



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE COMO REQUISITO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

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

Por
Mafalda Soares Teixeira Alves

Porto – Abril 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE COMO REQUISITO DA
QUALIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

**PATIENT SAFETY CULTURE AS A QUALITY REQUIREMENT FOR
NURSING CARE**

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

Por
Mafalda Soares Teixeira Alves

Sob a orientação de Prof. Doutora Irene Oliveira

Porto – Abril 2018

RESUMO

O presente relatório reflete o percurso desenvolvido ao longo do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica constituindo uma análise crítico reflexiva das experiências vivenciadas durante os módulos de estágio no Serviço de Urgência e na Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos de uma Unidade Local de Saúde. Redigido de acordo com os Domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e domínio da gestão de cuidados, ele espelha o teor das experiências que possibilitaram o desenvolvimento de competências dentro desses domínios.

Deste percurso realço que as atividades desenvolvidas na aquisição de tais competências gravitaram em torno do tema da segurança do doente e a qualidade dos cuidados, na forma como os profissionais de saúde agem, no seu ambiente de trabalho, por forma a garantir a prestação de cuidados mais segura. Avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros do serviço de urgência do Hospital α constituiu o ponto de partida para identificação das áreas prioritárias como oportunidades de melhoria, permitindo o desenvolvimento de outras atividades como a identificação dos medicamentos LASA, no sentido de melhorar a segurança na sua utilização, o desenvolvimento de uma ação de sensibilização da equipa multidisciplinar sobre a segurança do doente, bem como, o desenvolvimento de uma proposta de melhoria através do serviço de urgência entregue ao enfermeiro chefe.

Na comissão de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, pelo desenvolvimento de uma ação no âmbito das recomendações de boas práticas em controlo de infeção, foram identificadas situações passíveis de melhoria da prática segura na preparação de injetáveis. Foi desenvolvido um estudo observacional através da criação de uma grelha de observação seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Centers for Disease Control and Prevention cujos resultados foram divulgados em formato de poster no 1º Congresso Internacional IACS 2017 – “Inovação e Multidisciplinidade em Controlo de Infeção”, publicados em revista científica e apresentados no Curso de Formação promovido pela Comissão Controlo Infeção e Resistência a Antibióticos (CCIRA) permitindo o desenvolvimento das competências ao nível da investigação e formação de pares. Sendo que a segurança do doente resulta de múltiplos fatores relacionados, quer com as características intrínsecas do indivíduo quer com a prestação de cuidados que envolvem elementos de natureza individual, organizacional e estrutural, a eficácia da implementação destas ações sobre a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde terá reflexo direto nessa mesma segurança.

As atividades e reflexões desenvolvidas neste estágio permitiram o meu crescimento pessoal para a aquisição de competências de grau de mestre. A sensibilização dos profissionais para a aquisição e/ou mudança de comportamentos com vista à prestação de cuidados cada vez mais seguros e a adoção de uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde, deverá ser um compromisso transversal a todos os enfermeiros mais ainda aos enfermeiros especialistas que, pela formação neste contexto, têm a responsabilidade acrescida de despertar as consciências de que os incidentes deverão ser assumidos frontalmente, refletindo sobre os acontecimentos que potenciaram tal situação, para que futuramente os mesmos possam ser evitados, adotando atitudes de apoio suportadas em momentos de reflexão.

Palavras Chave: Segurança do doente, Cultura de Segurança, Enfermagem, Qualidade dos Cuidados, Estágio

ABSTRACT

This report reveals the course developed during the 10th Master Nursing, with Specialization in Medical-Surgical Nursing, constituting a reflective critical analysis of the experiences lived during the internship modules in the Emergency Department and the Commission for Control of Infection and Resistance to Antimicrobials of a local Health Unit. Written in accordance with the Common Competency Domains of the Nurse Specialist: the domain of professional, ethical and legal responsibility; the field of continuous improvement of quality, the mastery of the development of professional learning and management of care, it reflects the content of the experiences that enabled the skills within these domains.

I would like to highlight that the activities developed in the acquisition of such competences gravitated around the theme of patient safety and quality of care, in the way that the health professionals operate in the work environment, in order to ensure safer care. To evaluate the safety culture of nurses in the emergency department of Hospital α constituted the starting point for identifying the priority areas as opportunities for improvement, allowing the development of other activities such as the identification of LASA medication, in order to improve safety in its use, the development of an awareness raising action of the multidisciplinary team on patient safety, as well as the development of a proposal for improvement through the emergency service delivered to the chief nurse.

At the antimicrobial resistance and infection control commission, for the development of a practice in the scope of the recommendations of good practices in the control of infections, situations were identified that could be improved in the improvement of safe practice, in the preparation of injectables. An observational study was developed through the creation of an observational grid following the recommendations of the World Health Organization and the Centers for Disease Control and Prevention, whose results were released in poster format in the 1stIACS International Congress 2017 - "Innovation and Multidisciplinarity in Infection ", published in scientific magazine and presented in the Training Course promoted by the Commission on Infection Control and Resistance to Antibiotics (CCIRA), allowing the development of skills in research and peer education. Being that the safety of the patient results from multiple related factors (both with the intrinsic features of the individual, and the provision of care that involves individual, organizational and structural nature), the effectiveness of the implementation of these actions on the prevention of infections associated with health care, will have a direct impact on security.

The activities and reflections developed at this internship contributed to my personal growth for the acquisition of master's degree skills. Raising awareness of professionals for the acquisition and / or change of behavior for the provision of increasingly secure care and the adoption of a culture of health care, should be a transversal commitment to all nurses, even more so specialist nurses who, through training in this context, have the increased responsibility of awakening consciences that incidents should be taken on, reflecting on the events that have potentiated this situation, so that they can be avoided in the future, resorting to attitudes supported on moments of reflection.

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

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Irene Oliveira, pela sua inestimável colaboração, pela disponibilidade, e por me dar alento e ter sempre uma palavra de conforto em alturas mais difíceis no meu percurso, o meu muito obrigado.

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

Aos meus pais, irmão e filho por todo o apoio e incentivo sem o qual não teria sido possível alcançar este projeto.

Dedicatória

À minha querida mãe, que embora não tenha visto o resultado final, muito me incentivou a não desistir de concretizar mais esta etapa da minha vida. Com eterna saudade.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality
CCIRA – Comissão de Controlo e Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DGS – Direção Geral de Saúde
ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control
EPC – Enterobacteriácea Produtora de Carbapenemases
EUA – Estados Unidos da América
GCL – PPCIRA – Gabinete Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
HELICS - Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance
HICPAC – Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
ICN – International Council of Nurses
INE – Instituto Nacional de Estatística
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
IOM – Institute of Medicine
JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
LASA – Look Alike Sound Alike
MRSA – Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus
NCNA - North Carolina Nurses Association
OBS – Observações
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAVI- Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva
PDCA - Plan, Do, Check, Action
PNCI – Plano Nacional de Controlo de Infeção
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

RAM – Resistência aos antimicrobianos

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SE – Sala de Emergência

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

ST2 – Sala de tratamentos 2

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

ULS – Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	17
2 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA	21
3 - SEGURANÇA DO DOENTE: O PRINCÍPIO QUE SUSTENTA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	25
4 - COMPETÊNCIAS PARA UM CUIDADO DE ENFERMAGEM SEGURO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA.....	35
4.1 – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	35
4.2 – Na melhoria da qualidade	42
4.3 – No domínio das aprendizagens profissionais.....	53
4.4 – Na gestão de cuidados.....	57
5 - A SEGURANÇA DO DOENTE NA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PERSPETIVA DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO	61
5.1 – No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	62
5.2 – Na melhoria da qualidade	64
6 - CONCLUSÃO	81
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
8 - APÊNDICES.....	95
Apêndice I - Questionário sobre a cultura de segurança do doente.....	97
Apêndice II - Autorização para a realização do estudo	111
Apêndice III - Ação de sensibilização sobre a segurança do doente.....	115
Apêndice IV - Ciclo PDCA	119
Apêndice V - Identificação de oportunidades de melhoria no SU	123
Apêndice VI - Grelha de Observação “Prática segura na preparação de injetáveis”	127
Apêndice VII – Póster “Prática segura na preparação de injetáveis”.....	131
Apêndice VIII - Publicação no suplemento IV da Revista Evidências	135
Apêndice IX - Formação Injecção Segura IACS.....	139

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Artigos consultados sobre a cultura de segurança nos departamentos de emergência hospitalar	44
Tabela 2 - Características socioprofissionais dos enfermeiros do SU (N=30) do Hospital α	48
Tabela 3 - Resultados da avaliação da cultura de segurança por dimensão	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentagem de respostas positivas por dimensão	50
Gráfico 2 - Higienização das mãos	72
Gráfico 3 - Procedimentos relativos ao uso de dispositivos para injetáveis.....	73
Gráfico 4 - Procedimentos utilizados na gestão do medicamento.....	74
Gráfico 5 - Etapas desenvolvidas na preparação de injetáveis.....	75
Gráfico 6 - Procedimentos na preparação de frascos injetáveis	76
Gráfico 7 - Para medicamentos de dose múltipla que não requerem reconstituição, é registada.....	77

1 - INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A alínea c) do artigo 109º do estatuto da Ordem dos Enfermeiros relativa à excelência do exercício menciona que o enfermeiro deve “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;” (OE, 2015, pgs. 85,86). E foi com a esta perspetiva de desenvolver competências especializadas sustentadas em conhecimentos científicos, técnicos, humanos, culturais e que promovessem a capacidade crítica, reflexiva e atitude científica com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional que ingressei neste curso.

Este relatório contextualiza a aprendizagem desenvolvida em ambiente de prática em dois dos três módulos da unidade curricular Estágio. O módulo I foi realizado num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de uma Unidade Local de Saúde no período compreendido entre 02 de maio e 24 de junho de 2017. O módulo III opcional foi desenvolvido na Comissão de Controlo e Infecção e Resistência aos Antimicrobianos da mesma instituição. Relativamente ao segundo módulo II – Cuidados Intensivos – obtive creditação pela experiência profissional de 14 anos desenvolvida neste contexto. Em contexto de linguagem classificada, constituo o elemento de ligação do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) ao Grupo de Apoio à prática de Enfermagem. Cabe-me em reuniões mensais, receber a informação atualizada relativa aos registos de enfermagem, afim de uniformiza-los nos cuidados intensivos, para que sejam produzidos resumos mínimos de dados em enfermagem com diferentes níveis de agregação de informação – diagnósticos, intervenções e resultados, tendo em vista minimizar erros nos mesmos. Sou o elemento responsável pela monitorização das úlceras de pressão, como uma prioridade do SMI, no âmbito do projeto dos padrões de qualidade de enfermagem. Neste contexto, audito pelos registos no SClínico, a taxa de incidência das úlceras de pressão de um determinado serviço. Estas auditorias têm como objetivo medidas educacionais para que

cada serviço encontre estratégias de minimização dessa incidência. A opção pela realização do módulo I de estágio no Serviço de Urgência da instituição onde desenvolvo a minha atividade profissional, prende-se com o facto de que este serviço se articula com o Serviço de Medicina Intensiva. Ambos constituem um departamento, e conhecer a dinâmica da prestação de cuidados ao doente crítico quando este recorre ao serviço de urgência constituirá futuramente uma mais valia na continuidade dos mesmos. Relativamente ao módulo III de estágio, a opção recaiu sobre a Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos, pela persecução em estudar o tema transversal a todos os campos de estágio e que incidiu sobre a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de enfermagem. A prevenção e controlo de infeção ocupa uma posição única dentro da área da segurança e qualidade dos cuidados de saúde aos doentes, mas também, é universalmente relevante na interação dos profissionais de saúde/doentes, em todos os níveis de cuidados de saúde. (STORR, 2017)

Utilizando uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva do percurso de aprendizagem e aquisição de competências fundamentada em pesquisa bibliográfica, pretendo com este documento dar consecução aos seguintes objetivos: expor o percurso desenvolvido, os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas para a sua concretização; evidenciar o contributo para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem em pessoa em situação crítica; servir como instrumento de avaliação/certificação de competências na área de especialização.

Do ponto de vista estrutural optei por dividir o relatório em seis capítulos por forma a facilitar ao leitor a compreensão do percurso efetuado. No segundo capítulo caracterizei os locais onde foram desenvolvidos os estágios com o objetivo de permitir ao leitor identificar as particularidades dos contextos em que foi desenvolvida a aprendizagem. O ambiente de aprendizagem desempenha um papel crucial no estágio dos estudantes, visto ser neste contexto onde ocorre o contacto com diferentes realidades e dinâmicas. (EGAN, 2009). No terceiro capítulo contextualizei a segurança do doente como princípio que sustenta a qualidade dos cuidados de enfermagem, suportada em pesquisa bibliográfica, que me permitiu desenvolver as atividades de enfermagem baseadas na evidência. A segurança do doente é uma área onde desenvolvo, no serviço onde exerço funções, estratégias e oportunidades de melhoria com forte impacto no doente crítico pela sua vulnerabilidade à ocorrência de eventos adversos. Perceber como a cultura de segurança do doente constitui um requisito da qualidade dos cuidados de enfermagem e de que forma a promoção dessa cultura terá impacto na melhoria da prática, constitui o ponto de partida

ao desenvolvimento de um estudo no qual se pretendeu avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros do SU e identificar oportunidades de melhoria que justificaram o desenvolvimento de acções e estratégias na promoção dessa segurança. Nos dois capítulos subsequentes, expus as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos a que me propus em projeto de estágio com vista à aquisição de competências de enfermeira com grau de mestre nos contextos do Serviço de Urgência e na Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos.

2 - CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA

O 10º do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica contempla uma componente prática para o desenvolvimento de atividades suportada em conhecimentos teóricos, previamente adquiridos, que sustentam à aquisição de competências de enfermeiro especialista.

Este percurso desenvolveu-se em dois contextos distintos, o Serviço de Urgência (SU) e a Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA), que embora partilhando uma filosofia institucional comum, possuem características e dinâmicas de funcionamento próprias que os caracterizam. Descrever o ambiente e as características estruturais e organizacionais de cada serviço cuja dinâmica influenciou o desenvolvimento das atividades para a aquisição das competências de enfermeira especialista com obtenção de grau de mestre é o objetivo deste capítulo. Para a presidente do International Council of Nurses (ICN) Hiroko Minami citada pela BAUMAN (2007, pg.85) “o objetivo da procura do ICN por ambientes favoráveis à prática, é melhorar a qualidade dos serviços de saúde através de ambientes de trabalho para os cuidados de saúde que apoiem a excelência do desempenho”.

A unidade hospitalar onde decorreu o estágio Módulo I – Serviço de Urgência constitui, a par com o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), uma Unidade Local de Saúde concebida em Decreto de Lei como estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de natureza empresarial. O SU desta unidade é classificado ao nível médico-cirúrgico sendo responsável pela prestação de cuidados diretos à população da sua área de influência que segundo dados dos censos de 2011, constitui cerca de 9,97% da população da área metropolitana do Porto (www.pordata.pt) além de constituir a unidade de referência para as populações dos municípios vizinhos. Enquanto Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) deve estar munido de valências e recursos humanos obrigatórios definidos e contemplados por lei. Integrado na Rede de Referência Hospitalar do Norte mantém relações de complementaridade e apoio técnico com outras instituições de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde,

sustentado num sistema interinstitucional cujo objetivo se centra na satisfação das necessidades da população que abrange.

Inserido no Departamento de Emergência e Medicina Intensiva, o SU é estruturalmente constituído por uma área administrativa de registo de admissão, uma área de triagem constituída por dois postos que funcionam com o sistema de triagem de Manchester, uma sala de emergência com capacidade para admitir 2 doentes, uma área de avaliação médica, uma área de avaliação e intervenção de enfermagem, uma área de avaliação cirúrgica e orto traumatologia, uma área de curta permanência (ST2) com capacidade para 12 doentes e uma área de observação (OBS) com capacidade para 16 doentes com monitorização eletrocardiográfica.

Organizacionalmente, o SU funciona desde 2003 com o sistema de triagem de Manchester através do qual um enfermeiro com competências adquiridas neste âmbito, tendo por base discriminadores gerais e específicos, inclui os doentes numa das cinco prioridades clínicas determinando a sua prioridade baseada única e exclusivamente na sintomatologia que o doente apresenta. Este método, constitui “um método de triagem que fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas.” (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2015). No que à dotação de recursos humanos diz respeito, o SU integra uma equipa multidisciplinar e na qual, a equipa de enfermagem, constituída por 68 enfermeiros distribuídos em regime de trabalho por turnos, assegura a prestação de cuidados 24h/dia.

Relativamente às funções, competências e níveis de responsabilidade dos enfermeiros, estas são as estabelecidas na carreira de enfermagem e às quais têm de dar cumprimento. No entanto, cada serviço tem necessidade de acrescentar às funções estabelecidas, todas aquelas necessárias ao bom funcionamento dos diferentes setores que compõem o mesmo, com vista ao cumprimento da sua missão que passa pela identificação das necessidades dos utentes, planeando os recursos por forma a dar resposta às mesmas.

Os enfermeiros são distribuídos pelas áreas que compõem o serviço tendo em conta que a afetação é relativa ao posto de trabalho e não pela lotação das áreas, embora os enfermeiros se mobilizem no sentido de apoiarem as áreas mais críticas. É o caso por exemplo do enfermeiro responsável pela sala de emergência que, não tendo qualquer doente a seu cuidado, auxilia os colegas nas valências onde seja necessário. Relativamente ao método de trabalho, embora se preconize o método individual com a distribuição em plano de trabalho dos doentes que estarão sob os cuidados de determinado enfermeiro, o que vigora na sala de Observações e Sala de Tratamentos é o método funcional em que, a

cada enfermeiro, é atribuída determinada tarefa. O trabalho em equipa neste serviço, evidencia-se pela colaboração entre a equipa multidisciplinar que considerei muito boa, uma vez que percecionei que o “enfermeiro assume o dever de (...) integrar a equipe de saúde, em qualquer serviço que trabalha, colaborando com a sua responsabilidade que lhe é própria nas decisões sobre a promoção de saúde, prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (OE, 2003, p.121).

Com uma média de 6,4 enfermeiros por 1000 habitantes e com 86 115 atendimentos no serviço de urgência no ano 2014, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), os recursos humanos deste serviço contemplam uma vasta equipa multidisciplinar e que, de acordo com o despacho nº 10319/2014, deve incluir pelo menos 50% dos enfermeiros com competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Atualmente a equipa constituída por 68 profissionais de enfermagem tem 15 enfermeiros especialistas dos quais, 13 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (19,1%), 1 enfermeiro especialista em saúde comunitária (1,47%) e 1 enfermeiro especialista em reabilitação (1,47%) ficando aquém do recomendado por lei.

Em relação ao módulo de estágio opcional, este desenvolveu-se na Comissão de Controlo e Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) e que pertence ao Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos GCL – PPCIRA. Segundo a Circular Normativa nº18/DSQC/DSC de 15/10/07 da Direção-Geral da Saúde (DGS) funciona como um órgão de assessoria técnica de apoio à gestão dotada de autoridade institucional e autonomia técnica, na definição das estratégias para prevenir e controlar as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

O núcleo executivo é multidisciplinar constituído dentre outros profissionais (médico infeciologista, médico microbiologista, assistente técnico, farmacêutico e técnico superior de microbiologia) por dois enfermeiros em dedicação completa a esta função e com experiência na área da prevenção e controlo de infeção. Cabe aos enfermeiros, gerir diariamente as atividades inerentes à implementação de todas as ações necessárias para o controlo de infeção. Atividades essas que passam pela elaboração de planos de prevenção e controlo de infeção; formação, sensibilização e aconselhamento de todos os profissionais sobre a importância do controlo de infeção; realização de auditorias (estrutura; processo e resultado) no sentido de avaliar o cumprimento das boas práticas em controlo de infeção; realização da vigilância epidemiológica e a implementação de uma cultura de segurança

com vista à melhoria dos cuidados prestados aos doentes e consequentemente na segurança dos mesmos. Esta articulação das atividades da CCIRA com os demais serviços institucionais, faz-se através de um enfermeiro designado como o elo de ligação e que deve constituir um elemento dinamizador e facilitador da aplicação do Plano Operacional e Controlo de Infecção como prevê a Circular Normativa nº18/2007 da DGS com atribuição de uma carga horária ajustada ao volume das atividades solicitadas pela CCIRA. Além desta articulação direta com os serviços clínicos em que a educação, colaboração e motivação de todos os profissionais envolvidos na prevenção e controlo de infeção tem impacto nos cuidados através de uma melhoria sistemática das práticas e que se reflete na segurança do doente, a CCIRA articula-se com os denominados serviços não clínicos nomeadamente aprovisionamento, serviço de higiene e segurança no trabalho, gestão de risco, instalações e equipamentos por forma a cumprir as estratégias propostas pelo Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI).

O enfermeiro da CCIRA desta unidade de saúde, a par com a restante equipa, é um elemento dinamizador no planeamento, execução e avaliação destas atividades. Esta aproximação e estreita colaboração com os pares torna-os elementos de motivação para a modificação de comportamentos que se quer voluntária e não imposta, conseguindo levar a bom porto todas as atividades inerentes à melhoria contínua da qualidade dos cuidados e segurança do doente.

3 - SEGURANÇA DO DOENTE: O PRINCÍPIO QUE SUSTENTA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Historicamente, Hipócrates (460 a.C. – 370 a.C.) pai da Medicina admitiu que os atos praticados pelos médicos aos doentes são passíveis de equívoco escrevendo que, “o médico deve ... ter dois objetivos, fazer o bem e evitar fazer o mal.” (Epidémicos 1, p.11).

Florence Nigthingale em “Notes on Hospitals” (1863, p.1) escreveu que “pode parecer estranho enunciar que a principal exigência de um hospital seja não causar dano aos doentes” revelando deste modo que as condições ambientais em que os soldados se encontravam constituíam um fator fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade pela promoção da segurança.

Segundo SHELL (2008), Dr. Ernest Codman (1910) publicou os primeiros trabalhos sobre a importância da garantia da qualidade das intervenções médicas baseadas nos resultados. Resultados bem sucedidos indicariam que os tratamentos deveriam ser repetidos para casos semelhantes enquanto as falhas revelariam uma necessidade para um regime de tratamento diferente com o compromisso de aumentar a segurança dos doentes.

A publicação do relatório “To err is human: Building a Safer Health System” (KOHN, CORRIGAN, & DONALDSON, 2000) pelo Institute of Medicine tornou-se um marco histórico no desenvolvimento do movimento em torno das questões da segurança nos cuidados de saúde. Através de uma análise retrospectiva dos processos dos doentes, foram divulgados dados preocupantes relativamente à taxa de mortalidade, onde cerca de 44 a 98 mil americanos morriam devido a eventos adversos evitáveis. Perante estes dados, levantaram-se na comunidade científica inquietações e a necessidade de realização de novas investigações com objetivo de encontrar soluções capazes de monitorizar e reduzir os eventos adversos, prevenir as mortes evitáveis e reduzir os custos associados. Foi neste contexto que, em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS), lançou o desafio global “The World Alliance for Patient Safety” com o objetivo de implementar ações para a melhoria dos cuidados de saúde e, em 2009, se centrou no desenvolvimento de uma terminologia universalmente aceite através da criação de uma estrutura conceptual da

classificação internacional sobre a segurança do doente com o objetivo de promover a aprendizagem e melhoria da segurança em todos os sistemas de saúde. Esta categorização da informação com conceitos estandardizados, tendo em conta os principais problemas relacionados com a segurança do doente a uma escala universal facilitaria, segundo os peritos, a descrição, comparação, monitorização e interpretação da informação, por forma a identificar potenciais questões de segurança do doente e desenvolver prioridades e soluções nesta área melhorando a qualidade dos cuidados de saúde. A segurança do doente surge definida nesta classificação internacional, como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (OMS, 2009, p. 14) em que o mínimo aceitável é a “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 (OMS, 2009, pp. 14,15).

Com a declaração de Luxemburgo, “Patient Safety – making it happen!”, o tema da segurança do doente assume na europa uma prioridade partilhada pelos estados membros e onde pode ler-se que “os doentes têm direito de esperar que sejam feitos todos os esforços para garantir a sua segurança enquanto utilizadores de todos os serviços de saúde.” (EUROPEAN COMMISSION, 2005, p. 1).

Dados do Eurobarómetro de 2013 sobre a segurança do doente e qualidade dos cuidados mostram que, 71% da população europeia diz que a qualidade geral dos cuidados de saúde é boa em que o pessoal bem treinado (53%) e tratamento adequado (40%), constituem os principais critérios para cuidados de saúde de alta qualidade. Pouco mais de metade (53%) dos cidadãos europeus considera que é provável que os doentes possam ser prejudicados no atendimento hospitalar no seu país, número que aumentou em 3 pontos percentuais relativamente a 2009 e um quarto dos entrevistados experimentaram mesmo um evento adverso ao receber cuidados de saúde. Das 1.055 entrevistas realizadas em Portugal, a qualidade dos sistemas de saúde avaliada pelos portugueses como boa, está abaixo (55%) da média da união europeia (71%) e a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal (45%) é pior do que os restantes membros da união europeia (25%). Para os portugueses constituem critérios de cuidados de qualidade com maior valor percentual, o pessoal médico bem treinado (45%), o tratamento adequado (33%) e respeito pela dignidade do doente (34%). Relativamente à segurança do doente, 85% dos respondentes portugueses nunca sofreu um evento adverso contra os 72% da união europeia e, dos que sofreram (apenas 148), só 20% reportou a ocorrência desse evento.

Em Portugal, a garantia da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde, regem-se por dois documentos basilares: a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (2015-2020) cujo objetivo se centra na equidade, efetividade, eficiência, acesso, segurança, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão como dimensões principais do Sistema Nacional de Saúde num quadro de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e segurança e que integra o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015 – 2020) num quadro de uma política de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde assume como uma das suas prioridades de ação, o reforço da segurança do doente, através da implementação dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança do Doente tornando indissociável o binómio qualidade/segurança. O Plano Nacional para a Segurança do Doente, visa melhorar a prestação de cuidados de saúde em vários níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua cuja segurança é considerada um elemento fulcral da qualidade em saúde. Este plano visa atingir, entre outros objetivos estratégicos, o aumento a cultura de segurança do ambiente interno como um imperativo e prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Antropologicamente, TYLOR (1920, p. 1) define cultura como “todo aquele complexo que inclui o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, a lei, os costumes e todos os outros hábitos e capacidades adquiridos pelo homem como membro da sociedade”. É um conceito que tem vindo a ser estudado por investigadores organizacionais para se referir ao clima e às práticas que as organizações desenvolvem no modo como lidam com as pessoas e à volta dos valores adotados pela organização. Na literatura de suporte à gestão, encontra-se a noção de que é necessário que a organização tenha uma cultura e que, quanto mais forte for essa cultura mais eficaz é a organização.

Para SCHEIN (2004, p. 1) a cultura é “um fenómeno dinâmico que nos rodeia em todos os momentos sendo constantemente promulgado e criado pelas interações dos indivíduos e moldado pela liderança e um conjunto de estruturas, rotinas, regras e normas que guiam o comportamento”. Cultura surge definida por SCHEIN (2004, p. 17) como “um padrão de pressupostos que foi aprendido por um grupo, na medida em que resolveu os problemas de adaptação externa e integração interna, que funcionou bem o suficiente para ser considerado válido e, portanto, ser ensinado a novos membros como a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas.”

Para (VARGAS & RECIO, 2008), a cultura de uma organização é a manifestação de uma série de premissas interiorizadas pelos seus membros e de compromissos que todos

compartilham como a interação entre seres humanos, instituições e ambientes que se expressam através de valores, crenças, atitudes, comportamentos, linguagem, costumes, objetivos e diretivas de funcionamento de uma organização. A cultura é o resultado, portanto, das interações dinâmicas entre os membros da organização, dando-lhe identidade através do fortalecimento de um compromisso com os objetivos da organização.

Segundo CAMPOS (2012), cada organização tem uma cultura e esta pode ter um efeito sobre a segurança. O conceito de cultura aliado à segurança, surge em 1988 no primeiro relatório técnico realizado pelo International Nuclear Safety Advisory Group (INSAG), que definiu a cultura de segurança como “conjunto de características e atitudes das organizações e dos indivíduos, que garante que a segurança de uma planta nuclear, pela sua importância, terá a maior prioridade” AGENCY (1991, p.1). No relatório preliminar sobre o acidente de Chernobyl OLIVEIRA (1986, p.1) pode ler-se que “Naturalmente, tal nível de segurança (...) é fruto de uma filosofia de trabalho, de uma concepção industrial que favorece a proteção dos trabalhadores, do público e do meio ambiente através da adoção de mecanismos de segurança cada vez mais eficazes(...) da execução de programas contínuos de pesquisas no campo da segurança e do elevado nível de formação dos trabalhadores especializados da indústria nuclear.” Foram inúmeros os teóricos (Guldenmund 2000, Hale 2000, Richter e Koch 2004, Hopkins 2005), que a partir de 2000, surgiram no desenvolvimento do conceito de cultura de segurança, sendo unânimes ao definirem que são os valores, as normas, as atitudes e as percepções que determinam a forma como os indivíduos dentro das organizações agem e reagem ao risco e ao sistema de controle do risco.

Para FRAGATA (2010, pg. 569), “a cultura de segurança é, certamente, a área onde importa agora investir para promover a segurança”. A cultura tem uma dimensão no grupo e na organização, mas implica uma interiorização em cada indivíduo que atua nessa organização. Ao pensarmos nas organizações em geral e nas organizações de saúde em particular, face às exigências de uma sociedade em constante mudança, impõe-se uma consciencialização sobre a importância do desenvolvimento de uma cultura de segurança do doente como garante da qualidade de cuidados. A cultura de segurança de uma organização de saúde é, segundo a OMS (2005), o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde (DGS, 2013, p. 2) As organizações contêm, assim, ambiente próprio, recebem influências e influenciam as várias pessoas que nelas atuam, sendo estes mesmos

agentes os que contribuem para a formação da cultura da organização (DGS, 2011a, p. 110). As organizações com culturas de segurança eficazes, partilham um compromisso constante com a segurança como prioridade máxima transversal à organização.

A OMS e o Conselho da União Europeia recomendam aos estados membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança das instituições onde trabalham bem como programas de formação contínua, potencializando a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de segurança dos doentes. Esta avaliação torna possível a introdução de mudanças no comportamento dos profissionais e organizações, por forma a alcançar melhores níveis de segurança do doente e de qualidade dos cuidados prestados. Em Portugal, a primeira avaliação da cultura de segurança do doente foi realizada em 2011, através de um estudo piloto sobre eventos adversos em contexto hospitalar com a aplicação do questionário “Hospital Survey on Patient Safety” da Agency for Healthcare Research and Quality referenciado pelo projeto europeu European Network for Patient Safety traduzido e validado para a cultura portuguesa por EIRAS (2011) cujas dimensões avaliam características ao nível do serviço e do hospital. Com uma taxa de adesão de 11,13%, os resultados deste estudo mostram que as dimensões onde as ações de melhoria são prioritárias são: a frequência de notificação, a dotação de profissionais e o apoio à segurança do doente pela gestão DGS (2011b, p.16) não diferindo, segundo benchmarking internacional, dos resultados obtidos nos Estados Unidos da América em 2004 DGS (2011b, p. 35).

O potencial de melhoria nestas dimensões conseguir-se-á se, intrínseco e culturalmente, o erro não for assumido como algo com conotação negativa onde, a omissão com receio de punição, deverá dar lugar ao paradigma da inevitabilidade do “errar é humano”. Impõe-se um aumento da sensibilização dos profissionais para o aumento da notificação. Esta sensibilização, na minha opinião, conseguir-se-á se os profissionais perceberem a inevitabilidade do erro associada à condição humana e que, segundo Reason (1990), através da Teoria do Queijo Suíço, o erro surge quando estão criadas condições ao nível da organização (quando os buracos do queijo se alinham) que permitem a ocorrência do erro. A ênfase é colocada ao nível do sistema e suas vulnerabilidades (de estrutura e processo) cabendo às instituições de saúde a responsabilidade de desenvolver programas de formação dos seus profissionais que incentivem a notificação, por forma a promover o aumento da cultura de segurança. Consciencializar os seus colaboradores, numa atitude não punitiva, de que os erros acontecem por uma sucessão de acontecimentos e não têm

origem em cariz individual, como defende Reason (1990), é um desafio que se coloca à organização de saúde e aos profissionais.

Para REASON & HOBBS (2003), existem princípios que regem a gestão do erro tais como a universalidade e inevitabilidade do erro humano, explicando que a fiabilidade humana pode ser moderada, mas nunca eliminada; o erro não é intrinsecamente mau pois constitui uma oportunidade de aprendizagem bem como a aquisição de habilidades essenciais para o desenvolvimento de um trabalho seguro e eficiente. Explica que não se pode mudar a condição humana, mas sim as condições em que os indivíduos trabalham na medida em que o reconhecimento das características do sistema potenciadoras de erro constitui o ponto de partida para uma gestão eficaz do mesmo. Defende que os indivíduos não podem evitar facilmente as ações que não pretendiam cometer e que os erros numa organização são consequências e não causas. Para o autor, descobrir um erro é o começo para a procura das causas e não o fim, isto é, só quando compreendemos as circunstâncias em que o erro ocorreu, é que conseguiremos criar as mudanças necessárias para evitar a sua recorrência.

OLIVEIRA (2012) conclui que, a aprendizagem com os incidentes está facilitada quando se cria, dentro da organização, uma atmosfera de confiança cujo foco não se centra na identificação de culpados concetualizando o erro como uma lição operacional. LEAPE (1994) em “Error in Medicine” argumentou que, para reduzir a ocorrência de erro nos cuidados de saúde, seria necessário mudar a forma como se pensava o erro, isto é, reconhecer a falibilidade humana e a importância do sistema para a prevenção do erro. Esta tomada de consciencialização deverá ser transversal a todos os profissionais de saúde promovendo uma cultura de segurança que segundo LAGE (2010, p.12) “começa com a implementação de ferramentas capazes de permitir os relatos de incidentes ou quase incidentes, na sua posterior análise e adoção de estratégias para a deteção do risco, a revisão de eventos adversos e a criação de “*bundles*” para evitar os erros e prevenir os riscos.”

Os estudos desenvolvidos à volta da segurança do doente, evidenciam que este conceito é indissociável da qualidade em saúde, constituindo mesmo um elemento estruturante da mesma. No documento da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de novembro de 2017, Portugal: Perfil de Saúde do País 2017 pode ler-se que, “os indicadores da qualidade dos cuidados de saúde revelam um quadro contrastado em relação aos resultados e à prestação dos cuidados de saúde” (OCDE, 2017 p.9), isto é, as taxas de mortalidade estão em sintonia com as médias da união europeia,

com uma das mais baixas taxas de hospitalização evitável, apesar da diminuição *per capita* das despesas de saúde como resposta à crise económica, bem como o ratio de enfermeiros que se situa em 6,3 por 1000 habitantes relativamente aos 8,4 da média da união europeia. A mortalidade evitável sensível aos cuidados de saúde diminuiu 40% (2000-2014), situando-se abaixo da média da união europeia com 10 847 mortes evitáveis em 2014, apesar de 1,2 milhões de utentes ainda em 2015 não terem acesso a médico de família, não existir equidade na acessibilidade aos cuidados de saúde entre as áreas metropolitanas e o interior, bem como o tempo de espera para consultas e exames entre o sector privado e público.

Só no final da década de 90 a gestão de risco começa a dar os primeiros passos nos hospitais portugueses como metodologia que contribui para aumentar a segurança do doente pela responsabilidade que os profissionais assumem na prevenção dos incidentes. Esta gestão de risco, como processo através do qual as organizações lidam com o risco associado à sua atividade, assenta em princípios de assegurar que os profissionais e público são adequadamente protegidos, avaliando os riscos e benefícios com ênfase na redução dos riscos pela motivação de atitudes responsáveis promovendo e facilitando a inovação e a aprendizagem organizacionais.

Qualidade em Saúde segundo a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1993) citada por SOUSA (2006) é o “modo como os Serviços de Saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados. O Instituto de Medicina (IOM) dos EUA definiu qualidade do cuidado como, o grau com que os serviços de saúde voltados para cuidar de doentes individuais ou de populações aumentam a probabilidade de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual. Donabedian (1980, p. 5-6) citado por FERREIRA (1991, p. 98), definiu qualidade dos cuidados de saúde como “o tipo de prestação de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes”. É um conceito multidimensional que assenta, segundo Donabedian (1980), em 7 pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade cuja avaliação, isolada ou simultânea destes atributos, expressam a magnitude da qualidade.

Segundo dados da OCDE (2017, p. 1), no que diz respeito ao desempenho do Sistema de Saúde, a efetividade das taxas de mortalidade sensível aos cuidados de saúde

está em sintonia com as médias da união europeia, apresentando uma das mais baixas taxas de hospitalização evitável. Para Donabedian (1980) citado por AYANIAN (2016) a avaliação da qualidade em saúde sustenta-se em 3 componentes (estrutura, processo e resultado) que coexistem numa relação causal entre eles devendo permitir uma melhoria contínua. Para o mesmo autor é a estrutura que apoia o processo e este é desenvolvido para gerar um resultado. Cabe às organizações em saúde e aos seus profissionais, construírem uma cultura baseada em dados e ferramentas que lhe permitam trabalhar em prol da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A qualidade assume um interesse crescente pelos vários atores neste cenário, onde a participação dos doentes, cada vez mais educados e informados se torna fulcral no processo de cuidados seguros. Importa salientar que, não há uma definição universal de qualidade dos serviços de saúde, mas que esta se define em si mesma em função da missão institucional, tendo em consideração as circunstâncias do meio em que ele está inserido e cujos indicadores serão definidos individualmente por cada organização. Estes indicadores medem aspetos qualitativos e/ou quantitativos relativos à estrutura, aos processos e aos resultados. PEREIRA (2009, p. 54) citado por DIAS (2014, p. 18) refere que os indicadores são “(...) medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde”.

Em Portugal, embora tenha sido uma preocupação constante ao longo dos anos, é relativamente recente a importância atribuída à qualidade em saúde (GARRIDO, 2008). Cria-se então em 1999, o Instituto da Qualidade em Saúde, que permitiu ao Ministério da Saúde celebrar um acordo com o Health Quality Service que viria a estar na origem do primeiro Programa Nacional da Acreditação dos Hospitais. Num processo em constante mudanças, a qualidade em saúde passou a fazer parte do dia a dia dos profissionais como alicerce das escolhas e tomadas de decisão centradas nos doentes e suas necessidades. Num estudo publicado a 18 de maio de 2017 pela revista *The Lancet* (MURRAY, 2017), Portugal ficou classificado em 31º lugar entre 195 países em relação ao acesso e qualidade dos serviços de saúde, com um desempenho muito bom nas áreas das doenças transmissíveis exceto tuberculose e pneumonias bem como nas doenças do foro cardiovascular. De 1990 a 2015, segundo este estudo, Portugal melhorou o índice de acesso e qualidade dos serviços de saúde de 67% para 85%. No Despacho n.º 5739/2015 estão listados os indicadores para monitorização da qualidade em saúde e que relativamente à segurança são: a taxa de úlceras de pressão, taxa de infeções da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central (adultos e neonatal), embolia pulmonar ou trombose venosa profunda pós-operatória, sépsis pós-operatória, trauma obstétrico em

parto vaginal com instrumentação e trauma obstétrico em parto vaginal sem instrumentação.

Tendo em consideração as atuais mudanças nas organizações de saúde, bem como os padrões de saúde/doença, as crescentes exigências da sociedade, a criação de novas tecnologias e a formação dos profissionais, os enfermeiros devem encarar a qualidade como uma meta operacional (ABREU, 2007). Os indicadores de avaliação referentes aos cuidados de enfermagem são “marcadores específicos do estado da saúde das populações, evidenciando o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população” (OE, 2007, p.2). São indicadores que medem a forma como os enfermeiros concebem, agem e avaliam as suas ações na esfera da decisão autónoma. A avaliação destes indicadores permite aos enfermeiros, identificar a necessidade de implementação de ações de melhoria na prática dos cuidados de enfermagem, validar a qualidade das práticas exercidas promovendo a satisfação do doente como um padrão da qualidade de cuidados a ser atingido melhorando a representação social dos enfermeiros para a população. “A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros sofre a influência das competências profissionais, habilidades e dos conhecimentos que fundamentam a ação de cada enfermeiro e, por sua vez, influencia as dimensões mais abrangentes da qualidade em saúde” (PEREIRA, 2009, p.86). A identificação de indicadores que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem é um desafio, no entanto, traduz-se na oportunidade de demonstrar a natureza da contribuição dos enfermeiros para a recuperação dos doentes (McCANCE., 2012). A utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, pode constituir-se como uma ferramenta extremamente útil para monitorizar a qualidade dos cuidados prestados.

Para VIEIRA (2014, p.87) “é essencial que a utilização de indicadores não se centre única e exclusivamente num cariz avaliativo, mas também num cariz reflexivo e de mudança de práticas, incrementando a sua utilização numa lógica de desenvolvimento profissional e de melhoria, já que por vezes tem sido associada por alguns profissionais a uma vertente puramente avaliativa e até punitiva”. É este paradigma que importa transformar para que a segurança do doente, como princípio que sustenta a qualidade dos cuidados de saúde e, em particular, os cuidados de enfermagem se ancore no desenvolvimento de uma cultura que se pretende, como defende REASON (1998) que seja informada, de relato do incidente, de aprendizagem, justa e flexível componentes essenciais para uma cultura de segurança.

4 - COMPETÊNCIAS PARA UM CUIDADO DE ENFERMAGEM SEGURO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

Os módulos de estágio constituíram, para mim, momentos privilegiados e de oportunidade para a aquisição de competências de enfermeiro especialista com vista à obtenção de grau de mestre pelo desenvolvimento de cuidados especializados e de maior qualidade. O perfil de competências quer do enfermeiro de cuidados gerais quer do enfermeiro especialista, encontram-se regulados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) sendo que os enfermeiros especialistas, nas diferentes áreas de especialidade, partilham competências comuns que para a OE “são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;” (OE, 2011, p.3). Foi com base nestas que tracei, em projeto de estágio, objetivos e planeei atividades tendo em conta os contextos da prática, as suas necessidades, realidades e especificidades ancoradas à segurança do doente pois são múltiplos os fatores intrínsecos e organizacionais suscetíveis de aumentar a probabilidade do erro pondo em causa qualidade dos cuidados prestados.

A descrição dos objetivos alcançados bem como as atividades desenvolvidas para a aquisição das competências preconizadas pelo colégio da especialidade será o propósito deste capítulo.

4.1 – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Foi um dos objetivos específicos propostos em projeto de estágio “**Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas**” envolvendo a pessoa sempre que possível no processo de cuidados tendo por base o respeito pela autonomia e autodeterminação, dignidade, crenças e valores bem como a promoção do direito à informação por forma a obter o consentimento livre e esclarecido na prestação dos cuidados de enfermagem. O respeito pela individualidade e

dignidade do doente é um conceito presente nos cuidados dos profissionais de enfermagem do serviço de urgência. Neles estão veiculadas as respostas humanas de cada indivíduo como único, irrepetível e que por isso assume toda uma individualidade que lhe é característica sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.

Nos termos do nº 1 da Base I, da Lei de Bases da Saúde nº 48/90 de 24 de agosto, dos Princípios geral “1 – A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.”. Contextualizada no domínio da enfermagem a dignidade da pessoa humana está consagrada no Código Deontológico do Enfermeiro no número 1.º do artigo 99.º dos Princípios gerais 1 – “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.” (Código Deontológico Capítulo VI, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro). Este dever de respeito encerra em si um dever de informar, de confirmar o esclarecimento e de obter o consentimento livre e esclarecido para qualquer intervenção de enfermagem assente numa lógica de interdependência e confiança estabelecida num processo de relação terapêutica. Foi nesta lógica de interdependência e confiança, que prestei todos os cuidados de enfermagem e que tiveram por base este princípio em que o consentimento dos doentes que o puderam expressar, após informação e explicação dos procedimentos como dever que vem consagrado no artigo 105º do Código Deontológico do Enfermeiro, constituiu um requisito essencial à validação da prestação dos mesmos.

No diário da República de 3 de Janeiro de 2001- I SÉRIE – A, p. 27 encontra-se a ratificação da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina onde, no Artigo 5º está a regra geral do consentimento no qual se pode ler que “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido (...) A pessoa em questão pode, em qualquer momento revogar livremente o seu consentimento”.

O consentimento em saúde surgiu, ao longo de todo o estágio, como um processo dinâmico que envolveu uma reciprocidade de direito e dever de informação entre mim e o doente e coube-me como profissional de saúde assumir como quadro de referência que as pessoas são livres e autónomas para decidir o que é melhor para elas. Comprometi-me a informar com verdade, sem prejudicar com a esperança para que o doente tomasse as

decisões com responsabilidade, com consciência e coerência com os princípios e valores que pautam a sua filosofia de vida. O envolvimento do doente no processo de cuidados para a promoção da sua segurança constituiu o tema central de um dos programas da Organização Mundial de Saúde intitulado “Patients for Patient Safety”, cujo objetivo se centra na construção de parcerias entre profissionais de saúde e aqueles que recebem serviços de saúde por forma a garantir cuidados seguros e de qualidade. Foi possível constatar a surpresa dos doentes ao pedir o consentimento expresso para a realização de determinado procedimento. *“A Sr^a enfermeira é que sabe, a Sr^a Enfermeira é que manda” sic*, o que me permitiu desenvolver ações de educação para a saúde envolvendo o doente na tomada de decisão e consciencializando-o que, embora estando sob os cuidados de profissionais, a última palavra será sempre a dele assumindo a responsabilidade da sua saúde, integridade e bem-estar.

Relativamente a casos de situações de emergência capaz de pôr em risco a vida da pessoa, obrigou a que a atuação se sobrepusesse à obtenção de consentimento expresso com o intuito de salvar a vida como valor supremo, pelo que agi no melhor interesse do doente regido pelo princípio da beneficência e presumindo o seu consentimento como contempla o Artigo 8º da Convenção de Oviedo “Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa”. Ainda neste domínio refleti sobre o cumprimento do direito consagrado no código deontológico do enfermeiro no artigo 107º que versa sobre o Respeito pela Intimidade “Atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família; b) Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (OE,2015, p.85). Esta reflexão surgiu ancorada ao contexto da triagem, atividade que se desenvolve em dois postos lado a lado numa proximidade tal que não permite o cumprimento do disposto no artigo. Partilhando esta reflexão com as tutoras de estágio, foi-me explicado que a oportunidade de melhoria desta condição passaria por alterações na estrutura do serviço já previstas.

Dos doentes que tive oportunidade de assistir, nomeadamente em contexto de sala de emergência, houve a necessidade de comunicação de más notícias a familiares. Nestes momentos foi possível observar que o enfermeiro não é um elemento ativo neste processo em que “o ato de comunicar não é responsabilidade de uma pessoa, mas sim de toda a

equipa devendo assumir-se como um ato conjunto em prol do maior benefício para o doente e sua família (PIMENTA, 2006, p.498). Para RIBEIRO (2013) a comunicação enquanto processo pode ser caracterizada não só pela complexidade, mas também pela exigência que é esperada de todos os intervenientes. Num estudo desenvolvido acerca da transmissão de más notícias na perspetiva do enfermeiro, RIBEIRO (2013) conclui que estes profissionais experienciam uma diversidade de sentimentos durante a transmissão das más notícias, sendo o de impotência o mais vivenciado, seguido da impaciência e da frustração. REBELO (2009) citado por RIBEIRO (2013, p. 34) diz-nos que, enquanto ponte de relacionamento com os outros, o ato de comunicar exige de qualquer profissional de saúde, uma aprendizagem e treino constantes, determinada e abrangente que dê resposta às necessidades efetivas daqueles a quem os nossos cuidados são dirigidos

Do conhecimento adquirido, nomeadamente no que diz respeito ao modelo de comunicação de Buckman através do protocolo de SPIKES (Setting up -Preparação e escolha do local adequado; Perception - perceber o que o doente já sabe; Invitation - perceber o que o doente quer saber; Knowledge - Dar a notícia; Emotion - Responder às emoções e às perguntas do doente) para a transmissão de más notícias, foi possível perceber uma oportunidade de melhoria do conhecimento, por parte dos enfermeiros, de que existe uma ferramenta capaz de auxiliar no treino do desenvolvimento desta competência permitindo-lhes o envolvimento neste processo. BUCKMAN (2002, p. 672) refere que nunca conheceremos as expectativas de todos, mas a habilidade e o esforço colocados na comunicação na prática clínica deixam uma impressão indelével nos doentes e famílias. Para o autor a gestão das emoções é difícil de conseguir quando há necessidade de dar más notícias e que o comportamento de quem está a comunicar pode ficar bloqueado por sentimentos de empatia pelo doente e família, transferência da situação ou frustração, influenciando negativamente a receção da mesma por parte da pessoa a quem está a ser dada a má notícia.

Num doente que deu entrada na sala de emergência e que não resistiu às manobras de reanimação após uma paragem cardiorrespiratória foi o momento em que percecionei a dificuldade dos profissionais de enfermagem em integrar a equipa multidisciplinar para a comunicação das más notícias. Foi possível constatar que os enfermeiros que se envolveram nas manobras de reanimação, após conversa com os mesmos, assumem que a comunicação das más notícias deve ser dada pelo médico e consideram que este é o elemento mais adequado para o fazer. Neste momento em particular pude juntamente com o médico emergencista fazer parte deste processo de comunicação da má notícia,

experiência previamente adquirida em contexto de cuidados intensivos, consciente de que são realidades e contextos diferentes. Esta oportunidade permitiu-me questionar e refletir sobre a melhor forma de comunicar a má notícia admitindo a possibilidade de dar à família tempo e espaço ao desenvolvimento de um luto saudável. Consegui perceber neste contexto, que a capacitação dos enfermeiros na integração de uma equipa multidisciplinar na comunicação das más notícias não constitui uma prioridade, o receio de enfrentar as reações emocionais dos doentes e famílias e a dificuldade em gerir a situação são os aspetos que contribuem para que eles não se envolvam no processo.

Para PEREIRA (2005) os profissionais encaram estas notícias como sinónimo de fracasso numa sociedade em que o avanço da medicina e da esperança de vida incute uma ideia de imortalidade. Foi uma sugestão deixada à enfermeira responsável pela formação em serviço o treino no desenvolvimento de competências na transmissão das más notícias perspetivando uma oportunidade de melhoria como um desafio e uma motivação para refletir, aprender, modificar atitudes e comportamentos que nos tornem profissionais mais capazes e, portanto, mais seguros nesta abordagem.

Outro objetivo delineado em projeto consistiu em **demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.**

Ainda no âmbito de sala de emergência reconheci e colaborei em múltiplas situações inesperadas, algumas das quais se evidenciaram pela sua peculiaridade e que constituíram uma oportunidade de mobilizar conhecimentos teóricos para o contexto da prática clínica. A identificação de prioridades na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de sala de emergência foi uma das atividades desenvolvidas para atingir este objetivo. Foi o caso de um indivíduo que deu entrada na sala de emergência, trazido pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) com o diagnóstico de intoxicação por organofosforados. *Dosis sola facit venenum (Só a dose faz o veneno* (PARACELSUS, 1538). A ingestão voluntária de pesticidas agrícolas representa um problema major de saúde pública e é responsável por cerca de um terço de todos os suicídios a nível mundial CHOWDHARY (2014). O número de intoxicações com pesticidas organofosforados é estimado em cerca de 3.000.000/ano com taxas de mortalidade de 20% e cuja OMS estimou a morte de 200.000 pessoas todos os anos. (MAITI & DUBEY, 2011).

Mais de 50% das chamadas recebidas pelo instituto de Emergência Médica (INEM) em 2015 foram efetuadas pelos profissionais de saúde não existindo dados relativos aos anos de 2016 e 2017. Do total dos 31.856 agentes identificados em 2015 (sem

dados dos anos de 2016 e 2017) 22.292 são relativos a intoxicação medicamentosa e apenas 6% (1938) relativos a intoxicação por pesticidas, sendo que destes apenas 323 dizem respeito a organofosforados e carbamatos, inibidores de colinesterases. RODRIGUES (2011) conclui que a incidência das intoxicações por pesticidas em Portugal é relevante e que padrão epidemiológico se caracteriza por um predomínio das intoxicações intencionais, em homens de meia idade, residentes em meio rural.

E este constitui o perfil da vítima de 54 anos, género masculino, que dá entrada às 10:15h do dia 6/5/2017 na Sala de Emergência trazido pelo INEM com diagnóstico de intoxicação voluntária por organofosforados. A comunicação prévia do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) com a equipa de emergência hospitalar permitiu planear a intervenção garantindo a segurança na abordagem do doente. A segurança passa em primeira instância pela garantia de que “os profissionais de saúde estão cientes da necessidade de se tomarem as medidas universais para prevenir a contaminação cruzada durante a avaliação inicial” VAN HOVING(2011, p. 73). Segundo GELLER (2001), os profissionais de saúde incorrem em riscos de intoxicação na estabilização inicial dos doentes intoxicados por organofosforados apresentando “*sintomas como cefaleias e náuseas*” (LITTLE, 2004 p. 457). A necessidade de atualização de conhecimentos relativamente às intoxicações por organofosforados levou-me à procura do *gold standard* na abordagem e tratamento do doente intoxicado e refletir sobre a atuação neste caso em particular. O tratamento *standard* segundo (EDDLESTON, 2008) passa por uma abordagem que inclui a ressuscitação com base nas prioridades ABCDE, a administração de antagonistas nicotínicos ou muscarínicos consoante a sintomatologia e um reativador das acetilcolinesterases como a obidoxima. Assegurada a estabilização das funções vitais, dever-se-á proceder a medidas que reduzam o contacto com o produto e diminuam a sua absorção como o caso de descontaminação cutânea com banho, administração de carvão ativado que diminuirá a absorção gástrica e a promoção da excreção renal. A transferência para o serviço de medicina intensiva imbuu-se de um planeamento cuidadoso que garantisse a segurança dos profissionais, dos outros doentes, do doente e do próprio transporte. Para SILVA (2015, p. 539), a “*checklist* representa uma ferramenta simples que incorpora barreiras de proteção para a segurança do paciente”. Para a autora (2015, p.540), “a percepção geral de segurança do paciente é uma dimensão de resultado e indica a existência de processos e sistemas para prevenir erros e problemas de segurança do paciente”.

CHOI (2012), verificou no seu estudo que, a ocorrência de eventos adversos diminuiu de 36,8% para 22,1%, quando os enfermeiros planeavam com recurso a uma *checklist* o transporte intra-hospitalar dos doentes do departamento de emergência. Pude constatar a necessidade de desenvolver uma *checklist* como recurso que potencia a segurança do doente e dos profissionais no planeamento do transporte inter e intra-hospitalar. Numa revisão integrativa da literatura sobre o transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico, ALMEIDA (2012) conclui que, transportar o paciente crítico de maneira segura significa melhorar a comunicação entre as equipas, padronizar as ações e equipamentos utilizados por meio de protocolos e identificar intercorrências para obter a excelência no atendimento durante o transporte. É consensual na bibliografia que, o desenvolvimento de ações seguindo uma *checklist*, melhora a qualidade dos cuidados prestados pelo aumento da segurança.

Nas recomendações de 2008 sobre o transporte de doentes críticos elaboradas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) pode ler-se que, “A utilização de listas de verificação (*check-lists*) foi implementada pela “The Intensive Care Society”, em 2002, pretendendo a sociedade inglesa, com a sua introdução, reduzir o risco do transporte, com a verificação dos múltiplos fatores que interferem com o resultado final.” (SPCI, 2008, p.24). O nível de cuidados, durante o transporte, não deve ser inferior ao verificado no serviço de origem, devendo estar prevista a eventual necessidade de o elevar (SPCI, 2008, p. 10) pelo que foi desenvolvido um guia, pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, para o transporte de doente críticos que contempla requisitos mínimos a obedecer para que o mesmo se faça em segurança.

A elaboração de uma *checklist* intrahospitalar para o transporte do doente crítico foi um dos objetivos a que me propus concretizar em projeto de estágio e que não consegui atingir uma vez que, o enfermeiro responsável pela sala de emergência, não achou que fosse operacional neste contexto. No entanto, foi uma sugestão de melhoria que deixei como proposta ao enfermeiro chefe no âmbito do tema da segurança. A segurança passa também pelo envolvimento da participação do doente no processo de saúde/doença e cabe ao enfermeiro especialista a sua promoção, garantindo o envolvimento do indivíduo alvo de cuidados como parceiro ativo nos mesmos. Esta garantia vai de encontro a um dos padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros em que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.” (OE, 2001, p. 13) promovendo “o

estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados” (OE, 2001 p. 14).

As competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal desenvolvidas ao longo do estágio permitiram-me a promoção de práticas dos cuidados com um nível de responsabilização profissional que respeitam os direitos humanos. O envolvimento do doente no processo de cuidados bem como o seu consentimento informado foi constante ao longo do processo de resolução de problemas. A integração no grupo multidisciplinar permitiu-me a construção da tomada de decisão em equipa pela demonstração na prática de que as decisões tomadas suportadas em princípios, valores e normas, em consonância com a orientadora do estágio, tinham por base um julgamento fundamentado no código deontológico e que me permitiu ao longo do estágio identificar as respostas mais apropriadas a cada situação. A capacidade de prevenir e identificar práticas de risco permitiu-me a adoção de medidas apropriadas a cada situação em particular e, portanto, consegui gerir, dentro da equipa, os cuidados que pudessem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do doente e família.

Cabe ao enfermeiro “Exercer a profissão com 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” como preconiza o Código Deontológico Capítulo VI, Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, dos Deveres em geral.

4.2 – Na melhoria da qualidade

Não descurando a importância dos outros domínios, o domínio da melhoria da qualidade a par com o tema de fundo delineado em projeto que versa sobre a segurança dos cuidados ao doente crítico, mereceu especial atenção no decorrer deste estágio. Particularmente em contexto de prática clínica são múltiplos os fatores intrínsecos e organizacionais suscetíveis de aumentar a probabilidade do erro pondo em causa a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) através do despacho nº1400-A/2015 publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015, p.3882 “a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está intimamente ligada quer ao nível de cultura de segurança existente nas instituições que prestam estes cuidados, quer à sua organização” com repercussões menos positivas para o

doente e família. Para tal, entre outras, a avaliação da cultura de segurança constitui uma ação transversal no Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020 cujo objetivo se centra na melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

Avaliar a cultura de segurança dos profissionais do serviço de urgência e identificar oportunidades de melhoria no âmbito da segurança do doente foi um dos objetivos traçados em projeto com vista à caracterização da cultura de segurança dos enfermeiros do serviço de urgência admitindo a possibilidade de transformação e consolidação de uma cultura baseada na prevenção de acidentes e na consciencialização de comportamentos seguros. **Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada** e assim aplicar os resultados dessa pesquisa em situações semelhantes tendo sempre em consideração as particularidades das situações e indivíduos foi outro objetivo atingido. A revisão da literatura tem a “finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado” (MENDES; SILVEIRA e GALVÃO, 2008, p.759). Para a enfermagem esta assume uma grande importância pois permite produzir “um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade” (MENDES; SILVEIRA e GALVÃO, 2008, p.760).

Assim, numa primeira etapa, foi importante proceder à revisão bibliográfica, realizei no dia 7 de junho de 2017 uma pesquisa na plataforma EBSCO na base de dados CINHAL PLUS complete e MEDLINE complete. Foram selecionados artigos publicados entre o ano 2010 e 2017, com texto completo disponível para a análise do seu conteúdo. A pesquisa foi realizada com a utilização dos descritores “Patient Safety Culture”, “Hospital”, “Emergency Department” utilizando o operador booleano AND. Foram definidos critérios de inclusão para a pesquisa, nomeadamente, artigos em Português e Inglês, população de adultos e ambiente hospitalar. Foram excluídos artigos de outras línguas das referidas anteriormente, artigos repetidos, população pediátrica, artigos de opinião, cuidados de saúde primários.

Como resultados foram encontrados 26 artigos e tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão foram rejeitados 5 por serem repetidos, dos 21 artigos que ficaram foram excluídos 15 por referir-se à população pediátrica, 2 após a leitura do título, 3 após leitura do resumo e 9 após leitura integral do texto ficando uma amostra de 6 artigos que se apresentam na tabela n.1.

Tabela 1 - Artigos consultados sobre a cultura de segurança nos departamentos de emergência hospitalar

Autores/ ano	Título	Metodologia
Rigobello M., Carvalho R., Guerreiro J., Mota A 2016	“The perception of the patient safety climate by professionals of emergency department”	Estudo descritivo, quantitativo e transversal
Vlayen A., Schrooten W., Hellings J. ()2015	“Variability of Patient Safety Culture in Belgian Acute Hospitals”	Estudo comparativo, quantitativo
Wong A., Gang M., Szyld D., Mahoney H. (2016)	Making an "Attitude Adjustment": Using a Simulation-Enhanced Interprofessional Education Strategy to Improve Attitudes Toward Teamwork and Communication.	Estudo observacional
Wang Xue, Liu Ke,, You Li, Xiang Jia, Hu Hua (2013)	The relationship between safety culture and adverse events: a questionnaire survey	Estudo descritivo e correlacional
Van Noord, Wagner Cordula, Dyck Cathy (2013)	Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives	Estudo transversal
Jones Florence, Podila Pradeep, Powers Cynthia (2013)	Creating a Culture of Safety in the Emergency Department The Value of Teamwork Training	Estudo comparativo

RIGOBELLO (2017) defende que o conhecimento das percepções dos profissionais do clima de segurança do doente no contexto de atendimento de emergência com as avaliações da cultura de segurança, contribui para a melhoria dos cuidados de saúde, reduz os eventos adversos e pode concentrar esforços para melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente. Avaliar o clima de segurança auxilia na avaliação da cultura de segurança, que está diretamente associada à segurança do doente porque contribui para a redução de eventos adversos e taxas de mortalidade e permite às instituições planear intervenções com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. O trabalho em equipa e a comunicação desempenham um papel importante na ocorrência de eventos adversos em ambientes dinâmicos e complexos como os departamentos de emergência (RIGOBELLO, 2017).

VLAYEN (2015) identifica a linguagem, o local de trabalho e a profissão como importantes preditores da cultura de segurança do doente. Para o autor existe um fosso

importante nas percepções de cultura de segurança entre líderes e profissionais que trabalham diretamente com os doentes em que a administração e a chefia intermédia apresentam níveis mais baixos de percepção de cultura de segurança em relação aos doentes. As ações educativas das classes de profissionais através de cursos didáticos sobre estratégias e comunicação e trabalho em equipa mostraram melhorias significativas nas atitudes do pessoal relativamente a estas dimensões da cultura de segurança. Desde a conclusão do estudo de WONG (2016), vários estudos mostraram que o treino em equipa melhorou o trabalho no seio da equipa interdisciplinar e o conhecimento da comunicação em diferentes contextos de cuidados de agudos. Para WONG (2016) usando uma metodologia de simulação de cuidados de saúde para aumentar a educação interprofissional, consegue-se melhorar o trabalho em equipa e atitude de comunicação para o pessoal do departamento de emergência. WANG (2014) conclui que uma cultura de segurança dos profissionais de saúde diminuta é um fator preditor de uma elevada incidência na ocorrência de eventos adversos, e que a construção de um ambiente não punitivo e o desenvolvimento de iniciativas que estimulem a notificação, estão diretamente relacionados a uma diminuição dos mesmos.

Um dos fatores com potencialidades para aumentar o nível de cultura de segurança dos profissionais dos departamentos de emergência como mostra o estudo desenvolvido por JONES (2013) consiste no treino das habilidades do trabalho em equipa. O estudo mostrou que todas as dimensões da cultura de segurança, após o treino de habilidades do trabalho em equipa obtiveram uma melhoria nos resultados com exceção da resposta não punitiva ao erro e que a cultura de segurança é uma consequência de uma equipa bem estruturada, habilitada e que comunica eficazmente.

Avaliar e monitorizar a cultura de segurança da organização torna-se essencial para identificar áreas de melhoria e introduzir mudanças no comportamento dos profissionais de saúde, por forma a aumentar a segurança do doente e qualidade dos cuidados prestados. Surgiu no decorrer deste estágio, como aluna de mestrado, a oportunidade de desenvolver um estudo para avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros do serviço de urgência como ponto de partida para a identificação de oportunidades de melhoria no âmbito da segurança do doente e da melhoria contínua da qualidade. Através deste estudo, pretendi avaliar o nível de cultura de segurança dos enfermeiros do Serviço de Urgência do Hospital α através da aplicação do questionário “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (NIEVA, 2004) da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Neste seguimento, surge a questão de investigação que está na base do estudo e que é: Qual a cultura de segurança dos enfermeiros do serviço de urgência do hospital α ?

Objetivos e natureza do estudo

Caracterizar a cultura de segurança dos enfermeiros do Serviço de Urgência (SU) do Hospital α e identificar oportunidades de melhoria no âmbito da segurança dos cuidados prestados ao doente admitido no SU foram os objetivos deste estudo.

Este estudo assume uma natureza descritiva, transversal e quantitativa. É descritivo porque caracteriza o fenómeno em estudo e especifica conceitos que neste caso versam sobre a cultura de segurança do doente e descreve as características de uma população que neste estudo são os 60 enfermeiros do SU do Hospital α . Este estudo é quantitativo porque se centra na medição e avaliação de variáveis comportamentais passíveis de ser medidas, e comparadas. É um estudo transversal porque as medições são realizadas num único momento.

Método

A amostra do estudo é composta pelos enfermeiros do SU do hospital α , e probabilística em que todos os elementos têm probabilidade diferente de zero de participar no estudo.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado o questionário da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) utilizado foi o “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (SORRA e NIEVA, 2004) traduzido e validado para a cultura portuguesa por EIRAS (2009). Questionário foi enviado eletronicamente através do link Google Forms com a colaboração do enfermeiro chefe para todos os enfermeiros do serviço de urgência como uma forma de garantir o anonimato dos participantes entre 30 de Maio e 9 de Junho de 2017.

Este questionário apresenta 44 itens de resposta distribuídos por 12 dimensões (Trabalho em equipa, Expectativas do Supervisor, Apoio à segurança do doente pela gestão, Aprendizagem Organizacional, Perceções gerais sobre a segurança do doente, Comunicação e feedback acerca do erro, Abertura na comunicação, Trabalho entre Unidades, Frequência da notificação e Dotação de profissionais).

Cada dimensão é avaliada por um conjunto de itens ou questões conforme apresentado no Apêndice I, discriminando-se de seguida a correspondência entre as questões e as dimensões mencionadas:

- Trabalho em equipa dentro das unidades – A1, A3, A4, A11

- Expectativas e ações do gestor na promoção de segurança do doente – B1, B2, B3r, B4r
- Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua – A6, A9, A13
- Comunicação e feedback acerca do erro – C1, C3, C5
- Abertura na Comunicação – C2, C4, C6r
- Dotação de profissionais – A2, A5r, A7r, A14r
- Resposta ao erro não punitiva – A8r, A12r, A16r
- Apoio à Segurança do doente pela gestão – F1, F8, F9r
- Trabalho entre unidades – F2r, F6r, F10
- Transições – F3r, F5r, F7r, F11r
- Perceções gerais sobre segurança do doente – A10r, A15, A17r, A18
- Frequência de notificação – D1, D2, D3.

O questionário apresenta questões formuladas pela negativa e outras pela positiva. As questões identificadas com “r” estão colocadas na negativa e são: A5, A7, A8, A10, A12, A14, A16, A17, B3, B4, C6, F2, F3, F5, F6, F7, F9, F1. Para melhor compreensão das mesmas seguem-se as recomendações dos autores Sorra e Nieva (2004), e que são: Inversão das questões colocadas pela negativa para melhor análise; Recodificação das respostas em três categorias: Negativo, neutro e positivo. Foram seguidas as recomendações dos autores utilizando-se para a inversão e recodificação o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão IBM SPSS Statistics 24.

Procedimentos éticos e legais

Segundo Fortin (2009), existem cinco direitos ou princípios fundamentais, aplicáveis aos seres humanos que foram determinados pelo código de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal. O questionário “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (Apêndice I) foi traduzido e validado para a cultura portuguesa pela Eiras em 2008 pelo foi dirigido por correio eletrónico um pedido de autorização à autora a 20 de maio de 2017, ao qual obtive uma resposta favorável. Para dar cumprimento às normas éticas e deontológicas deste tipo de estudo, a 8 de maio de 2017, foi dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital α , um pedido de autorização para a realização do estudo a todos os enfermeiros do Serviço de Urgência. (Apêndice II).

O questionário foi enviado via email para todos os enfermeiros através de um *link* acompanhado de um texto elucidativo do objetivo do estudo e instruções de preenchimento garantindo sempre o anonimato do respondente.

Resultados

As tabelas 2 e 3 mostram os resultados obtidos na caracterização socioprofissional dos enfermeiros do SU do Hospital α e da média dos resultados da avaliação da cultura de segurança por dimensão.

Tabela 2 - Características socioprofissionais dos enfermeiros do SU (N=30) do Hospital α

Variáveis	N	%
Grupo etário		
20 a 30 anos	6	20
30 a 40 anos	20	66,7
40 a 50 anos	2	6,7
50 ou mais anos	2	6,7
Gênero		
Feminino	20	63,7
Masculino	10	33,3
Experiência profissional na instituição		
1 a 2 anos	3	10
3 a 7 anos	3	10
8 a 12 anos	15	50
13 a 20 anos	2	6,7
21 ou mais anos	7	23,30
Experiência profissional no serviço		
1 a 2 anos	6	20
3 a 7 anos	4	13,3
8 a 12 anos	12	40
13 a 20 anos	8	26,7

A amostra em estudo é constituída por 30 enfermeiros que trabalham no Serviço de Urgência do Hospital α cuja taxa de resposta ao preenchimento dos questionários foi de 100%. Na tabela 1 apresentamos a caracterização socioprofissional desta amostra segundo grupo etário, o gênero, a experiência profissional na instituição e a experiência profissional no serviço. Da análise da tabela 1, constatamos que 66,7% dos enfermeiros têm idades compreendidas entre 30 e os 40 anos, logo seguidos dos enfermeiros entre os 20 e 30 anos. A amostra é maioritariamente do sexo feminino (63,7%). No desempenho das suas funções, 50% dos enfermeiros têm uma experiência profissional na ULS entre 8 e 12 anos

e em relação à experiência profissional do serviço 40% dos enfermeiros exercem atividade entre os 8 e os 12.

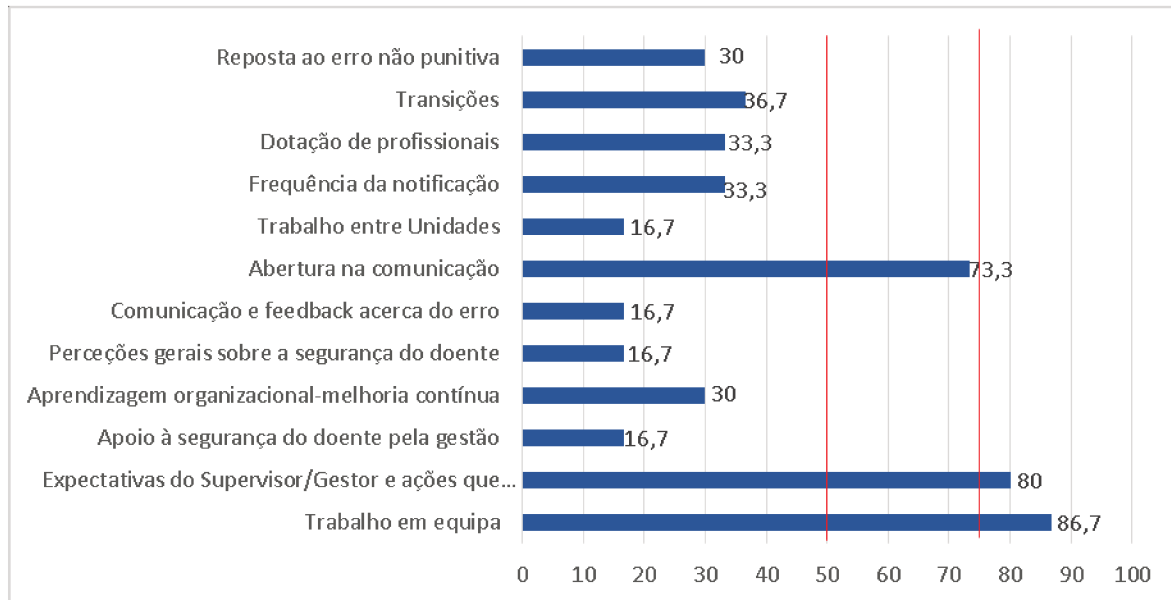
Tabela 3 - Resultados da avaliação da cultura de segurança por dimensão

Dimensões	Negativo		Neutro		Positivo	
	n	%	n	%	n	%
Trabalho em equipa	-	-	4	13,3	26	86,7
Expectativas do Supervisor/Gestor e ações que promovam a segurança do doente	-	-	6	20,0	24	80,0
Apoio à segurança do doente pela gestão	9	30	16	53,3	5	16,7
Aprendizagem organizacional-melhoria contínua	8	26,7	13	43,3	9	30
Perceções gerais sobre a segurança do doente	-	-	25	83,3	5	16,7
Comunicação e feedback acerca do erro	4	13,3	21	70	5	16,7
Abertura na comunicação	1	3,3	7	23,3	22	73,3
Trabalho entre Unidades	14	46,6	11	36,7	5	16,7
Frequência da notificação	3	10	17	56,7	10	33,3
Dotação de profissionais	4	13,3	16	53,3	10	33,3
Transições	12	40	7	23,3	11	36,7
Reposta ao erro não punitiva	6	20	15	50	9	30

Os dados da tabela 3 mostram que existem duas dimensões com uma percentagem de resposta positivas que ultrapassam os 75%. A dimensão “Trabalho em equipa” apresenta a maior percentagem de resposta positivas 86,7% sem qualquer resposta negativa sendo que 4 dos 30 enfermeiros não concordam nem discordam em relação às questões “Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer” e “No SU os profissionais entreadjudam-se”. Com uma taxa de respostas positivas de 80% e sem qualquer percentagem de resposta negativa a dimensão “Expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente” mostra que os enfermeiros vêem o seu superior hierárquico como alguém atento aos problemas relacionados com a segurança do doente. Relativamente às dimensões Apoio à segurança do doente pela gestão, Perceções gerais sobre a segurança do doente e Trabalho entre unidades, a tabela mostra que estas são as dimensões críticas da cultura de segurança do doente com uma percentagem de respostas positivas de 16,7%. De salientar que a dimensão “Perceções gerais sobre a segurança do doente”, apesar desta percentagem baixa de respostas positivas, não teve qualquer resposta negativa e uma percentagem de 83,3% de respostas neutras, nomeadamente, na questão “Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer” e “É apenas por sorte que os erros mais graves não ocorrem neste serviço”. De salientar ainda que a percentagem de respostas positivas na dimensão “Trabalho entre

unidades” se deve à percentagem significativa de respostas negativas nesta dimensão com destaque para a pergunta “Existe boa colaboração entre serviços/ unidades do hospital que precisam de trabalhar conjuntamente”.

Gráfico 1 - Percentagem de respostas positivas por dimensão



Para SORRA e NIEVA (2004), o percentual de respostas positivas específicas na dimensão constitui o principal indicador de análise da cultura de segurança. Os autores consideram que, dimensões avaliadas com respostas positivas superiores a 75%, constituem forças de segurança da organização e que, as dimensões avaliadas com percentagem de respostas positivas inferior a 50%, são oportunidades de melhoria. Segundo os mesmos autores, o percentual de respostas positivas específicas na dimensão ou item, passa a ser o principal indicador de análise. Do gráfico 1 verifica-se que, as dimensões “Expectativas do Supervisor”, “Trabalho em equipa” e “Abertura na Comunicação”, apresentam percentuais de respostas positivas próximas e acima dos 75%, com valores de 80%, 86,7% e 73,3%, respectivamente. As outras dimensões apresentam médias percentuais de respostas positivas abaixo de 50% com dimensões críticas, nomeadamente, “Apoio à segurança pela gestão”, “Perceções gerais sobre a segurança”, “Comunicação e feedback acerca do erro” e “Trabalho entre unidades”.

Análise e Discussão dos Resultados

A génese deste estudo surge do interesse à volta da temática da segurança do doente, tema transversal ao estágio desenvolvido, perseguindo o objetivo estratégico delineado no Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020 de aumentar a

cultura de segurança do ambiente interno num processo de melhoria contínua da qualidade. Na comunidade científica, os estudos internacionais desenvolvidos relativamente à avaliação da cultura de segurança do doente, utilizando o questionário HSOPS são múltiplos e maioritariamente desenvolvidos fora do contexto de emergência. Da pesquisa bibliográfica efetuada, encontrei vários estudos em Portugal avaliativos da cultura de segurança em diversos departamentos, como bloco operatório, unidade de radioterapia, mas nenhum no contexto de urgência o que constitui um aspeto inovador. Uma das características deste questionário, segundo SORRA e NIEVA (2004), é a possibilidade da realização de benchmarking interno e externo salvaguardando que a cultura de segurança do doente numa instituição e mesmo num departamento têm características próprias do ambiente e dos profissionais que lá desenvolvem atividade. Parece cientificamente evidente, que a cultura de segurança é multifatorial e que pode ser influenciada por características intrínsecas e extrínsecas aos indivíduos e organização. Da análise dos resultados verificamos que, a dimensão **Trabalho em equipa**, é a que possui maior valor percentual (86,7%) revelando-se um ponto forte na cultura de segurança dos enfermeiros do SU do Hospital α aproximando-se ao valor obtido com FAMOLARO (2016) de 82%. Realizando um benchmarking nacional com os resultados do estudo piloto realizado em 52 unidades hospitalares em Portugal em 2011, esta dimensão obteve neste estudo um percentual de respostas positivas de 73% e um valor de 68% no estudo desenvolvido por SOUSA (2013). “O trabalho em equipa é imprescindível a qualquer empresa segura (aviação, químicas enucleares, etc.) mas não é ainda aceite como imprescindível na saúde.” (FRAGATA, 2010, p.569)

A dimensão **Expectativas do Supervisor/Gestor e ações que promovam a segurança do doente** apresenta o segundo melhor percentual positivo (80%) evidenciando o reconhecimento que os enfermeiros têm relativamente ao papel desempenhado pelo seu superior hierárquico. Esta dimensão teve uma média positiva muito superior ao de outros estudos como o de EIRAS (2011) com 62%, SOUSA (2013) com 58% e FAMOLARO (2016) 78% %. Segundo dados do Hospital Comparative Database Report da AHRQ, a tendência para uma positividade cada vez mais crescente tem-se evidenciado ao longos dos anos 75% em 2012, 76% em 2014 e 80% em 2016. Neste sentido, BARROSO (2014) afirma que a forma como os enfermeiros são geridos pelos seus líderes pode afetar drasticamente o seu desempenho e influenciar a segurança e os resultados do doente. MERRILL (2015) mostra que um estilo de liderança transformacional, foi um fator que contribuiu de forma positiva para um clima mais seguro dentro do hospital, estando

associado igualmente à redução do “turnover” dos enfermeiros ao contrário da abordagem *laissez-faire* que criou uma cultura de culpa entre os membros da equipa, contribuindo negativamente para a socialização do serviço.

A **abertura na comunicação** foi a 3ª dimensão com maior percentual de respostas positivas e embora não se situe acima dos 75% para ser considerada um ponto forte da cultura de segurança apresenta-se perto com um resultado de 73,3%. EIRAS (2011) no estudo piloto obteve nesta dimensão um valor percentual 52%, SOUSA (2013) de 44%, constituindo oportunidades de melhoria. Relativamente aos dados do Hospital Comparative Database Report da AHRQ verifica-se também nesta dimensão uma tendência crescente na percentagem de respostas positivas 2012 (62%), 2014 (62%) e 2016 (65%). “Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por comunicação aberta e fundada na confiança mútua, gerindo o risco por perceções compartilhadas sobre a importância da segurança e de aprendizagem organizacional e pela confiança na eficácia de medidas preventiva (TOBIAS, 2014, p. 350).

As restantes dimensões apresentam percentuais de resposta positiva abaixo de 50% tratando-se, portanto de oportunidades de melhoria, revelando-se em algumas dimensões alguma criticidade no que respeita à percentagem de respostas positivas como é o caso do **Trabalho entre unidades, Apoio à segurança do doente pela gestão, Perceções gerais sobre a segurança do doente e da Comunicação e feedback acerca do erro** com percentagem de 16,7%. Analisando os dados da tabela relativamente a estas dimensões verificamos que, apesar de todas terem a mesma percentagem de resposta positivas, as dimensões Perceções gerais sobre a segurança do doente e Comunicação e feedback acerca do erro, destacam-se no percentual de respostas neutras com 83,3% e 70% respetivamente.

Relativamente à **Perceção geral sobre a segurança do doente** tal como SOUSA (2013) com 44%, esta dimensão constitui uma oportunidade de melhoria, mas a maioria dos estudos apresentam resultados positivos, como EIRAS (2011), SORRA (2012) e FAMOLARO (2016) com 59%, 67% e 66% respetivamente não sendo considerada como força de segurança em nenhum deles.

As dimensões Transições e Trabalho entre unidades, pela percentagem de resposta positivas, 36,7% e 16,7%, respetivamente constituem oportunidades de melhoria. Mas o destaque nestas dimensões faz-se pelo percentual negativo que apresentam. Na dimensão **Transições** 40% dos profissionais consideram que as mudanças de turno são problemáticas para os doentes e que se perde informação nomeadamente quando se transfere o doente para outra unidade /serviço. O resultado obtido é inferior aos de SORRA (2012) com 45%,

FAMOLARO (2016) com 48% e EIRAS (2011) com 59%. A tendência segundo dados do Hospital Comparative Database Report da AHRQ é para uma melhoria da média percentual de respostas positivas com 45% em 2012, 47% em 2014 e 50% em 2016. Aumentar a segurança na comunicação através de ações de sensibilização e de informação ao cidadão, realização de auditorias internas à transferência e alta dos doentes constitui um dos objetivos estratégico do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020 pelo que a transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados (DGS, 2017). comunicação entre os membros da equipa é fundamental para fomentar a partilha de um mesmo modelo mental (i.e., ideias comuns relativamente a objetivos, modo de funcionamento, padrões temporais, papéis e funções individuais, valores relacionados com a atividade da equipa e visão sobre o contexto em que esta se insere). A integração neste modelo mental de uma atitude positiva em relação à cultura de segurança é fundamental para a redução do erro. (SANTOS, 2010).

O estudo apresenta algumas limitações que poderão ser colmatadas em estudos posteriores. Em primeiro lugar a questão temporal que limitou a colheita de dados e a implementação de ações de melhoria com novas avaliações impedindo que através do trabalho se possam retirar conclusões. A falta de estudos da avaliação da cultura de segurança em contexto dos serviços de urgência dificulta o benchmarking.

Em síntese, existem na cultura de segurança dos enfermeiros do SU do Hospital α áreas avaliadas como potencialmente críticas, nomeadamente no “Trabalho entre Unidades” onde a percentagem de respostas positivas foi significativamente baixa (16,7%), muito à custa de uma percentagem de 46,6% de resposta negativas, o que evidencia a necessidade emergente de desenvolvimento de estratégias que aumentem a colaboração entre o serviço de urgência e os demais serviços da instituição. O trabalho em equipa é o ponto mais forte da cultura de segurança dos enfermeiros do serviço de urgência da instituição, sendo o enfermeiro chefe considerado por 80% dos respondentes um elemento dinamizador e promotor da segurança do doente no serviço.

4.3 – No domínio das aprendizagens profissionais

Porque a avaliação da cultura de segurança foi realizada aos enfermeiros do serviço de urgência como população do estudo não abrangendo toda a equipa multidisciplinar decidi intervir com outro projeto capaz de promover a sensibilização dos outros

profissionais do serviço no que diz respeito à segurança do doente. O desenvolvimento desta ação de sensibilização justificou-se pela identificação de situações de vulnerabilidade no trabalho multidisciplinar nomeadamente prescrições de medicação verbal e o não cumprimento da identificação inequívoca do doente, aspetos capazes de comprometer a segurança o que me permitiu dar cumprimento ao objetivo de **zelar pelos cuidados prestados na área da EEMC**.

Para BARROSO (2014) o envolvimento e compromisso com a segurança do doente deverá ser transversal a todos os profissionais de saúde com formação e educação simples e dirigida aos problemas detetados. Para BABIKER (2014) uma equipa multidisciplinar que, ao providenciar cuidados de saúde, desenvolva um trabalho de equipa efetivo pode afetar de forma imediata e positiva os resultados e a segurança do doente. Compreender a cultura do local de trabalho e seu impacto na dinâmica e no funcionamento da equipa fará com que cada elemento desta equipa seja uma peça chave na segurança do doente. Aprovado pelo enfermeiro chefe e diretora do serviço, a intervenção passou por desenvolver o mês da segurança onde em cada semana seriam aplicados nos ambientes de trabalho dos computadores a que todos os profissionais têm acesso, as recomendações da Direção Geral de Saúde relativamente à identificação inequívoca do doente, a comunicação eficaz na transição dos cuidados, prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, o incentivo à notificação de incidentes e a promoção da segurança na utilização da medicação. (Apêndice III)

Na área específica da segurança na utilização da medicação foi possível detetar a necessidade emergente de intervenção relativamente ao conhecimento e identificação dos medicamentos LASA (*look – alike, sound – alike*). Um medicamento visualmente semelhante a outro medicamento insere-se na categoria “look alike”. Um medicamento cujo nome é semelhante a outro, na forma escrita ou verbal, é categorizado como “sound alike”. Os medicamentos LASA alvo das nove soluções para a segurança do doente 2007 da Organização Mundial de Saúde que recomenda que o treino e a formação de profissionais de saúde em medicamentos LASA bem como o risco significativo de erros de medicação justificando que a educação inadequada dos profissionais de saúde pode ser um fator que contribui para não resolver esse problema. KENAGY (2001) afirma que medicamentos parecidos foneticamente e visualmente podem conduzir enfermeiros e farmacêuticos a trocas não intencionais que potenciam o dano ou a morte. Estes medicamentos LASA são objeto, de normalização pela DGS fundamentando que “Os medicamentos LASA são um dos múltiplos fatores que, quando se conjugam e beneficiam

das vulnerabilidades ou deficiências dos sistemas, contribuem para a ocorrência de incidentes de segurança do doente, relacionados com a medicação”. (Norma nº 020/2014 de 30/12/2014, p.3). Foi possível dar início a um ciclo de melhoria contínua de qualidade baseado no Ciclo de Deming (Apêndice IV) que tem como objetivo manter os processos estruturados para que se mantenham estratégias construídas e definidas em virtude de um diagnóstico de problemas, definição de objetivos, construção e implementação de intervenções e avaliação da ação, permitindo o início de um novo ciclo através da promoção de ações corretivas de objetivos não alcançados mostrando que o processo é contínuo e que não se esgota nos objetivos atingidos.

Da prática clínica pude constatar que este tipo de medicamentos de sonoridade semelhante e aspeto semelhante podem ser promotores de um aumento da probabilidade de erro na administração. Se pensarmos que a administração é apenas uma parte de um processo complexo cujas potencialidades de ocorrência do erro se sucedem de forma contígua como demonstra a teoria do “queijo suíço” de REASON (1990), o enfermeiro constitui, na administração segura do medicamento, a última fatia do queijo e cujo erro já veio sendo potencializado desde o início do processo com a produção de medicamentos com aspetos muito semelhantes por parte da indústria farmacêutica. Segundo REASON (1990), a problemática do erro humano vista na perspetiva do sistema enfatiza que os seres humanos são falíveis e que o erro acontece mesmo nas melhores organizações. Os erros devem ser vistos como consequências e não como causas com origem em fatores sistémicos e não tanto como causas humanas, fundamentando as nossas ações com base no pressuposto de que não podendo mudar a condição de que “*Errar é humano*” pelo Institute of Medicine (IOM) podemos melhorar as condições em que o ser humano trabalha. Num cenário dinâmico e complexo como o serviço de urgência importou-me minimizar os fatores capazes de pôr em causa a segurança na utilização dos medicamentos LASA. E se o hospital instituiu que a terapêutica deve estar por ordem alfabética, aumentando a potencialidade do erro, a OMS para minimizar a ocorrência destes erros sugere algumas medidas de prevenção que passam pela revisão anual das instituições dos medicamentos LASA e implementação de protocolos clínicos capazes de uniformizar procedimentos para que o erro ocorra dentro do limite mínimo aceitável. É o caso do hospital onde decorreu o estágio que definiu, dentro dos medicamentos utilizados na instituição, aqueles que podem potenciar o erro utilizando como estratégia a identificação dos mesmos nos locais dos serviços onde estão armazenados (local onde está armazenada a terapêutica, carros de emergência da sala de observações e sala de emergência bem como os cofres de

estupefacientes do serviço) trabalho que desenvolvi em contexto da prática clínica dando cumprimento à atividade executiva do ciclo de melhoria da qualidade Plan, Do, Check e Act (PDCA).

O desenvolvimento desta atividade de identificação de uma situação relativa à segurança do doente permitiu-me planear uma intervenção com recurso a metodologia que permite a prática baseada na evidência na procura de uma melhoria contínua da qualidade como condição essencial ao sucesso de uma organização e dar cumprimento ao objetivo **gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida e, da formação pós-graduada.**

Outras das áreas com potencial de melhoria no domínio da melhoria da qualidade pelo aumento da segurança do doente prende-se com a prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde (IACS). Embora seja uma medida transversal a todos os profissionais de saúde, são os enfermeiros quem tem mais oportunidades de desenvolver ações de educação das famílias e outros profissionais neste âmbito. Ainda no domínio da prevenção e controlo de infeção pude refletir que, embora os enfermeiros imprimam esforços na aplicação das medidas de isolamento preconizadas para determinado doente, estes tornam-se inglórios quando a estrutura física do serviço não permite pela proximidade dos doentes, pela falta de espaços desenhados e pensados para isolamento e pela impossibilidade de constituir *coorte*. Disponibilizar e facilitar o acesso a equipamentos de proteção individual para a promoção da sua utilização tornar-se-ia uma medida a adotar.

No que à identificação inequívoca do doente diz respeito existem alguns aspetos que considere com potencial de melhoria. Na orientação nº 018/2011 emitida pela DGS relativamente aos mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde orienta os profissionais de que “em todos os contactos com o doente, antes da realização de qualquer ato, é necessário confirmar a sua identidade com, pelo menos, dois dados inequívocos da sua identificação”. (DGS,2011, p.1) com recomendações emitidas pela OMS em 2007 nas nove soluções para a segurança do doente. Da prática observada constatei que, todos os enfermeiros no decorrer de procedimentos confirmavam que determinada prescrição e determinado procedimento correspondiam a determinado doente. As ações que desenvolvi em contexto de estágio foram confirmadas utilizando 3 dados inequívocos de identificação (confirmei o nome, data de nascimento e número do processo com a pulseira do doente) tendo sempre presente que a pulseira nunca deverá diminuir a confirmação verbal pelo próprio quando capaz. Em

algumas situações verifiquei que os doentes, sabendo de antemão que tinham alta clínica, abordavam os enfermeiros para retirarem o cateter sem pulseira de identificação.

No que diz respeito ao conteúdo funcional de todas as categorias de enfermagem verificamos, no artigo 7, alínea c do Decreto -Lei nº 437/91, faz parte a execução de cuidados de enfermagem que integrem processo educativos que promovam o autocuidado. Este constituiu um momento para desenvolver ações de educação e responsabilização do doente na garantia da segurança quanto à sua identificação, explicando que se a sua situação de saúde se alterasse não permitindo por exemplo a confirmação verbal da sua identificação, a pulseira seria um modo do profissional de saúde o fazer. Estas sessões informais de educação para a saúde ao doente e/ou família adequando o nível de linguagem ao nível da perceção dos recetores por forma a garantir a compreensão da informação foi uma atividade transversal em todo o estágio e em qualquer momento em que se verificasse tal necessidade dando consecução ao objetivo de **comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.**

Ao longo do estágio e no âmbito do domínio da melhoria da qualidade colaborei na concretização de projetos institucionais na área da segurança e qualidade nomeadamente em colaboração com os serviços farmacêuticos por forma a instituir no serviço de urgência o mecanismo de identificação dos medicamentos LASA, bem como a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional, promovendo assim a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. A identificação de oportunidades de melhoria pela análise e revisão das práticas permitiu-me conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade. O suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade nomeadamente na identificação de lacunas do conhecimento bem como de oportunidades de investigação pela elaboração de um estudo na avaliação da cultura de segurança dos enfermeiros do serviço de urgência foram atividades que me permitiram adquirir as competências de enfermeiro especialista no âmbito da melhoria da qualidade.

4.4 – Na gestão de cuidados

Para (GAIDZINSKI, PERES, & FERNANDES, 2004), a gestão é como a arte de pensar, de decidir e de agir; a arte de fazer acontecer e de obter resultados não sendo um processo apenas científico e racional, mas também um processo de interação humana que

lhe confere, portanto, uma dimensão psicológica, emocional e intuitiva. O enfermeiro, seja generalista ou especialista, tem na sua essência vocação e aptidões para ser um gestor. Ele gere o processo de cuidados pela tomada de decisão, orienta e supervisiona as tarefas que delega aos seus pares e outros profissionais otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Desde logo se entende que à gestão dos cuidados de enfermagem não pode alhear-se a liderança. E se existe uma pessoa que pelas suas características e competências está designada para liderar uma equipa sendo identificado pelos pares como elemento chave neste processo, o enfermeiro chefe, outros há como os enfermeiros de referência e responsáveis de turno que assumem um papel de destaque na coordenação e promoção do bem-estar organizacional do serviço. Sob a chancela de uma liderança moderna que visa o fortalecimento do grupo de trabalho, a valorização das competências individuais permitindo que cada elemento encontre o seu lugar na equipa com ênfase no grupo, acredito que é possível assinalar que o enfermeiro possa desempenhar o papel de líder, orientado para o futuro, mais flexível, dinâmico e disposto a assumir riscos, em contraposição ao papel de controlador, ditador de regras, normas e procedimentos.

Na persecução do objetivo **“Realizar a gestão dos cuidados na área da EEMC e Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EEMC**, consegui desenvolver as atividades que delinee em projeto de estágio. Numa reunião informal com o enfermeiro chefe foi possível perceber que o seu objetivo enquanto líder consiste em ver os seus colaboradores como uma equipa que prossegue objetivos comuns prestando uma assistência de qualidade e promovendo o bem-estar e a satisfação do doente e família bem como a segurança do doente. Nele encontrei bem presente a abertura ao diálogo fundamentado, a estimulação da participação dos seus pares na construção de planos e projetos para que todos atinjam a plenitude na satisfação profissional. A oportunidade de desenvolver o estágio com uma das minhas enfermeiras tutoras a quem, muitas vezes, delegaram funções de responsável de turno e cujas aptidões interpessoais de comunicação, motivação, negociação, planeamento estratégico e gestão de recursos permitiu-me no decorrer deste ensino clínico, perceber que um líder efetivo tem de pensar de forma estratégica, planear de forma efetiva, ser visionário e gerir a mudança com vista a uma maior eficiência e efetividade na prestação de cuidados de qualidade.

Todo o enfermeiro especialista deverá desenvolver competências que envolvam as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e, portanto, ser capaz, enquanto enfermeiro responsável de turno, por exemplo, adequar os

recursos humanos e materiais disponíveis para assegurar a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Na gestão de recursos humanos, a fórmula utilizada para dotação dos enfermeiros nos serviços de urgência é "... por "Posto de Trabalho" adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada Serviço de Urgência" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2014 p.3249). A operacionalização do conceito de dotação segura, segundo a evidência, tem impacto relativamente à qualidade e segurança dos cuidados, mas não é consensual o método de cálculo das dotações seguras pelas particularidades relativamente aos contextos em que são desenvolvidas as intervenções de enfermagem bem como ao seu grau de imprevisibilidade e complexidade. O conceito de dotação aliado à segurança (Dotação Segura) surge pela mão da Federação Americana de Professores que em 1995, citada pelo ICN (OE,2006, p.5), e refere que "As dotações seguras significam estar disponível em todas as alturas uma quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados dos doentes e que são mantidas condições de trabalho isentas de risco". Refletindo sobre este conceito verificamos que não está associada apenas a matriz quantitativa do binómio enfermeiro/doente, mas uma combinação de fatores como a experiência, competência, combinação de diferentes prestadores de cuidados com diferentes níveis de formação para que o processo seja mais eficiente com resultados mais eficazes.

A Associação de Enfermagem da Carolina do Norte (NCNA) mais recentemente, em 2005, citada pelo ICN (OE,2006, p.6) declarou: "as dotações seguras refletem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização". AIKEN (2012), num estudo que envolveu doze países europeus e os Estados Unidos da América, concluiu que a dotação de enfermeiros e a qualidade do ambiente de prática clínica estavam diretamente associados com a satisfação dos clientes, a qualidade e segurança dos cuidados e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Dotar as organizações de recursos humanos adequadamente preparados para permitir o aumento da eficácia, eficiência e efetividade torna as instituições de saúde não só uma entidade prestadora de serviços, mas uma instituição com responsabilidade para com uma sociedade que requer cuidados de saúde seguros e de qualidade. Estes são conceitos inerentes à prática segura de cuidados de enfermagem que requer dotações em quantidade e qualidade capazes de satisfazer tais exigências numa população cada vez mais envelhecida e cuja dependência de cuidados de enfermagem tem vindo a aumentar de forma progressiva. A compreensão da dinâmica da

distribuição dos enfermeiros pelas diferentes valências do serviço de urgência, bem como a colaboração com o enfermeiro chefe na elaboração de um plano para um dia de trabalho dos enfermeiros e assistentes operacionais, foi uma das atividades que me propus desenvolver em plano de estágio. No desenvolvimento desta atividade foi notória a preocupação, por parte do enfermeiro chefe, de assegurar uma combinação de profissionais, no mesmo posto de trabalho, com níveis diferentes de formação e experiência profissional com a preocupação de aumentar a rentabilidade e qualidade dos cuidados. Tive a oportunidade de colaborar com a enfermeira responsável por OBS, na gestão do material e da medicação.

No Regulamento nº 361/2015, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a Ordem dos Enfermeiros (2015, p. 17243) nos enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem no que concerne à organização dos cuidados especializados salienta a garantia da máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados através, de entre fatores, da dotação de enfermeiros especialistas face às necessidades de cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. A garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados será sempre a meta a alcançar quando se fala de dotações seguras, porque para a OE (2014, p.10) “em defesa da segurança de todos os cidadãos portugueses que necessitam de cuidados de saúde, e do respeito pela dignidade do exercício profissional dos enfermeiros, todas as organizações prestadoras de cuidados de saúde devem pugnar pelo cumprimento da dotação adequada de enfermeiros, com as adequadas competências, no lugar certo e no tempo necessário. O cumprimento de dotações seguras não se associa a aumento de despesa, mas antes a um investimento com retorno garantido.” Ainda neste domínio foram identificadas oportunidades de melhoria no SU do serviço de urgência (Apêndice IV) onde consegui expor, sob o meu ponto de vista, os pontos fortes, fragilidades, oportunidades de melhoria e ameaças, a qual apresentei às enfermeiras tutoras, no sentido, de promover a reflexão sobre a exequibilidade futura. O desenvolvimento de aptidões ao nível da análise e planeamento das atividades com vista a melhoria da qualidade dos cuidados foi transversal a todo o estágio e a identificação de oportunidades permitiu-me apresentar sugestões ao enfermeiro chefe promotoras de mudança quer ao nível da estrutura e do processo. O eixo central neste domínio centrou-se na criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro com a gestão centrada na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes.

5 - A SEGURANÇA DO DOENTE NA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PERSPETIVA DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFEÇÃO

É consensual na evidência epidemiológica que às infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) estão associadas o aumento da morbilidade, da mortalidade e dos custos em saúde inviabilizando a qualidade dos cuidados e constituindo uma ameaça à segurança dos cidadãos. No Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos emitido pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2017), os resultados mostram que, as IACS referentes ao ano de 2016 estão a diminuir e que o consumo de antibióticos tem vindo a diminuir quer ao nível hospitalar quer na comunidade. Em 2012, foi realizado um estudo de prevalência de infeção e consumo de antimicrobianos nos hospitais à escala europeia que apurou que, 10,5% dos doentes internados em Portugal, tinham adquirido infeção em internamento, enquanto a percentagem no conjunto dos países europeus era de 6,1%. Na mesma população, em Portugal 45,3% dos doentes estavam a ser tratados com antibióticos enquanto na Europa essa percentagem era de 35,8. Em 2017 foram realizados novos estudos de prevalência de infeção em Hospitais e em UCCI, com valores provisórios tendencialmente favoráveis, cuja prevalência de IACS no Point Prevalence Survey II, após validação, foi de 7,8% contra 10,5% em 2012.

Sendo que a segurança do doente resulta de múltiplos fatores relacionados, quer com as características intrínsecas do indivíduo quer com a prestação de cuidados que envolvem elementos de natureza individual, organizacional e estrutural, a eficácia da implementação de ações sobre a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde terá reflexo direto nessa mesma segurança pelo que, o enfermeiro especialista em EEMC, deverá ser “capaz de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2011, p.4)

5.1 – No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Quando reflito no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal neste estágio da CCIRA assalta-me dois princípios que considero que refletem a avaliação sistemática das melhores práticas no sentido do princípio da beneficência e do princípio da não maleficência. No que diz respeito ao princípio da beneficência, no relatório de Belmonte foram formuladas regras gerais que complementam as ações de beneficência que passam por não prejudicar a pessoa alvo dos cuidados e maximizar os benefícios e minimizar os danos possíveis.

No livro “OS princípios da ética biomédica”, Beauchamp e Childress (1994), dizem que o princípio da não maleficência afirma uma obrigação de não causar dano intencional estreitamente associado à ética médica segundo a máxima de “*Primum non nocere*” (Hipócrates 460 a.c -370 a.c.). Para NICOLAS (1998) na prática diária as regras éticas são baseadas nos princípios do bem individual e em relação à infeção nosocomial, o princípio da não maleficência é o mais relevante. Para o mesmo autor, existem alguns fatores capazes de impedir o reconhecimento de sua própria responsabilidade moral nomeadamente o fato de que as consequências de uma infeção nosocomial num doente podem estender-se a outros. Deve-se ter em mente, também, que as questões éticas relativas às infeções nosocomiais incluem a necessidade de fornecer aos doentes, informações adequadas e verídicas sobre os riscos de infeção nosocomial e, se acontecer, sobre a natureza nosocomial de uma complicação infecciosa. A aposta na prevenção e controlo de infeção assume, assim, o propósito de minimizar os danos possíveis através da maximização de intervenções para a prevenção da transmissão cruzada e melhorar a qualidade dos cuidados aumentando a segurança do doente. Atendendo que o enfermeiro suporta a sua decisão em princípios, valores e normas guiadas por um Código Deontológico próprio que promove a regulamentação e disciplina a prática do profissional tendo em conta o critério do bem maior para a pessoa e para a sociedade como um todo, desenvolvi neste estágio uma conduta de compromisso com os meus pares na procura de estratégias e desenvolvimento de ações pela pesquisa bibliográfica sobre a especificidade da área de controlo de infeção que me permitisse **Reconhecer e aprofundar os conhecimentos específicos na área do controlo de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) que permita ao enfermeiro especialista atuar em conformidade** e contribuir para maximização da prevenção e do controlo de infeção como preconizado nas competências específicas do enfermeiro especialista.

A ética subjacente a todo o código deontológico é a ética da responsabilização pessoal, do profissional perante o “outro”, a quem e com quem se presta cuidados. Coube-me neste estágio assumir a responsabilização pessoal e profissional de efetuar pesquisa bibliográfica na procura de evidência para fazer face a situações novas que possam surgir no âmbito das IACS e assumir perante a pessoa a quem se prestam cuidados atitudes que visam a liberdade e a dignidade da pessoa humana como referência constitutiva de qualquer ato de enfermagem. No prefácio do seu livro “Notes On Hospital” NIGHTINGALE (1863, prefácio) referiu que “Pode parecer um princípio estranho afirmar-se que a primeira exigência no Hospital é de não fazer mal ao paciente.” O reconhecimento da necessidade de prevenir e identificar práticas de risco no que à prevenção e controlo de infeção diz respeito permitiu-me, através de auditorias de processo, motivar os pares para a adoção de medidas apropriadas tendo em conta uma conduta preventiva e antecipatória. Os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados diretos aos doentes são o cerne da prevenção e controlo de infeção pelos conhecimentos e atitudes que imprimem aos cuidados e à sua qualidade.

As auditorias realizadas juntamente com a CCIRA à estrutura e processo nos serviços, permitindo que os enfermeiros relatassem dificuldades nos ambientes de prática capazes de pôr em causa a qualidade dos cuidados, foi uma das atividades desenvolvidas e que possibilitou a consecução do objetivo **Identificar medidas de prevenção de transmissão cruzada adotadas no hospital e comunidade** que vai de encontro ao artigo 88º do código deontológico do enfermeiros onde se pode ler que “Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados”. A recolha e análise de informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas identificando práticas inseguras para a prevenção de incidentes imbuíu-se nas dimensões ética e deontológica na maximização da beneficência e da não maleficência respeitando o valor supremo da dignidade humana.

A constante atualização de conhecimentos na área do controlo de infeção pela pesquisa bibliográfica sistemática fez com que cumprisse um dever ético para com os profissionais e doentes de “manter a atualização contínua dos meus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” como enunciado no artigo 88º do código deontológico do enfermeiro.

5.2 – Na melhoria da qualidade

Um dos pilares na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde e que constitui um instrumento fundamental para a melhoria contínua da qualidade e segurança do doente é a vigilância epidemiológica. Para PERES (2008, p.3,4), a vigilância epidemiológica sob o ponto de vista de saúde pública é definida como “recolha, análise e interpretação, continuada e sistemática de dados essenciais para o planeamento, implementação e avaliação da prática nesta área bem como a sua disseminação periódica para quem deles necessita ter conhecimento”. Descrever o tipo de vigilância epidemiológica preconizado na instituição e o processo como se dinamiza a deteção e comunicação de microrganismos alerta e problema com os demais serviços da instituição foi uma atividade que me propus desenvolver em projeto para dar cumprimento ao objetivo **identificar a relevância e epidemiologia das IACS**. A vigilância epidemiológica desenvolvida na Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA) do hospital onde realizei o estágio, caracteriza-se como sendo uma vigilância ativa que consiste, segundo PERES (2008 p.4) “num processo de procura intensiva por parte de pessoas treinadas para o efeito, quase sempre profissionais do controlo de infeção”, baseada em dados laboratoriais em que, segundo o mesmo autor, a deteção é apoiada somente nos resultados das análises pedidas por rotina inerentes à atividade clínica” e do tipo prospetivo o que implica monitorizar os doentes enquanto estão internados.

A vigilância epidemiológica na CCIRA onde realizei o estágio é feita aos processos, à estrutura e aos resultados e com esta monitorização e informação pretende-se identificar áreas passíveis de melhoria na prestação de cuidados de saúde aumentando a qualidade dos mesmos e a segurança do doente. O processo de vigilância epidemiológica assume um papel vital nas atividades desenvolvidas diariamente na CCIRA. É através dela que os enfermeiros identificam precocemente doentes infetados e/ou colonizados com Enterobacteriáceas Produtoras de Carbapenemases (EPC’S) e *Staphylococcus Aureus* Meticilino- Resistentes (MRSA), analisam e verificam processos de prescrição de isolamento de contato, instituição efetiva das medidas de isolamento e processos de descolonização nos casos identificados de MRSA. Este procedimento segue as recomendações emanadas pelo Programa de Prevenção e Contrlo e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) emitidas em maio de 2017 para a prevenção da transmissão de enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemes em hospitais agudos cujas medidas podem

contribuir de forma eficaz para o controlo da emergência destas bactérias. Segundo dados da DGS (2017, p. 17)” no ano de 2016 assistiu-se, a nível mundial, a um aumento da consciência para os problemas das Resistências aos Antimicrobianos (RAM) e das IACS, culminando com a reunião de alto nível no âmbito da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, a qual colocou este tema como uma das maiores ameaças à saúde das populações, justificando dotação de meios compatíveis”.

A avaliação do risco das IACS, segundo a Join Commission International (2010), deve ser encarada de forma global. Devem ser tidos em conta fatores de risco extrínsecos inerentes à localização geográfica do hospital bem como fatores de risco intrínsecos da organização (tipo de doente que o hospital atende e suas comorbilidades, os profissionais de saúde). A ênfase colocada nesta avaliação de risco aquando da admissão hospitalar permite, a par com a instituição precoce das precauções básicas em controlo de infeção e das medidas de isolamento, a redução da transmissão cruzada destes microrganismos alerta e problema. A garantia de que os serviços de internamento estavam informados quando se detetava uma infeção por um microrganismo resistente e se cumpriam as recomendações das boas práticas em vigor na instituição, constituíram os momentos da vigilância epidemiológica ao processo. Este acompanhamento e o contacto direto com os profissionais que prestam cuidados, permitiu a caracterização da situação problema, nomeadamente no que respeita ao cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção e monitorização da garantia da existência das condições necessárias ao cumprimento efetivo.

O acompanhamento da equipa da CCIRA nas auditorias de processo ao cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção foi outra atividade planeada e levada a cabo no decurso do estágio para o cumprimento ao objetivo **Identificar medidas de prevenção de transmissão cruzada adotadas no hospital e na comunidade**. Além do acompanhamento em ambiente hospitalar, foi possível visitar o ACES da instituição e perceber que o cumprimento das boas práticas relativamente às precauções básicas em controlo de infeção está pouco veiculado nas atividades diárias dos profissionais nomeadamente aqueles que não pertencem ao quadro da instituição. Coube à enfermeira da CCIRA perceber o motivo pelo qual o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção não estava a ser integralmente cumprido e, através de uma atitude educacional, motivar e fazer sugestões de melhoria no sentido de aumentar os índices de adesão e obter ganhos em saúde da população que beneficia destes serviços.

As IACS, segundo definição da OMS, são infecções que ocorrem num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente nem em incubação à data de admissão, incluindo as que se detetam após a alta, assim como as infecções ocupacionais nos profissionais de saúde. Dado que as IACS são infecções relacionadas com a assistência em saúde admite-se que a mesma poderá ter causas multifatoriais relacionadas com o doente, com o ambiente, com a equipa de saúde ou até mesmo com o material. E é neste contexto da vigilância epidemiológica ao processamento do material que a interação entre o serviço de esterilização e a CCIRA assume uma relevância peculiar na prevenção das IACS. A unidade de esterilização dotada não só de uma estrutura adequada, mas de equipamento, controlo e formação necessários ao bom funcionamento do serviço permite a recolha, descontaminação, desinfeção ou esterilização do material clínico, armazenamento e distribuição com a garantia da não transmissão de agentes patogénicos aquando da sua utilização do mesmo em procedimentos médicos e/ou cirúrgicos aos doentes. Pela visita ao serviço de esterilização consegui perceber que este serviço coopera não só com os serviços hospitalares, mas também com o ACES de centralizando todo o processo de tratamento de material clínico. Esta centralização do tratamento do material, que Spaulding (1968) citado por RUTALA (2004) categorizou de crítico, semicrítico e não crítico, permite que a equipa trabalhe segundo normas e procedimentos institucionais e enraizados numa cultura afim de minimizar erros de processamento capazes de pôr em causa a segurança do doente. A estrutura física (com um sentido unidirecional e contínuo com barreiras físicas impedindo que o profissional circule entre as salas de limpos e sujos) e organizacional segue as recomendações internacionais da OMS e do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e nacionais quanto aos requisitos legais impostos pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) e de acordo com as Normas e Recomendações emitidas pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP.

Cabe ao enfermeiro do serviço de esterilização a liderança da equipa. Este deverá ter em conta que o envolvimento de todos os profissionais por meio de sensibilização, partilha de conhecimento e formação influenciará os indicadores de qualidade do processo pela capacitação, reconhecimento, valorização e empenho no desenvolvimento de práticas seguras de trabalho. Consegui perceber que os profissionais assumem papéis complementares, partilham saberes e responsabilidades na resolução de problemas e estão em sincronia na tomada de decisão. A segurança dos profissionais, pelo ritmo acelerado de trabalho, com exigências físicas e mentais, a exposição a agentes físicos, químicos e

biológicos foi um fator que a enfermeira responsável reportou como fulcral ao desenvolvimento de um trabalho responsável e de qualidade. Ao enfermeiro, como responsável pelo setor e pela equipa, cabe a realização de ações de formação afim de uniformizar técnicas e procedimentos minimizando possíveis falhas no processo de limpeza, preparação, desinfeção, esterilização e acondicionamento dos dispositivos com reflexo nos resultados obtidos.

Relativamente à vigilância epidemiológica aos resultados, esta desenvolve-se com base em programas instituídos a nível nacional da pneumonia associada à ventilação invasiva (PAVI), da infeção relacionada com o cateter urinário e da infeção associada aos dispositivos intravenosos nas unidades de cuidados intensivos (UCI), da infeção do local cirúrgico nos serviços de cirurgia geral e ortopedia e vigilância das infeções nosocomiais em todos os serviços hospitalares.

No inquérito de prevalência levado a cabo em 2011-2012 pelo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), cujos resultados foram divulgados em 2013, a taxa de prevalência das IACS em Portugal era de 10,6% contra os 6,1% da União Europeia o que motivou o desenvolvimento de uma iniciativa conjunta entre a Fundação Calouste Gulbenkian e do Ministério da Saúde denominada STOP Infeção Hospitalar. O objetivo desta iniciativa consiste num esforço comum no sentido de reduzir em 50% a incidência das infeções hospitalares, em 12 hospitais, num período de 3 anos com término em 2018. Participante nesta iniciativa, a unidade hospitalar viu reduzida de forma global as taxas de incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde pela aplicação de feixes de intervenção. Estes não são mais do que um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado. PRONOVOST (2007) refere uma redução de 66% na taxa de infeção associada a cateter com a implementação de um conjunto de 5 medidas (feixe de intervenção ou “*bundle*”) com maior impacto na redução da taxa de infeção e menos barreiras à sua implementação.

Foi possível o acompanhamento da equipa da CCIRA em duas *walkrounds* (Serviço de Medicina Intensiva e Departamento de Cirurgia) do projeto STOP Infeção Hospitalar. Nestas *walkrounds* analisaram-se os resultados, a taxa de adesão aos feixes de intervenção, dificuldades encontradas para essa adesão e sugestões de melhoria. A metodologia assenta num processo de melhoria contínua designado de aprendizagem colaborativa cuja principal contribuição passa, segundo TORRES (2014, p.89), “pela interação sinérgica entre indivíduos que pensam de forma diferente, pela vivência do processo de aprendizagem e a construção de um produto que somente pode ser alcançado com a contribuição de todos os

envolvidos.” Este tipo de aprendizagem tem como objetivo, no projeto Stop Infecção Hospitalar, conduzir a patamares de progressiva melhoria das práticas monitorizadas pelos resultados. O envolvimento da equipa da CCIRA como elemento de ligação entre os serviços hospitalares e a comissão executiva do projeto permitiu, durante estas sessões, promover e incentivar a participação dos profissionais através da constituição de pequenas equipas multidisciplinares nas diferentes áreas de ação com vista ao sucesso da intervenção.

O esforço dos serviços e profissionais envolvidos, a motivação em fazer mais e melhor, as soluções propostas para as barreiras de estrutura e processo encontradas permitem atingir os resultados que para a CCIRA e para o projeto STOP infecção hospitalar são o espelho de que é possível atingir a redução de 50% das infeções com empenhamento e dedicação.

Como disse um elemento da CCIRA numa das *walkrounds* “o controlo de infeção faz-se nos serviços com os profissionais e não na CCIRA”. Colaborei com as enfermeiras da CCIRA na recolha, análise e divulgação de dados do Hospitals in Europe Link Infection Control through Surveillance (HELICS) sobre os riscos de infeção hospitalar como atividades ligadas à vigilância epidemiológica dos resultados e assim dar cumprimento ao objetivo **Identificar a relevância e epidemiologia das IACS**. Identificadas as infeções mais relevantes a nível internacional, o HELICS incide sobre HELICS – UCI (Unidades de Cuidados Intensivos); HELICS – cirurgia; Infeção nas UCI – recém-nascidos; em diálise; Infeções nosocomiais da corrente sanguínea; HELICS III - Inquérito de prevalência de infeção nosocomial de âmbito nacional. Segundo o relatório a saúde dos Portugueses 2016, tem-se assistido, nos últimos anos, a uma tendência global de descida da incidência das infeções hospitalares monitorizadas em Portugal.

A avaliação da qualidade dos cuidados nas vertentes de estrutura, processo e resultado através da realização de auditorias e vigilância epidemiológica tendo em conta a evidência científica e as normas necessárias para tal avaliação constituiu uma das atividades desenvolvidas durante este estágio. A criação e a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro através do conhecimento e compreensão das questões relativas à área específica do controlo de infeção associada aos cuidados de saúde e pela promoção da aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança do doente pelos pares remetem-nos para o domínio da melhoria da qualidade. Constitui-se como uma oportunidade para suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento na área da especialidade através da identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de

investigação. A interpretação, organização e divulgação dos dados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento dos profissionais de saúde no que respeita ao controlo de infeção constitui um dos objetivos e responsabilidade da equipa da CCIRA. A estratégia multimodal justifica a abordagem dos profissionais de saúde aos vários componentes das Precauções Básicas em Controlo de Infeção evitando assim cingir-se apenas à abordagem de um componente percebendo-se que, é em uníssono, que constituem os padrões das boas práticas nos cuidados de saúde seguros e de qualidade. Integrada no desenvolvimento de uma política de qualidade nas unidades de saúde, a prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (PCIRA) constitui uma componente estruturante da qualidade em saúde no contexto da segurança do doente.

As medidas de PCIRA, como hoje as conhecemos, são resultado da investigação que se foi desenvolvendo ao longo dos séculos e atualmente suportadas por evidência científica. Para a manutenção das boas práticas é necessário que os profissionais possuam estes conhecimentos e os apliquem. A formação específica é importante, pois favorece a aquisição de competências, sendo fundamental no desenvolvimento de estratégias com vista a dinamizar a adesão às boas práticas. Foi objetivo para este estágio **Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseadas na evidência com a** participação na formação em serviço abordando a promoção de práticas seguras na preparação de injetáveis. Em 2007, numa parceria entre a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Joint Commission Internacional (JCI), surgem as nove soluções para a segurança do doente e que pretendem ser um contributo para a sistematização de medidas preventivas e implementação de estratégias para melhorar áreas consideradas problemáticas na segurança do doente. Uma dessas nove soluções prende-se com o uso único de dispositivos injetáveis e que constitui um dos itens da auditoria às precauções básicas em controlo de infeção como consta na norma da DGS nº 29/2012. Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), as precauções básicas em controlo de Infeção incluem um conjunto de práticas de prevenção de infeção que se aplicam a todos os doentes, independentemente de estado de infeção suspeita ou confirmada, em qualquer ambiente de cuidados de saúde. Partem da premissa de que não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco e que devem ser adotadas medidas de prevenção como garantia da segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e daqueles que entram em contato com os serviços de saúde.

Numa dinâmica entre as auditorias desenvolvidas ao cumprimento das precauções básicas em controlo de infeção da qual faz parte a prática de injeção segura e a formação

ministrada pelo serviço da CCIRA no curso sobre as IACS, foi aberta uma janela de oportunidade ao desenvolvimento de um estudo observacional dos pares sobre as práticas seguras na preparação de injetáveis. O Institute for Safe Medication Practices (2017) divulga resultados de um inquérito promovido pelo CDC mostrando que as práticas inseguras na preparação e administração de injetáveis continuam bem patentes na prática diária dos profissionais de saúde apesar de todas as campanhas como a que foi lançada pela Safe Injection Practices Coalition denominada “One & Only Campaign”. Da pesquisa bibliográfica, os estudos apontam que as boas práticas na preparação e administração de injetáveis passam pelo cumprimento de recomendações chave da OMS e CDC categorizadas como IA (medidas de adoção fortemente recomendada e fortemente apoiadas por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais bem desenhados) e IB (Medidas de adoção fortemente recomendada, apoiadas por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica). Foi com base nessas recomendações e na revisão da literatura, que construímos uma grelha de observação direta participante (Apêndice VI) das práticas relacionadas com a preparação de injetáveis cujos resultados foram divulgados sob formato de poster no 1º Congresso Internacional IACS 2017 – “Inovação e Multidisciplinariedade em Controlo de infeção (Apêndice VII) e no IV suplemento de uma revista científica. (Apêndice VIII).

A verificação das práticas relacionadas com a preparação de injetáveis decorreu em dois dias às 12h, 15h e 18h com uma duração de cerca de 30 minutos em cada período nos serviços de Medicina Intensiva, Unidade de Cuidados Intermédios e internamento de Medicina mediante observação e registo dos procedimentos. A grelha de observação utilizada, como instrumento de colheita de dados e adaptada das recomendações da OMS e CDC, contempla os itens que descrevem as técnicas de prevenção de infeção utilizadas na preparação de injetáveis tais como a higienização das mãos, higienização do local onde é preparada a medicação, desinfecção e manipulação da ampola/frasco hermeticamente fechado, manipulação dos dispositivos para preparação do injetável, o tempo entre a preparação e administração dos injetáveis.

O registo foi efetuado nos termos: “SIM” para os procedimentos realizados corretamente; “NÃO” para os procedimentos realizados incorretamente; “NÃO APLICÁVEL” quando o procedimento descrito não se aplica para o tipo de técnica utilizada; OBSERVAÇÕES que pudessem contribuir para o fenómeno a ser estudado

Segundo as diretrizes de instituições internacionais de referência em controlo de infeção, como o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e o Healthcare

Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) devem ser desenvolvidos programas regulares de formação relativamente às práticas seguras de preparação e administração de injetáveis. Segundo os mesmos autores, as instituições de saúde devem monitorizar através de *checklists* procedimentos dos profissionais relativos à preparação e administração segura de injetáveis, verificar regularmente o conhecimento das práticas recomendadas/normas institucionais sobre o tema e a adesão às mesmas como dimensão da melhoria contínua da qualidade e segurança do doente. A Organização Mundial de Saúde numa abrangência mais global e porque o problema da injeção segura assume essa universalidade, assumiu a importância da criação de linhas orientadoras que devem incluir um feixe de intervenções que garantam o uso seguro e racional de injetáveis, incluindo estratégias de mudança de comportamento e políticas de apoio aos profissionais de saúde. A mais recente evidência científica mostra que, seguindo as recomendações internacionais sobre a preparação e administração de injetáveis, a incidência de infeções associadas a estes procedimentos diminuiu significativamente e que, apesar de existirem campanhas focalizadas no reforço destas recomendações, os profissionais de saúde continuam a não as integrar sistematicamente nas suas práticas diárias. A realização deste estudo teve em conta o contexto onde foram observados os procedimentos de preparação de injetáveis.

A pesquisa bibliográfica minuciosa em diferentes bases de dados PubMed, Medline, Cinahl, e Cochrane constituiu o ponto de partida para um suporte teórico válido e consistente deste estudo. Estudos desenvolvidos nos Estados Unidos da América após quatro surtos de Hepatite B Vírica (HBV) e Hepatite C Vírica (HCV), mostraram que as práticas que não seguiam as recomendações internacionais da OMS e do CDC para a preparação e administração de injetáveis, estariam na origem dessas infeções (THOMPSON, 2009). Segundo SIEGEL (2007) estes surtos poderiam ter sido evitados pela adesão ao princípio básico da técnica asséptica para a preparação e administração de injetáveis. Para o mesmo autor, os surtos relacionados a práticas inseguras de injeção indicam que os profissionais de saúde não sabem, não entendem ou não aderem aos princípios básicos de controle de infeção, recomendando o reforço de programas de formação e incorporação de políticas de monitorização à adesão de boas práticas para elevar a segurança dos doentes.

As recomendações das boas práticas incluem: o uso de técnica asséptica para evitar a contaminação do equipamento de injeção; agulhas, cânulas e seringas são itens estéreis e de uso único que não devem ser reutilizados para outro paciente; o uso de sistemas de infusão e administração de fluidos apenas para um paciente descartando adequadamente o

material após o uso; utilização de frascos de dose única para medicamentos endovenosos sempre que possível e se forem utilizados frascos multidose, a agulha e a seringa usadas para acesso ao frasco múltiplo devem ser estéreis; não usar sacos ou frascos de solução intravenosa como fonte comum para múltiplos pacientes

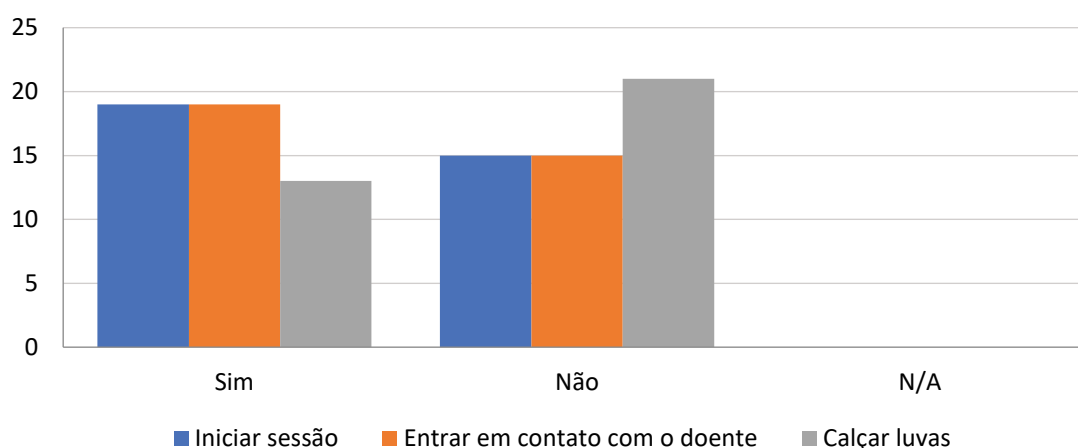
Quanto ao pedido de autorização foi questionada a enfermeira diretora relativamente ao parecer para a realização do estudo a qual respondeu que, por se tratar de uma observação que se enquadra dentro das atividades de auditoria às precauções básicas de controlo de infeção desenvolvidas pela CCIRA, o mesmo não precisava de autorização. Esta apenas deveria ser pedida informalmente às enfermeiras chefes dos serviços onde pretenderíamos realizar o estudo e que concederam a sua autorização para a observação.

A colheita de dados foi realizada pela observação dos procedimentos dos enfermeiros nos momentos da preparação de injetáveis sem envolvimento direto na operacionalização dessa tarefa, mas identificando-me de antemão e justificando qual o motivo da minha presença e o objetivo da minha observação.

Resultados

Os resultados são relativos à observação de 34 procedimentos na preparação de medicamentos injetáveis.

Gráfico 2 - Higienização das mãos



	Sim	% Sim	Não	% Não	N/A	% N/A
Iniciar sessão	19	55.9	15	44.1	0	0
Entrar em contato com o doente	19	55.9	15	44.1	0	0
Calçar luvas	13	38.2	21	61.8	0	0

Pela análise do gráfico 2 verificamos que nem todos os procedimentos são precedidos da higienização das mãos. Em 15 procedimentos não se cumpriram a higienização das antes de iniciar a sessão de preparação do injetável.

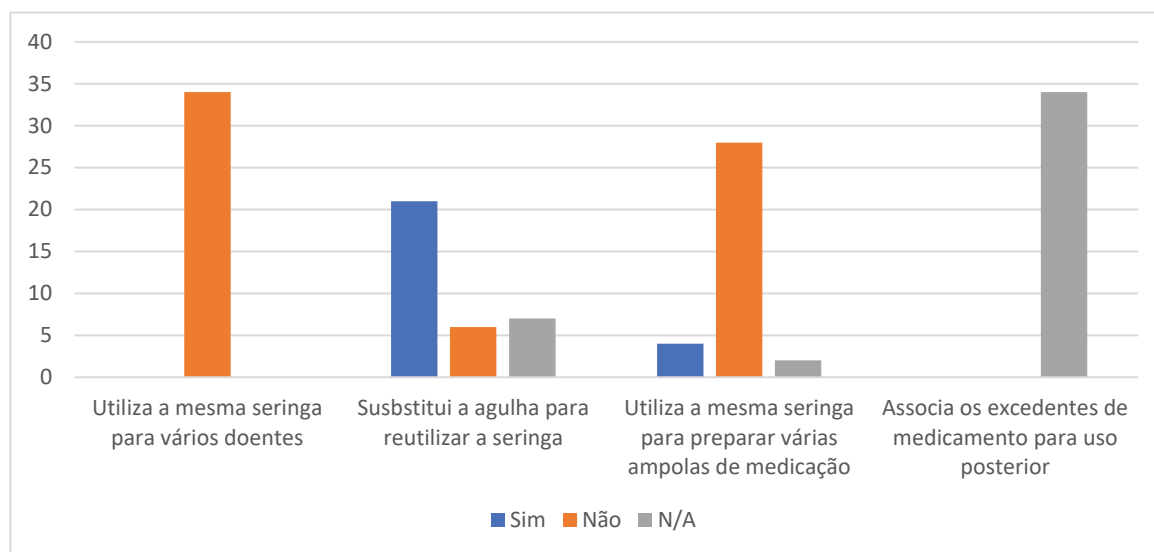
Gráfico 3 - Procedimentos relativos ao uso de dispositivos para injetáveis



	Sim	%Sim	Não	%Não	N/A	%N/A
Usa um novo dispositivo para cada procedimento	22	64,7	12	35,3	0	0,0
Verifica a integridade do invólucro (teste contra luz)	0	0,0	34	100,0	0	0,0
Rejeita a embalagem se estiver fora de prazo	0	0,0	0	0,0	34	100,0
Faz a leitura da informação impressa na embalagem	22	64,7	12	35,3	0	0,0

No gráfico 3 constatamos que em 12 procedimentos não foram utilizados novos dispositivos bem como não foi feita a leitura da informação impressa nas embalagens. Na totalidade dos procedimentos não foi verificada a integridade do invólucro com o teste contra luz.

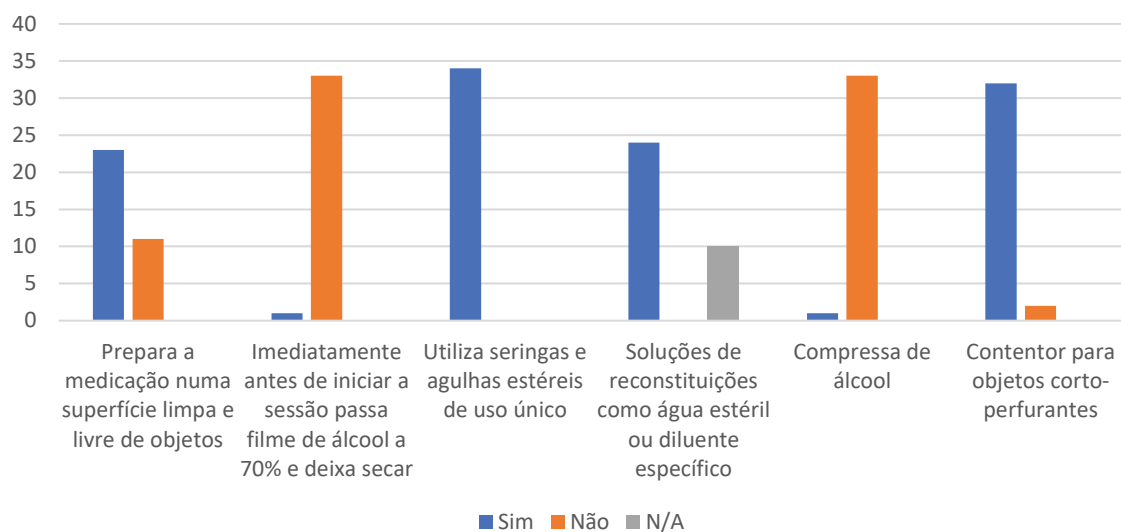
Gráfico 4 - Procedimentos utilizados na gestão do medicamento



	Sim	%Sim	Não	%Não	N/A	%N/A
Utiliza a mesma seringa para vários doentes	0	0,0	34	100,0	0	0,0
Substitui a agulha para reutilizar a seringa	21	61,8	6	17,6	7	20,6
Utiliza a mesma seringa para preparar várias ampolas de medicação	4	11,8	28	82,4	2	5,9
Associa os excedentes de medicamento para uso posterior	0	0,0	0	0,0	34	100,0

O gráfico 4 mostra-nos que a utilização da mesma seringa para vários doentes não se verificou em nenhum dos procedimentos, mas em 4 procedimentos a mesma seringa é utilizada para a preparação de várias ampolas de medicação.

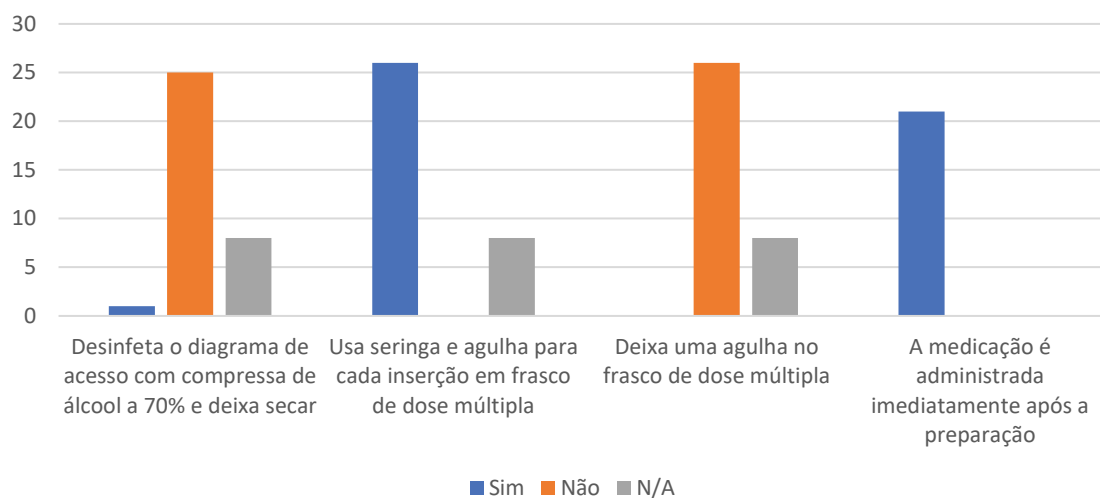
Gráfico 5 - Etapas desenvolvidas na preparação de injetáveis



	Sim	%Sim	Não	%Não	N/A	%N/A
Prepara a medicação numa superfície limpa e livre de objetos	23	67,6	11	32,4	0	0,0
Imediatamente antes de iniciar a sessão passa filme de álcool a 70% e deixa secar	1	2,9	33	97,1	0	0,0
Utiliza seringas e agulhas estéreis de uso único	34	100,0	0	0,0	0	0,0
Soluções de reconstituições como água estéril ou diluente específico	24	70,6	0	0,0	10	29,4
Compressa de álcool	1	2,9	33	97,1	0	0
Contentor para objetos corto-perfurantes	32	94,1	2	5,9	0	0

Este gráfico mostra-nos que, embora em 23 procedimentos se prepare a medicação numa superfície limpa e livre de objetos, em apenas 1 procedimento se verificou a higienização do local com álcool a 70% imediatamente antes da preparação. No momento de preparação do injetável foram reunidas seringas e agulhas estéreis de uso único em todos os procedimentos, mas não se verificando o mesmo relativamente às compressas de álcool para a desinfeção das ampolas/hermeticamente fechados e o contentor de objetos corto-perfurantes.

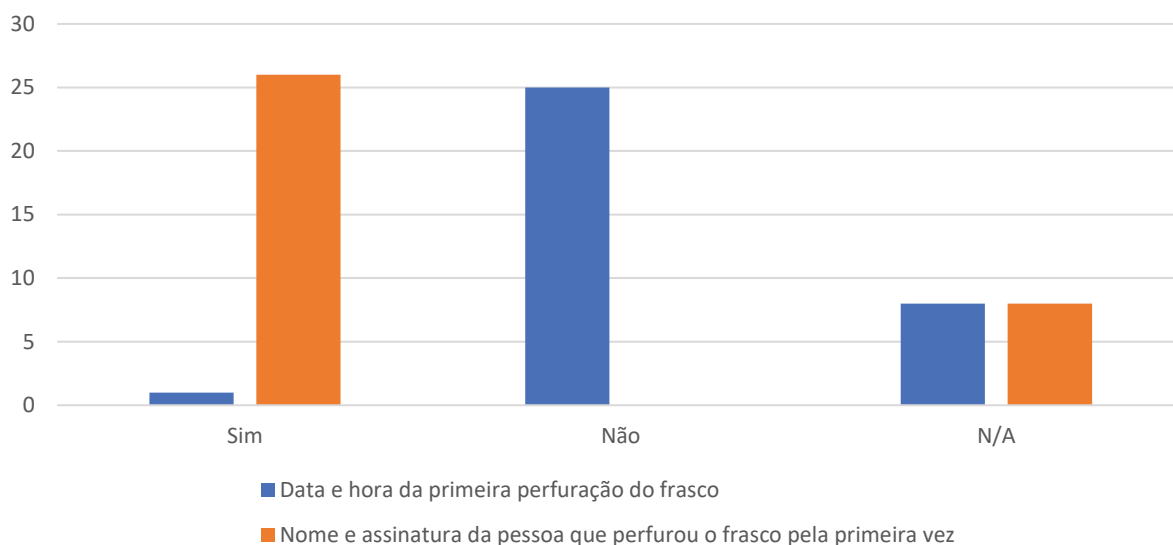
Gráfico 6 - Procedimentos na preparação de frascos injetáveis



	Sim	%Sim	Não	%Não	N/A	%N/A
Desinfeta o diagrama de acesso com compressa de álcool a 70% e deixa secar	1	2,9	25	73,5	8	23,5
Usa seringa e agulha para cada inserção em frasco de dose múltipla	26	76,5	0	0,0	8	23,5
Deixa uma agulha no frasco de dose múltipla	0	0,0	26	76,5	8	23,5
A medicação é administrada imediatamente após a preparação	21	61,8	13	38,2	0	0,0

Relativamente aos procedimentos para frascos injetáveis a desinfecção da membrana oclusora com álcool a 70% foi realizada em apenas 1 procedimento. Em 13 procedimentos a medicação endovenosa não foi administrada imediatamente após a preparação do injetável.

Gráfico 7 - Para medicamentos de dose múltipla que não requerem reconstituição, é registada



	Sim	%Sim	Não	%Não	N/A	%N/A
Data e hora da primeira perfuração do frasco	1	2,9	25	73,5	8	23,5
Nome e assinatura da pessoa que perfurou o frasco pela primeira vez	26	76,5	0	0,0	8	23,5

Na maioria dos procedimentos observados (27) a data e hora da primeira perfuração do frasco não foi registada. Relativamente ao registo do nome e assinatura da pessoa que perfurou o frasco pela primeira vez, este procedimento não se verificou em nenhuma das observações.

Análise crítica dos resultados

Ao analisar os dados percebi que, apesar de se tratar de uma amostra estatisticamente pequena, não há cumprimento integral dos itens da grelha de observação. A falha de um dos itens anula a eficácia de qualquer outro procedimento para a garantia da prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde. Dos dados observados verifiquei, que em 44,2% dos procedimentos não houve higienização das mãos. O nível de adesão à higienização das mãos, segundo dados do Relatório da Saúde dos Portugueses 2016 (DGS 2016, p. 148), aumentou de 46% para 65% com a implementação da campanha da higiene das mãos promovida pela OMS e com um aumento à correta higienização das mãos para 73,1% em 2015. Poderemos estar perante uma oportunidade de melhoria ao processo com o reforço da adesão a este procedimento, uma vez que estavam disponíveis dispensadores

de solução antisséptica de base alcoólica (SABA), quer nas salas de preparação de injetáveis quer nos carrinhos de transporte de medicação à enfermaria.

No que respeita à desinfeção das ampolas em 97% das preparações este procedimento não foi tido em conta verificando-se esta atitude em apenas 1 caso. De referir que nesta situação se tratava da preparação de uma alimentação parentérica. Está intrínseco na cultura profissional do enfermeiro que a preparação de uma alimentação parentérica deve obedecer a um rigoroso procedimento asséptico. E embora a preparação do medicamento injetável seja uma tarefa que os enfermeiros consideram rotineira, não se verificou o mesmo rigor na preparação dos mesmos como aconteceu na preparação da alimentação potencializando a contaminação do produto. Relativamente aos frascos hermeticamente fechados em 73,53% não houve desinfeção da membrana embora isso se tenha verificado num procedimento relativo à preparação de uma alimentação parentérica.

TROMP (2009) através de um estudo piloto concluiu que a incidência destes erros de procedimento diminuiu após a implementação de uma norma sobre a prática de preparação e administração de injetáveis. Os mesmos autores citando o estudo de Taxis e Barber (2003) descrevem que um ou mais erros ocorrem em 49% das práticas de preparação e administração de medicamentos endovenosos destacando o não cumprimento das regras de higiene. Verificamos ainda que, em 32,35% dos procedimentos, a preparação do injetável não era realizada numa superfície limpa e livre de objetos. Nestas acumulavam-se material clínico e objetos pessoais o que poderia constituir um aspeto desincentivador à higienização do local.

Quanto à desinfeção da superfície com álcool a 70% onde é preparado o injetável, verificamos que em 97% dos procedimentos tal não aconteceu. Este procedimento só foi realizado aquando da preparação da alimentação parentérica. A limpeza do local da preparação da terapêutica, embora atribuída ao assistente operacional, deve ser uma tarefa supervisionada pelo enfermeiro uma vez que é da sua responsabilidade zelar pela preparação da terapêutica em condições de higiene e segurança afim de minimizar potenciais riscos de contaminação.

Num estudo multicêntrico de natureza observacional levado a cabo por CARMERINI F. e DA SILVA (2011), os resultados são semelhantes aos encontrados no nosso onde os autores encontram taxas de erros acima de 70% nas variáveis de desinfeção de ampolas e limpeza da bancada podendo comprometer a segurança microbiológica do medicamento. SOUZA (2008) num estudo observacional preconiza o cumprimento das boas práticas do CDC com destaque para a preparação de medicamentos endovenosos que

deveria ser realizada em farmácias com utilização de câmaras de fluxo laminar, a desinfecção do diafragma dos frascos de dose múltipla com álcool a 70%, antes da punção e a utilização de um dispositivo estéril para retirar o conteúdo do frasco de dose múltipla evitando tocar no momento da penetração no diafragma. Em 35,3% das observações não se utilizaram um novo dispositivo para cada procedimento. A reutilização da seringa sem substituição da agulha aconteceu em 17,6% das observações e em 38,24% não se preparou o injetável para administração imediata.

No estudo de CARMERINI F. e DA SILVA (2011) também se verificou que a preparação do injetável sem a sua administração imediata é um procedimento frequente no quotidiano dos profissionais o que pode comprometer a eficácia terapêutica se não estiverem garantidas as estabilidades física e química do medicamento.

BRITO (2007:1) no seu estudo reforça que “administração de medicamentos é uma atividade que exige grande responsabilidade por parte da equipa de enfermagem. Para sua execução são aplicados princípios científicos, legais e éticos, que fundamentam a ação do enfermeiro e visam promover a segurança necessária a esta prática”.

Com a realização deste trabalho consegui atingir o objetivo **Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica** pelo suporte da prática clínica na investigação e no conhecimento na área da especialidade identificando lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. A interpretação, organização e divulgação dos dados, em contexto de formação no Curso sobre IACS desenvolvido pela CCIRA para todos os enfermeiros da instituição cujos resultados da avaliação se encontram em Apêndice IX contribuíram para o conhecimento e desenvolvimento das competências da prática clínica especializada permitindo-me atuar como elemento dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento em contexto da prática com ganhos para a saúde através da melhoria contínua da qualidade e segurança do doente. A contribuição para um aumento de conhecimentos nesta área poderá motivar o desenvolvimento de futuras pesquisas com ênfase na área da segurança do doente nomeadamente em relação à infeção associada aos cuidados de saúde, à promoção de uma cultura de segurança e a evidência de eventos adversos relacionados com a gestão medicamentosa.

6 - CONCLUSÃO

A realização deste relatório de estágio retrata o percurso desenvolvido na aquisição de competências de enfermeiro especialista e grau de mestre. Através de um discurso crítico e reflexivo foi possível contextualizar os campos de estágio, cujas características particulares me permitiram desenvolver as atividades planeadas em projeto nos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista. A segurança do doente, e em particular a cultura de segurança do doente, foi o assunto transversal em todo o período de estágio cuja investigação fundamentou a prática desenvolvida baseada na evidência.

Evidenciou-se pela elaboração das várias reflexões durante o estágio, a capacidade de avaliar o meu desempenho que assumi como uma responsabilidade na aquisição de uma autonomia, que se foi tornando mais consistente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Tendo em conta os objetivos delineados em projeto de estágio, as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos, tornou-se possível numa atitude educacional, sugerir propostas de melhoria com reflexo na segurança do doente e na qualidade dos cuidados.

Em contexto de urgência, a realização de um estudo avaliando a cultura de segurança dos enfermeiros, permitiu o desenvolvimento de competências na melhoria contínua da qualidade como garantia da prestação de cuidados de enfermagem seguros para o doente e família. Percecionei que existem na cultura de segurança dos enfermeiros do Hospital α áreas avaliadas como potencialmente críticas, nomeadamente no “Trabalho entre Unidades” onde a percentagem de respostas positivas foi significativamente baixa (16,7%) muito à custa de uma percentagem de 46,6% de resposta negativas, o que evidencia a necessidade emergente de desenvolvimento de estratégias que aumentem a colaboração entre o serviço de urgência e os demais serviços da instituição. O trabalho em equipa constitui o ponto mais forte da cultura de segurança dos enfermeiros do serviço de urgência da instituição sendo o enfermeiro chefe considerado por 80% dos respondentes um elemento dinamizador e promotor da segurança do doente no serviço.

O desenvolvimento da semana da segurança do doente, onde abordei temas como a identificação inequívoca dos doentes, a comunicação eficaz na transição dos cuidados, a segurança na utilização da medicação, prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde

e a notificação dos incidentes permitiu a sensibilização da equipa multidisciplinar, possibilitando o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Ainda neste domínio foi possível promover a consciencialização da existência dos medicamentos LASA e, através do ciclo PDCA, desenvolver intervenções específicas afim de melhorar a segurança na utilização dos mesmos. A análise sobre os estilos de liderança e o método do trabalho em equipa bem como a identificação de oportunidades de melhoria permitiram-me apresentar sugestões ao enfermeiro chefe possibilitando o desenvolvimento de competências ao nível da gestão.

No contexto de uma comissão de controlo de infeção, tornou-se evidente que as infeções associadas aos cuidados de saúde estão associadas o aumento da morbilidade, da mortalidade e dos custos em saúde inviabilizando a qualidade dos cuidados e constituindo uma ameaça à segurança dos doentes. No desenvolvimento de competências no domínio da responsabilidade ética, legal as aprendizagens, destaco o compromisso com os meus pares na procura de estratégias e desenvolvimento de ações pela pesquisa bibliográfica sobre a especificidade da área de controlo de infeção por forma a contribuir para maximização da prevenção e do controlo de infeção como preconizado nas competências específicas do enfermeiro especialista. As atividades inerentes à vigilância epidemiológica e a colaboração em auditorias às precauções básicas em controlo de infeção em ambiente hospitalar e comunitário com vista a identificar medidas de prevenção de transmissão cruzada, permitiram a recolha e análise de informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, identificando práticas inseguras para a prevenção de incidentes que se imbuí nas dimensões ética e deontológica na maximização da beneficência e da não maleficência respeitando o valor supremo da dignidade humana. Constituiu-se como uma oportunidade para suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento na área da especialidade através da identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, o desenvolvimento de um estudo observacional dos pares sobre as práticas seguras na preparação de injetáveis. Através deste estudo foi possível a aquisição das competências no domínio da melhoria da qualidade bem como das responsabilidades profissionais pela elaboração de um poster no 1º Congresso Internacional IACS 2017 – “Inovação e Multidisciplinidade em Controlo de infeção e publicação no IV suplemento de uma revista científica. A contribuição para um aumento de conhecimentos nesta área e a divulgação no âmbito da formação em serviço poderá motivar o desenvolvimento de futuras pesquisas com ênfase na área da segurança do doente nomeadamente em relação à infeção associada aos cuidados de saúde, à promoção

de uma cultura de segurança e a evidência de eventos adversos relacionados com a gestão medicamentosa. A cultura de segurança e a segurança do doente constituiu o fio condutor neste contexto de aprendizagem e que me permitiu o desenvolvimento de competências intrínsecas ao desempenho de funções de grau de mestre. Neste sentido, a segurança na prestação dos cuidados de saúde ao doente crítico tornou-se um alicerce de apoio que permitiu, às equipas onde desenvolvi os estágios, fomentar momentos de reflexão sobre a prática, partilha e desenvolvimento de estratégias de prevenção com vista assegurar ao consumidor de cuidados de enfermagem que estes possuem um grau de excelência com a garantia da sua qualidade e segurança.

Pretendi levar às equipas onde desenvolvi o estágio, a oportunidade de refletir que, à emergência da prestação de cuidados ao doente crítico não pode alhear-se a segurança dos mesmos, e que este binómio emergência/segurança pode e deve existir no equilíbrio de uma balança que se quer cada vez mais estável como a garantia da qualidade dos cuidados prestados. O diagnóstico de oportunidades de melhoria permitiu-me o desenvolvimento de capacidades na colaboração e formação de pares tendo em conta a segurança das práticas e a qualidade dos cuidados. Assumindo a responsabilidade pela minha formação e o contato com contextos diferentes do meu, possibilitou o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e científicas na assistência ao doente crítico e família.

Foi um percurso gratificante e que me dotou de novos conhecimentos e experiências que darão frutos no exercício profissional e na tomada de decisão enquanto enfermeira especialista com grau de mestre.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (s.d.). Obtido de www.pordata.pt:
<http://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-22>
- ABREU, W. C. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas. *Formasau - Formação e saúde*. Coimbra.
- AGENCY, I. A. (1991). *Safety Culture - A report by the International Safety Advisory Group*. Vienna. Obtido de www-pub.iaea.org/MTCD/publications/PDF/Pub882_web
- AIKEN, L., SERMEUS, W., VAN DEN HEED, K., & SLOANE, P. A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 1-14.
- ALMEIDA, A. C., NEVES, A. L., SOUZA, C. L., GARCIA, J. H., LOPES, J. d., & BARROS, A. L. (2012). Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, pp. 471-476.
- AYANIAN, J., & MARKEL, H. (2016). Donabedian's lasting framework for health care quality. *The New England Journal of Medicine*, 375 (3), pp. 205-207.
- BABIKER, A., HUSSEINI, M. E., NEMRI, A. A., FRAYH, A. A., JURYAN, N. A., & FAKI, M. O. (2014). Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudanese Journal of Paediatrics*, p. 9-16.
- BARROSO, F. F. (2014). *Segurança do doente - Aprender, Partilhar e Informar*. Obtido de <http://risco-clinico.blogspot.pt/2014/08/incidentes-de-seguranca-do-doente-no.html>
- BAUMANN, A. (2007). *Positive practice environments*. Geneva: International Council of Nurses.
- BEAUCHAMP, T. L., & CHILDRESS, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics* (4th edition ed.). New York: Oxford University Press .
- BRITO, F. M. (2007). Guia eletrônico para administração de medicamentos: fundamentando uma prática de enfermagem. *Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Enfermeiro, ao Curso de Graduação em Enfermagem*.
- BUCKMAN, R. (2002). Communications and emotions - Skills and effort are key. *The British Medical Journal*, p. 672.
- BURKE, J. P. (2003). Infection Control — A Problem for Patient Safety. *The New England Journal of Medicine*, 651-656.

- CAMERINI, F. G., & SILVA, L. D. (2011). Segurança do paciente: Análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. Florianópolis. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/05.pdf>
- CAMPOS, D. C., & DIAS, M. C. (2012). A cultura de segurança no trabalho: Um estudo exploratório. *Sistemas & Gestão*, pp. 594-604.
- CASTILHO, A. F. (2014). Eventos Adversos nos Cuidados de Enfermagem ao Doente Internado: Contributos para a política de segurança. *Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem*. Porto.
- CHOI, H. K., SHIN, S. D., RO, Y. S., & KIM, D. K. (2012). A before and after intervention trial for reducing unexpected events during the intrahospital transport of emergency patients. *The American Journal of Emergency Medicine*, p. 1433-1440.
- CHOWDHARY, S., BHATTACHARYYA, R., & BANERJEE, D. (2014). Acute organophosphorus poisoning. *International Journal of Clinical Chemistry*, 66-76.
- COSTA, M. F. (2014). Cultura de segurança do doente num hospital da região centro, perceção dos profissionais. *Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra*. Coimbra.
- CRUZ, S. G., & FERREIRA, M. M. (2012). Perceção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 103-112.
- DGS. (2007). Comissões de Controlo de Infecção. *Circular Normativa Nº18/DSQC/DSC*, p. 1-5. Lisboa.
- DGS. (2008). *Manual de operacionalização - Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa.
- DGS. (2010 a). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Circular Normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010*. Lisboa.
- DGS. (2010 b). Manual de implementação da Lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS 2009 - Cirurgia Segura Salva Vidas. Lisboa.
- DGS. (2011a). *Relatório Técnico - Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. DGS Lisboa.
- DGS. (2011b). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa amostra de Hospitais Portugueses - Resultados do estudo piloto*. Lisboa.
- DGS. (2011c). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. *Orientação nº 18/2011 de 23/05/2011*. Lisboa.
- DGS. (2012). Instrumentos para auditorias internas às PBCI. *Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013*. DGS Lisboa.

- DGS. (2013). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. *Norma nº 025/2013 de 24/12/2013*. Lisboa.
- DGS. (2013). Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos. *Norma nº 004/2013 de 08/08/2013 atualizada a 13/11/2015*. Lisboa.
- DGS. (2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. *Norma nº 020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015*. Lisboa.
- DGS. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos doentes - Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015, 3882(2) - 3882(10)*. Lisboa.
- DGS. (2015). *Relatório Segurança dos Doentes - Avaliação da Cultura nos Hospitais*. DGS Lisboa.
- DGS. (2016). *A Saúde dos Portugueses 2016*. Lisboa.
- DGS. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017*. Lisboa.
- DIAS, D. F. (2014). *Indicadores de qualidade para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem*. Relatório apresentado ao ICS-UCP para obtenção de grau de mestre em enfermagem com especialização em enfermagem médico-cirúrgica, Lisboa.
- EDDLESTON, M., BUCKLEY, N. A., EYER, P., & DAWSON, A. H. (2008). Management of acute organophosphorus pesticide poisoning. *The Lancet*, pp. 597-607.
- EGAN, T., & JAYE, C. (2009). Communities of clinical practice: the social organization of clinical learning. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 107-125. doi:<http://doi.org/10.1177/1363459308097363>
- EIRAS, M. (2011). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia. *Doutoramento em Saúde Pública na especialidade de Políticas e Administração em Saúde*. Lisboa.
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. (2013). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012*. Stockholm.
- EUROPEAN COMMISSION. (2005). *Patient Safety – Making it Happen!* Obtido de https://ec.europa.eu/health/ph.../ev_20050405_rd01_en
- EUROPEAN COMMISSION, Directorate-General Health and Consumers and co-ordinated by Directorate-General for Communication. (2014). *Special Eurobarometer 411 “Patient Safety and Quality of Care*. doi:10.2772/33169
- FAMORALO, T., YOUNT, N., & BURNS, W. (2016). *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report*.

- FERNANDES, A. M., & QUEIRÓS, P. J. (2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 37-48.
- FERREIRA, P. L. (1991). Definir e medir a qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33, pp. 93-112.
- FORTIN, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- FRAGATA, J. (2010). A segurança dos doentes - Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, pp. 564-570.
- FRAGATA, J. (2011). *Segurança dos Doentes - Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel.
- GAIDZINSKI, R. R., PERES, H. H., & FERNANDES, M. .. (2004). LIDERANÇA: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57, pp. 464-466.
- GARRIDO, A., SIMÕES, J., & PIRES, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Universidade de Aveiro.
- GELLER, R., SINGLETON, K., TARANTINO, M., DRENZEK, C., & TOOMEY, K. (2001). Nosocomial poisoning associated with emergency department treatment of organophosphate toxicity. *Journal of toxicology*, 109-111.
- GHERSON, R., STONE, P., BAKKEN, S., & LARSON, E. (2004). Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *The journal of Nursing Administration*, 33-40.
- GOMES, A. D. (1991). Cultura Organizacional: Estratégias de integração e diferenciação. *Psychologica*, pp. 33-51.
- GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. (2015). Obtido de Sistema de Triagem de Manchester: <http://www.grupoportuguestriagem.pt/>
- HOVING, D., & VAELE, D. (2011). Clinical Review: Emergency management of acute poisoning. *African Journal of Emergency Medicine*, 69-78.
- I. T. Williams, J. F. (2004). Viral Hepatitis Transmission in Ambulatory Health Care Settings. *Clinical Infectious Diseases*, pp. p. 1592–1598.
- JEPSON, Z., DARLING, C., & REZNEK, M. (2014). Emergency department patient safety incident characterization: an observational analysis of the findings of a standardized peer review process. *BMC Emergency Medicine*, 14-20. doi:10.1186/1471-227X
- Joint Comission International. (2010). *Risk Assessment for Infection Prevention and Control*, p. 1-158.
- JONES, F., PODILA, P., & POWERS, C. (2013). Creating a Culture of Safety in the Emergency Department: The Value of Teamwork Training. *THE JOURNAL OF NURSING ADMINISTRATION*, 194-200. doi: 10.1097/NNA.0b013e31828958cd

- KENAGY, J., & STEIN, G. (2001). Naming, labeling, and packaging of pharmaceuticals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, p. 2033-2041.
- KOHN, L., CORRIGAN, J. M., & DONALDSON, M. S. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: NATIONAL ACADEMY PRESS. Obtido de <https://www.nap.edu/>
- LAGE, M. (2010). Segurança do doente: da teoria à prática clínica. *Revista portuguesa de saúde pública*, pp. 11-16.
- LEAPE, L. L. (1994). Error in Medicine. *Journal of American Medical Association*, 272(23), 1851-1857.
- LITTLE, M., & MURRAY. (2004). Consensus statement: Risk of nosocomial organophosphate poisoning in emergency departments. *Emergency Medicine Australasia*, pp. 456-458.
- MAITI, P. P., & DUBEY, S. a. (2011). Study of Various Poisoning: A Review. *Indo Global Journal of Pharmaceutical Sciences*, 304-314.
- MARINO, P., MAYS, A., & THOMPSON, E. (2015). Bypass Rapid Assessment Triage: How Culture Change Improved One Emergency Department's Safety, Throughput and Patient Satisfaction. *Journal of Emergency Nursing*, 213-220.
- MCCANCE, T., L., T., WILSON, J., MACLEOD, O., & DOWD, A. (2012). Identifying key performance indicators for nursing and midwifery care using a consensus approach. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (7-8), 1145-1154.
- MENDES, K. D., SILVEIRA, R. C., & Maria, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, pp. 758-764.
- MERRILL, K. (2015). Leadership style and patient safety: implications for nurse managers. *The Journal of Nursing Administration*, 319-324.
- Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. (2015). Despacho n.º 13427/2015. *Diário da República n.º 228/2015, Série II de 2015-11-20*, pp. 33814 - 33816.
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República, 2ª série - Nº 153- 11 de Agosto de 2014*, pp. 20673-20678.
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Lista de indicadores para monitorização da qualidade - Despacho n.º 5739/2015. *Diário da República n.º 104/2015, Série II de 2015-05-29*, 13878 - 13879. Lisboa.
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Plano Nacional para Segurança dos doentes 2015-2020 -Despacho n.º 1400 - A/2015 - . *Diário da República n.º 28/2015, Série II de 2015-02-10*, 3882(2)-3882(10). Lisboa.

- Ministério da Saúde. (1991). Decreto-lei 437/91. *Diário da República n.º 257/1991, Série I-A de 1991-11-08.*, 5723 - 5741. Lisboa.
- MURRAY, C. J. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 231–266.
- NICOLAS, F. (1998). Aspects éthiques des infections nosocomiales. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, pp. 415-422.
- NIEVA, V. F., & SORRA, J. (2004). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Quality & Safety*, 17-23.
- NIGHTINGALE, F. (1863). *Notes on Hospitals*. London: The Lane Medical Library. Obtido de <https://archive.org/stream/notesonhospital01nighgoog#page/n7/mode/2up>
- OCDE/ European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). *State of Health in EU - Portugal: perfil de saúde do país, 2017*.
- OLIVEIRA, A. C. (2012). Aprender a aprender com o erro nas organizações: da perspectiva blame à perspectiva no blame. *Dissertação de Mestrado em Economia e Gestão de Recursos Humanos apresentada à Faculdade de Economia da Universidade do Porto*. Porto.
- OLIVEIRA, A. R. (1986). *Relatório Preliminar sobre o acidente de Chernobyl*. Obtido de http://www.iaea.org/inis/collection/NCLCollectionStore/_Public/18/060/18060524.pdf
- OMS. (2009). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente*. Obtido de <https://www.dgs.pt/.../classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. p. 1-17.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2006). Dotações seguras salvam vidas. *Dia Internacional do Enfermeiro*.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2007). Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde. Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento n.º122/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 18 de fevereiro de 2011*.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Regulamento n.º 533/2014 publicado em Diário da República, 2ª série - n.º 233 - 2 de Dezembro de 2014*.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (Outubro de 2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. 1-112. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido de Ordem dos enfermeiros:
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Regulamento n.º361/2015 publicado em Diário da República, 2ª série - N.º123 - 26 de Junho de 2015.*
- PEREIRA, F. M. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- PEREIRA, M. A. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto - Contributos para a formação em enfermagem*. Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau do Doutor em Ciências de Educação, Porto.
- PERES, D., & PINA, E. (2008). Vigilância epidemiológica associada aos cuidados de saúde. *Nursing*, pp. p. 3-10.
- PIMENTA, C., MOTA, D., & CRUZ, D. (2006). *Dor e Cuidados paliativos*. Manole.
- PIMENTA, L. C. (2013). AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE E PROPOSTAS DE MELHORIA . *Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde* . Lisboa.
- PRONOVOST, P., NEEDHAM, D., BERENHOLTZ, S., SINOPOLI, D., CHU, H., COSGROVE, S., . . . KEPROS, J. (2006). An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, p. 2725-2732.
- REASON, J. (1990). *Human Error*. Cambridge University Press.
- REASON, J. (1998). Achieving a safe culture: theory and practice. *WORK & STRESS*, pp. 293-306 .
- REASON, J., & HOBBS, A. (2003). Principles of Error Management. In *Managing Maintenance Error: A practical Guide* (pp. 95-101). CRC Press.
- RIBEIRO, R. A. (2013). A TRANSMISSÃO DE MÁIS NOTÍCIAS NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO. *Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos*. Lisboa.
- RIGOBELLO, M., CARVALHO, R., GUERREIRO, J., MOTTA, A., ATILA, E., & GIMENES, F. (2017). The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. *International Emergency Nursing*, 1-6.
- RODRIGUES, R. P., & SA, M. C. (2011). Internamentos por Intoxicação com Pesticidas em Portugal. *Arq Med [online]*, vol.25, pp. 169-173.

- RUA, F., MARQUES, A., SOUSA, J. P., & FREITAS, P. T. (2008). Transporte Doente Crítico - Recomendações (SPCI).
- RUTALA, W. A., & WEBER, D. J. (2004). Disinfection and Sterilization in Health Care Facilities: What Clinicians Need to Know. *Clinical Infectious Diseases*, pp. p.702-709.
- SANTOS, M. C., GRILO, A., GRAÇA, A., GUIMARÃES, T., & GOMES, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 47-57.
- SCHEIN, Edgar H. (2004). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey - Bass.
Obtido de http://www.untag-smd.ac.id/files/Perpustakaan_Digital_2/ORGANIZATIONAL%20CULTURE%20Organizational%20Culture%20and%20Leadership,%203rd%20Edition.pdf
- SHELL, C., & DUNLAP, K. (2008). Florence Nightingale, Dr. Ernest Codman, American College of Surgeons Hospital Standardization Committee, and The Joint Commission: Four Pillars in the Foundation of Patient Safety. *Perioperative Nursing Clinics*.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpen.2007.11.004>
- SIEGEL, J. D., RHINEHART, E., JACKSON, M., & CHIARELLO, L. a. (2007). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 1-136.
Obtido de <https://www.cdc.gov/niosh/docket/archive/pdfs/NIOSH-219/0219-010107-siegel.pdf>
- SILVA, R. d., & AMANTE, L. N. (2015). Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, pp. 539- 547.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS. (2008). Transporte de doentes Críticos - Recomendações. p. 1-48.
- SORRA, J., & NIEVA, V. (2004). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety. *British Medical Journal*, p. 12-17.
- SORRA, J., FAMOLARO, T., & DYER, N. (2012). *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2012 User Comparative Database Report*.
- SORRA, J., T, F., & N, Y. (2014). *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014 User Comparative Database Report*.
- SOUSA, A. M. (2013). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente num Centro Hospitalar da Região Centro. *Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção de Mestrado em Gestão e Economia da Universidade de Coimbra*. Coimbra.
- SOUSA, P. (2006). Patient Safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, pp. 309-318.

- SOUZA, M. C., GOULART, M. A., ROSADO, V., & REIS, A. M. (2008). Utilização de medicamentos parenterais em frascos-ampola em uma unidade pediátrica de um hospital universitário. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, pp. 715-722. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a13>
- STORR, J., TWYMAN, A., ZINGG, W., DAMANI, N., KILPATRICK, C., REILLY, J., . . . ALLEGRANZI, B. a. (2017). Core components for effective infection prevention and control programmes: new WHO evidence-based recommendations. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 1-18. doi:10.1186/s13756-016-0149-9
- T., F., N., Y., & BURNS, W. (2016). *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report*. Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Publication No. 16-0021-EF.
- THOMPSON, N. D., PERZ, J. F., MOORMAN, A. C., & HOLMBERG, S. D. (2009). Nonhospital Health Care–Associated Hepatitis B and C Virus Transmission: United States, 1998–2008. *Annals of Internal Medicine*.
- TOBIAS, G. C., BEZERRA, A. L., BRANQUINHO, N. C., & SILVA, A. E. (2014). Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo bibliométrico. *Enfermería Global*, 349-361.
- TORRES, P. L., & IRALA, E. A. (2014). APRENDIZAGEM COLABORATIVA: TEORIA E PRÁTICA. *Complexidade: redes e conexões na produção do conhecimento*, pp. p. 61-93.
- TROMP, M. T., & NATSCH, S. A. (2009). The preparation and administration of intravenous drugs before and after protocol implementation. *Pharmacy World & Science*, 413-420.
- TYLOR, E. B. (1920). *Primitive Culture - Researches into the development of mythology, philosophy, religion language, art and custom*. London: John Murray Albemarle Street. Obtido de <https://archive.org/stream/primitiveculture01tylouoft#page/n7/mode/2up>
- VAN HOVING, D., VEALE, D., & MÜLLER, G. (2011). Clinical Review: Emergency management of acute poisoning. *African Journal of Emergency Medicine*, 69-78.
- VARGAS, M., & RECIO, M. (2008). Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción Versión española de University of Michigan Health System Patient Safety Toolkit . Obtido de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales
- VIEIRA, J. I. (2014). *Identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional: contributo para um programa de supervisão clínica em enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Porto.

- VLAYEN, A., SCHROOTEN, W., WAMI, AERTS, M., BARRADO, Garcia, L., . . . HELLINGS, J. (2015). Variability of patient safety culture in Belgian acute hospitals. *Journal of Patient Safety*, 110-121.
- WANG, X., LIU, K., YOU, L., XIANG, J., HU, H., ZHANG, L., . . . ZHU, X. (2014). The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 1114–1122.
- WONG, A. H.-W., GANG, M., SZYLD, D., & MAHONEY, H. (2016). Making an “Attitude Adjustment” Using a Simulation-Enhanced Interprofessional Education Strategy to Improve Attitudes Toward Teamwork and Communication. *Simulation in healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 117-125.
- World Health Organization. (2010). WHO best practices for injections and related procedures toolkit. p.1-57. Obtido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44298/1/9789241599252_eng.pdf

8 - APÊNDICES

Apêndice I

Questionário sobre a cultura de segurança do doente

Hospital Survey on Patient Safety Culture

Avaliação da Cultura de Segurança do Doente

A segurança do doente é uma preocupação crescente nos Hospitais Portugueses, tal como acontece noutros países da Europa e do resto do mundo.

Com este questionário “Hospital Survey on Patient Safety Culture” da Agency for Healthcare Research and Quality traduzido e adaptado ao contexto português e aceite pela Direção Geral de Saúde, pretendo conhecer a sua opinião acerca da segurança do doente, o erro clínico e a notificação de eventos/ocorrências no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano.

Com a sua participação irá contribuir para uma avaliação da cultura de segurança, condição essencial para identificar oportunidades de melhoria com vista a alcançar melhores níveis de segurança promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Um “evento/ocorrência” é definido como qualquer tipo de erro, equívoco, incidente, acidente ou desvio, independentemente de ter ou não causado dano no doente.

A “segurança do doente” é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

Não existem respostas certas ou erradas. Solicito apenas que expresse a sua opinião no momento. Todos os questionários serão tratados com confidencialidade e anonimato.

Este questionário levará entre 10 a 15 minutos a responder. Considere o serviço/unidade como sendo a área de trabalho, departamento ou área do hospital onde trabalha habitualmente

*Required

Avaliação da Cultura de Segurança no S.U. _ HPH

1. **A1 - No SU os profissionais entreajudam-se ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

2. **A2 - Existem meios humanos para corresponder ao trabalho que é exigido ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo fortemente

3. **A3 - Quando é necessário efetuar uma grande quantidade de trabalho rapidamente, trabalhamos juntos como equipa, para o conseguir fazer ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

4. **A4 - Neste serviço as pessoas tratam-se com respeito ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

5. **A5 - Os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável na prestação de cuidados ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

6. **A6 - Estamos a trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do doente ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo fortemente

7. **A7 - Dispomos de mais profissionais temporários na prestação de cuidados, do que seria desejável ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

8. **A8 - Os profissionais sentem que os erros são utilizados contra eles ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo fortemente

9.

A9 - Aqui, os erros conduzem a mudanças positivas *

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

10.

A10 - É apenas por sorte que erros mais graves não acontecem neste serviço *

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

11.

A11 - Quando uma área fica com excesso de trabalho, as outras dão -lhe apoio *

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

12.

A12 - Quando um evento é notificado, parece que é a pessoa que está a ser alvo de atenção e não o problema em si *

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

13. **A13 - Avaliamos a eficácia das alterações que fazemos, no sentido de melhorar a segurança do doente ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

14. **A14 - Trabalhamos em "modo Crise", tentando fazer muito, demasiado depressa ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo fortemente

15. **A15 - Nunca se sacrifica a segurança do doente, por haver mais trabalho ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

16. **A16 - Os profissionais preocupam-se, se os erros que cometem são registados no seu processo pessoal ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

17. **A17 - Neste serviço temos problemas com a segurança do doente ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

18. **A18 - Os nossos procedimentos e sistemas são eficazes na prevenção dos erros que possam ocorrer ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

19.

B1 - O meu superior hierárquico tem uma palavra agradável quando vê um bom desempenho no que respeita aos procedimentos de segurança estabelecidos *

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

20.

B2 - O meu superior hierárquico leva seriamente em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente *

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo fortemente

21.

B3 - Sempre que existe pressão, o meu hierárquico quer que trabalhemos mais rapidamente, mesmo que isso signifique usar atalhos *

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo fortemente

22.

B4 - O meu superior Hierárquico não dá atenção aos problemas relacionados com a segurança do doente, que ocorrem repetidamente *

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

23. **C1 - É-nos fornecida informação acerca das mudanças efetuadas, em função das notificações de eventos ***

Mark only one oval.

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

24. **C2 - Os profissionais falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente ***

Mark only one oval.

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

25. **C3 - Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço ***

Mark only one oval.

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

26. **C4 - Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos ***

Mark only one oval.

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

27. **C5 - Neste serviço discutimos sobre formas de prevenir os erros para que não voltem a ocorrer ***

Mark only one oval.

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- a maioria das vezes
- sempre

28. **C6 - Os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar certo ***

Mark only one oval.

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

29.

D1 - Quando ocorre um evento(erro), mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado? *

Mark only one oval.

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- A maioria das vezes
- sempre

30.

D2 - Quando ocorre um evento, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado? *

Mark only one oval.

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

31.

D3 - Quando ocorre um evento, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado? *

Mark only one oval.

- Nunca
- Raramente
- Por vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

32.

E - Atribua ao seu serviço um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas uma resposta) *

Mark only one oval.

- Excelente
- Muito boa
- Aceitável
- Fraca
- Muito Fraca

33. **F1- A direção do hospital proporciona um ambiente de trabalho que promove a segurança do doente ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo fortemente

34.

F2 - Os serviços não se coordenam bem uns com os outros *

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

35.

F3 - A informação dos doente perde-se quando são transferidos de um serviço para outro *

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

36.

F4 - Existe boa colaboração entre serviços/ unidades do Centro Hospitalar que precisam de trabalhar conjuntamente *

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

37.

F5 - É frequentemente perdida informação importante sobre os cuidados do doente, durante as mudanças de turno *

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

38. **F6 - É frequentemente desagradável trabalhar com outros profissionais de outros serviços do hospital ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo fortemente

39. **F7 - Ocorrem frequentemente problemas aquando da troca de informação entre os vários serviços ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

40. **F8 - As ações da direção do hospital mostram que a segurança do doente é uma das suas prioridades ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo fortemente

41. **F9 - A direção do hospital parece apenas interessada na segurança do doente quando acontece alguma adversidade ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo fortemente

42. **F10 - Os serviços do hospital funcionam em conjunto para prestarem os melhores cuidados ao doente ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não discordo nem concordo
- Concordo
- Concordo fortemente

43. **F11 - As mudanças de turno neste serviço são problemáticas para o doente ***

Mark only one oval.

- Discordo fortemente
- Discordo
- Não concordo nem discordo
- Concordo
- Concordo fortemente

44.

G1 - Nos últimos 12 meses, quantas notificações realizou? *

Mark only one oval.

- Nenhuma
- 1 a 2 notificações
- 3 a 5 notificações
- 6 a 10 notificações
- 11 a 20 notificações
- 21 ou mais notificações

45.

H1 - Género *

Mark only one oval.

- feminino
- masculino

46.

H2 - Idade *

Mark only one oval.

- 20 a 30 anos
- 30 a 40 anos
- 40 a 50 anos
- 50 ou mais

47.

H3 - Alguma vez respondeu a este questionário *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

48.

H4 - O serviço é acreditado/certificado? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

49. **H5 - Experiência profissional no serviço ***

Mark only one oval.

- <6 meses
- 6 meses a 11 meses
- 1 a 2 anos
- 3 a 7 anos
- 8 a 12 anos
- 13 a 20 anos
- 21 ou mais

50.

H6 - Experiência profissional na instituição

Mark only one oval.

- <6 meses
- 6 meses a 11 meses
- 1 a 2 anos
- 3 a 7 anos
- 8 a 12 anos
- 13 a 20 anos
- 21 ou mais anos
- Other: _____

51.

H7 - Por favor deixe aqui um comentário que considere oportuno quanto à segurança do doente, erros ou sistemas de notificação do seu Hospital

52.

Obrigada pela sua colaboração!

Mark only one oval.

- Option 1

Powered by



Apêndice II

Autorização para a realização do estudo

Para: Rui Silva (Serviço de Gestão do Conhecimento)
De: Comissão de Ética

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo intitulado "Qual a cultura de segurança dos enfermeiros do SU?"

Exmos senhores,

A Comissão de Ética analisou o pedido de autorização para a realização de estudo intitulado " Qual a cultura de segurança dos enfermeiros do SU?" proponente por Mafalda Soares Teixeira Alves no âmbito do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Decidido nada opor à realização deste estudo.


Com os melhores cumprimentos

Dr. José Alberto Silva
Presidente da Comissão de Ética
da ULS [REDACTED]

Dr. José Silva
(Presidente da Comissão de Ética da U. L. S. [REDACTED])

001 01 INF 1260 [REDACTED]

Mafalda Alves (mafalda.st.alves@gmail.com)

 **margarida eiras** <margarida.eiras@estesl.ipl.pt>
para mim ▾

23/05/17 ☆



Boa tarde
É com enorme satisfação que autorizo a utilização do questionário.
Muito gostaria de ter acesso aos resultados finais.
Estou ao dispor para o que necessitar

Com os melhores cumprimentos,

Margarida Eiras, PhD

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
margarida.eiras@estesl.ipl.pt

Apêndice III

Ação de sensibilização sobre a segurança do doente

SEGURANÇA DO DOENTE

(onde a cor não é prioridade)

ASSEGURAR IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO DOENTE

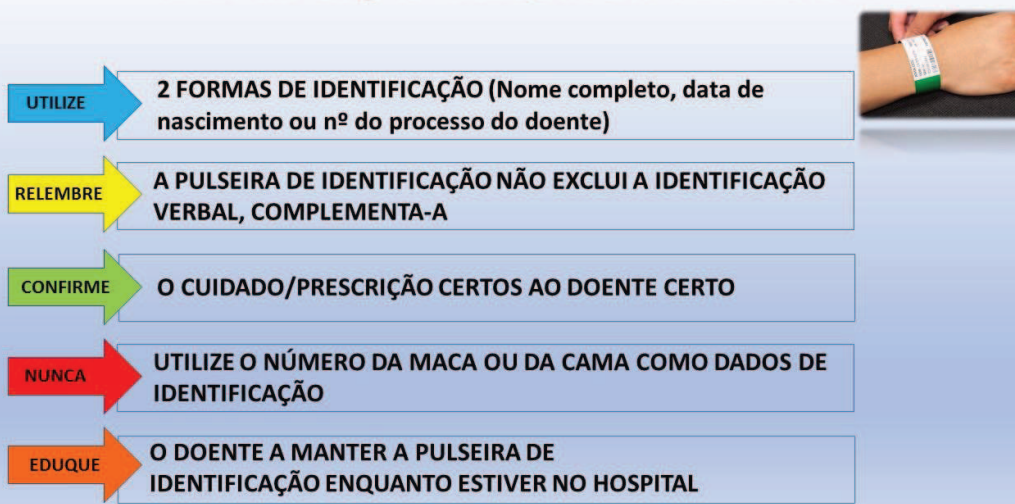
ASSEGURAR A COMUNICAÇÃO EFICAZ NA
TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

PROMOVER A SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO

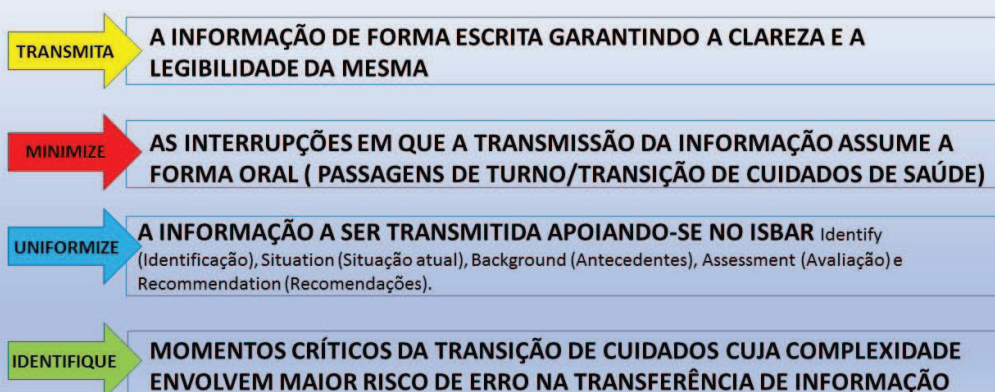
PREVENIR E CONTROLAR AS INFEÇÕES
ASSOCIADAS AO CUIDADOS DE SAÚDE

INCENTIVAR A NOTIFICAÇÃO, PREVENÇÃO E
ANÁLISE DE INCIDENTES

IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DO DOENTE



ASSEGURAR COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS



PROMOVER A SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO



CONFIRA

9 CERTOS NA ADMINISTRAÇÃO TERAPÊUTICA (doente; medicamento; via de administração; hora; dose; registo de administração; orientação; formulação e resposta)

REDUZA

A POSSIBILIDADE DE EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICANDO OS MEDICAMENTOS LASA (look-alike, sound-alike) E DE ALERTA MÁXIMO PRIORIZANDO A PRESCRIÇÃO ESCRITA EM DETRIMENTO DA VERBAL

REFORCE

A NECESSIDADE DA DUPLA VERIFICAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO TERAPÊUTICA NOMEADAMENTE NOS MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO

DIVULGE

LISTA ATUALIZADA DE MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO / LASA UTILIZADOS NA INSTITUIÇÃO

INCENTIVE

A NOTIFICAÇÃO DOS LASA AO CENTRO DE NOTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO E DOS PRODUTOS DE SAÚDE ATRAVÉS DO cimi@infarmed.pt

INCENTIVAR A NOTIFICAÇÃO, ANÁLISE E PREVENÇÃO DE INCIDENTES

notifi@

NOTIFIQUE

INCIDENTES RELACIONADOS COM A VIOLÊNCIA CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO LOCAL DE TRABALHO (site DGS - Observatório Nacional Contra os Profissionais de Saúde)

NOTIFIQUE

INCIDENTES RELACIONADOS COM A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

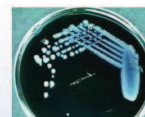
NOTIFIQUE

PROCEDIMENTOS RELATIVOS A INCIDENTES DE TRABALHO DECORRENTES DO USO ESPECÍFICO DE CORTO-PERFURANTES

ENVEREDE

PELA NÃO RECRIMINAÇÃO E PUNIÇÃO CENTRALIZANDO A ANÁLISE E REFLEXÃO DO INCIDENTE NO PROCESSO E NÃO NO AUTOR

PREVENIR E CONTROLAR AS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE



PRIORIZE

A UTILIZAÇÃO DAS MEDIDAS DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO TENDO EM CONTA QUE TODO O DOENTE PODE CONSTITUIR UM VEÍCULO DE TRANSMISSÃO

REDUZA

TRANSMISSÃO CRUZADA PROVENIENTE DE POSSÍVEIS FONTES DE INFECÇÃO

CUMpra

COM OS 5 MOMENTOS DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS (antes do contacto com o doente, antes do procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após o contacto com o doente, após o contacto com o ambiente do doente)

PROMOVA

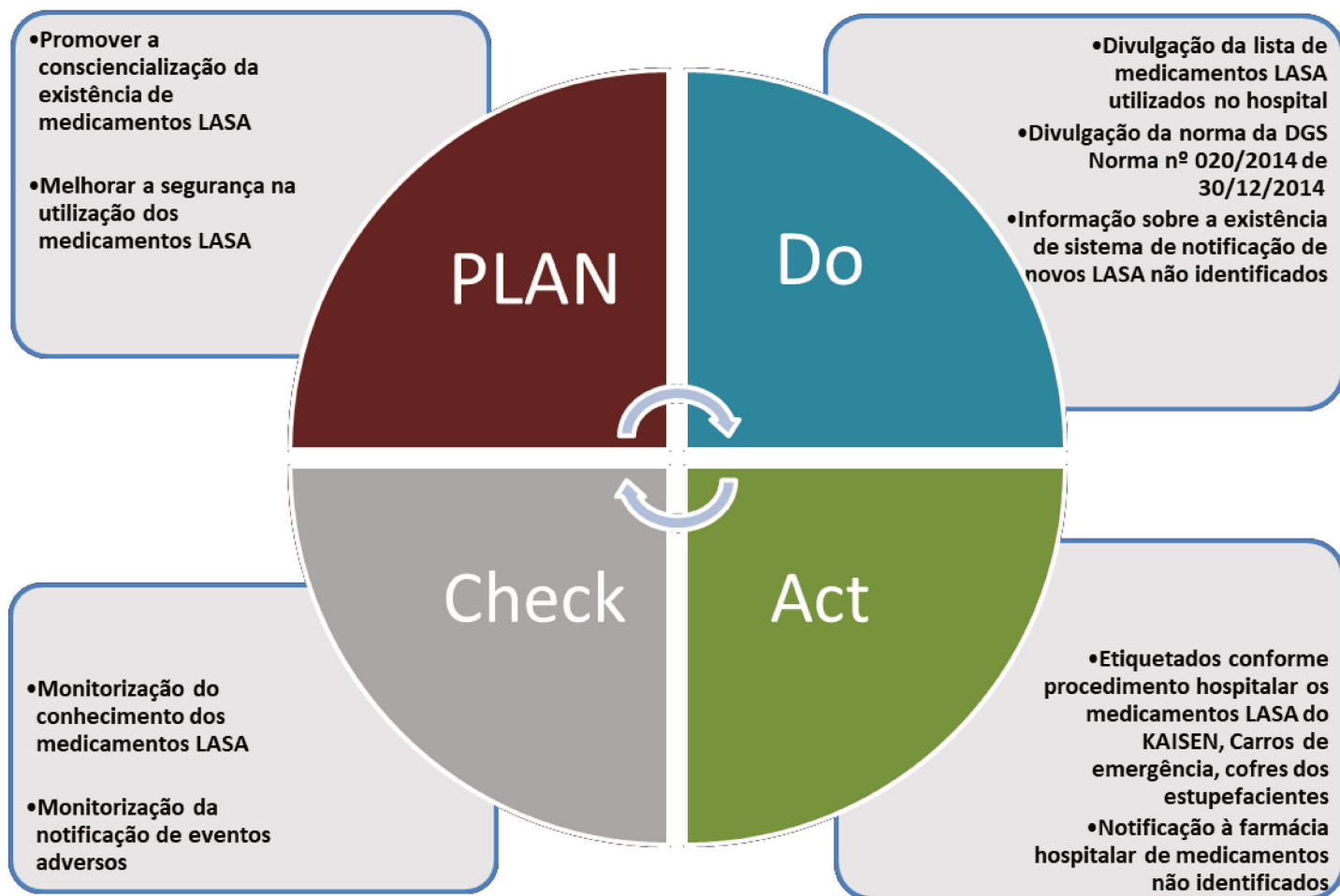
O CONTROLO AMBIENTAL PELA DESCONTAMINAÇÃO DO EQUIPAMENTO CLÍNICO, DO AMBIENTE, SEPARAÇÃO DOS RESÍDUOS DE ACORDO COM O GRUPO E MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA

EDUQUE

O DOENTE E VISITAS PARA O CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE INFECÇÃO

Apêndice IV

Ciclo PDCA



Apêndice V

Identificação de oportunidades de melhoria no SU

	Área Médica/Cirúrgica; OBS; ST2
Pontos Fortes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formação em serviço 2. Auditorias à triagem 3. Trabalho em equipa 4. Identificação dos erros na prescrição médica 5. Sistematização da identificação das lesões cutâneas no HCIS/SCLínico
Fragilidades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de recursos materiais para a prevenção das úlceras de pressão 2. Vigilância dos doentes no corredor e nas salas de espera a fazer terapêutica endovenosa 3. Vigilância dos doentes internados em ST2 que permanecem no corredor da área cirúrgica 4. Interrupção das passagens de turno OBS e ST2 5. Método de trabalho desenvolvido em OBS e ST2 6. Adesão à higienização das mãos 7. Implementação e manutenção de isolamento 8. Carro de terapêutica em ST2 junto dos doentes 9. A possibilidade de acesso de qualquer pessoa à sala de enfermagem da área cirúrgica
Oportunidades de Melhoria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incentivar o registo e o levantamento trimestral da incidência de úlceras por pressão 2. Alocar os doentes em isolamento na antecâmara de ST2 3. Aumentar a oportunidade de higienização das mãos com SABA 4. Aumentar a possibilidade de alargar o tempo de permanência dos familiares dos doentes internados em ST2 fora da sala 5. Efetuar as passagens de turno junto dos doentes com reforço de um <i>briefing</i> de segurança 6. Aumentar a segurança dos cuidados promovendo o método individual de trabalho 7. Colocar a medicação atrás do balcão de registos de ST2 8. Permitir fechar efetivamente o acesso à sala de trabalho de enfermagem quando o enfermeiro se encontra ausente 9. Instituir grupos de trabalho para implementação de medidas promotoras da qualidade dos cuidados e realizar auditorias a essas mesmas medidas.
Ameaças	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fluxo irregular dos doentes ao serviço de urgência 2. Dotações de enfermeiros

Sugestão de melhoria

1 – O incentivo do registo de úlceras por pressão bem como o levantamento e análise trimestral da incidência de úlceras por pressão no serviço de urgência e a apresentação de resultados ao gabinete de qualidade poderá constituir uma forma de aquisição de material preventivo.

2 – A antecâmara de ST2 tem potencial para desenvolver isolamento tipo coorte para isolamento por exemplo de EPC's

3 - Aumentar a oportunidade de higienização das mãos com SABA pelo aumento do número de dispensadores e distribuição de dispensadores de bolso para os profissionais que se encontram nas áreas móveis (médica/cirúrgica)

5- A passagem de turno junto dos doentes é uma metodologia capaz de minimizar as interrupções aquando da transmissão da informação e permite conferir a informação fornecida com o doente de que estamos a falar reforçando o briefing de segurança relativamente a alergias, isolamentos e riscos de quedas.

7 – A colocação de medicação atrás do balcão de registos com a limitação de acesso a outras pessoas que não o profissional de saúde aumentaria a segurança. Ainda no decurso do estágio falei com o farmacêutico sobre a possibilidade de arranjar umas gavetas, mas na altura disse que não tinham disponível.

8 – Muitas vezes a sala de enfermagem da área cirúrgica fica sem ninguém, quando o enfermeiro, se ausenta para dar apoio a ST2. O acesso à mesma bem como a medicação e material clínico de risco está facilitado por outras pessoas que não profissionais de saúde pelo que sugiro que se arranje um modo (exemplo: fechar à chave) de garantir que esta fique efetivamente fechada quando está vazia.

Apêndice VI

Grelha de Observação “Prática segura na preparação de injetáveis”

	Critérios	S	N	N/A	OBS
1	Prática gerais de segurança				
	Higieniza as mãos ANTES de:				
A	iniciar uma sessão de injeções (isto é, preparação do material de injeção e aplicação injeções);				
B	entrar em contato direto com pacientes para procedimentos				
C	calçar luvas (verificar primeiro se as mãos estão secas)				
2	Prática sobre uso de dispositivos para injeção (agulha, seringa e transfer)				
A	usa um novo dispositivo para cada procedimento, inclusive para reconstituição de uma unidade de medicação ou vacina				
B	verifica a integridade do invólucro (teste contra luz)				
C	rejeita a embalagem se estiver a data de vencimento estiver vencida				
D	faz a leitura da informação impressa nas embalagens				
3	Prática sobre gestão de medicamentos				
A	Utiliza a mesma seringa para vários doentes				
B	substitui a agulha para reutilizar a seringa				
C	Utiliza a mesma seringa para preparação de várias ampolas de medicação				
D	associa os excedentes de medicamentos para uso posterior				
4	Prática sobre preparação de injetável				
4.1	Preparação (3 passos)				
A	Prepara a medicação numa superfície limpa e livre de objetos				
B	Antes de iniciar a sessão de preparação passa filme de álcool a 70% e deixe secar.				
C	Reúne todo o equipamento necessário para injeção:				
C1	- agulhas e seringas estéreis de uso único;				
C2	- solução de reconstituições como a água estéril ou diluente específico;				
C3	- compressa de álcool				
C4	- contentor para objetos corto-perfurantes				
4.2	<i>Procedimento para frascos injetáveis</i>				
A	Desinfeta o diafragma de acesso (membrana oclusora) com álcool de 70% (álcool isopropílico ou etanol) com compressa antes de perfurar o frasco, e deixe secar ao ar antes de inserir um dispositivo no frasco.				
B	Usa seringa e agulha estéril para cada inserção em frasco de dose múltipla.				
C	Deixa uma agulha em um frasco de dose múltipla.				
D	A medicação é administrada imediatamente após a preparação				
4.3	Após a reconstituição de um frasco de dose múltipla, regista no recipiente final de medicação:				
A	- data e hora da preparação;				
B	- tipo e o volume de diluente (se for o caso)				
C	- concentração final				
D	- data de vencimento e hora da reconstituição				
E	- nome e assinatura da pessoa que preparou o medicamento				
4.4	Para medicamentos de dose múltipla que NÃO requerem reconstituição, é registada:				
A	data e hora da primeira perfuração do frasco				
B	nome e a assinatura da pessoa que perfurou o frasco pela primeira vez.				

Adaptado a partir das recomendações da OMS e CDC

Apêndice VII

Póster

“Prática segura na preparação de injetáveis”

Apresentado no 1º Congresso Internacional IACS 2017

PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO DE INJETÁVEIS

Precauções Básicas em Controlo de Infeção

Fabiana Martins*; Mafalda Alves*; Fernanda Vieira**; Patrícia Coelho***; Irene Oliveira***

* Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde -Porto – Aluna de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Médico-Cirúrgica

** Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Enfermeira Especialista

*** Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde -Porto - Docente



Introdução

A prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) é fundamental na adoção, implementação e monitorização do cumprimento das Precauções Básicas em Controlo de Infeção. Atendendo que “não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco” é fulcral fazer uma monitorização da prática, para elevar a segurança dos doentes.

Objetivo

Verificar o cumprimento das recomendações relativamente a prática segura na preparação de injetáveis, pelos enfermeiros.

Métodos

Estudo descritivo simples observacional, com abordagem quantitativa. O instrumento de colheita de dados consistiu numa grelha observacional que compilou as recomendações e orientações da Organização Mundial de Saúde (2010) e Direção Geral de Saúde. (2013).

GRELHA DE OBSERVAÇÃO SOBRE A PRÁTICA DE INJEÇÃO SEGURA

Ítem	Conteúdo	S	N	N/A	Outro
I. Práticas gerais de segurança					
1.1	Higieniza as mãos antes de:				
A	iniciar uma sessão de injeções (isto é, preparação do material de injeção e aplicação injetável)				
B	Entrar em contacto directo com pacientes para procedimentos				
C	Calçar luvas (verificar primeiro se o doente criou tosse)				
1.2	Higieniza as mãos depois de:				
A	uma sessão de injeções				
B	De qualquer contacto directo com pacientes				
C	Retornar ao trabalho				
II. Prática sobre uso de dispositivos para injeção (agulha, seringa e frasco)					
A	Usa um novo dispositivo para cada procedimento, incluindo para reconstituição de uma unidade de medicação ou vacina				
B	Verifica a integridade do involuço (teste contra luz)				
C	Regista a embalagem se estiver fora do prazo				
D	Faz a leitura da informação impressa nas embalagens				
III. Prática sobre gestão dos medicamentos					
A	Utiliza a mesma seringa para vários doentes				
B	Substitui a agulha para reutilizar a seringa				
C	Utiliza a mesma seringa para preparação de várias amostras de investigação				
D	Anota se um paciente de risco consentiu para não receber				
IV. Prática sobre preparação de injetáveis					
A.1	Preparação (8 passos)				
A	Prepara a medicação numa superfície limpa e livre de objetos				
B	Antes de iniciar a sessão de preparação lava-se bem as mãos de acordo com o protocolo				
C	Retira o invólucro imediatamente antes de usar a agulha				
D	Agulha e seringa estériles de uso único				
E	Solução de reconstituição como a água estéril ou diluente específico				
F	Compartilha de frasco				
G	Confortos para objetos como perfurantes				
A.2	Desinfetando áreas críticas (opcionais)				
A	Desinfeta a superfície de acesso (membrana ocular) com álcool de 70% (40-60s)				
B	Desinfeta os dedos com álcool antes de perfurar o frasco, e depois se for o arto de inserir um dispositivo no frasco				
C	Uma seringa e agulha estéril para cada injeção ou frasco de dose múltipla				
D	Uma seringa ou frasco com frasco de dose múltipla				
E	A medicação é administrada imediatamente após a preparação				
F	Após a reconstituição de um frasco de dose múltipla, regista no recipiente final do medicamento				
A	Uma a hora da preparação				
B	Tempo e volume do diluente (se for o caso)				
C	Concentração final				
D	Uma a hora da reconstituição e hora da reconstituição				
E	Nome e concentração da solução após preparação e reconstituição				
A.4	Para medicamentos de dose múltipla que NÃO requerem reconstituição, o registado:				
A	Data e hora da primeira perfuração do frasco				
B	Nome e a assinatura da pessoa que perfurou o frasco pela primeira vez				

Resultados

Num total de 34 procedimentos observou-se: 44,2% não higieniza as mãos antes da preparação do injetável (grelha I); 35,3% não usa um novo dispositivo para cada procedimento (grelha II) e 100% não verifica a integridade do involuço (grelha II); 17,6% não substitui a agulha para reutilizar a seringa (grelha II); 32,35% não prepara a medicação numa superfície limpa, imediatamente antes de iniciar uma sessão de preparação de injetável e livre de objetos (gráfico III); 97% não desinfeta superfície, bem como as ampolas (gráfico III); 73,53% não desinfeta a membrana do hermeticamente fechado (gráfico III); 38,24% não prepara o injetável para administração imediata (gráfico III).

Gráfico I



Gráfico II

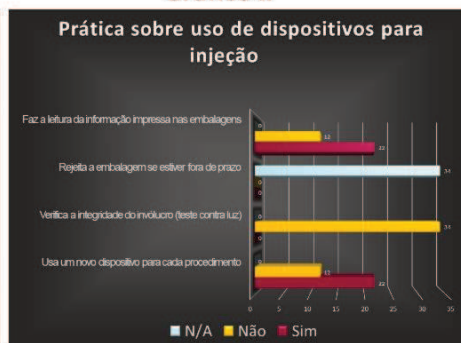


Gráfico III



Conclusão

Não há cumprimento integral dos itens da grelha de observação. A falha de um dos itens anula a eficácia de qualquer outro procedimento. Sugere-se promover programas de formação/informação e de auditoria, bem como, a divulgação dos resultados, para que os profissionais conheçam e adiram sistematicamente às recomendações para atingir os níveis elevados de qualidade e segurança ao doente.

Referências bibliográficas:

- Siegal JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007. *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*.
- Ramos, S 2012. *Prevenção e Controlo de Infeção na Preparação e Administração de Medicamentos Endovenosos* (Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Infeção em Cuidados de Saúde).
- Direção Geral de Saúde – norma n.º 029/2012 de 28/12/2012 atualizada em 31/10/2013.
- World Health Organization. 2010. *WHO best practices for injections and related procedures toolkit*.



Apêndice VIII

Publicação no suplemento IV da Revista Evidências

PRECAUÇÕES BÁSICAS EM CONTROLO DE INFEÇÃO PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO DE INJETÁVEIS

Fabiana Martins* ; Mafalda Alves; Fernanda Vieira; Patrícia Coelho; Irene Oliveira

* Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa-Porto – Aluna de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Médico-Cirúrgica - fabianamartinsilva@gmail.com

Introdução: A prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) é fundamental na adoção, implementação e monitorização do cumprimento das Precauções Básicas em Controlo de Infecção. Atendendo que “não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco” é fulcral fazer uma monitorização da prática, para elevar a segurança dos doentes.

Objetivo: Verificar o cumprimento das recomendações relativamente a prática segura na preparação de injetáveis, pelos enfermeiros.

Método: Estudo descritivo simples observacional, com abordagem quantitativa. O instrumento de colheita de dados consistiu numa grelha observacional que compilou as recomendações e orientações da Organização Mundial de Saúde (2010) e Direção Geral de Saúde (2013).

Resultados: Num total de 34 procedimentos observou-se: 44,2% não higieniza as mãos antes da preparação do injetável; 35,3% não usa um novo dispositivo para cada procedimento e 100% não verifica a integridade do invólucro; 17,6 não substitui a agulha para reutilizar a seringa; 32,35% não prepara a medicação numa superfície limpa e livre de objetos; 97% não desinfeta superfície, bem como as ampolas; 73,53% não desinfeta a membrana do hermeticamente fechado; 38,24% não prepara injetável para administração imediata

Conclusões: Não há cumprimento integral dos itens da grelha de observação. A falha de um dos itens anula a eficácia de qualquer outro procedimento. Sugere-se promover programas de formação/informação e de auditoria, bem como, a divulgação dos resultados, para que os profissionais conheçam e adiram sistematicamente às recomendações para atingir os níveis elevados de qualidade e segurança ao doente.

Palavras-chaves: Injeção segura; IACS; enfermagem;

Referências bibliográficas:

- Siegal JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007. *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. Retirado de <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>;
- Ramos, S 2012. *Prevenção e Controlo de Infecção na Preparação e Administração de Medicamentos Endovenosos* (Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Infecção em Cuidados de Saúde). Retirado de http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13976/1/Tese_Susana_Ramos_2012-cd.pdf;
- Direção Geral de Saúde – norma n.º 029/2012 de 28/12/2012 atualizada em 31/10/2013. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>;
- World Health Organization, 2010. *WHO best practices for injections and related procedures toolkit*. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44298/5/9789241599252_eng.pdf

Apêndice IX

Formação apresentada no curso da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde sobre a Injeção Segura

Plano de formação IACS

Curso: Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
TEMA: Injeção Segura Local: Departamento de Formação da ULSM
Nº DE SESSÃO: 1
Formadores: Fabiana Martins e Mafalda Alves
Público Alvo: Enfermeiros ULSM
Data: 28 de Novembro de 2017
Objetivo Geral: Sensibilizar os Enfermeiros para as Boas práticas
Duração da Formação 20 minuto

Objetivos específicos da sessão	Fases	Conteúdos	Método e técnica pedagógica	Recursos didáticos	Tempo
	Introdução	- Comunicar objetivos -Apresentar motivação -Verificação de pré-requisitos	Método expositivo e método interrogativo	Computador + videoprojector	5
- Relembrar Conhecimentos - Clarificar conhecimentos Implementação das boas práticas	Desenvolvimento	- Divulgar recomendações para as boas práticas da Injeção Segura	Método expositivo e método interrogativo	Computador + videoprojector	10
	Conclusão	- Síntese - Ficha de avaliação	Método expositivo e método interrogativo	Computador + videoprojector	5

Formação Injecção Segura IACS



PRÁTICAS SEGURAS NA PREPARAÇÃO DE INJETÁVEIS Precauções Básicas em Controlo de Infecção

Fabiana Martins[†]; Mafalda Alves[†]; Fernanda Vieira^{**}; Patricia Coelho^{***}; Irene Oliveira^{***}
[†] Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde - Porto - Aluna de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Médico-Cirúrgica
^{**} Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Enfermeira Especialista - Mestre em Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
^{***} Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde - Porto - Docente

Objetivos do Curso

Objetivos do Curso

Relembrar Conhecimentos

Clarificar conhecimentos

Implementação das boas práticas

Introdução

- A prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) é fundamental na adoção, implementação e monitorização do cumprimento das Precauções Básicas em Controlo de Infecção. Atendendo que “não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco” é fulcral fazer uma monitorização da prática, para elevar a segurança dos doentes.



Porquê?

- Na última década, mais de 150 mil pacientes nos EUA foram avisados para testar o vírus da hepatite B (VHB), o vírus da hepatite C (VHC) e o HIV devido à reutilização de seringas e uso indevido de frascos de medicação.
- Revisão CDC em Janeiro de 2009 identificaram 33 surtos de hepatite entre 1998-2008, resultantes de má prática no uso de injetáveis.
- As práticas de injeção inseguras, como a reutilização de seringas, representaram a maioria das infecções e exposições
- 1% a 3% dos profissionais de saúde reutilizam a mesma agulha e / ou seringa em múltiplos pacientes.

- <https://www.youtube.com/watch?v=6D0stMoz80k&feature=youtu.be>



Em Portugal

- O que fazemos pela prática Injeção Segura?

Unidose? Multidose?

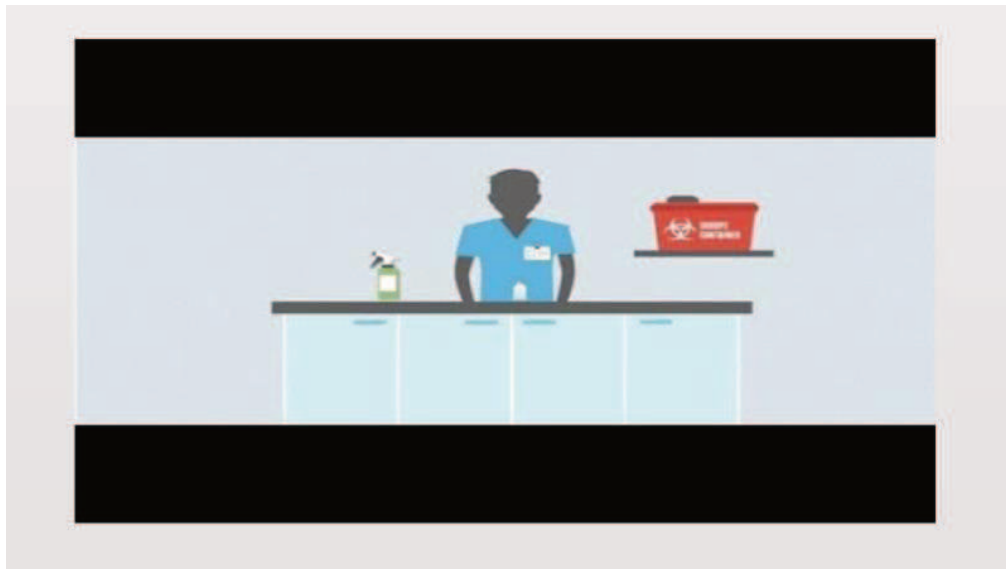


Unidose? Multidose?



As principais causas da prática de controle de infecção na injeção não segura

1. reinsertão de agulhas usadas em um recipiente de múltiplas doses ou recipiente de solução (por exemplo, frascos de solução salina)
2. uso de uma única agulha / seringa para administrar medicação intravenosa em múltiplos pacientes.
3. Em um desses surtos, a preparação de medicamentos no mesmo espaço de trabalho onde as agulhas / seringas usadas foram desmontadas também pode ter sido um fator contribuinte. Estes e outros surtos de hepatite viral poderiam ter sido evitados pela aderência aos princípios básicos da técnica asséptica para a preparação e administração de medicamentos parenterais. Estes incluem o uso de uma agulha esteril, de uso único, descartável e seringa para cada injeção dada e prevenção de contaminação de equipamentos de injeção e medicação. Sempre que possível, o uso de frascos de dose única é preferido em frascos de dose múltipla, especialmente quando os medicamentos serão administrados a múltiplos pacientes.
4. Os surtos relacionados a práticas inseguras de injeção indicam que alguns profissionais da área de saúde desconhecem, não entendem ou não aderem aos princípios básicos de controle de infecção e técnica asséptica. Uma pesquisa de profissionais de saúde dos EUA que fornecem medicação por injeção encontrou que 1% a 3% reutilizaram a mesma agulha e / ou seringa em pacientes múltiplos.
5. Entre as deficiências identificadas em surtos recentes, houve falta de supervisão do pessoal e falha na sequência, sobre violações reportadas nas práticas de controle de infecção em ambientes ambulatoriais.
6. Portanto, para garantir que todos os profissionais de saúde compreendam e aderem às práticas recomendadas, os princípios do controle de infecção e da técnica asséptica precisam ser reforçados em programas de treinamento e incorporados em políticas institucionais.



IV.H. RECOMENDAÇÕES PRÁTICA DE INJEÇÃO SEGURA

- As seguintes recomendações aplicam-se ao uso de agulhas, cateteres que substituem as agulhas e, quando aplicável, dispositivos intravasculares

	RECOMENDAÇÃO	CATEGORIA
IV.H.1.	Use técnica asséptica para evitar a contaminação do equipamento de injeção estéril	IA
IV.H.2.	Não administre medicamentos de uma seringa para múltiplos pacientes, mesmo que a agulha ou cânula na seringa seja alterada. Agulhas, cânulas e seringas são itens estéril e de uso único; eles não devem ser reutilizados para outro paciente nem usar uma medicação ou solução que possa ser usada para um paciente subsequente	IA
IV.H.3.	Use conjuntos de infusão e administração de fluidos (por exemplo, sacos intravenosos, tubulações e conectores) apenas para um paciente e disponha adequadamente após o uso. Considere uma seringa ou agulha / cânula contaminada uma vez que tenha sido utilizada para entrar ou conectar-se a uma bolsa de infusão intravenosa ou a um conjunto de administração de um paciente	IB
IV.H.4.	Use frascos de dose única para medicamentos parenterários sempre que possível	IA
IV.H.5.	Não administre medicamentos de frascos ou ampolas de dose única para múltiplos pacientes ou combine os resíduos para uso posterior	IA
IV.H.6.	Se forem utilizados frascos multidose, tanto a agulha, como a cânula e a seringa usadas para usar o frasco múltiplo devem ser estéril	IA
IV.H.7.	Não mantenha os frascos multidose unidade do paciente e armazene de acordo com as recomendações do fabricante; descartar se a esterilidade é comprometida ou questionável	IA
IV.H.8.	Não use sacos ou frascos de solução intravenosa como fonte comum de suprimento para múltiplos pacientes	IB
IV.I.	Práticas de controle de infecção para procedimentos especiais de punção lombar Use uma máscara cirúrgica ao colocar um cateter ou injetar material no canal da coluna vertebral ou espaço subdural (isto é, durante os mielogramas, punção lombar e anestesia espinal ou epidural)	IB



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências bibliográficas:

- Siegal JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007. *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
- Ramos, S 2012. *Prevenção e Controlo de Infecção na Preparação e Administração de Medicamentos Endovenosos* (Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Infecção em Cuidados de Saúde).
- Direção Geral de Saúde – norma n.º 029/2012 de 28/12/2012 atualizada em 31/10/2013.
- World Health Organization, 2010. *WHO best practices for injections and related procedures toolkit*.
- https://www.cdc.gov/injectionsafety/ip07_standardprecaution.html

Avaliação da formação IAC

Resultados do questionário de Avaliação da Ação de Formação

1. Avaliação – Desenvolvimento do Programa

			1	2	3	4	5		NS	NA	Não responde	total
1.1	Objetivos da Ação	Confuso			2	4	12	Muito Claros				18
1.2	Conteúdo da Ação	Inadequado	1	1	5	11	Totalmente Adequados					18
1.3	Utilidade dos Conteúdos	Inaplicáveis			8	10	Totalmente Aplicáveis					18
1.4	Estrutura do Programa	Incorreta		1	7	10	Muito Correta					18
1.5	Motivação da Participação	Nula	1	6	11		Plena					18
1.6	Atividade dos Participantes	Insuficientes	1	9	8		Muito Adequada					18
1.7	Relacionamento com os Part	Negativo	1	1	5	11	Muito Positivo					18
1.8	Correspondeu as expectativas	Não Correspondeu	1	2	9	6	Corresponde Totalmente					18
1.9	Instalações e equipamentos	Deficientes	1	5	3	5	4	Totalmente Adequados				18
1.10	Documentação	Inadequada		2	2	7	6	Totalmente Adequados			1	18
1.11	Meios audiovisuais	Escassos	3	2	5	3	5	Totalmente Adequados				18
1.12	Utilização dos recursos didát	Inadequada		2	8	2	5	Totalmente Adequados			1	18
1.13	Apoio dos formadores	Inexistente		2	4	11	Muito Eficaz	1				18
1.14	Apoio Administrativo	Inexistente	1	5	3	6	Muito Eficaz	1	1		1	18

2. Avaliação - Formador

			1	2	3	4	5		NS	NA	Não respond eu	total
2.1	Domínio do Assunto	Insuficiente			5	13	Pleno					18
2.2	Métodos Relativamente aos o	Não Apropriado		1	4	13	Totalmente apropriado					18
2.3	Linguagem Utilizada	Inacessível			4	14	totalmente adequada					18
2.4	Empenho	Baixo		1	2	15	Elevado					18
2.5	Recacionamento com os Part	Fechado	1	1	16	Aberto						18

3. Sugestões/ Críticas

1	A qualidade do data-show é duvidosa
2	Formação muito interessante e que deve ser estendida a todas as pessoas que trabalham no hospital. A tela de projeção está muito mal, dificulta a visualização das apresentações