outra unidade, a segurança do cliente é uma prioridade e o enfermeiro desempenha uma responsabilidade particular, pois tem conhecimentos e competências para realizar essa melhoria de cuidados.

O enfermeiro deve possuir múltiplos conhecimentos, capacidades e competências que favoreçam a relação do enfermeiro com o cliente, englobando a família. Estas competências não são só referentes à escuta ativa e empatia, mas também ao apoio emocional que o cliente e família requerem. Com todo este processo, pude desenvolver competências relacionadas com a relação de ajuda, desenvolvendo assim, uma comunicação mais eficaz, empatia e recetividade. Todas estas competências permitiram-me estar mais desperta para as necessidades dos clientes,

possibilitando não só dar resposta a estas, mas também, estabelecer planos de cuidados personalizados que foram ao encontro das suas necessidades.

2.3. Estágio III: Serviço de Urgência

No dia 29 de outubro iniciei o estágio de doente crítico e sua família, realizado num serviço de urgência, finalizado no dia 27 de dezembro de 2018. O respetivo estágio pressupõe carga horária de 180h, que correspondeu a aproximadamente 21 turnos, equitativamente distribuídos ao longo de um período de 9 semanas. (APÊNDICE V)

Delineei como objetivos específicos desenvolver competências de especialista na prestação de cuidados ao doente e sua família, bem como na gestão do erro terapêutico atendendo à especificidade do serviço de urgência.

Ao longo do percurso tive a oportunidade de realizar alguns momentos de reflexão com o grupo de gestão de risco, podendo desenvolver melhor o meu projeto direcionado para a gestão do erro terapêutico.

O erro terapêutico pode acarretar um custo elevado nos sistemas de saúde. A morbilidade para os doentes, a par do gasto suplementar de recursos humanos e materiais que dele advêm justificam a pertinência desta temática. Assim, assumindo a consciencialização das equipas multidisciplinares, estas tem um papel preponderante na gestão do problema. Em 2017 foram notificados erros terapêuticos, sendo que os profissionais que mais notificam o erro são os enfermeiros. O tipo de incidentes mais notificados são: eventos sem dano, eventos adversos e quase falhas (near -miss). O serviço que notifica mais o erro terapêutico é o serviço de medicina. Estes dados foram fornecidos pelo serviço de gestão de risco do hospital. O serviço de gestão de risco aumenta a qualidade e segurança, pois este deve estar no foco do trabalho diário de todos os profissionais. Alguns exemplos, todos os incidentes, mesmo os que são identificados atempadamente não chegam ao cliente, devem ser reportados na plataforma de notificação de incidentes. Desde o dia 7 de maio 2018 o Hospital dispõe de uma plataforma informática (HER+), acessível a todos os profissionais para assim conseguirem notificar os incidentes. Todos os incidentes são sujeitos a análise e tratados de forma a reduzir a ocorrência dos mesmos.

O serviço de urgência é composto por três postos triagem (onde realizei um turno), sala de paragem cardiorrespiratório (15 turnos), balcão (1,2,3) onde realizei 4 turnos e sala de hemodinâmica (1 turno). Visto que os objetivos que tinha delineado com o enfermeiro orientador passava por ter mais contato com os doentes e família em situação crítica, realizei mais turnos nesses postos. A avaliação inicial de enfermagem passa pela identificação da condição sócio

familiar, antecedentes pessoais, vigilância de saúde, avaliação da dor, risco de queda, úlcera por pressão, avaliação funcional e nutricional.

Para este estágio defini como objetivo principal o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas para a prestação de cuidados especializados ao doente crítico. Para a consecução deste mesmo objetivo foram por mim delineadas unidades de competências e atividades já apresentadas no momento formativo anterior, divididas de acordo com três períodos temporais distintos: fase de integração, a fase da supervisão e a fase de autonomia com supervisão do enfermeiro orientador.

Num primeiro momento, o momento formativo a que correspondeu a fase de integração no serviço, pesou principalmente a minha inexperiência no contexto de urgência e emergência, assim como falta de conhecimentos em áreas específicas, que fui colmatando ao longo do estágio. Esta fase implicou um grande investimento de tempo e disponibilidade da minha parte, contudo, o facto de ser uma instituição acreditada e direcionada para a excelência dos cuidados, acabou por revelar-se facilitador.

A existência de protocolos e manuais para a grande maioria de situações que surgem frequentemente no serviço de urgência permitiu uma integração rápida, contribuindo transversalmente para a qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico. No final desta fase senti que me encontrava devidamente integrada na equipa multidisciplinar, com a qual considero ter mantido uma relação profissional bastante benéfica, o que acabou por maximizar as oportunidades de aprendizagem ao longo do estágio.

Posteriormente, no momento designado como fase de supervisão, desenvolvi as competências que adquiri ao longo de todo o processo formativo vivenciado. Nesta fase dei maior ênfase à transição entre enfermeira de cuidados gerais e enfermeira especialista. Esta transição, na qual o meu enfermeiro orientador se revelou elemento facilitador requereu muita reflexão, não apenas acerca das intervenções desenvolvidas, mas também acerca do seu impacto, pois era o meu primeiro contato na prestação de cuidados em urgência hospitalar, que se constituiu pela forma como a vítima chega, a velocidade, o ruído e o ambiente. As situações foram surgindo, o grau de exigência foi aumentado, tanto a nível da prestação direta de cuidados especializados como de registos de enfermagem. Ao início, a variedade do meio influenciou a minha atuação, não conseguindo demonstrar o meu *saber ser*, *saber saber*, *saber fazer*. Contudo aos poucos, superei esta dificuldade, focando a minha atenção no cliente e sua família realizando intervenções baseadas na evidência. Dada a pluralidade de ambientes tive que me adaptar a cada um deles,

aprender a **abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na minha área de especialização**, competência que devido às diferentes experiências desenvolvi e consolidei.

Se na fase anterior, o meu grande enfoque foram os processos físicos e químicos inerentes à patologia do doente crítico e aos cuidados de enfermagem necessários, na fase de supervisão a minha prioridade foi a colheita de dados referentes ao doente. Refletindo aprofundadamente acerca das técnicas de colheita de dados junto do doente crítico, que na maioria das vezes dá entrada num estado que dificulta e impossibilita o estabelecimento de comunicação oral, consciencializei-me acerca de quais os dados que são realmente necessários para a prestação de cuidados numa fase de agudização de doença e quais os dados que se revelam menos pertinentes numa primeira análise. Esta reflexão refletiu-se entre outras coisas na qualidade dos registos de enfermagem por mim elaborados, cuja qualidade e rigor, aumentou significativamente. Nesta continuidade, consegui **incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências; bem como zelar pelos cuidados prestados na minha área de especialização**.

Na fase final do meu estágio, a fase de autonomia com supervisão do enfermeiro orientador, prestei cuidados ao doente crítico como forma de desenvolver competências técnico-científicas nesta área específica do cuidado, tirando partido da elevada diferenciação da equipa multidisciplinar presente no serviço. Para além dos cuidados prestados aos doentes que recorriam ao serviço de urgência, tive igualmente oportunidade de fazer dois turnos na viatura médica de emergência e reanimação. Na viatura médica tive o meu primeiro contato com o pré-hospitalar. Numa situação de emergência todos os segundos contam. Relembro-me de uma situação em que fomos prestar auxílio a uma cliente que estava em paragem cardiorrespiratória, tendo sido reanimada com sucesso. Sob a supervisão do meu orientador, monitorizei a cliente, puncionei acesso endovenoso, administrei medicação até à estabilização da vítima, pois, o objetivo é conduzir a vítima para o hospital. Após a chegada ao hospital, temos que dar a informação correta de tudo que se passou, para contribuir para a continuidade de cuidados seguros. A comunicação entre enfermeiro, médico e familiar é importante para perceber o que se passou com a vítima. Assim, fruto das vivências, julgo ter desenvolvido as competências de **comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto a público em geral; tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas**.

Durante o estágio enquanto estive na sala de reanimação, prestei cuidados de enfermagem ao cliente que recorreu ao serviço pelas mais diversas razões. De entre os diversos casos abordados e que foram essenciais para a minha evolução enquanto futura enfermeira especialista, resolvi destacar dois.

Como forma de aprofundar a reflexão, será apresentado de forma crítica e reflexiva a colheita de dados efetuada e os pensamentos por mim vivenciados aquando da realização de cuidados. No final desta apresentação, irei apresentar de forma objetiva e resumida o plano de cuidados por mim elaborado.

Cliente com 50 anos recorre ao serviço de urgência (SU) com dor torácica. Realizado ECG que revelou supradesnivelamento do segmento ST. Administrada nitroglicerina sublingual para alívio da dor referida. À primeira avaliação, doente apresentava os seguintes parâmetros vitais: Tensão Arterial: 130/80 mmHG e Frequência Cardíaca: 65 batimentos por minuto.

A interpretação dos sinais e sintomas sugeridos remete-nos para o diagnóstico de uma síndrome coronária aguda, cuja avaliação inicial deve respeitar os pressupostos da avaliação em doente crítico: a abordagem ABCDE. Neste caso em concreto, foi importante avaliar o estado de consciência através da escala de Glasgow. À primeira abordagem, o cliente apresentava um score de Glasgow alto (entre 14-15), o que significa que a irrigação cerebral estava mantida.

De modo a permitir uma triagem adequada da situação, o passo seguinte foi realizar um electrocardiograma (ECG) de doze derivações, como forma de pesquisar a existência de lesão miocárdica, sendo particularmente útil no contexto do doente crítico, pois fornece informação da localização e extensão das lesões (Menche, 2004).

Nesta situação em concreto, o ECG revelou um Enfarte Agudo do Miocárdio com elevação do segmento ST, sendo este dado indicador de lesão do miocárdio em evolução, provocado pela oclusão da artéria envolvida, após rotura de uma placa de ateroma. Sendo esta uma situação verificada anteriormente, o ECG foi repetido como forma de monitorizar não apenas a evolução da situação do cliente, mas também a eficácia da terapêutica instituída (Sheey, 2011).

O seguinte passo, na minha perspetiva foi avaliar novamente os sinais vitais. A manutenção da função respiratória é uma das principais prioridades a ter em conta. Neste âmbito e de acordo com o que nos diz a melhor evidência disponível, a manutenção de saturações periféricas entre 94 e os 98% melhora a sobrevivência do doente. No caso de o doente se encontrar em risco de hipercapnia, os valores ótimos de saturação descem para os 88-92%. Em ambas as situações, pode ser necessário o fornecimento adicional de O₂ (Ponce, 2012).

A melhor forma de monitorizar a função respiratória é através da realização de uma gasimetria de sangue arterial, o que acabou por ser realizado no decorrer desta situação. A presença do sinal de Kussmaul (pressão venosa jugular aumentada aquando da inspiração) também foi avaliado por estar frequentemente associado a acidose respiratória, que pode rapidamente resultar em instabilidade hemodinâmica do cliente (no caso do cliente em análise, o sinal de Kussmaul não se verificou) (Menche, 2004).

A avaliação completa e sistemática da dor torácica foi repetida, a fim de perceber a eficácia da terapêutica instituída anteriormente. No caso deste senhor a dor aliviou parcialmente.

Foi importante observar o cliente para poder excluir outras causas de dor torácica. A avaliação da pele e dos tegumentos também faz parte da abordagem preconizada para esta tipologia de clientes. Avaliei a presença de sudorese, palidez cutânea e/ou taquicardia, que neste caso estavam presentes (Menche, 2004).

O passo seguinte na abordagem passou por perceber se o cliente apresentava critérios para trombólise. Para tal foi avaliado o pulso. Caso se tivesse verificado ausência de pulsos periféricos ou assimetria dos mesmos nos membros superiores, a probabilidade de ser necessária trombólise era elevada. Neste caso, não se verificou, contudo, se o cliente estivesse hipotenso associado a dor torácica, podíamos suspeitar de dissecção da aorta (Menche, 2004).

Ainda relativamente aos meios de diagnóstico e terapêutica, foi importante colher sangue para análises, tendo em atenção troponinas (troponina T e troponina I) para a avaliação completa. As troponinas específicas do coração são componentes da estrutura contráctil das células miocárdicas, sendo o doseamento seriado da troponina importante para a avaliação do risco de uma síndrome coronária aguda. A libertação de troponina não é só indicadora de síndrome coronário agudo, constituindo, no entanto, um marcador de risco que, no contexto de uma história clínica como a apresentada é sugestiva de enfarte. Deve igualmente verificar-se a presença de creatino-kinase (CK), transaminase oxalacética (AST) e desidrogenase láctica (LDH), que são enzimas libertadas pelo músculo cardíaco quando este sofre uma lesão. A quantidade de CK libertada do miocárdio pode constituir um indicador aproximado da extensão da respetiva lesão (se avaliada em amostras de sangue sequenciais obtidas durante 3 dias) (Prasanna Sooriakumaran, 2007).

Iniciou-se terapêutica de reperfusão, para restaurar o aporte de sangue ao miocárdio que ainda não teria sofrido lesão irreversível. Doze horas após o início da dor, os riscos de reperfusão ultrapassam quaisquer eventuais benefícios residuais, uma vez que a maior parte da lesão do miocárdio já terá então ocorrido.

A reperfusão pode ser atingida por duas formas; angioplastia primária pode ser utilizada para reabrir a artéria ocluída e trombólise ou fibrinólise, a terapêutica trombótica pode ser administrada visando a dissolução do trombo que está a ocluir a artéria responsável pelo enfarte em causa. O método de primeira linha para Enfarte agudo do miocárdio com supra SST(EAM C/SST), é a angioplastia primária com ou sem colocação de stent, desde que a mesma seja conseguida nas primeiras 2 horas entre o início de sintomas e o contato médico. As vantagens da angioplastia primária são a reabertura da artéria ocluída, com um excelente grau de fiabilidade e menor risco de grandes hemorragias, relativamente à trombólise. Contudo, este método exige uma unidade de hemodinâmica disponível 24h, o que por vezes pode ser uma limitação (Ponce,2012).

As Síndrome Coronário Agudo (SCA), têm como principal complicação o surgimento de arritmias ventriculares que podem evoluir para Paragem cardiorrespiratória (PCR). As arritmias podem ser Fibrilhação Ventricular (FV) ou Taquicardia Ventricular (TV). Quando ocorre PCR como consequência do EAM C/SST nas primeiras 24 horas, a recuperação subsequente é habitualmente isenta de complicações. Em alguns casos verifica-se Insuficiência cardíaca e choque cardiogénico (Ponce, 2012).

Face à necessidade de cuidados a este cliente, estruturei o seguinte plano de cuidados:

1. **Risco de pressão arterial instável:** Suscetibilidade a forças oscilantes do fluxo sanguíneo pelos vasos arteriais que pode comprometer a saúde (NANDA, 2014).

Realizei uma avaliação detalhada do estado do cliente, despistando alterações ao nível do padrão cardíaco, respiratório e do estado de consciência, assim como das condicionantes que podiam influenciar o seu estado. Realizei o despiste de história prévia de doença cardiovasculares e neuro-vasculares. Prestei cuidados com a colaboração dos demais membros da equipa multidisciplinar, reavaliando sempre que necessário as alterações verificadas. Colaborei na realização de meios complementares de diagnóstico (análises de sangue e gasimetria) para procurar causas potencialmente reversíveis para a paragem cardíaca (hipóxia, hipovolémia, hipertermia e alterações metabólicas relacionadas com os níveis de potássio). Realizei ECG simples de 12 derivações para despistar o surgimento de Fibrilhação auricular. Implementei medidas não farmacológicas (manutenção do decúbito adequado, preveni a obstrução da via aérea, fornecendo oxigénio) e medidas farmacológicas (administração de fármacos vasoativos, fornecimento de fluidoterapia para manutenção do débito cardíaco que permitisse a manutenção de sinais vitais estáveis e prevenisse a desidratação) (Menche, 2004).

2. **Dor Aguda:** Experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e com duração menor que 3 meses (NANDA, 2014).

Realizei uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores desencadeantes, percebendo qual o nível de dor, utilizando instrumentos adequados. Identifiquei quais os métodos não farmacológicos que aliviavam a dor e quais os fatores que a aumentavam. Implementei medidas não-farmacológicas para assim promover o alívio da dor sentida pelo cliente, mantendo o seu nível o mais baixo possível, fomentando assim a melhoria do conforto (Menche, 2004).

3. **Risco de Choque:** Suscetibilidade a fluxo sanguíneo inadequado para os tecidos do corpo, que pode levar a disfunção celular que ameaça a vida, que pode comprometer a saúde (NANDA, 2014).

Monitorizei respostas iniciais de compensação a choque, avaliando os pulsos, hipotensão, pele fria, taquipneia, náuseas e vômitos, no sentido de identificar precocemente se existia compensação para o choque ou não. Monitorizei o aparecimento de sinais iniciais a resposta inflamatória sistêmica, avaliei hipertermia, taquicardia, leucocitose ou leucopenia de forma a antecipar cuidados e intervenções; Avaliei pressão sanguínea, cor da pele, temperatura da pele, sons cardíacos, frequência e ritmos cardíacos, presença e qualidade dos pulsos periféricos; vigiei o aparecimento de sintomas de falência respiratória (p. ex., níveis baixos de PaO₂(pressão parcial de oxigênio no sangue arterial), níveis elevados de PaCO₂(pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial), fadiga de músculos respiratórios); realizei balanço hídrico; orientei o cliente e a família sobre sinais/sintomas de choque iminente, porque considero que os familiares são cruciais no processo de cuidado do cliente, são as pessoas que mais conhecem os hábitos normais do cliente de forma a despistar os sintomas mais precocemente (Menche, 2004).

4. **Padrão respiratório ineficaz:** Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.

Coloquei oximetria de pulso; mantive cabeceira elevada; vigiei sinais de cianose; coloquei oxigênio para conforto; facilitei a respiração: posicionei o cliente no leito; criei um ambiente calmo e tranquilo, expliquei ao cliente que não estava sozinho e caso precisasse de algo

estariamos muito perto, pois aquele espaço físico garantia vigilância e segurança. O Cliente realizou fibrinólise com sucesso e foi transferido.

Relativamente ao segundo caso que merece reflexão, trata-se de um cliente de 70 anos recorre ao serviço de urgência com queixas de cefaleia moderada e dificuldade para caminhar. Apresenta paralisia facial, fala indistinta e dificuldade em levantar o braço direito. Afirma que tomou vários medicamentos para a hipertensão.

O Acidente Vascular Cerebral é uma alteração aguda da irrigação cerebral com sintomatologia neurológica (alterações do estado de consciência, paralisias, alterações de sensibilidade). As causas clínicas de uma isquemia cerebral são: oclusão trombótica de uma artéria cerebral ou de uma artéria importante para irrigação cerebral, devido a aterosclerose, embolia arterial, ou seja, um coágulo ou placa de atheroma podem soltar-se de uma artéria e este pode ser arrastado pela corrente sanguínea até ao cérebro, provocando uma oclusão vascular; êmbolos provenientes do coração: por exemplo fibrilhação auricular ou enfarte do miocárdio recente podem constituir fontes embólicas, sendo que o último impede o uso de trombólise (Ponce, 2012).

Os sintomas e sinais vitais clínicos a que estive atenta foram paralisias unilaterais: paralisia total (hemiplegia) ou parcial (hemiparesia) de um dos lados do corpo; alterações da sensibilidade: parestesias; alteração do estado de consciência, podendo chegar a um estado de inconsciência que se prolonga; afasia (alterações da fala, devido a uma lesão do sistema nervoso central); confusão mental aguda, desorientação e apatia; apraxia (incapacidade de realizar determinados movimentos, apesar da mobilidade permanecer intacta); incontinência ou retenção urinária. (Sheey, 2011).

A interpretação dos sinais e sintomas apresentados sugeriram a ocorrência de um acidente vascular cerebral. Para a realização do diagnóstico foi realizado um exame neurológico completo (incluído a aplicação da escala de Glasgow). A sonolência não é comum num AVC e deve aumentar a suspeita de hemorragia cerebral. A avaliação dos sinais vitais, nomeadamente a monitorização da oximetria é fulcral, sendo a administração de O₂ recomendada em caso de hipóxia (gasimetria ou satO₂ <92% na oximetria) (Sheey, 2011).

A literatura especializada na área recomenda a entubação em caso de insuficiência respiratória potencialmente reversível. Não é recomendada a redução da pressão arterial (PA), exceto no caso de valores extremamente elevados (>200-220 mmHg sistólica ou 120 mmHg diastólica no AVC isquémico, >180/105 mmHg no AVC hemorrágico). É fundamental reavaliar sinais vitais

frequentemente e avaliar também a glicemia capilar, uma vez que o coma hipoglicêmico pode provocar hemiplegia transitória.

Para além do apresentado, foi importante realizar ECG de 12 derivações para excluir fibrilhação auricular. Realizou tomografia computadorizada cerebral para exclusão de hemorragia cerebral e eco doppler para avaliar se existiam trombos nas artérias (Menche, 2004).

As primeiras medidas perante a suspeita de um AVC agudo foram tidas em conta, assegurando a ventilação, puncionado acesso venoso periférico para garantir o adequado aporte de soroterapia para repor eventuais perdas (hemorrágico) e estabelecer uma via de administração de fármacos e colhido sangue para análises (hemograma, creatinina, INR e ionograma (Ponce, 2012).

A administração precoce de terapêutica trombolítica no AVC isquémico baseia-se no conceito de que a restituição precoce da circulação no território afetado, mediante a revascularização de uma artéria intracraniana ocluída, preserva o tecido neuronal reversivelmente danificado. Para o tratamento específico deve ser utilizada a substância ativa de Actilyse, pertence ao grupo de medicamentos chamados agentes trombolíticos. Estes medicamentos dissolvem coágulos que se formaram nos vasos sanguíneos. Actilyse é utilizado para tratar algumas doenças causadas pela formação de coágulos nos vasos sanguíneos, nomeadamente: enfarte agudo do miocárdio, coágulos sanguíneos nas artérias dos pulmões (embolia pulmonar) acidente vascular cerebral (AVC) causado por um coágulo sanguíneo numa artéria do cérebro (AVC isquémico agudo). O tratamento com Actilyse deve ser iniciado dentro de 4,5 horas após o início da sintomatologia. Quanto mais cedo receber o Actilyse, maior pode ser o benefício do tratamento e menor a probabilidade de ocorrência de efeitos secundários nocivos. Importa salientar que não deve ser tomada aspirina nas primeiras 24 horas após o tratamento com Actilyse para um AVC, porque aumenta o risco de hemorragia. Deve também vigiar-se os efeitos secundários como hipotensão, hemorragia, frequência cardíaca alterada e dor no peito. (Sheey, S. ,2011).

Por sua vez, a recuperação da função neuronal reduz a incapacidade neurológica avaliada clinicamente. Antiagregantes plaquetários, a administração de Ácido acetilsalicílico (100-300 mg) nas primeiras 48 horas do AVC reduz a mortalidade. Recomenda-se sempre a administração de heparina em dose baixa (profilática), ou de heparina de baixo peso molecular em dose equivalente, em doentes acamados, para reduzir o risco de trombose venosa profunda e embolismo pulmonar (Ponce, 2012).

Como plano de cuidados estruturei:

Perfusão tecidual (cerebral) ineficaz; Risco de pressão arterial instável; Dor Aguda; Risco de tensão do papel de cuidador; Comunicação verbal prejudicada; Déficit no auto cuidado higiene íntima/ banho/alimentação/ vestir/despir e Mobilidade física prejudicada.

Dos diagnósticos vou referir dois que para mim, foram cruciais.

1. **Perfusão tecidual (cerebral) ineficaz:** suscetibilidade a uma redução na circulação do tecido cerebral que pode comprometer a saúde (NANDA,2012).

Promovi a perfusão cerebral; o cliente ficou em repouso, com a cabeceira da cama elevada a cerca de 30°, de modo a prevenir a queda da língua devido a relaxamento da musculatura – ponderei adjuvante da via aérea. A manutenção das vias aéreas desobstruídas é fundamental para a oxigenação e perfusão cerebral. Ponderou-se a administração de oxigénio, que não foi necessário; Mantive o controlo neurológico; logo após a admissão do cliente, os cuidados de enfermagem centraram-se no controlo do estado neurológico e na prevenção de complicações enquanto se procedia à avaliação da gravidade do AVC, através da avaliação do score de coma de Glasgow, score NIHSS (National Institute of Health Stroke Score), avaliação pupilar, avaliação de tónus muscular, avaliação de alterações sensitivas. A avaliação dos sinais vitais e a avaliação neurológica foram realizados periodicamente, com vista a vigiar a evolução do AVC e para excluir a presença de pressão intracraniana aumentada. Estive alerta para os sintomas e sinais clínicos como paralisias unilaterais: paralisia total (hemiplegia) ou parcial (hemiparesia) de um dos lados do corpo; alterações da sensibilidade: parestesias; alteração do estado de consciência, podendo chegar a um estado de inconsciência que se prolonga; afasia (alterações da fala, devido a uma lesão do sistema nervoso central); confusão mental aguda, desorientação e apatia; apraxia (incapacidade de realizar determinados movimentos, apesar da mobilidade permanecer intacta); incontinência ou retenção urinária (Menche, 2004).

2. **Risco de tensão do papel de cuidador:** Suscetibilidade a dificuldade para atender a responsabilidades, expectativas e/ou comportamentos de cuidados relacionados à família ou a pessoas significativas que pode comprometer a saúde (NANDA, 2012).

Fornei às familiares informações, acerca do estado do doente (se passou bem a noite, se comeu, se dormiu). Permiti que permanecessem junto do doente. Percebi se os familiares precisavam de apoio por parte da assistente social ou psicólogo. Dei espaço à família para exprimir as suas preocupações e expectativas que apresentava relativamente ao processo de doença do cliente (Menche, 2004).

Assim, julgo ter desenvolvido as seguintes competências, **avaliar, a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo a perspectiva académica avançada; demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da minha área de especialização; demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização; Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional atuais ou novos, relacionados com cliente e família, especialmente na minha área de especialização ; desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e realizar a gestão dos cuidados na minha área de especialização.**

Embora todo o estágio tenha sido exigente, por representar a prestação de cuidados a doentes diferentes daqueles a quem presto cuidados na minha realidade diária, pelas especificidades do serviço em questão, tornou-se ainda mais exigente. Contudo, considero ter alcançado todos os objetivos aos quais me propus e foi um dos estágios mais desafiantes a nível pessoal como a nível profissional.

Relativamente à temática específica que escolhi desenvolver, a temática do erro terapêutico, tive oportunidade de atingir todos os objetivos por mim delineados. Apresentei uma formação para os membros da equipa acerca do meu tema e o feedback da equipa foi muito bom, inclusive foram sugeridas por parte dos enfermeiros ao enfermeiro chefe mudança de algumas intervenções relacionadas com o erro terapêutico. (APÊNDICE VI). Estas intervenções permitiram-me **promover a formação em serviço na minha área de especialização.**

A urgência, apresenta várias estratégias para a minimização do erro terapêutico, tais como dupla verificação, que é realizada por dois enfermeiros e assinada no computador pelos dois; utilizam o drive kode, que serve para medicação entre outros, apresentam sinalética dos medicamentos e os enfermeiros são incentivados a reportar quaisquer tipos de erro de medicação.

A dinâmica do serviço de urgência por todas as razões já apontadas pode ser indutora ao erro, tendo inclusivamente ocorrido um near-miss no decurso de um dos turnos realizados, que foi prontamente reportado e discutido de forma construtiva com o meu docente orientador, o que me levou a refletir acerca da relevância do meu tema e o facto de ser tão atual, mesmo existindo várias estratégias para minimizar o erro, desenvolvendo assim, a competência de **zelar pelos cuidados prestados na minha área de especialização e refletir na e sobre minha prática, de forma crítica.**

O serviço de urgência por ser um contexto de grande especificidade, onde o cliente se encontra particularmente vulnerabilizado, o rigor metodológico e a prática baseada na evidência assume um papel ainda mais expressivo, o que me conduziu a atualizar os meus conhecimentos numa área onde não me sentia tão confortável.

Enquanto que em estágios anteriores, tanto no bloco operatório como na unidade de urgência médica, pelas características do contexto onde a prática de cuidados tinha lugar, a ação decorria num contexto controlado, neste contexto em concreto, o cliente entra da rua, muitas vezes em situação de elevada gravidade e complexidade.

Lidar com todas as emoções foi uma dificuldade acrescida, onde considero que melhorei. Por outro lado, neste contexto o cliente encontra-se muitas vezes acompanhado pela família, sendo efetivamente parte do contexto do cuidado. Lidar com as situações limite que frequentemente surgem foi um desafio constante, que contribuiu para a evolução da minha identidade profissional.

A reflexão realizada sobre os dois casos apresentados constituiu especial interesse no âmbito da gestão e controlo de sintomas. Esta é, na minha opinião, uma das áreas mais nobres onde a atuação do enfermeiro faz a diferença. A este nível o enfermeiro especialista tem um papel de grande importância, não apenas no âmbito da sua interpretação, mas também no que respeita ao poder de síntese.

3. CONCLUSÃO

O caminho para aquisição de competências é complexo, apenas com resiliência para evoluir se consegue progredir neste caminho, que nem sempre foi linear. Os estágios permitiram-me desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências inerentes ao grau de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Desenvolvi novas competências específicas e especializadas, o que me permitiu atingir os objetivos traçados e ser responsável pelo meu próprio processo de aprendizagem. Este foi também propício para a reflexão crítica, tendo sido essencial, de modo a promover o desenvolvimento das competências pessoais e profissionais.

Procurei nunca descurar das minhas responsabilidades enquanto enfermeira de cuidados gerais, respeitando o cliente, ética e moralmente, fazendo com que os momentos de aprendizagem não se sobrepusessem à prestação de cuidados de excelência ao cliente.

A elaboração deste Relatório permitiu dar importância à atitude crítico-reflexiva que mantive durante os Estágios, destacando as atividades desenvolvidas para a minha aprendizagem, dando relevo às situações/problemas complexos. As estratégias sugeridas para a resolução dos problemas foram sendo relatadas, destacando as competências adquiridas e desenvolvidas. O facto de realizar estágio em locais tão distintos da minha prática diária enquanto enfermeira, tornou-se bastante enriquecedor e desafiador na aquisição de vários conhecimentos. Proporcionou-me viver novas experiências assim como desenvolver e aperfeiçoar competências técnico-científicas, relacionais e comunicacionais na assistência de enfermagem avançada ao doente crítico.

Tive oportunidade de prestar cuidados especializados em diferentes contextos, desde o UUM, bloco operatório, urgência e pré-hospitalar, permitindo-me uma visão abrangente no que concerne ao cuidado à Pessoa em Situação Crítica.

A passagem pela UUM permitiu-me integrar uma dimensão de cuidados que desconhecia e que está bastante longe da minha prática diária. Tive oportunidade de participar na prestação de cuidados focados na prática baseada na evidência, na qualidade dos cuidados e nos cuidados holísticos. Apesar de a UUM ser caracterizada por uma tecnologia avançada, pois existe uma grande interação entre enfermeiro e máquinas, os cuidados nunca foram despersonalizados e sim focados no cliente e sua família.

O estágio do bloco possibilitou-me mais uma vez sair da minha área de conforto, e desenvolver competências técnicas e científicas nesta área em específico, mobilizando também técnicas de comunicação, o que me permitiu desenvolver competências relacionais.

Por último, o estágio da urgência permitiu-me desenvolver a nível pessoal e profissional, pois as emoções vieram ao de cima e fizeram com que nem sempre o caminho fosse linear. Contudo, tirei o melhor partido do estágio, foi muito desafiante tanto a nível pessoal como profissional. Enriqueci a minha prática, abraçando novos projetos e responsabilidades, assumindo-me como elemento facilitador da melhoria continua da qualidade de cuidados, assente na prática baseada na evidência.

Ao longo deste percurso, promovi a minha formação profissional, participando nas Jornadas de enfermagem à pessoa situação crítica, Jornadas peri-operatórias de Leiria e no Seminário do Curso de Mestrado, onde adquiri e desenvolvi conhecimentos de áreas relacionadas com o doente em situação crítica.

Ao desenvolver a minha temática tive oportunidade partilhar o meu percurso, no I Encontro Internacional e VI Encontro dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem Médico-cirúrgica sob o tema: "*knowledge....experience....no limits*" , partilhei os meus resultados publicamente como coautora permitindo, **participar e promover a investigação em serviço na minha área de especialização e comunicar os resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada a audiências especializadas**. Foi com um enorme orgulho que participei neste I Encontro, sentindo-me agradecida por poder contribuir para a melhoria e qualidade dos cuidados. O desenvolvimento destas competências permitiu-me criar e consolidar bases para continuar esta aprendizagem continua, que se perpetuará ao longo da minha carreira profissional.

Concluo, que refletir na e sobre a minha prática, numa perspetiva centrada na prática baseada na evidência, orienta o meu desenvolvimento enquanto futura Enfermeira especialista.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bolander, V. B. (1998). Sorensen e Luckman: Enfermagem fundamental - Abordagem Psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta.
- Costa, Maria Arminda. 2004. Relação enfermeiro-doente. [autor do livro] M. P. Neves e S. Pacheco. Para uma Ética da Enfermagem: Desafios. Coimbra : Gráfica de Coimbra, 2004, pp. 63-80.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). Cipe Versão 15 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Deodato, S. (2017). *Direito da Saúde*. (2017). Coimbra: Edições Almedina.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em Enfermagem*. Coimbra: Edições Almedina.
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem do problema aos fundamentos para agir*. Coimbra : Edições Almedina .
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final, 2011.
- Fischhoff, B., & Noel, T. (2010). *Communicating risks and benefits*. New Hampshire: Office of Disease [ODPHP] Silver Spring.
- Figueira APC. Metacognição e seus contornos. Rev Iberoamericana de Educacion; 1994.página 21Disponível em: <http://www.rieoei.org/deloslectores/446Couceiro.pdf>
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência .
- Fragata, J. (2006). *O Erro em Medicina*. Almedina.
- Fragata, J. (2006). *Risco clínico complexidade e performance*. Almedina.

- Lazure, H. (1994). página 13. Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. (M. Rosa, Trad.) Lusodidacta: Lisboa. (Tradução do original Francês Vivre La Relation D`Aide, 1994, Décarie Editeur).
- LEÇA, A., COSTA, A. C., SILVA, M. G., NORIEGA, E. & GASPAR, M. J. (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: manual de operacionalização. [Lisboa]: Direcção-Geral da Saúde.
- Neves, M. P., & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*.
- Ordem dos Enfermeiros(2015) –*Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) - Lei 156/2015, de 16 de setembro – que entrou em vigor a 16 de outubro de 2015*
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Segurança do doente. Nº 17*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- MANSOA, A. – *O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: Estudo de caso sobre as representações dos atores de uma unidade pós cirúrgico de um Hospital Português*. Repositório Universidade de Nova, 2010.
- Menche, A. S. (2004). *Medicina interna E Cuidados de Enfermagem* . Lusociência .
- NANDA International. (2014). *Nursing diagnoses: definitions & classifications 2015-2017*. Wiley Blackwell.
- Prasanna Sooriakumaran, C. J. (2007). *Urgências Médicas, Guia Prático de Medicina* . Climepsi Editores .
- Ponce, P. (2012). *Manual de Urgências e Emergências* . LIDEL.
- PORTILHO, Evelise M. L.; DREHER, Simone A. S. *Categorias Metacognitivas como Subsídio à Prática Pedagógica*. Educação e Pesquisa, São Paulo
- Portal do National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, disponível em: <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors> , e em <https://www.nccmerp.org/reducing-medication-errors-associated-risk-behaviors-healthcare-professionals>, acedidos a 23 de Setembro de 2018.

- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Sheey, S. (2011). Enfermagem de Urgência. Da Teoria à Prática. Loures: Lusodidacta.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Enfermagem Competência e Responsabilidade no Cuidado Humano. Mestrado de natureza profissional. 2016/2017
- SUPERIOR, G. D. (2014). *ANÁLISE SWOT DO ENSINO SUPERIOR PORTUGUÊS: OPORTUNIDADES, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE QUALIDADE*. Imprensa da Universidade de Coimbra .
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - “Guião para a organização e apresentação do Relatório de Estágio no âmbito de Mestrado em Enfermagem (natureza profissional). 2015.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem, de Natureza Profissional. DESPACHO NR/C/1072/2012. 2012.

LEGISLAÇÃO

- Decreto-Lei nº 161 de 4 de setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros)
- Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei nº 107/2008, de 25 de junho, pelo Decreto-Lei nº 230/2009, de 14 de setembro, pelo Decreto-Lei nº 115/2013, de 7 de agosto e pelo Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro.
- *Despacho nº 1400-A/2015, 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Diário da República, 2ª Série, Nº 28. Acedido a 27 mai. 2018. Disponível em www.dre.pt.*
- Lei nº 1567/2015 de 16 de setembro (procede à segunda alteração do Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril e republica o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

APÊNDICES

APÊNDICE I- OBJETIVOS DE ESTÁGIO UUM


CATOLICA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LEONIA PAREJO LENEU

Projeto de Estágio

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Elaborado por : Rita Loureiro Serra Nº 192017019
 Sob a orientação da Prof.ª Doutora Isabel Rabalís
 Orientador do local de estágio: Enª Olga Rego

1

Sumário

- Introdução
- Objetivos
- Atividades
- Indicadores
- Síntese



Fonte: <http://www.google.com/search?rlz=1>

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

2

Introdução PROJETO DE ESTÁGIO

No âmbito do Curso de Mestrado Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa foi solicitada a realização de um projeto de estágio.

Módulo I – Serviço de unidade de cuidados intensivos que será realizado no X no período compreendido entre 30/04/2018 a 23/06/2018 com uma carga horária de 180h

Introdução PROJETO DE ESTÁGIO

Segundo a teoria de Meleis (2010), ao considerar que o papel principal da disciplina de enfermagem é assistir a pessoa no seu processo de transição, de forma a que os cuidados de enfermagem permitam assegurar uma adaptação saudável. Este processo é, contudo, complexo pois envolve a perturbação causada pela transição, e as respostas da pessoa a essa mesma transição.

- **Questão de investigação**

Foi criada uma questão orientadora para a presente revisão da literatura:

- **Objetivo primário**
- "Identificar e sistematizar

PROJETO DE ESTÁGIO

- Regulamento das **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**
- **Objetivos de estágio** do plano de estudos do mestrado em EMC da UCP

OBJECTIVO GERAL:

DESENVOLVER **COMPETÊNCIAS TÉCNICO-CIENTÍFICAS, ÉTICAS E RELACIONAIS À PESSOA, EM SITUAÇÃO CRÍTICA E SUA FAMÍLIA, EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Prestar **cuidados de enfermagem especializados** ao doente em situação crítica, em contexto da unidade de cuidados intensivos
- Desenvolver **competências técnico-científicas** na pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

5

Planeamento

Objetivo específico

Prestar **cuidados de enfermagem especializados** ao doente em situação crítica, em contexto da unidade de cuidados intensivos

Atividades

- Realizar pesquisa da literatura sobre a abordagem à pessoa em situação crítica e sua família;
- Prestar cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa em situação crítica;
- Realizar duas Reflexões críticas de situações complexas que ocorram na Unidade de cuidados Intensivos;
- Realizar reuniões semanais com a Enfermeira Orientadora para esclarecimento de dúvidas e análise crítica de situações;

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

6

Planeamento (cont)

Objetivos específico

Desenvolver **competências técnico-científicas** na pessoa em situação crítica na unidade de cuidados intensivos


Atividades

- Prestar cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa politraumatizada com base na avaliação "ABCDE"
- Colaborar com equipa no transporte intra-hospitalar de pessoas politraumatizadas (meio complementares diagnósticos)
- Analisar normas vigentes na instituição acerca da prevenção do erro terapêutico;
- Perceber os procedimentos inerentes ao erro terapêutico, nomeadamente quando existe um incidente crítico;
- Analisar criticamente situações da prática clínica, sob o ponto de vista da prevenção/gestão do erro terapêutico;

Planeamento (cont)

Prevenção /Gestão do erro terapêutico

Revisão da literatura no âmbito da prevenção/Gestão do erro terapêutico



Fonte: <https://teamprevent.com/>

Indicadores de avaliação

- Apresentação de quadros síntese da informação obtida
- Acção de formação e/Ou poster;

Prevenção /gestão do erro terapêutico

Segurança do Doente é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo.

Incidente de segurança do doente: É um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente.

Qualidade: o grau com que os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Estrutura Curricular de Classificação Profissional sobre Segurança do Doente, Relatório Técnico (2011)

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Prevenção /gestão do erro terapêutico

Segundo a Deontologia em enfermagem Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem(OE, 2015).

No sentido de reduzir os eventos adversos relacionados com a medicação é essencial adotar uma postura de compreensão do erro, dos fatores precipitantes e circunstanciais do mesmo.

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

10

Prevenção /gestão do erro terapêutico



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

DSG(2011)


Prevenção /gestão do erro terapêutico

"As transições podem ser entendidas como experiências humanas, descritas como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem estar"

(VALL, APL & TORGENSEN, 2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission,199.

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA - UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

12



Referencias bibliográficas

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final, 2011
- MANSO, A. – O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos: Estudo de caso sobre as representações dos atores de uma unidade pós cirúrgica de um Hospital Português. [Em linha]. Repositório Universidade de Nova, 2010.
- Meleis, Afaf e Trangenstein, Patricia. Facilitating Transitions redefinition of the Nursing mission, 1994)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Segurança do doente. Nº 17. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005.

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-QUIRÚRGICA – UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

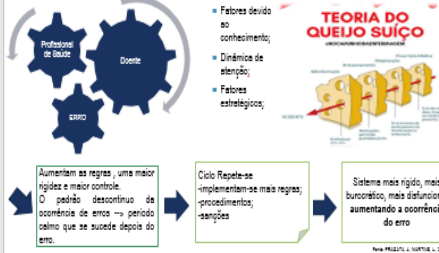
ERRO TERAPÊUTICO

Um erro de medicação é qualquer evento evitável que pode conduzir ao uso inapropriado de medicação ou causar dano ao doente.

Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, produtos de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, comunicação de pedidos, rotulagem de produtos, embalagem e nomenclatura, composição, dispensação, distribuição, administração, educação, monitorização.

Council for Medication Error Reporting and Prevention, 2018

CICLO DO ERRO (COOPER & COOPER, 1984)



Nota: PIRELLI, L. VENTURA, L. 2014

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

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.



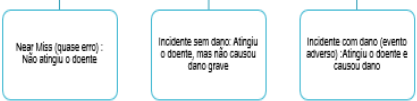
7

8

9

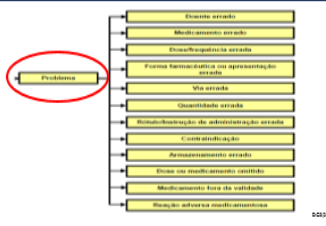


Incidente de segurança do doente: É um evento ou circunstância que poderia resultar ou resultou em dano desnecessário para o doente.



Nota: PIRELLI, L. VENTURA, L. 2014

GESTÃO DO ERRO TERAPÊUTICO



02/2017

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR ERRO TERAPÊUTICO



Nota: PIRELLI, L. VENTURA, L. 2014

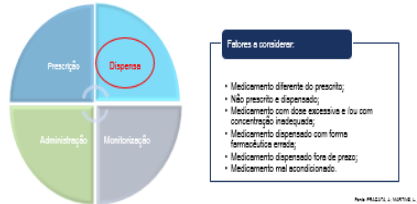
ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR ERRO TERAPÊUTICO: PRESCRIÇÃO



Nota: PIRELLI, L. VENTURA, L. 2014

3

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR ERRO TERAPÊUTICO: DISPENSA



Nota: PIRELLI, L. VENTURA, L. 2014

14

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR ERRO TERAPÊUTICO: DISPENSA



Nota: PIRELLI, L. VENTURA, L. 2014

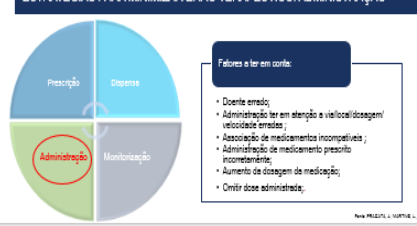
15

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR ERRO TERAPÊUTICO: DISPENSA



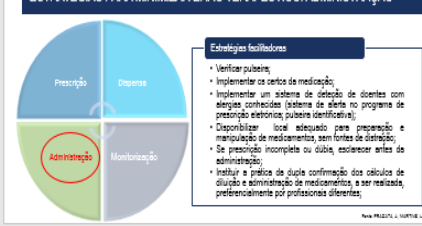
ACQUA, VENTURA - Guia de Prática, Curso de Gestão Clínica de Serviços Hospitalares, 2012

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR ERRO TERAPÊUTICO: ADMINISTRAÇÃO



Nota: PIRELLI, L. VENTURA, L. 2014

ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR ERRO TERAPÊUTICO: ADMINISTRAÇÃO



Nota: PIRELLI, L. VENTURA, L. 2014

APÊNDICE III- OBJETIVOS DE ESTÁGIO BLOCO



Projeto de Estágio por Rita Loureiro Serra
Sob a orientação da Prof.ª Doutora Isabel Rabais
Orientador do local de estágio: Joana Miranda

Sumário

- I - Introdução
- II - Desenvolvimento
- III- Análise SWOT
- IV - Conclusão
- V - Bibliografia

I - Introdução

No âmbito do Curso de Mestrado Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa foi solicitado a realização de um projeto de estágio, que foi iniciado no campo de estágio anterior e aperfeiçoado no presente contexto, no qual foram incorporados os contributos fornecidos pelas enfermeiras peritas. -> melhoria contínua.

Contexto atual: Bloco Operatório

Período temporal: Atividades desenvolvidas no período compreendido entre 3/09/18 a 25/10/18 com uma carga horária de 180h.

II - Desenvolvimento

Fase de integração	Fase de supervisão	Fase de autonomia e/ou supervisão
3 semanas	3 semanas	3 semanas

Desenvolvimento



Objetivo Específico 1:
Desenvolver competências de enfermeira especialista na prestação de cuidados ao doente e sua família no processo cirúrgico

Unidade de Competência	Atividades	Indicadores
Identifica as necessidades de pessoa, família e cuidadores assegurando a devida prestação, avaliação, manutenção e a reavaliação decorrente de alterações agudas ou crónicas e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolve a comunicação com o doente e sua família ao longo de todo o processo cirúrgico (pré, intra e pós). Realiza reuniões semanais com a Enfermeira Coordenadora para esclarecimento de dúvidas e análise crítica de situações. Monitoriza conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infecção e de Resistência e Antimicrobianos e dos distritos de âmbito local, regional e nacional. Presta cuidados de enfermagem, sob supervisão de enfermeiros orientadores e doentes cirúrgicos no pré, intra e pós-operatório. Colabora com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> Realiza Reflexões críticas de situações complexas que ocorrem no bloco operatório com enfermeiros orientadores.

5

Objetivo Específico 2:
Desenvolver competências na área específica na prevenção e gestão do erro terapêutico, atendendo à especificidade do B.O.

Unidade de Competência	Atividades	Indicadores
Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.	<ul style="list-style-type: none"> Analisa criticamente os instrumentos de trabalho relativos à minimização do erro. Participa como o carro de anastaseia este organizado. Analisa as responsabilidades do enfermeiro cirúrgico, anestesiologista e instrumentista e qual a sua importância no processo de minimização do erro. Colabora com outros profissionais para perceber qual e implementar de melhor de meios de intervenção evitados. 	<ul style="list-style-type: none"> Realiza uma ação de formação onde analisa as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para diminuir o erro terapêutico.

6

Objetivo Específico 2 (cont):
Desenvolver competências na área específica na prevenção e gestão do erro terapêutico, atendendo a especificidade do B.O.

Unidade de Competência	Atividades	Indicadores
Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.	<ul style="list-style-type: none"> Participa em procedimentos inovativos ao erro terapêutico, nomeadamente quando ocorre um incidente crítico. Analisa criticamente situações de prática clínica, sob o ponto de vista de prevenção/gestão do erro terapêutico. 	<ul style="list-style-type: none"> Realiza uma ação de formação onde analisa as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para diminuir o erro terapêutico.

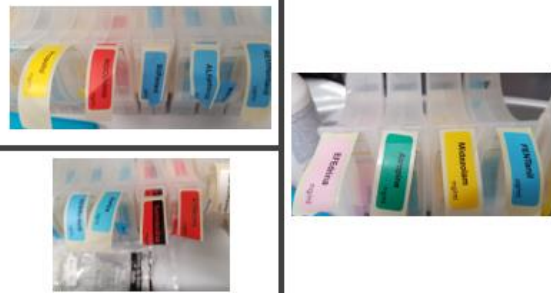
7



III - Análise SWOT (acerca do Erro terapêutico)

Pontos Fortes	Pontos Fracos	Ameaças	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> Cultura organizacional fortemente orientada para a qualidade e para a formação contínua. Equipe multidisciplinar motivada e com elevado grau de formação especializada. 	<ul style="list-style-type: none"> Registos de enfermagem reduziros face as atividades desenvolvidas pelos profissionais. Visibilidade por vezes reduzida do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros. 	<ul style="list-style-type: none"> Inexistência de medidas ao nível institucional para a prevenção e gestão do erro terapêutico. Inexistência de um protocolo de risco associado ao erro terapêutico. 	<ul style="list-style-type: none"> Projeto recente, ainda em construção. Riscos educativos de recursos humanos e materiais permitem um trabalho mais aprofundado com o doente.

8



10

IV - Bibliografia

- Barbosa, N.C.T., Cordeiro, B.C., Abrahão A.L., et al. (2017). Educação em saúde: O uso da matriz SWOT para análise de projectos. Revista Enfermagem UFPE on-line, 11(11), 4298-304. DOI: 10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201704
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final, 2011
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Despacho nº 1400-A/2015, 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Diário da República, 2ª Série, Nº 28. Disponível em www.dre.pt
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Segurança do doente. Nº 17. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005.

APÊNDICE IV- APRESENTAÇÃO DO PROJECTO EFECTUADO BLOCO

CTMORCA
CENTRO TERCIO DE ESPECIALIDADES
Médicos de Família

Elaborado por: Rita Loureiro Serra Nº 192017019
Sob a orientação da Prof.ª Doutora Isabel Rabinals
Orientador do local de estágio: En.ª Especialista Joana Miranda e Ângela Correia

Sumário

- Introdução
- Abordagem da Problemática do erro terapêutico
- Gestão do erro terapêutico
- Conclusão
- Referências bibliográficas

Dados estatísticos

Probabilidade de morrer em um acidente aéreo:
0,27/1 milhão

Nas estradas portuguesas, no período compreendido entre 01/01 e 15/06/2018, morreram 2 pessoas por dia.

Evento adverso da medicação 390/ dia, o que perfaz aproximadamente 130 erros por turno.

Introdução

Segurança do Doente.
Qualidade.
Cuidados de Saúde.

Autarquia Nacional Segurança Robótica - Relatório de Análise de Risco
87083.18818181 - Escola de Medicina, Faculdade de Ciências da Saúde

DR.ª JOANA MIRANDA - Escola de Medicina, Faculdade de Ciências da Saúde

Dados estatísticos



Probabilidade de morrer em um acidente aéreo: 0,27/1 milhão



Nas estradas portuguesas, no período compreendido entre 01/01 e 15/06/2018, morreram 2 pessoas por dia.



Evento adverso da medicação 390/dia, o que perfaz aproximadamente 130 erros por turno.

Atualizado: Janeiro | Segurança Medicada - Realidade de Janeiro 2018
Ribeiro, Luciane - Guia de Medicação: Cuidado de Segurança em Serviços Hospitalares, 2015

3

Introdução

Segurança do Doente.

Qualidade.

Cuidados de Saúde.

Classificação de Risco de Segurança do Doente - Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Passado, Presente e Futuro, 2011

4

Introdução



- Seleção
- Aquisição
- Armazenamento
- Prescrição
- Validação
- Fornecimento
- Preparação
- Administração
- Monitorização

Processo complexo sujeito a influências externas.

Erro!

Embora parte dos erros não resultem em dano para o doente, o erro pode inclusivamente resultar na sua morte

www.MOSBY.com.br

5

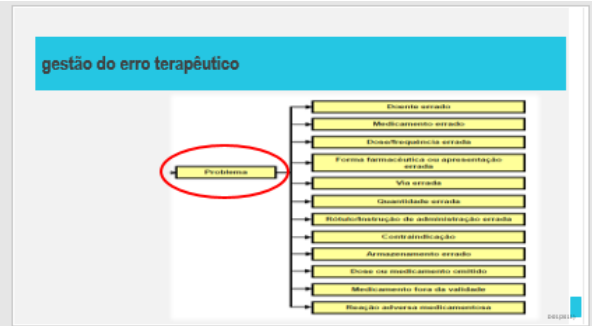
Erro terapêutico

Um erro de medicação é qualquer evento evitável que pode conduzir ao uso inapropriado de medicação ou causar dano ao doente.

Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, produtos de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, comunicação de pedidos, rotulagem de produtos, embalagem e nomenclatura, composição, dispensação, distribuição, administração, educação, monitorização.

Council for Medication Error Reporting and Prevention, 2015

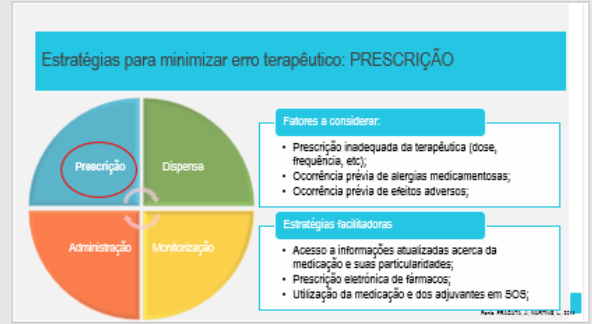
6



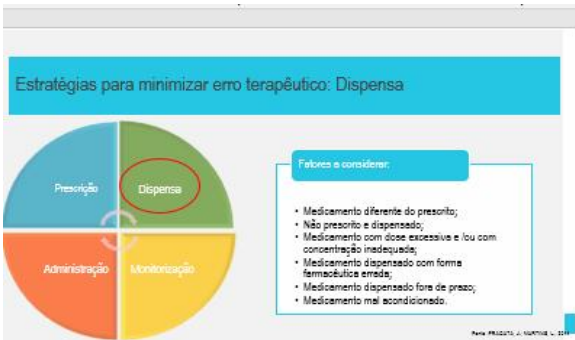
10



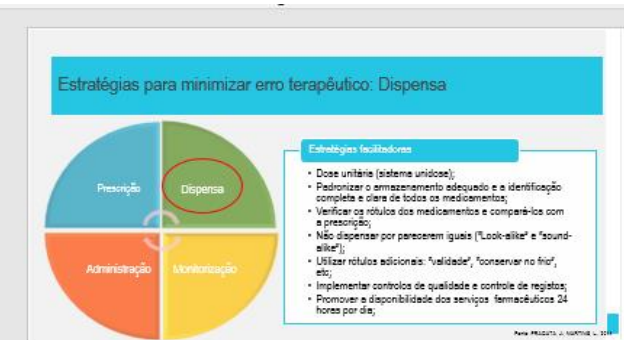
1



12



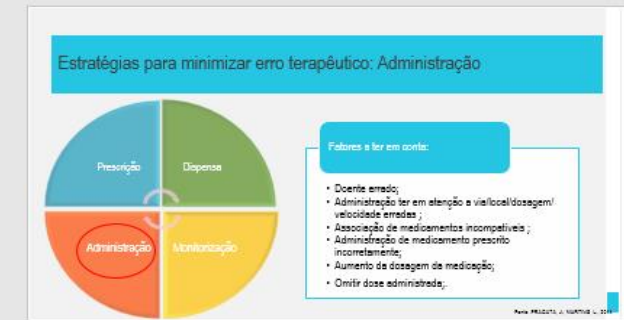
3



14

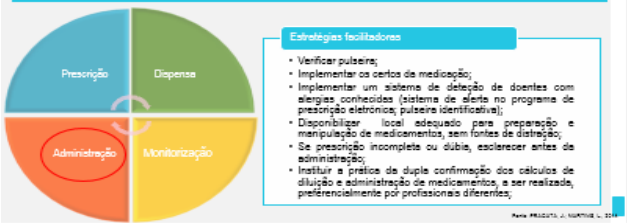


5



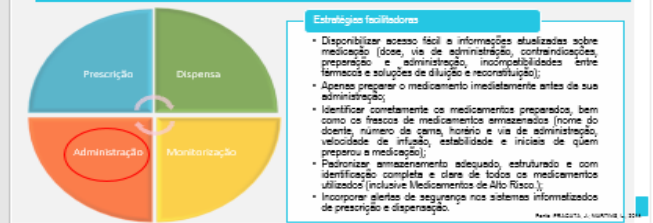
16

Estratégias para minimizar erro terapêutico: Administração



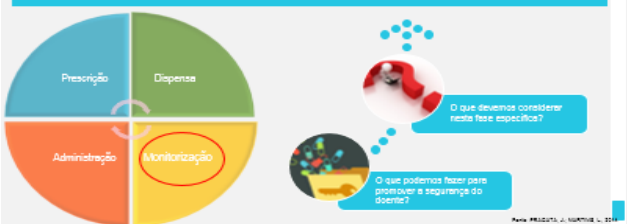
7

Estratégias para minimizar erro terapêutico: Administração (continuação)



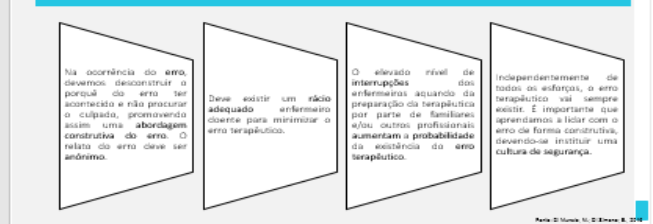
18

Estratégias para minimizar erro terapêutico: Monitorização



9

Aspetos a CONSIDERAR



20

REFERÊNCIAS Bibliográficas

- Abbaszadeh, H., & Zareh-Karapouri, S. (2012). The Effect of Information Provision on Reduction of Errors in Intravenous Drug Preparation and Administration by Nurses in ICU and Surgical Wards.
- Baroni, S., Gohari, P., Theyles, C., Foccol, M., & Remy, J. (2012). Streamlining the medication process improves safety in the intensive care unit, 955-975. <https://doi.org/10.1111/1365-0516.12107>
- Br, M. M., Carl, G., Carr, L., De, G. K., App, C., & Nursing, S. (2012). Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: A literature review. Winner ACCCN Best Nursing Review Paper 2011 sponsored by Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.jnuc.2012.03.003>
- Carberry, M., Connolly, S., & Murphy, J. (2012). A prospective audit of a nurse independent prescribing within critical care, 18(3). <https://doi.org/10.1111/j.1473-0153.2012.00534.x>

1

REFERÊNCIAS Bibliográficas

- Care, C. (2013). What's in this issue?, 18(3), 100-111. <https://doi.org/10.1111/ncc.12004>
- Desros, L. A. (2014). Organizational and Individual Attributes Influencing Patient Risk Detection. <https://doi.org/10.1177/1054773813490051>
- Discoli, A., Grant, M. J., Carroll, D., Dalton, B., Denton, C., Jones, I., ... Astin, F. (2018). The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: a systematic review and meta-analysis. <https://doi.org/10.1177/1474515117721501>
- Estape, M., Carmon, M., Espadero, M., Blances, C. P., Montero, R. C., Paciente, B. D. E. L., & Segurides, F. D. E. (2016). Eficacia de los programas de seguridad del paciente, 12(1), 65-70. -Evaluation/Outcomes: (2015), 38(2).
- Freeman, R., Mole, S., Lee-Hehner, B., & Pennebaker, J. (2013). Improve Medication Safety, 28(2), 170-185. <https://doi.org/10.1007/NOQ000136318275ac3e>
- Hospital, N. P., & Vales, N. S. (2015). Engaging nurses to strengthen medication safety: Fostering and capturing change with restorative photographic research methods, 741-748. <https://doi.org/10.1111/jn.12304>

22

REFERÊNCIAS Bibliográficas

- Kingman, M. S., & Chiny, K. (2013). for Administering Intravenous Prostacyclins in the Hospital, 33(5).
- Kozub, E. I., & Fields, W. (2016). Intravenous Medication Errors in an Intensive Care Unit, 31(1), 13-16. <https://doi.org/10.1007/NOQ0000000000000144>
- Management, C. R. (2015). Quality Improvements in decreasing medication administration errors made by nursing staff in an academic medical center hospital: a trend analysis during the journey to Joint Commission International accreditation and in the post-accreditation era. 281-407. Wirth, M., Cole, A., & Hospital, S. M. (2014). Evaluation/Outcomes, 34(2).
- Xu, J., Resnik, C., Stagle, J. M., Anders, S., Shattwell, M. S., Dreisbach, T., & Weinger, M. B. (2017). Intensive Care Units, 337-349. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000240>
- Yang, P., Huang, C., & Chen, Y. (2015). The impact of three nursing staffing models on nursing outcomes, (January), 1847-1856.

23

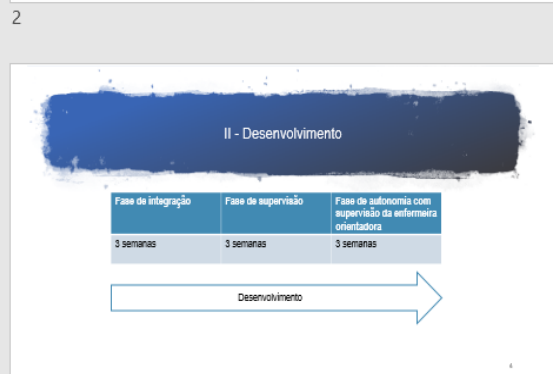
APÊNDICE V- OBJETIVOS DE ESTÁGIO URGÊNCIA

Sumário

- I - Introdução
- II - Desenvolvimento
- III - Conclusão
- IV - Bibliografia

I - Introdução

- ✓ Continuação do percurso iniciado no estágio anterior, mediante uma lógica de melhoria contínua.
- ✓ Contexto atual: Urgência
- ✓ Período temporal: Atividades desenvolvidas no período compreendido entre 25/10/18 a 19/12/18 com uma carga horária de 180h.
- ✓ Parcerias: Enfermeiros pentos/especialistas do serviço em questão, doentes e suas famílias / pessoas significativas.



Objetivo Específico 1: Desenvolver competências de enfermeira especialista na prestação de cuidados ao doente crítico e sua família

Unidade de Competência	Atividades	Indicadores
Cuida da pessoa, familiar/cuidador e viabiliza processo complexo de doença crítica e/ou febreis orgânica; Orientar e rescala em situações de emergência, escassez e controle, da concepção à ação; Minimiza a prevenção, intervenção e controlo de infeção em situação crítica e/ou febreis orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica; • Realização de uma Releitura crítica de uma situação complexa que ocorre na Urgência; • Mobiliza conhecimento dos Planos de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência e Antimicrobianos e das diretrizes de âmbito local, regional e nacional; • Colabora com outros membros das equipas de saúde e/ou serviços de apoio. • Realiza reuniões semanais com o Enfermeiro Orientador para esclarecimento de dúvidas e análise crítica de situações; 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza uma Releitura crítica de uma situação complexa que ocorre na urgência • Estabelece fluxogramas de decisão em situações não frequentes que facilitem a tomada de decisão por parte de saúde • Reunião com o grupo coordenador local do plano de prevenção e controlo de infeção e de resistência e antimicrobianos.

Objetivo Específico 2: Desenvolver competências na área específica na prevenção e gestão do erro terapêutico, atendo à especificidade da Urgência

Unidade de Competência	Atividades	Indicadores
Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação; Implementa as intervenções pensadas atendendo à vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes de doença aguda ou crónica e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos que careçam de meios de intervenção suaves.	<ul style="list-style-type: none"> • Analisa criticamente os instrumentos de trabalho relativos à minimização do erro; • Analisa os nomes vigentes na instituição acerca de prevenção do erro terapêutico; • Compreensão dos procedimentos inerentes ao erro terapêutico, nomeadamente quando existe um incidente crítico; • Análise crítica de situações de prática clínica, sob o ponto de vista de prevenção/gestão do erro terapêutico; 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza uma ação de formação onde analisa as estratégias utilizadas pelas enfermeiras para diminuir o erro terapêutico.

III - Conclusão

Análise SWOT (Nível Organizacional)

FORÇAS:

- Recursos materiais adequados à prestação de cuidados, nomeadamente no que ao espaço físico do hospital e seus serviços diz respeito.
- Equipa multidisciplinar com capacidade de decisão e conhecimento da organização e dos recursos comunitários existentes na comunidade.
- Instituição acreditada pela JCI, o que obriga a uma revisão constante e sistemática dos procedimentos e da qualidade dos cuidados prestados.
- Instituição altamente virada para a qualidade dos cuidados prestados e para a satisfação do cliente.
- Existência de gabinete de risco
- Instituição que promove a formação contínua

FRAQUEZAS:

- Forte diminuição dos recursos humanos.
- Equipas de enfermagem com elevada rotatividade
- Equipa multidisciplinar cansada e desmotivada o que potencia o acontecimento de eventos adversos relacionados com a medicação.

Analise SWOT (Nível Ambiental)

OPORTUNIDADES:

- Sistema de administração Unidose , que fomenta a redução do erro.
- Preocupação em organizar os circuitos de orientação dos doentes de modo a garantir um alinhamento entre triagem e observação direta por especialidades.
- Auditorias recorrentes aos cuidados de enfermagem no âmbito da acreditação tornam possível o envolvimento dos profissionais em novos projetos, nos quais poderá ser enquadrado a gestão do erro terapêutico.

AMEAÇAS:

- Elevado afluxo de doentes aumenta a carga de trabalho e pode ser indutora a situações de erro terapêutico.
- Rádicos elevados enfermeiro-doente podem ser indutores ao erro.
- Ambiente emocional e relacional muitas vezes adverso, que pode perturbar o profissional (ou profissionais), o que pode ser por si só indutor ao erro terapêutico.

9

IV - Bibliografia

- Barbosa, N.C.T., Cordeiro, B.C., Abrahão A.L., et al. (2017). Educação em saúde: O uso da matriz SWOT para análise de projectos. Revista Enfermagem UFPE on-line, 11(11), 4298-304. DOI: 10.5205/revueol.23542-49901-1-ED.1111201704
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final, 2011
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Despacho nº 1400-A/2015, 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Diário da República, 2ª Série, Nº 28. Disponível em www.dgs.pt
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Segurança do doente. Nº 17. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005.

10

**APÊNDICE VI- APRESENTAÇÃO DO PROJECTO EFECTUADO NA
URGÊNCIA**

Gestão do Erro Terapêutico

Elaborado por: Rita Loureiro Sara Nº 192017019
 Sob a orientação da Prof.ª Doutora Isabel Rabias
 Orientador do local de estágio: EnF Luis Pereira e EnF José Frites

1

Sumário

- Introdução
- Problemática do erro terapêutico
- Gestão do erro terapêutico
- Conclusão
- Referências bibliográficas




2

Dados estatísticos

Probabilidade de morrer em um acidente aéreo: 1 morto por cada 3,7 milhões de viagens

Evento adverso da medicação: 390/ dia, o que perfaz aproximadamente 130 erros por turno.



Confed. Nacional Segurança Rotativa - Resolu. de emergência, 2013
 RICR, 1082R - Erros de medicação. Curso de Respostas de Terceira Via, 2013

3

Introdução

Segurança do Doente.
Qualidade.
Cuidados de Saúde.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE - Direção-Geral de Coordenação e Inspeção da Segurança do Doente, 2011

4

Problemática do erro terapêutico

Circuito do Medicamento

- Seleção
- Aquisição
- Armazenamento
- Prescrição
- Validação
- Preparação
- Administração
- Monitorização

Processo complexo sujeito a influências externas.

Erro!

Embora parte dos erros não resultem em dano para o doente, o erro pode inclusivamente resultar na sua morte.

Ferreira, RUSGPT, J. VESTIB. L. 2014

5

Problemática do erro terapêutico

Troca de seringas causou morte a criança no IPO e a jovem nos Capuchos

ALCANTARA, CARLOS A. MARIANO, COELHO. 4 de Dezembro de 2010, 11:02

SEMANÁRIO EXPRESSO, Edição de 02 de Fevereiro de 2012

Jornal Público, Edição de 4 de Dezembro 2010

6

Erro terapêutico

Um erro de medicação é qualquer evento evitável que pode conduzir ao uso inapropriado de medicação ou causar dano ao doente.

Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, produtos de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, comunicação de pedidos, rotulagem de produtos, embalagem e nomenclatura, composição, dispensação, distribuição, administração, educação, monitorização.

Council for Medication Error Reporting and Prevention, 2013

7

Ciclo do erro (JONES & PEARCE, 1984)

TEORIA DO QUEIJO SUÍÇO

- Fatores devido ao conhecimento;
- Dinâmica de atenção;
- Fatores estratégicos;

Aumentam as regras, uma maior rigidez e maior controle. O padrão descontinua da ocorrência de erros → período calmo que se sucede depois do erro.

Ciclo Repete-se - implementam-se mais regras; procedimentos; -sanções


Sistema mais rígido, mais burocrático, mais disfuncional aumentando a ocorrência do erro

Ferreira, RUSGPT, J. VESTIB. L. 2014

8

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 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.



9

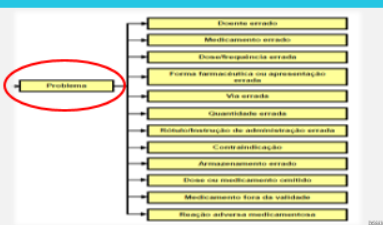


Incidente de segurança do doente: É um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente.

- Near Miss (quase erro): Não atingiu o doente
- Incidente sem dano: Atingiu o doente, mas não causou dano grave
- Incidente com dano (evento adverso): Atingiu o doente e causou dano

10

Gestão do erro terapêutico



- Evento errado
- Misto-erro
- Evento terapêutico errado
- Forma farmacéutica ou apresentação errada
- Via errada
- Quantidade errada
- Restrição/Indicação de administração errada
- Conteúdo errado
- Armazenamento errado
- Erro no acondicionamento
- Medicamento fora da validade
- Reação adversa medicamentosa

incidência 4 de 24

Estratégias para minimizar erro terapêutico



10

Estratégias para minimizar erro terapêutico: PRESCRIÇÃO



Fatores a considerar:


- Prescrição inadequada da terapêutica (dose, frequência, etc);
- Ocorrência prévia de alergias medicamentosas;
- Ocorrência prévia de efeitos adversos;

Estratégias facilitadoras:

- Acesso a informações atualizadas acerca da medicação e suas particularidades;
- Prescrição eletrónica de fármacos;
- Utilização da medicação e dos adjuvantes em SOS;

13

Estratégias para minimizar erro terapêutico: DISPENSA




Fatores a considerar:

- Medicamento diferente do prescrito;
- Não prescrito e dispensado;
- Medicamento com dose excessiva e/ou com concentração inadequada;
- Medicamento dispensado com forma farmacéutica errada;
- Medicamento dispensado fora de prazo;
- Medicamento mal acondicionado;

14

Estratégias para minimizar erro terapêutico: DISPENSA




Estratégias facilitadoras:

- Dose unitária (sistema unidose);
- Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos;
- Verificar os rótulos dos medicamentos e compará-los com a prescrição;
- Não dispensar por parecerem iguais ("Look-alike" e "sound-alike");
- Utilizar rótulos adicionais: "validade", "conservar no frio", etc;
- Implementar controlos de qualidade e controle de registos;
- Promover a disponibilidade dos serviços farmacéuticos 24 horas por dia;

15

Estratégias para minimizar erro terapêutico: ADMINISTRAÇÃO



Fatores a ter em conta:

- Doente errado;
- Administração ter em atenção a via/local/dosegem/velocidade erradas;
- Associação de medicamentos incompatíveis;
- Administração de medicamento prescrito inconsistentemente;
- Aumento da dosegem de medicação;
- Omitir dose administrada;

16

Estratégias para minimizar erro terapêutico: ADMINISTRAÇÃO

Estratégias facilitadoras

- Verificar pulseira, perguntar ao doente o seu nome e data de nascimento;
- Implementar os ciclos de medicação;
- Implementar um sistema de deteção de doentes com alergias conhecidas (sistema de alerta no programa de prescrição eletrónica; pulseira identificativa);
- Disponibilizar local adequado para preparação e manipulação de medicamentos, sem fontes de distração;
- Se prescrição incompleta ou dúbia, esclarecer antes da administração;
- Instaurar a prática de dupla confirmação dos cálculos de diluição e administração de medicamentos, e ser realizada, preferencialmente por profissionais diferentes;

Fonte: FRASCATI, J.; MURPHY, L., 2014

Estratégias para minimizar erro terapêutico: ADMINISTRAÇÃO

Estratégias facilitadoras

- Disponibilizar acesso fácil e informações atualizadas sobre medicação (dose, via de administração, contra-indicações, preparação e administração, incompatibilidades entre fármacos e soluções de diluição e reconstituição);
- Apenas preparar o medicamento imediatamente antes da sua administração;
- Identificar concretamente os medicamentos preparados, bem como os frascos de medicamentos armazenados (nome do doente, número de cama, horário e via de administração, velocidade de infusão, estabilidade e iniciais de quem preparou a medicação);
- Padronizar armazenamento adequado, estruturado e com identificação completa e clara de todos os medicamentos utilizados (inclusive Medicamentos de Alto Risco.);
- Incorporar gatilhos de segurança nos sistemas informatizados de prescrição e dispensação.

Fonte: FRASCATI, J.; MURPHY, L., 2014

18

Estratégias para minimizar erro terapêutico: MONITORIZAÇÃO

O que devemos considerar nesta fase específicos?

O que podemos fazer para promover a segurança do doente?

Fonte: FRASCATI, J.; MURPHY, L., 2014

Aspetos a CONSIDERAR

Na ocorrência do erro, devemos desconstruir o porque do erro ter acontecido e não procurar o culpado, promovendo assim uma abordagem construtiva do erro. O relato do erro pode ser anónimo.

Deve existir um rácio adequado enfermeiro doente para minimizar o erro terapêutico.

O elevado nível de interrupções dos enfermeiros quando da preparação de terapêuticos por parte de familiares e/ou outros profissionais aumentam a probabilidade existências do erro terapêutico.

Independentemente de todos os esforços, o erro terapêutico vai sempre existir. É importante que aprendamos a lidar com o erro de forma construtiva, devendo-se instituir uma cultura de segurança.

Notificar evento adverso no HER+ (Health Event Risk Management);

Fonte: D'Almeida, M.; D'Almeida, E., 2014

Conclusão

ANÁLISE SWOT

Na conquista do objectivo

		Ajuda	Atrapalha
Interna (organização)	S	Forças	Fraquezas
Externa (ambiente)	O	Oportunidades	Ameaças

21

1

FORÇAS:

- Recursos materiais adequados à prestação de cuidados, nomeadamente no que ao espaço físico do hospital e seus serviços;
- Equipa multidisciplinar com capacidade de decisão e conhecimento da organização e dos recursos comunitários existentes na comunidade;
- Instituição acreditada pela JCI, o que obriga a uma revisão constante e sistemática dos procedimentos e da qualidade dos cuidados prestados;
- Instituição altamente virada para a qualidade dos cuidados prestados e para a satisfação do cliente;
- Existência de gabinete de risco;
- Instituição que promove a formação contínua;

FRAQUEZAS:

- Forte rotatividade na equipa de enfermagem. Elevado turnover nas equipas em geral, sendo os elementos já integrados e alinhados com a organização frequentemente substituídos por elementos que precisam de ser integrados;
- Equipa multidisciplinar cansada e desmotivada o que potencia o acontecimento de eventos adversos relacionados com a medicação;

Nível Organizacional

22

22

OPORTUNIDADES :

- Sistema Pharamtrac em utilização, o que permite a validação da prescrição à cabeceira do doente (close-loop);
- Preocupação em organizar os circuitos de orientação dos doentes de modo a garantir um alinhamento entre triagem e observação direta por especialidades;
- Auditorias recorrentes aos cuidados de enfermagem no âmbito da acreditação tomam possível o envolvimento dos profissionais em novos projetos, nos quais poderá ser enquadrado a gestão do erro terapêutico;

AMEAÇAS:

- Elevado afluxo de doentes aumenta a carga de trabalho;
- O rácio enfermeiro-doente varia de acordo com a valência do serviço em causa.
- Ambiente emocional e relacional muitas vezes adverso, que pode perturbar o profissional (ou profissionais), o que pode ser por si só indutor ao erro terapêutico;

23

Fonte: D'Almeida, M.; D'Almeida, E., 2014

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Despacho nº 1400-A/2015, 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Diário da República, 2ª Série, Nº 28. Acedido a 23 set. 2018. Disponível em www.dre.pt.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final, 2011
- Fragata, J. (2006). O Erro em Medicina. Almedina.
- Fragata, J. (2006). Risco clínico complexidade e performance. Almedina.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Segurança do doente. Nº 17. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005.

23

**APÊNDICE VII- SEMINÁRIO DO CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM 30
DE NOVEMBRO 2018**

APÊNDICE VIII- ANÁLISE SEGUNDO JBI

JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies

Reviewer Rita Seena, Isabel Rabin's Date 23/9/18 (Estudo 1)

Author Carla F. Paiva Neres, BSN, et al. Year 2012 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the groups similar and recruited from the same population?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to belong enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow-up complete, and if not, were the reasons to loss to follow-up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow-up utilized?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)



JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials

Reviewer Rifa Serega, Isobel Rabku's Date 23/9/18 (Estudy 2)

Author Rabita Aepita et al Year 2015 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Was allocation to treatment groups concealed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were treatment groups similar at the baseline?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

JBI Critical Appraisal Checklist for Case Control Studies

Reviewer Peter Seena, Isabel Pabais Date 23/9/18 (Study 3)

Author Hanan, Edrees et al Year 2017 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the groups comparable other than the presence of disease in cases or the absence of disease in controls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were cases and controls matched appropriately?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the same criteria used for identification of cases and controls?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was exposure measured in a standard, valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was exposure measured in the same way for cases and controls?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes assessed in a standard, valid and reliable way for cases?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the exposure period of interest long enough to be meaningful?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies

Reviewer Rita Seena, Isabel Ribeiro Date 22/9/18 (Study 4)

Author Jie Xu et al Year 2017 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to belong enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow-up complete, and if not, were the reasons to loss to follow-up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow-up utilized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer Rita Serra, Isabel Rabais Date 22/9/18 (Estudos)

Author Richard Hishaw et al Year 2016 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies

Reviewer Duke Sepena, Isabel Rabois Date 22/9/18 (ESWdb6)
 Author Laurel A. Despins et al Year 2014 Record Number

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to belong enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow-up complete, and if not, were the reasons to loss to follow-up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow-up utilized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer Rita Serra, Isabel Pabais Date 22/9/18 (Estudo 7)

Author Meharumol Khamareni Year 2015 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies

Reviewer Rita Seena, Isabel Robais Date 22/9/18 (EST/AB)

Author Paul Flynn et al Year 2016 Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the groups similar and recruited from the same population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to belong enough for outcomes to occur?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow-up complete, and if not, were the reasons to loss to follow-up described and explored?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow-up utilized?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

ANEXOS

**ANEXO I- PARTICIPAÇÃO 5ª JORNADAS DE ENFERMAGEM PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA**

Certificado

Certifica-se que **Rita Loureiro Serra** participou na 5ª Edição das Jornadas de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, realizadas no Auditório da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, no dia 12 de outubro de 2018, entre as 9h00 e as 17h00.

A Diretora,



Maria Cláudia Martins Louro

Maria Cláudia Martins Louro

ANEXO II- PARTICIPAÇÃO IV JORNADAS PERIOPERATÓRIAS DE LEIRIA

DIPLOMA

IV JORNADAS PERIOPERATÓRIAS DE LEIRIA
8 e 9 NOVEMBRO 2018

Certifica-se a presença de :

Rita Loureiro Serra

nas **IV Jornadas Perioperatórias de Leiria "Emergências em Bloco Operatório - Comunicar, Gerir e Atuar"**, realizadas nos dias 8 e 9 de novembro de 2018 no Auditório do Estádio Magalhães Pessoa, em Leiria, com um total de 16 horas de formação.



AEPOL
Associação de Enfermeiros
Perioperatórios de Leiria

COMISSÃO CIENTÍFICA E ORGANIZADORA

**ANEXO III- PARTICIPAÇÃO I ENCONTRO INTERNACIONAL E VI ENCONTRO
DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS DE ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA SOB O TEMA: “*KNOWLEDGE....EXPERIENCE....NO LIMITS*”**



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

Rita Loureiro Serra

participou no I Encontro Internacional e VI Encontro Nacional dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos dias 25 e 26 de Janeiro de 2019, no Auditório do Polo A da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, enquanto Coautora do Póster:

Gestão do erro terapêutico no cliente em situação crítica

Coautores:

Marie Isabel Rabal (apresentado por)

Lisboa, 27 de Março de 2019.

A Bastonária


Ana Rita Pedroso Cavaco