



Delmira Cristina Fernandes

Carvalho Policia Soares Lino

## **RELATÓRIO DE TRABALHO DE PROJETO**

### **Boas práticas de Enfermagem relacionadas com Administração de antibioterapia no serviço de urgência do Hospital do Sul**

Relatório de Trabalho de Projecto apresentado para  
Cumprimento dos requisitos necessários à obtenção  
do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica,  
realizado sob a orientação científica da Professora  
Mestre em EMC Elsa Monteiro

Delmira Cristina Soares Lino

Setúbal

Maio de 2015



## RELATÓRIO DE TRABALHO DE PROJETO

### **Boas práticas de Enfermagem relacionadas com Administração de antibioterapia no serviço de urgência do Hospital do Sul**

Relatório de Trabalho de Projecto apresentado para  
Cumprimento dos requisitos necessários à obtenção  
do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica,  
realizado sob a orientação científica da Professora  
Mestre em EMC Elsa Monteiro

Delmira Cristina Soares Lino

Setúbal

Maio de 2015

## DECLARAÇÕES

Declaro que este Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato; Delmira Cristina Fernandes Carvalho Polícia Soares Lino

---

Setúbal, .... de ..... de .....

Declaro que este Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

A orientadora, Elsa Monteiro

“Toda ação humana, quer se torne positiva ou negativa,  
precisa depender de motivação.”

Dalai Lama

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho, não teria sido possível sem os vários contributos, pelo que queremos deixar os nossos agradecimentos:

À Professora Elsa Monteiro, pela orientação científica, pela partilha de conhecimentos, colaboração, disponibilidade e apoio ao longo de todo este percurso.

À Enfermeira Ana Cristina Guerreiro, enfermeira orientadora dos estágios realizados, muito obrigado, por todo o apoio, orientação e tempo despendido.

À colega Maria João Sabido, muito obrigado pelo apoio incondicional e incentivo em todos os momentos deste percurso.

Ao colega Amaro Pinto, muito obrigado, por todo o apoio, pelo olhar crítico, por todas as palavras de incentivo e de ânimo que nunca faltaram.

Ao conselho de Administração, pela oportunidade de realização dos estágios e da realização do projeto.

À Enfermeira Guadalupe Fagulha, por todo o apoio e disponibilidade oferecidos ao longo deste percurso.

A todos os colegas do serviço de urgência, cada um de sua forma, pelo apoio e contributos.

E por último e não menos importante, à minha família, em especial ao meu filho Diogo e ao meu marido José Lino, muito obrigado por todo o apoio e compreensão.

## RESUMO

No âmbito do 2º Mestrado em EMC da ESS do IPS que frequentámos era-nos proposto a realização de três estágios e no decorrer dos mesmos a realização de um PIS e um PAC numa Unidade de Saúde de acordo com a metodologia de Projeto com vista à aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de Mestre em EMC.

Com a realização destes projetos, consideramos ir ao encontro do referido pela Ordem dos Enfermeiros, na tomada de posição sobre segurança do doente, onde refere que a segurança é fulcral à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. Refere ainda que algumas medidas como gestão do risco, de segurança ambiental, que englobam uma prática clínica segura, manutenção de um ambiente de cuidados seguros associadas a um corpo de conhecimento científico centrado na segurança da pessoa e nas infra estruturas necessárias para o garantir. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

Assim, como produto final do PIS, emergiu um guia farmacológico sobre antibioterapia e um póster com incompatibilidades, diluições e fichas técnicas sobre antibióticos, de forma a dar resposta ao objetivo geral do projeto, " Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem relacionados com a administração de antibioterapia no serviço de urgência do hospital onde desempenhamos funções."

No que concerne ao PAC desenvolvemos atividades que permitiram a aquisição e consolidação das competências de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Assim, este relatório pretende traduzir, o trabalho desenvolvido no conjunto dos estágios que permitiu desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem médico-cirúrgica.

Palavras-chave: antibióticos, segurança do doente, cuidados de enfermagem na administração de terapêutica, competências Médico-cirúrgica e Metodologia de trabalho de projeto.

## ABSTRACT

Within the 2nd Master of EMC ESS IPS we attend us was proposed holding three internships and in the course of the same conducting a PIS and a PAC in a Health Unit in accordance with the Project methodology for the acquisition of common and specific skills of the specialist nurse and Master of EMC.

With the completion of these projects, we consider to go out to meet what was said in the position paper on patient safety by the Order of Nurses, which points out that security is central to quality health and nursing care. It also states that some measures such as risk management, environmental security, which include a safe clinical practice, maintaining a safe care environment associated with a body of scientific knowledge focused on the security of the person and the necessary infrastructure to guarantee it. (Order of Nurses, 2006)

So, as a final product of PIS, emerged a pharmacological guide on antibiotics and a poster with incompatibilities, dilutions and fact sheets on antibiotics in order to meet the overall objective of the project, "Improving the quality and safety of nursing care related with antibiotic administration in the hospital emergency room where we perform functions. Regarding the PAC we developed activities that enable the acquisition and consolidation skills of the nurse specialist in person in critical situation. Thus, this report aims to translate the work in all the stages that allowed the development of common and specific skills of the nurse specialist and master in medical-surgical nursing.

Keywords: antibiotics, patient safety, nursing care in therapeutic management, skills Medical-surgical and project methodology

## **SIGLAS**

CCI – Comissão Controlo de infeção

CE – Conselho de Enfermagem

CIPE- Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

CJ – Conselho Jurisdicional

DGS- Direção Geral de Saúde

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

FMEA- Failure Mode And Effect Analysis

G - índices de gravidade

IACS – Infeção associada aos cuidados de saúde

O - Ocorrência

D - Detecção

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Profeto de aprendizagem de competências

PEI – Plano de Emergência Interno

PIS- Projeto de Intervenção em Serviço

REPE- Regulamento do Exercício Profissional

ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE

<b>0 – INTRODUÇÃO</b>	11
<b>1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	14
1.1– Teoria de Enfermagem	18
1.2 – Segurança do doente	23
<b>2 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO NO SERVIÇO</b>	32
2.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	32
2.2 - PLANEAMENTO DO PROJECTO	36
2.2.1 – Cronograma de atividades	39
2.3 – EXECUÇÃO	39
2.4- AVALIAÇÃO	44
2.5 – DIVULGAÇÃO	45
<b>3 – PROJETO DE APRENDIZAGEM CLINICA</b>	47
<b>4 – AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b>	57
<b>5 – ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA</b>	60
<b>6 – CONCLUSÃO</b>	70
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	74
<b>ANEXOS</b>	79
<b>APENDICES</b>	100

## **ANEXOS**

**pág**

ANEXO Nº 1 Pedido de Autorização ao Conselho de Administração.....	81
ANEXO Nº 2 Modelo para a elaboração de Normas de procedimentos e Normas Regulamentares.....	85
ANEXO Nº 3 Questionário para a avaliação da sessão de formação .....	92
ANEXO Nº 4 Formação sobre plano de emergência interno .....	94
ANEXO Nº 5 Formação em Serviço (alguns comprovativos) .....	96

<b>APÊNDICES</b>	<b>pág</b>
APÊNDICE Nº 1 Artigo Científico	102
APÊNDICE Nº 2 Caracterização do SU	107
APÊNDICE Nº 3 Diagnóstico de Situação	115
APÊNDICE Nº 4 Planeamento do projeto	119
APÊNDICE Nº5 Pedido de autorização ao conselho de administração para a aplicação dos questionários	125
APÊNDICE Nº 6 Consentimento para a elaboração dos questionários	127
APÊNDICE Nº 7 Questionários	129
APÊNDICE Nº 8 Tratamento de dados do questionário	136
APÊNDICE Nº 9 FMEA	157
APÊNDICE Nº 10 Cronograma de atividades	161
APÊNDICE Nº 11 Memória descritiva	163
APÊNDICE Nº 12 Divulgação da sessão de formação	167
APÊNDICE Nº 13 Apresentação da Sessão de Formação	169
APÊNDICE Nº 14 Guia Farmacológico	178
APÊNDICE Nº 15 Póster de Antibioterapia	199
APÊNDICE Nº 16 Norma regulamentar sobre Gestão de pessoal de Enfermagem na sala de emergência do serviço de urgência em situação de multivítimas	201

## INTRODUÇÃO

O plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da ESS do IPS que frequentámos, preconizava a realização de três estágios interrelacionados na prestação de cuidados de enfermagem na área da enfermagem médico-cirúrgica, permitindo assim o desenvolvimento de competências especializadas *“Os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar os cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados (...).”* Parecer conjunto CE e CJ (3/2010, p.3).

Nesta perspetiva é muito importante que os enfermeiros adquiram competências profissionais especializadas, pois tal como está descrito pela OE os *“enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade (...) para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população (...).”*(2003, p.3)

A elaboração deste relatório surge como instrumento de avaliação do trabalho de projeto desenvolvido ao longo dos estágios I, II e III que decorreram no nosso local de trabalho, serviço de urgência do hospital do Sul. O estágio I e II realizou-se no período de 11 Novembro 2012 a 22 de Março de 2013 com um total de 167 horas de contacto em estágio e 251 horas de trabalho autónomo, e o estágio III entre 14 de Abril a 4 de Outubro de 2013 também no mesmo serviço, comportou um total de 213 horas de contacto em estágio e 210 horas de trabalho autónomo, durante o qual desenvolvemos um PIS sob orientação da Enf<sup>a</sup> AG e Prof. Elsa Monteiro

No decorrer do conjunto dos estágios desenvolvemos também um PAC, de forma a adquirir e aprofundar competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, tal como definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

A metodologia utilizada para a realização do PIS e PAC foi a metodologia de Projeto que, *“baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e*

*intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência”.* Cândida Ferrito in PERCURSOS (2010. p.2)

No decorrer do Estágio I e II era-nos solicitado a realização de um PIS, assim sendo no estágio I foi identificado um problema real, uma necessidade do serviço que foi operacionalizada através do diagnóstico da situação. No estágio II, foi efetuado o planeamento das atividades a desenvolver de forma a dar resposta aos objetivos específicos e foram também definidos os indicadores de avaliação, e no estágio III foram postas em prática as atividades propostas para cada objetivo, a respetiva avaliação do mesmo e por fim a divulgação dos resultados surge como o culminar de todas as etapas.

Desta forma a temática do PIS incidiu sobre antibioterapia, por ser uma área do nosso interesse assim como da restante equipa de enfermagem. Surgiu após reflexão, entrevistas não estruturadas com os colegas e com a enfermeira responsável, sobre as necessidades do serviço passíveis de intervenção, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes que recorrem ao serviço de urgência do hospital do Sul.

Pensamos que a existência de um guia farmacológico, que englobe conhecimentos científicos atuais baseados na evidência, de forma a fundamentar e harmonizar os cuidados, irá contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança. Indo ao encontro do que está definido na missão do hospital, que passa por prestar cuidados de saúde diferenciados de máxima qualidade à população do Litoral Alentejano, em integração com a rede de cuidados de saúde, com respeito pelo utente, resolubilidade, equidade, acessibilidade, utilizando procedimentos eficazes, eficientes e seguros, promovendo a satisfação dos utentes e dos profissionais.

A qualidade em saúde é fulcral, mas só é possível, através do empenho e dedicação de todos os intervenientes. Mezomo (2001) refere que não é possível fazer sobreviver nenhuma organização se não se satisfizer as necessidades dos seus clientes, através da oferta de serviços de qualidade.

No sentido de dar a conhecer o trabalho realizado no âmbito dos estágios e descrever o desenvolvimento do PIS e do PAC bem como fazer uma análise das competências comuns, específicas e de Mestre adquiridas surge este relatório que segundo Sousa e Batista 2010, relatório é um documento que tem como objectivo descrever algo que foi observado, analisado e realizado onde no seu conteúdo deve constar um enquadramento teórico e metodológico com a finalidade de elaborar um trabalho de ordem científica.

Assim este relatório encontra-se estruturado essencialmente em seis partes, incluindo esta introdução, nomeadamente:

- Na parte 1 apresentamos, o enquadramento conceptual, onde é referenciada a teórica de enfermagem com a qual se identifica e que norteia a nossa atuação enquanto enfermeira, e onde também se apresenta o enquadramento teórico que norteia o PIS que nos propusemos desenvolver.
- No ponto 2 consta o desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço (PIS), que engloba, definição do problema, diagnóstico da situação, planeamento execução e avaliação. São descritas as atividades desenvolvidas no âmbito do PIS, bem como os contributos dos aportes lecionados para a aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista da pessoa em situação crítica.
- No ponto 3, no projeto de aquisição de competências são descritas as aprendizagens, atividades desenvolvidas de forma a adquirir e consolidar as competências comuns do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.
- No ponto 4, apresentamos o nosso projeto de aprendizagem de competências, no qual descrevemos as aprendizagens e as atividades desenvolvidas que permitiram adquirir e consolidar as competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.
- No ponto 5, faremos uma análise à luz das competências de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica que adquirimos ao longo da frequência do mestrado supracitado.
- Do ponto 6, consta uma conclusão final de todo este relatório, como síntese do trabalho desenvolvido, analisando criticamente os aspetos mais relevantes para construção do seu processo de aprendizagem e as mudanças produzidas, fruto deste percurso.

Também consta neste trabalho um artigo (Apêndice 1) resultante da pesquisa efetuada.

Por último, faremos referência à bibliografia consultada.

## 1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A epistemologia constitui o alicerce, a origem do conhecimento em Enfermagem. Enquanto filosofia do conhecimento, representa de acordo com Nunes (2008) um pensamento filosófico referente à ciência.

A Epistemologia necessita do contributo de outras disciplinas para abordar as ciências como objeto de conhecimento”... *constitui um campo da filosofia dificilmente delimitável devido às inúmeras fronteiras ténues e apenas esboçadas com muitas outras áreas, elas próprias vastas e de carácter eminentemente interdisciplinar - como a filosofia do Conhecimento...*” (Soares, 2004, p.7).

A Enfermagem sofreu um desenvolvimento importante no último século. Ainda no início do século XX, não era considerada nem disciplina académica nem profissão. As concretizações do último século conduzem ao reconhecimento da Enfermagem em ambas as áreas. (Tomey, Alligood, 2004).

A mesma, enquanto disciplina científica é alicerçada em teoria.” *Uma teoria é um agrupamento de conhecimentos, ideias e experiências que são representados simbolicamente e procuram clarificar um dado fenómeno.*” (Watson, 2002, p.8).

A teoria é basilar para a enfermagem enquanto disciplina (um ramo do ensino) e enquanto profissão (um campo prático especializado). Esta confere significado ao conhecimento, de forma a melhorar a prática descrevendo, explicando e prevendo os fenómenos. Os conhecimentos teóricos dos enfermeiros permitem uma prestação de cuidados orientada em pensamento crítico e conseguem facilmente justificar os seus atos perante os outros profissionais e por conseguinte obter uma autonomia profissional. (Tomey, Alligood, 2004).

Não é possível no entanto dissociar a teoria da prática. Concordamos com o referido por Nunes, “...*não existe prática de enfermagem sem uma teoria que a suporte, que a modelize.*” (Nunes, 2008, p.6,a).

O corpo de conhecimentos específicos da enfermagem permite o reconhecimento da mesma enquanto disciplina e profissão. (Tomey, Alligood, 2004). Esta evolução da Enfermagem, leva a que os enfermeiros invistam na sua formação de forma a dar resposta às solicitações cada vez maiores de uma sociedade mais exigente.

A enfermagem registou no decorrer dos últimos anos, uma evolução, tanto ao nível da respetiva formação de base como ao que respeita à complexidade e dignidade do seu exercício profissional,

que torna imperioso o reconhecimento do valor significativo do papel do enfermeiro, no âmbito da comunidade científica de saúde e bem assim, no que respeita à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde. (REPE,1996).

Com a criação da ordem dos Enfermeiros e aprovação do seu estatuto no decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, conseguiram-se grandes progressos na enfermagem, enquanto profissão que se autorregula.

Segundo Nunes (2003) referenciada por Ribeiro (2011) o expoente major da conquista da autonomia dos enfermeiros relaciona-se com o regulamento do seu exercício profissional e a criação da ordem dos seus estatutos e com o código deontológico. A integração do ensino de enfermagem no ensino superior, o trabalho desenvolvido na investigação, a qualidade do empenho e desempenho dos enfermeiros, assim como a aquisição de graus académicos mais elevados, contribuíram para a afirmação da enfermagem ao nível académico e profissional.

A investigação, a teoria e a prática devidamente relacionadas permitem que as teorias de enfermagem aliadas ao resultado da investigação conduzam ao conhecimento que orientará a prática. O que por sua vez irá dar o seu contributo para que o fulcro da Enfermagem se diferencie do de outras profissões. (Chinn, Kramer, 1998). Distinguindo-se assim pelo corpo de conhecimento que lhe é próprio.

Uma das características das teorias de enfermagem é que estas contêm não só o conhecimento empírico, mas outros padrões de conhecimento.

Bárbara Carper (1978), preconiza que a Enfermagem detém um corpo de conhecimentos organizado em padrões, tendo identificado quatro padrões de conhecimento:

- **Conhecimento Empírico**

Baseia-se no conhecimento produzido a partir da investigação empírica em Enfermagem, figura o conhecimento do que é verificável, objetivo e baseado na investigação. Deriva do paradigma positivista.

- **Conhecimento ético**

Representa o conhecimento moral sobre princípios e valores enquanto linhas condutoras sobre a decisão no agir profissional, engloba ações intencionais e voluntárias submetidas a escolhas éticas e morais. O profissional deverá estar consciente de que as distintas culturas, assim como as diferentes posições filosóficas afetam as decisões no que concerne aos cuidados de saúde.

- **Conhecimento estético**

É o conhecimento aliado às habilidades técnicas necessárias para o desenvolvimento das atividades de cuidar, inclui o conhecimento tácito e a intuição tal como a imaginação e a criatividade, requer determinadas capacidades e habilidades como a comunicação e empatia.

- **Conhecimento pessoal**

Traduz o autoconhecimento, auto consciência e a sabedoria pessoal, assume a sua integridade, autenticidade, o seu eu. Nenhum dos padrões pode caracterizar o cuidado de forma isolada, todos são igualmente importantes, cada um com o seu contributo imprescindível, o cuidar com o seu verdadeiro significado é ético, é estético, uma vez que requer habilidades, é pessoal, advém do conhecimento experimental e teórico, é intencional, e é empírico, sendo viável de teorizar pode explicar-se e prever-se.

Focar a prática de enfermagem no cuidar, contribui para que a enfermagem caminhe para a autonomia profissional. Gameiro (2003), considera que centrar a prática de enfermagem no “cuidar” assume-se como critério de autonomia e de constituição de um corpo de saberes próprio, diferenciando-se propositadamente do “tratar” baseado no modelo biomédico.

A Enfermagem, disciplina, considerada ciência e arte, que lida com seres humanos portadores de problemáticas muito complexas, por vezes mal definidas, cujo processo de decisão requer, simultaneamente, conhecimento, experiência, pensamento crítico e intuição por um lado e por outro, muita criatividade, empatia e compaixão além de outros aspetos, de natureza emocional e relacional. (Jesus, 2004).

Cuidar ultrapassa os aspetos técnicos e científicos, vai mais além, são pormenores que marcam a diferença. Hesbeen (2001), considera que o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos prestadores de cuidados aliados aos conhecimentos científicos e às competências técnicas, constituem-se como componentes fundamentais a um cuidar de qualidade.

A qualidade em saúde tem vindo a revelar-se como uma preocupação a nível multiprofissional e também pela Ordem dos Enfermeiros, tendo a mesma definido padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de forma a obter uma melhoria dos cuidados de Enfermagem.

Concordamos com o referido pela ordem dos enfermeiros "*Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.*" (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.4).

Os Enfermeiros assumem um papel preponderante ao nível das equipas de saúde, mas urge refletir sobre a prática. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2002), a qualidade requer reflexão sobre a prática, para definir objetivos do serviço a prestar, devem desenhar-se estratégias de forma a atingi-los, o que demonstra a necessidade de tempo adequado para refletir nos cuidados prestados.

Consideramos que o nosso projeto "Boas práticas de enfermagem relacionadas com antibioterapia", cujo objetivo geral é "Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao doente internado no serviço de urgência do hospital do Sul" se enquadra num projeto de melhoria contínua da qualidade, que engloba uma abordagem multiprofissional, na qual os enfermeiros assumem um papel fundamental em função da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes, visando sempre a excelência do exercício.

A Enfermagem possui meta paradigmas importantes enquanto disciplina e profissão, que influenciam a sua prática. Sendo meta paradigma, o nível mais abstrato do conhecimento. Delibera os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina. Desde há muito que a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem foram propostos quer como fenómenos de enfermagem quer como conceitos meta paradigmáticos de enfermagem e permaneceram úteis enquanto principais conceitos de organização para a disciplina e para a profissão. (Tomey e Alligood, 2004).

Os conceitos, a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem, encontram-se descritos no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Estes conceitos constituem o alicerce da prática da prestação de cuidados de enfermagem.

Ainda, de acordo com o descrito nos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros, foram definidas seis categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, no que respeita à satisfação do cliente, à promoção da saúde, à prevenção de

complicações, ao bem-estar e o autocuidado, à readaptação funcional, à organização dos cuidados de enfermagem cujo objetivo é esclarecer a natureza e englobar os vários aspetos do mandato social da enfermagem. (Ordem dos enfermeiros, 2002).

Consideramos que para a evolução da Enfermagem enquanto profissão, é vital que os enfermeiros sejam dotados de pensamento crítico e mobilizem os seus conhecimentos de forma a que as suas capacidades, aptidões e atitudes se traduzam numa prestação de cuidados de enfermagem de qualidade cujo objetivo será cuidar da e com a pessoa. Em que “*Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.*” (Ordem dos enfermeiros, 2002, p.11).

## 1.1-TEORIA DE ENFERMAGEM

A Enfermagem é indissociável de uma teoria, não existe prática de Enfermagem sem uma teoria que a suporte, oriente e funcione como guia condutor da sua prática

O percurso da enfermagem tem sido construído pelas várias teóricas de enfermagem, que sem dúvida contribuíram para o crescimento da enfermagem enquanto profissão, disciplina e ciência.

O modelo teórico de enfermagem com o qual nos identificamos e suporta a nossa prática clínica, utilizado como alicerce para este relatório, é o modelo de Jean Watson. Apesar do nosso projeto de intervenção ser na área da pessoa em situação crítica, consideramos que este modelo teórico se adequa, sendo o mesmo transversal a todos os processos de cuidar.

Jean Watson, nasceu no sul de West Virgínia em 1940. Em 1964 concluiu o bacharelato em ciências de enfermagem na universidade de Boulder. Do seu currículo destaca-se o mestrado em saúde mental e psiquiatria realizado em 1966. Atualmente é professora de Enfermagem e catedrática na Scholl of Nursing da universidade do colorado. (Watson, 2002)

Watson pertence á escola do “caring”, que tem como centro o cuidar. Reconhecida pelo seu modelo do cuidar, publicado no primeiro livro “The philosophy and science of caring” (1985)

Em 1988, foi publicada a obra “Nursing: human science and care, a theory of nursing”, considerada como a sua principal obra.

O cuidar para Watson (2002) assume-se como uma forma de ser de se relacionar e como um imperativo moral, um processo de interação entre seres humanos, onde o cuidar humano traduz a essência dos cuidados de enfermagem.

As suas convicções são de natureza fenomenológica, existencial e espiritual. Os autores nos quais se baseou para desenvolver a sua teoria foram Florence Nightingale, Virginia Henderson, Krueter e Hall, tendo-se baseado ainda nas obras de Leininger, Gadow e Peplau. Watson salienta as qualidades interpessoais e transpessoais da coerência, empatia e calor humano de acordo com o trabalho desenvolvido por Carl Rogers assim como de outros escritores recentes.

Watson considera a Enfermagem uma ciência humana e uma arte. Para a mesma autora, um contexto humano de ciência baseia-se em:

- Uma filosofia de liberdade humana, escolha e responsabilidade.
- Uma biologia e psicologia holísticas.
- Uma epistemologia que permite não apenas o empirismo, mas avanços da estética, valores éticos, intuição e processos de descoberta.
- Uma ontologia de tempo e de espaço.
- Um contexto de acontecimentos inter-humanos, processos e relações.
- Uma visão científica que seja aberta.

A teoria de Watson referente á prática de Enfermagem é baseada em 10 fatores (Neil in Tomey e Alligood, 2004):

- Formação de um sistema de valores humanisto-altruísta Os valores humanistas e altruístas, são aprendidos desde cedo, no entanto são influenciáveis pela Educação para a saúde em Enfermagem;
- Instilação da Fé-Esperança Com os valores humanistas e altruístas, este fator permite a promoção de um cuidar holístico e da saúde positiva na população de doentes;
- Cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros Para que ocorra auto aceitação, quer da enfermeira quer do doente, é importante o reconhecimento dos sentimentos de forma a

promover auto-realização. Se os enfermeiros reconhecerem os seus sentimentos, a sua sensibilidade, são mais autênticos, genuínos e sensíveis perante os outros;

- Desenvolvimento de uma relação de Auxílio-Confiança .
- O estabelecer uma relação de ajuda – confiança entre enfermeiro/doente é fundamental para o cuidar transpessoal. A mesma promove a aceitação dos sentimentos positivos e dos negativos. Engloba coerência, empatia, um calor humano não possessivo e uma comunicação eficaz;
- Promoção e aceitação da Expressão de sentimentos positivos e negativos A partilha de sentimentos, constitui uma experiência em que pode existir risco quer para a enfermeira, quer para o doente, devendo a enfermeira estar preparada para lidar quer com sentimentos positivos, quer negativos assim como reconhecer que a compreensão intelectual e emotiva variam de situação para situação;
- Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões. O processo de enfermagem assemelha-se ao processo de investigação, no que se refere ao ser sistemático e organizado. A utilização do processo de enfermagem consigna uma abordagem científica de resolução de problemas ao cuidar em enfermagem, permitindo que a imagem tradicional dos enfermeiros enquanto empregados dos médicos se vá alterando;
- Promoção do Ensino-Aprendizagem Interpessoais Permite ao doente estar informado, responsabilizando o mesmo pela sua saúde e bem-estar, permite distinguir o curar do cuidar;
- Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio. Os ambientes interno e externo influenciam a saúde e doença dos indivíduos, sendo importante que os enfermeiros reconheçam esta influência. O bem-estar mental e espiritual e as crenças socioculturais do indivíduo constituem conceitos importantes para o ambiente interno. Para além das variáveis epidemiológicas, existem outras variáveis externas que englobam o conforto, a privacidade, a segurança e um ambiente limpo e estético;
- Auxílio na satisfação das Necessidades Humanas A enfermeira reconhece as necessidades biofísicas, psicossociais e intrapessoais, suas e do doente. Existem necessidades de

ordem inferior e superior. As necessidades de ordem inferior são as biofísicas, como, ventilação, comida, atividade, inatividade e a sexualidade. As necessidades de ordem superior são a realização e a afiliação. A realização é uma necessidade intrapessoal e interpessoal de ordem superior;

- Permissão de Forças Fenomenológico-Existenciais A fenomenologia descreve dados sobre a situação imediata que ajudam as pessoas na compreensão dos fenômenos em questão. Conduz a um entendimento mais fácil de si próprio e dos outros;

Watson, refere que as enfermeiras deverão ir mais além dos 10 fatores do cuidar e deverão agir no sentido da promoção da saúde, através de ações preventivas. (Neil in Tomey e Alligood, 2004) Para Watson, cuidar engloba os fatores que as enfermeiras utilizam para prestar cuidados de saúde aos doentes. Ao prestar cuidados ao outro como indivíduo único, a pessoa que cuida compreende os sentimentos do outro e reconhece a sua singularidade. Para a mesma autora os principais pressupostos da ciência do cuidar em Enfermagem são:

“1 - O cuidar só pode ser demonstrado e praticado com eficiência se for feito interpessoalmente.

2 - O cuidar consiste em fatores do cuidar que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas.

3 - O cuidar eficiente promove a saúde e o crescimento individual ou familiar.

4 - As respostas do cuidar aceitam uma pessoa não apenas como ela é atualmente mas como pode vir a ser.

5 - Um ambiente de cuidar proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si num dado momento.

6 - O cuidar é mais promotor de saúde do que a cura. A prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimentos de comportamento humano para gerar ou promover a saúde e para prestar assistência aos que se encontram doentes. A ciência do cuidar é, portanto, complementar à ciência do curar.

7 - A prática do cuidar é vital para a enfermagem” (Neil in Tomey e Alligood, 2004, p.169)

Watson define os conceitos de:

- **Enfermagem** “como uma ciência humana de pessoas e de saúde humana- experiências de doença que são mediadas pelas transações humanas do cuidar profissional, pessoal, científico, estético e ético. (Watson, 2002, p.96)
- **Pessoa**, ”como um ser- no – mundo e é o local da existência humana.(...) A pessoa possui 3 esferas do ser-mente, corpo e alma, que são influenciadas pelo conceito do Eu. ”( Watson, 2002, p.97) O Eu e a pessoa são um só, quando a pessoa é congruente com o verdadeiro Eu. Para tal têm de existir harmonia nas 3 esferas já referidas.
- **Saúde**, ”Refere – se à unidade e à harmonia na mente, no corpo e na alma. A saúde também está associada ao grau de congruência entre o Eu, como é percebido, e o Eu como é experienciado.” (Watson, 2002, p.86)
- **Ambiente** - este conceito não se encontra definido de forma muito clarificada, no entanto é referido como externo ao mundo da pessoa.

A mesma autora dá grande relevância ao cuidar transpessoal, o cuidar tem início, quando o enfermeiro entra no espaço de vida ou campo fenomenológico da outra pessoa, com capacidade para identificar a condição de ser do outro, o seu espírito, alma, conseguindo dar resposta a esta condição, para que o outro liberte sentimentos e pensamentos que há muito desejava libertar.

Watson, preconiza manter um elevado nível de enfermagem e promover o bem-estar das pessoas que recebem cuidados de enfermagem assim como dos que os prestam. (Watson, 2002)

No que respeita ao doente crítico, consideramos que para além do trauma que sofre ao nível físico sofre também um grande desgaste ao nível psicológico, que não pode ser descurado, pelo que a abordagem como a todos os clientes, deverá ser sempre de uma forma holística, com empatia e utilizando uma comunicação eficaz de forma a promover o bem-estar da pessoa que estamos a cuidar tal como é referido na teoria de Jean Watson.

Finalizando o que foi o nosso olhar sobre a teoria de Enfermagem, faremos em seguida um aprofundamento da temática sobre segurança do doente e antibioterapia, como suporte teórico deste projeto.

O serviço de urgência do hospital do sul recebe clientes de vários concelhos, num total de 100000 habitantes. Tratando-se de um serviço de urgência Médico-cirúrgica, engloba várias valências

como: pediatria, ortopedia, cirurgia, medicina, urologia e clinica geral; comportando também um serviço de observação que corresponde ao internamento.

Possui tecnologia avançada, bem como níveis de stress elevados devido á imprevisibilidade e complexidade de funções a desempenhar por todos os profissionais de saúde, logo a probabilidade de ocorrerem erros humanos ou do sistema é maior.

A administração de medicamentos é um processo complexo com várias etapas em que contempla uma serie de decisões e ações interrelacionadas, envolvendo vários profissionais bem como o próprio cliente. Os erros ocorrem em todas as etapas do processo terapêutico e não só na administração propriamente dita. Uma vez que os enfermeiros assumem um papel central na segurança do doente, sendo estes o “fim da linha” na administração de terapêutica, corre-se o risco de que os erros sejam atribuídos aos enfermeiros e não a falhas no sistema.

Exercendo funções no serviço de urgência sentimos a necessidade de minimizar o risco terapêutico no referido serviço ao qual a Enf<sup>a</sup> chefe do SU também é sensível, achamos pertinente explorar esta temática para a melhoria dos conhecimentos sobre antibioterapia e os cuidados na sua administração.

## 1.2- SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do doente constitui uma componente fulcral na prestação de cuidados de saúde com qualidade. De facto, o cliente quando recorre aos serviços de saúde aquilo que perspectiva é que sejam empreendidos todos os esforços para garantir a sua segurança enquanto utilizadores desses serviços.

Segundo Fragata e Martins (2004:18) “ *Cada vez mais a Qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a Expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade um standard abstrato mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas.* ”

Em 2001 a Ordem dos Enfermeiros elaborou o documento – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde salientou que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que o indivíduo vive e persegue.

Neste sentido, “ *procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.8).

Também o International Council of Nurses (ICN) em 2002 emitiu um parecer sobre a segurança do doente referindo que: “ *O desenvolvimento da segurança envolve a tomada de um conjunto de medidas, com largo espectro de ação, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco...*”.

Mais tarde, em 2003 a Organização Mundial de Saúde e o European Fórum of National Nursing and Midwifery Associations emanaram uma tomada de posição conjunta salientando o papel fundamental dos enfermeiros na segurança das pessoas e definindo áreas de intervenção. Realçam ainda como fatores contribuintes para a diminuição da segurança dos doentes, a falta de cultura de responsabilização e a ausência de relato de erros cometidos e de problemas encontrados. A ocorrência de falhas e erros nos cuidados de saúde são um problema sério e muitas vezes desvalorizado dado que a notificação destas situações é ainda reduzida. É habitual comparar este problema com um iceberg, cuja zona visível é inferior à zona submersa.

Na segunda metade da década de 90, nos Estados Unidos, o Institute of Medicine publicou o documento “*To err is human*” onde constatou que por ano, 48000 a 98000 americanos morriam nos hospitais em consequência de erros preveníveis, sendo colocado em evidência a contribuição dos acontecimentos adversos por medicamentos como uma importante causa de morbilidade e mortalidade dos doentes hospitalizados (Khon et al, 1999).

Este documento suscitou interesse e, um pouco por todo o mundo, vários estudos foram realizados com o propósito de conhecer mais em pormenor a dimensão desta problemática. À medida que este assunto foi estudado, foram também criadas várias agências especializadas em estudar as causas dos erros nos sistemas de saúde, e em melhorar a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de saúde a prestar.

De entre os possíveis erros que podem acontecer no decurso do processo de tratamento de um doente, os erros relacionados com a terapêutica são talvez os mais frequentes.

Luk e seus colaboradores (Watson, 2008:29) referem que “ os erros de medicação são um tipo muito comum de erros de natureza multidisciplinar. ”

O erro de terapêutica pode acontecer em qualquer etapa do processo de administração de fármacos e pode ser cometido por qualquer um dos profissionais envolvidos nesse processo sendo por isso um problema multifatorial.

Leape e seus colaboradores (2000) referem que o sistema de medicação nos hospitais é complexo, envolvendo processos de prescrição, fornecimento e administração de medicamentos, o que implica a atuação de diferentes profissionais, transmissão de ordens ou materiais entre pessoas, contendo, em cada elo do sistema, múltiplas possibilidades de ocorrência de erros de medicação.

Disso, existe tendência a culpabilizar o profissional que administra o fármaco pois a maioria das vezes é ele que “dá a cara”. Cassini (2000:17) referindo-se aos sistema de distribuição de medicamentos diz que: “ a equipa de enfermagem constitui o elo final deste sistema, atuando na administração propriamente dita, e por este motivo é geralmente responsável pelos atos que marcam a transição de um erro prevenível para um erro real, e o ónus dos erros, cai pesadamente sobre estes profissionais”.

A administração de medicação é uma das funções interdependentes dos enfermeiros, uma vez que é uma função que é iniciada por outro profissional, neste caso o médico, que prescreve o fármaco. No entanto, não é pelo facto de a administração de terapêutica ser uma atividade interdependente, que iliba a responsabilidade dos enfermeiros em caso de erro. A Ordem dos Enfermeiros salienta que o enfermeiro deve “ proceder à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais.” (OE, 2003:8).

Também no Código Deontológico do enfermeiro várias são as referências ao dever do enfermeiro em zelar pela segurança do doente e garantir através dos meios que dispõe, a qualidade dos cuidados que presta.

De facto, a responsabilização pessoal nas falhas de segurança dos sistemas não pode ser excluída, no entanto, analisar o erro numa perspetiva sistémica permite conhecer as causas que contribuíram para este, procurando desta forma construir um sistema seguro.

Apesar de tudo, na formação do pessoal de saúde ainda é inculcida uma cultura de infalibilidade, preconizando-se a realização de trabalho livre de erros e enfatizando a perfeição. Com frequência, “*a expectativa de que o pessoal de saúde atue sem erros gera um consenso da necessidade de infalibilidade, fazendo com que os erros sejam encarados como falta de cuidado, falta de atenção ou falta de conhecimento.*” Carvalho e Vieira (2002:265).

Um estudo sobre a atitude dos doentes face aos médicos que reportam os seus erros concluiu que os doentes querem ser informados sobre os erros, e que este facto poderia diminuir o número de processos e ações punitivas, enfatizando a importância da comunicação honesta e clara. (Carvalho e Vieira, 2002).

É pois de destacar, a importância de notificar e documentar o erro de medicação e o benefício que esse ato pode trazer ao doente e/ou família, bem como para os profissionais envolvidos, suavizando os efeitos que podem advir.

Diversos são os termos encontrados na literatura para designar um erro de medicação, pelo que existe a necessidade de clarificar as terminologias utilizadas. Ghaleb, Wong e colaboradores (2004) no âmbito de um estudo que desenvolveram, referem que o uso de diferentes definições de erros podem alterar significativamente o reporte dos mesmos.

Em 1995 nos Estados Unidos da América surgiu o Nacional Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), uma instituição criada com o intuito de coordenar esforços de diferentes instituições e organizações na prevenção de erros com medicação. Esta instituição começou por estabelecer uma linguagem uniformizada, definindo como erro de medicação “*Qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir a um uso inapropriado de medicação, ou causar dano ao paciente, enquanto a medicação está sob o controle de profissionais de saúde, doentes ou consumidores. Estes eventos podem estar relacionados com a prática profissional, prescrição, comunicação de ordens terapêuticas, rotulagem, embalagem e nomenclatura, composição, distribuição, administração, formação, monitorização e uso*” (1998) Convém acrescentar que esta instituição define dano como o “*prejuízo temporário ou permanente da função ou estrutura do corpo, física, emocional ou psicológica, seguida ou não de dor, requerendo uma intervenção*”

Outros autores referem ainda o termo “evento adverso com medicação” e consideram que estes eventos podem ser “preveníveis” ou “não preveníveis”. Os erros de terapêutica podem de facto, ser considerados como acontecimentos adversos passíveis de serem prevenidos e nem sempre

resultam em dano para o doente. Aliás, o facto de determinado erro com a terapêutica não provocar qualquer efeito no doente pode eventualmente contribuir para que este passe despercebido.

A OE refere que: “ *Os doentes querem ter acesso a cuidados de qualidade, e a que lhes garantam que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor informação factual disponível que a ciência médica pode oferecer e a tecnologia mais apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica aumentada* ” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.57). O mesmo documento destaca ainda que os decisores políticos valorizam e esforçam-se para tornar possível a provisão de serviços de qualidade a todos.

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 2008) define qualidade em saúde como:” *O modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumenta a possibilidade de obter os resultados desejáveis e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejáveis.*” O objetivo primordial na melhoria da qualidade passa pela prestação de cuidados de saúde de excelência baseados na melhor evidência possível, reduzindo ao máximo a ocorrência de danos no doente.

Para Almeida (2001) a qualidade em saúde assegura aos clientes a existência de um nível aceitável e desejável de cuidados. A prestação de cuidados de saúde de qualidade tem pois como principais objetivos promover e manter a saúde das pessoas, assegurando a satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde.

A questão da qualidade tem atravessado a história. Já a “ *medicina Hipocrática alicerçava-se (...) na obrigação do médico de usar toda a sua arte para tratar o seu doente e, nunca por nunca com a intenção de provocar qualquer mal.* ” (Fragata e Martins, 2004, p.19)

Também Florence Nightingale em 1850 manifestava preocupações com a garantia da qualidade, uma vez que procurava através dos registos das suas observações, aferir o nível de cuidados prestados e melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias.

Mas, foi mais recentemente que a questão da qualidade dos cuidados de saúde começou a dominar as agendas políticas, e um pouco por todo o mundo vários estudos têm sido realizados com o propósito de conhecer mais em pormenor a dimensão desta problemática.

Em 2001, um estudo realizado por Vincent et al, estimou que cerca de 10% dos doentes admitidos nos hospitais do National Health Service Inglês experienciaram um incidente, dos quais se estimam que 44000 a 98000, resultaram em morte. (Sousa, 2006)

Na Austrália um estudo realizado por Wilson et al constatou que o erro médico provoca mais de 18000 mortes e mais de 50000 doentes incapacitados por ano. (Fragata e Martins, 2004, p.31)

Um outro estudo desenvolvido por Parsons em 2004 sobre os erros de medicação indicou que 36% dos doentes hospitalizados sofriam lesões iatrogénicas, das quais 25% eram graves ou fatais. (Landeiro, 2005)

Carvalho e Vieira (2002:262) salientam que *“como a maioria dos erros médicos está relacionada ao uso de medicações, eles podem, muitas vezes ser evitados.”*

Face a este panorama e face aos elevados custos sociais e económicos consequentes desta problemática, diversos estados dos EUA criaram um sistema de comunicação dos eventos adversos.

A agência do Reino Unido – National Patient Safety Foundation (NPSF), no âmbito desta temática, elaborou um documento intitulado “Seven steps to patient safety a guide for NHS staff” onde define 7 passos que considera essenciais para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde:

- 1 - Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa;
- 2 - Liderança forte e apoio das equipas de saúde em torno da segurança do doente;
- 3 - Integrar as atividades de gestão de risco;
- 4 - Promover o reporte de eventos adversos, assegurando aos profissionais de saúde que o podem fazer sem repercussões;
- 5 - Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral;
- 6 - Aprender a partilhar experiências;
- 7 – Implementar soluções para prevenir a ocorrência de situações, que possam provocar dano no doente, através de mudança de práticas. (Sousa, 2006).

Segundo Clayton e Stock (2006) o enfermeiro deve atender aos seis certos da medicação: a pessoa (cliente) certa, o medicamento certo, a dose certa, o horário certo, a via correta e o registo / documentação corretada (desde a transcrição da prescrição até à reação da pessoa ao fármaco). Parecer conjunto CE e CJ (3/2010, p.3).

Em 2005 da Conferência Europeia “Segurança do doente – torná-la uma realidade!” emanaram várias recomendações das quais se salienta o estabelecimento do trabalho conjunto com a OMS nas questões da segurança do doente, no sentido da criação de um “banco de soluções da EU”, com exemplos e padrões da “melhor prática”; a utilização de novas tecnologias e, em concreto, a introdução de registos eletrónicos de doentes; a inclusão dos aspetos da segurança do doente na aprendizagem dos profissionais de saúde e a implementação de projetos na área da segurança do doente ao nível das unidades de cuidados, de maneira que os profissionais consigam, de forma aberta e eficiente, lidar com as situações de erro e omissões. (OE, 2005)

Um pouco por todo o mundo foram sendo criadas várias agências especializadas neste assunto: a National Patient Safety Foundation (NPSF), a American Society of Health Systems Pharmacists, a World Alliance for Patient Safety, lançada em 2004 pela OMS, a European Hospitals and Healthcare Federation (HOPE), Australian Patient Safety Foundation, a JCAHO, criada em 1951 nos Estados Unidos da América (EUA), incorporando várias organizações, etc. Uma outra associação é a National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) cujo principal objetivo é maximizar a utilização segura do medicamento. Todas estas organizações têm em vista um objetivo mais ou menos comum – melhorar a segurança dos doentes e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados em saúde a prestar.

Em 2002 o International Council of Nurses (ICN) emitiu um parecer sobre este assunto onde refere que: “ *O desenvolvimento da segurança envolve a tomada de um conjunto de medidas, com largo espectro de ação, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco...*”.

Embora muitas organizações de saúde tenham já implementado várias medidas para garantirem a segurança dos doentes, o que é facto é que o sector da saúde se encontra ainda atrasado face a outros sectores que introduziram procedimentos de segurança sistemáticos.

Um bom exemplo é o sector da aviação que desenvolveu o Aviation Safety Reporting System, um sistema de comunicação confidencial e voluntária de incidentes, que contribuiu para a redução da ocorrência de erros neste sector.

Outras organizações podem oferecer importantes contribuições ao sector da saúde no que se refere à segurança, nomeadamente os sistemas de controlo de tráfego aéreo, as centrais nucleares e os porta-aviões nucleares.

Fragata e Martins (2004:219) referem-se às organizações altamente fiáveis como sendo organizações capazes de comportar os riscos inerentes ao seu funcionamento e atingir os seus objetivos mantendo a performance fiável apesar de constantes exposições ao inesperado.

Segundo Reason (2000) nestas organizações a busca da segurança faz-se procurando manter o sistema tão robusto quanto possível face aos riscos operacionais e humanos e não tanto sobre prevenir falhas isoladas.

A importância de organizações altamente fiáveis provém do significado que representam, uma vez que são pioneiras na adaptação de organizações com elevada complexidade.

De facto também as organizações de saúde se caracterizam por serem sistemas de grande complexidade.

Segundo Sousa (2006:311) “ *A realidade da segurança dos doentes apresenta algumas particularidades que tornam difícil a sua abordagem devido essencialmente: à complexidade das organizações de saúde, ao carácter multifatorial das situações que estão por detrás das falhas de segurança e à sensibilidade do tema.* ”

Para Parsons (2004), o termo “segurança do doente” significa estar livre de danos acidentais, e “sistema” refere-se a um conjunto de elementos interdependentes que interagem com o propósito de um objetivo comum.

A segurança não se pode centrar numa pessoa, num equipamento ou num serviço. Ela emerge da interação de todos os componentes de um sistema. Melhorar a segurança depende da compreensão e análise dessa interação.

De acordo com os postulados de Watson ...

-” *o processo de enfermagem assemelha-se ao processo de investigação, no que se refere ao ser sistemático e organizado. A utilização do processo de enfermagem consigna uma abordagem científica de resolução de problemas ao cuidar em enfermagem, permitindo que a imagem tradicional dos enfermeiros enquanto empregados dos médicos se vá alterando;*

- *Promoção de ensino-aprendizagem interpessoais permite ao doente estar informado, responsabilizando o mesmo pela sua saúde e bem-estar, permite distinguir o curar do cuidar;*

*- Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio. Os ambientes interno e externo influenciam a saúde e doença dos indivíduos, sendo importante que os enfermeiros reconheçam esta influência.”*

Num período de aumento exponencial das expectativas e das exigências dos cidadãos, a margem de aceitação do insucesso é muito pequena, pelo que falhas na segurança não são toleradas nem tão pouco compreendidas, o que aliás se compreende se tiver em conta que as falhas na área da saúde podem resultar em danos graves ou até mesmo em morte.

A implementação de programas de garantia da qualidade e a utilização de novos instrumentos de melhoria contínua refletem as preocupações dos administradores em saúde revelando que a gestão da qualidade é uma área em renovação.

Por tudo o que foi dito, e tendo em conta que o PIS incidiu na área da segurança do doente mais propriamente a administração segura de antibioterapia EV, em seguida será apresentada a metodologia utilizada, os objetivos e o desenho do estudo. E por fim, serão apresentados e discutidos os resultados, salientando as principais conclusões e considerações.

## 2.-.PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

Um projeto engloba um conjunto de acções, orientadas para um determinado objetivo, ou seja visa atingir resultados pré definidos. Constitui um instrumento de mudança, com o intuito de alterar um determinado contexto e dar resposta a um problema.

No âmbito do projeto de intervenção em serviço, foi formulado o diagnóstico da situação (apêndice 3) e o planeamento do mesmo em torno da problemática identificada no estágio I, estágio II e estágio III.

### 2.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Por se tratar de uma área do nosso interesse e também do da Enfermeira responsável do serviço, foi-nos sugerido pela mesma a realização do projeto no âmbito da segurança do doente, como tal, consideramos importante uniformizar procedimentos de forma a contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e com maior segurança quer para os clientes quer para os enfermeiros.

Pretende abordar as Boas Práticas em Enfermagem relacionadas com administração de antibioterapia aos doentes internados no SU do hospital do sul.

Como refere Watson no seu princípio nº6 – *“O cuidar é mais promotor de saúde do que a cura. A prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimentos de comportamento humano para gerar ou promover a saúde e para prestar assistência aos que se encontram doentes. A ciência do cuidar é, portanto, complementar à ciência do curar”*. (Neil in Tomey e Alligood, 2004, p.169)

A segurança do doente constitui uma componente fulcral na prestação de cuidados de saúde com qualidade. De facto, o doente quando recorre aos serviços de saúde aquilo que perspetiva é que

sejam empreendidos todos os esforços para garantir a sua segurança enquanto utilizadores desses serviços.

Em 2001 a Ordem dos Enfermeiros elaborou o documento – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde salientou que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que o indivíduo vive e persegue.

De entre os possíveis erros que podem acontecer no decurso do processo de tratamento de um doente, os erros relacionados com a terapêutica são talvez os mais frequentes.

A administração de medicação é uma das funções interdependentes dos enfermeiros, uma vez que é uma função que é iniciada por outro profissional, neste caso o médico, que prescreve o fármaco. No entanto, não é pelo facto de a administração de terapêutica ser uma atividade interdependente, que iliba a responsabilidade dos enfermeiros em caso de erro. A Ordem dos Enfermeiros salienta que o enfermeiro deve “ *proceder à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais.*” (2003:8).

Para melhor assegurar a pertinência do estudo, elaborámos um questionário (Apêndice 7) a fim de auscultar a equipa de enfermagem do serviço atrás referenciado relativamente à pertinência do tema.

O questionário encontrava-se dividido em quatro partes. A primeira parte era constituída por questões fechadas que pretendiam caracterizar a equipa. A segunda pretendia conhecer a opinião que a equipa de enfermagem atribuía às Boas Práticas em Enfermagem relacionadas com a administração de antibioterapia aos doentes internados em SU do hospital do sul. A terceira parte tinha como objetivo conhecer o nível de formação que a equipa de enfermagem do SU possuía relativamente à segurança na administração de antibióticos. Por ultimo a quarta parte do questionário tinha como objetivo obter dados que permitissem conhecer o grau de importância que a equipa atribuía à realização de ações de sensibilização e à existência de documentos orientadores que contribuam para o aumento do conhecimento /segurança dos enfermeiros em relação á antibioterapia EV no SU do hospital do sul.

Após pedido de autorização ao Conselho de Administração para aplicação do questionário (Apêndice 5) e respetivo consentimento informado (Apêndice 6), e após o mesmo ter sido deferido realizou-se o pré-teste que confirmou não ser necessário proceder a alterações, motivo pelo qual,

os questionários foram aplicados no período de 25 a 30 de janeiro aos 36 enfermeiros que constituíam a equipa de enfermagem do SU do hospital do sul.

Dos dados obtidos as conclusões a que chegámos levou-nos a inferir que: 83% concordava totalmente que a temática escolhida era pertinente e 80% referia já ter cometido um erro terapêutico na preparação da antibioterapia.

Pelos dados obtidos constatamos que 86% dos enfermeiros aplicavam os “cinco certos” (verifica cliente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo); e que 89% concordavam totalmente que a organização do stock dos antibióticos é importante para a diminuição do risco terapêutico.

Quando questionados relativamente à necessidade de se realizar acções de sensibilização na área 78% concordava totalmente que era pertinente existir acções de sensibilização.

Relativamente ao nível de formação que a equipa possuía no que concerne à temática do PIS constatamos que 86% não possuía formação na área escolhida e 94% concordava totalmente com a criação de um documento para o serviço com linhas orientadoras na administração de antibioterapia.

Ainda no decorrer da fase de diagnóstico, de forma a acautelar algumas falhas, foi construída uma ferramenta de gestão a análise FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) ( Apêndice 9).

A FMEA é uma metodologia que possibilita avaliar e minimizar riscos através da análise de possíveis falhas (determinação da causa, efeito e risco de cada tipo de falha e planejar acções para aumentar a confiabilidade. (Pires,1999) É um documento passível de ser modificado sempre que ocorram alterações no processo de forma a permitir a inclusão de falhas não previstas até então. De acordo com Chiozza et al (2009), a análise FMEA permite uma sequência lógica e sistemática de analisar os riscos:

- Identificar modos de falha conhecidos e potenciais para cada etapa;
- Determinar o efeito potencial de cada modo de falha;
- Ranking da gravidade dos efeitos do modo de falha;
- Ranking da probabilidade e detetabilidade de cada modo de falha;
- Identificar as áreas de maior preocupação (modos de falha críticos);
- Avaliar o potencial de risco de cada modo de falha e definir medidas para redução do risco de falha;

Para avaliar os riscos e as prioridades de ação são definidos índices de gravidade (G), Ocorrência (O) e Detecção (D) para cada causa de falha. A prioridade de intervenção será consoante o valor de NPR (GxOxD) e deverá ser direcionada para as etapas cujo valor ultrapasse 100.

Assim da análise da FMEA constatamos que: quais as prioridades de ação, assim como as medidas corretivas obedecendo á ordem por RPN mais elevado:

- Com maior valor de RPN de 294 tínhamos a etapa 3, administração de antibioterapia. Esta etapa pode influenciar o processo. Como ação perspectiva realizar formação no seio da equipa e a implementação de uma checklist para verificar a utilização dos 8 certos.

- Com um valor de RPN de 252 tínhamos a etapa 2, preparação de antibioterapia. Tal como o ponto anterior este também tem influência no processo. Como ações corretivas preconizamos mais uma vez a formação da equipa e a elaboração de um poster para consulta rápida.

- Com um valor de RPN de 240, tínhamos a etapa 1, armazenamento da antibioterapia. As ações a ter em conta poderiam passar pela reorganização dos antibióticos no serviço, colocação de etiquetas mais visíveis e reunir com Enf<sup>a</sup> chefe do serviço e com responsável pela farmácia para melhorar o circuito/armazenamento/disposição dos antibióticos no serviço.

- Com um valor de 216, tínhamos a etapa 4, cuidados pós administração. Como ação corretiva mais uma vez ponderamos a realização da formação em equipa e a elaboração de dossier temático sobre antibioterapia.

Tendo em conta os resultados obtidos através dos questionários e da FMEA definimos como problema ***défice de conhecimento sobre antibioterapia e seus cuidados na administração no serviço de urgência do hospital do sul.***

Os problemas parcelares advêm da decomposição do problema, apresentados sob a forma de questões que contribuem na procura de soluções para o problema definido.

Foram identificados os seguintes problemas parcelares:

- Ausência de documentos orientadores sobre a administração de antibioterapia EV / incompatibilidades de fármacos e efeitos secundários no SU do hospital do sul;

– Défice de conhecimento por parte da equipa de enfermagem relativamente á administração da antibioterapia ao doente internado no SU do hospital do Sul.

Como tal, definimos as seguintes prioridades:

- Pesquisa bibliográfica;
- Elaborar tabela de incompatibilidades, diluições e fichas técnicas dos antibióticos;
- Formar a equipa de enfermagem sobre administração segura de antibióticos;
- Reorganizar o armazenamento dos antibióticos no SU.

Assim de forma a contribuir para a segurança, efetividade e eficiência dos cuidados de enfermagem relacionados com antibioterapia administrada ao doente internado no SU do hospital do sul traçamos como objetivo geral para do PIS e como objetivos específicos:

- 1 - Criar um guia farmacológico para enfermeiros.
- 2 - Formar / treinar a equipa de enfermagem sobre administração segura de antibióticos.
- 3 - Realizar um póster com uma tabela de incompatibilidades, diluições e fichas técnicas dos Antibióticos.

## 2.2 - PLANEAMENTO

Para dar resposta ao problema identificado, indo de encontro ao objetivo Geral e de forma a dar resposta a cada objetivo específico, foram planeadas várias atividades assim como critérios de avaliação que passamos a descrever por objetivo.

### **Objetivo específico 1: Criar um guia farmacológico para enfermeiros.**

- Atividades a desenvolver
  - Pesquisa bibliográfica sobre:
    - Antibioterapia
    - Guias farmacológicos
  - Elaboração de guia farmacológico
  - Discussão do guia com enf. chefe e com orientadora,

- Realização de alterações caso necessário ,
- Realização do pedido de implementação do guia no serviço de Urgência,
- Implementar guia no serviço de urgência

➤ Critérios de avaliação

- Existência de guia farmacológico para enfermeiros em suporte de papel para consulta no serviço de urgência.

- Abranger 80% de enfermeiros .

➤ **Objetivo específico 2: – Formar / treinar a equipa de enfermagem sobre administração segura de antibióticos ;**

➤ Atividades a desenvolver:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre antibioterapia;
- Elaboração um conjunto de slides para apresentar á equipa do SU,
- Discussão conjunto de slides com a Enfª Chefe e com Enfª orientadora,
- Introdução de alterações caso necessário,
- Realizar a marcação da formação,
- Elaboração do plano de formação,
- Divulgação a sessão de formação através da intranet e com cartaz no serviço,
- Realização da formação em data a acordar com Enfª Chefe e responsável pela formação,
- Realização da avaliação da sessão.

➤ CrITÉrios de avaliaÇão

- Adesão ao projeto por parte da equipa de enfermagem do serviço de urgência da ULSLA, com objetivo de adesão superior a 30%.

- Cartaz de divulgação
- Plano de sessão
- Slides
- Relatório de avaliação da sessão

**Objetivo específico 3: Realizar um poster com uma tabela de incompatibilidades, diluições e fichas técnicas dos Antibióticos**

➤ Atividades desenvolvidas

- Pesquisa bibliográfica sobre: - Antibioterapia
  - Guias farmacológicos
- Elaborar Póster
- Discutir póster com enf<sup>a</sup> chefe e enf<sup>a</sup> orientadora,
- Proceder a alterações se necessário,
- Implementar o póster no serviço.

➤ CrITÉrios de avaliaÇão

- Uniformização nos cuidados pré e pós administração dos antibióticos.
- Acesso fácil ao póster para consulta.

Temos ainda a salientar que para além das atividades planeadas, indicadores de avaliação enumerados, fizemos uma listagem de recursos humanos e físicos de modo a que os objetivos fossem exequíveis, e elaboramos um cronograma.

### **2.2.1- Cronograma de atividades**

Um cronograma de atividades, auxilia-nos enquanto orientação em termos de tempo, para cumprir os “timings” estipulados.

Tendo em conta que nos era solicitado a realização de um PIS num determinado período temporal, elaborámos um cronograma, onde foram perspectivadas em termos temporais a realização das atividades planeadas para a concretização dos objetivos. É ainda de salientar que este cronograma foi realizado de forma a ser ajustado às adversidades que pudessem surgir.

O que realizámos inicialmente foi de acordo com os objetivos específicos delineados. Posteriormente, sentimos necessidade de o elaborar de acordo com as atividades a desenvolver, motivo pelo qual foi alterado. (Apêndice 10)

### **2.3- EXECUÇÃO**

No estágio III, desenvolvemos o que estava planeado, ou seja na fase de execução foi materializado o delineado.

Considerámos, esta a fase mais trabalhosa, no que concerne ao nosso projeto, no entanto também a de maior interesse e gratificação, mas comungamos com a opinião de Nogueira (2005) quando esta refere que quanto maior o interesse, maior será o processo de pesquisa, experimentação, descoberta e conseqüentemente a potencialização das diversas competências, o que contribui para o nosso entusiasmo.

Passaremos em seguida de acordo com cada objetivo específico e, consoante as atividades delineadas no planeamento, a efetuar a análise do executado.

#### **Objetivo específico 1: Criar um guia farmacológico para enfermeiros.**

- Pesquisa bibliográfica sobre:
  - Antibioterapia
  - Guias farmacológicos

A pesquisa foi realizada tendo em conta os princípios da revisão sistemática da literatura, onde pesquisámos as palavras chave antibioterapia e guias farmacológicos, excluindo publicações antigas e dando primazia aos conteúdos em português.

- Elaboração de guia farmacológico
- Discussão do guia com Enf. chefe e com orientadora,
- Realização de alterações caso necessário ,
- Realização do pedido de implementação do guia no serviço de urgência,
- Implementar guia no serviço de urgência

➤ Critérios de avaliação:

- Existência de guia farmacológico para enfermeiros em suporte de papel para consulta no serviço de urgência.
- Abranger grande percentagem de enfermeiros .

Podemos concluir que o que por nós tinha sido preconizado como indicadores de avaliação foi conseguido com sucesso, foi implementado no SO do serviço de urgência o guia farmacológico para enfermeiros que iria abranger toda a equipa de enfermagem do referido serviço.

➤ Atividades desenvolvidas:

- Efetuamos pesquisa bibliográfica sobre Antibioterapia;

Esta pesquisa foi efetuada em artigos recentes, trabalhos de investigação, de forma a assegurar que a informação seria a mais atual e fidedigna possível.

- Elaboração de um guia farmacológicos para enfermeiros; Toda a informação recolhida, foi compilada e foi elaborado um guia temático que foi colocado no serviço, para que os profissionais do serviço o possam consultar quando necessário.
- Critérios de avaliação

- Atualização de conhecimentos;
- Dossier temático elaborado.

**Objetivo específico 2: Formar / treinar a equipa de enfermagem sobre administração segura de antibióticos ;**

➤ actividades a desenvolver:

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre antibioterapia;
- Elaboração de um conjunto de slides para apresentar à equipa do SU,
- Discussão conjunto de slides com a Enf<sup>ª</sup> chefe e com Enf<sup>ª</sup> orientadora,
- Introdução de alterações caso necessário,
- Realizar a marcação da formação,
- Elaboração do plano de formação,
- Divulgação a sessão de formação através da intranet e com cartaz no serviço,
- Realização da formação em data a acordar com Enf<sup>ª</sup> Chefe e responsável pela formação,
- Realização da avaliação da sessão

➤ CrITÉrios de avaliação

- *Adesão ao projeto por parte da equipa de enfermagem do serviço de urgência do Hospital do Sul, com objetivo de adesão superior a 30%.*

Para o planeamento da mesma, foram escolhidos o dia e o horário, em função das disponibilidades dos elementos da equipa, uma vez que se encontravam muitos colegas em formação e também de acordo com a disponibilidade da enfermeira chefe do serviço. Foi efetuado o respetivo plano da

sessão (Apêndice 11), e a apresentação da mesma (Apêndice 13) e enviados à professora orientadora no sentido de analisar e introduzir alterações se necessário.

➤ Divulgação da sessão de formação;

A divulgação foi efetuada através de panfleto informativo (Apêndice 12), colocado na sala de pausa.

Sessão de formação sobre “*Administração segura de antibioterapia EV e respetivas intervenções de enfermagem no serviço de urgência*” (Anexo 4)

A sessão de formação, foi realizada no âmbito da formação em serviço, efetuados pedidos ao centro de formação para disponibilidade do auditório e dos materiais audiovisuais.

Consideramos que através da sessão de formação realizada foram atingidos os objetivos a que nos tínhamos proposto, os colegas presentes foram bastante participativos, esclareceram dúvidas, tendo a formação constituído um momento de partilha e de aprendizagem para todos os participantes.

A formação em serviço, assume um papel preponderante em Enfermagem. O referido na legislação no Decreto Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, que designa que “A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter atualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos de enfermagem, prevendo-se nesta carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua.” Na qual o enfermeiro especialista assume um papel fundamental na área da formação em serviço, pelo que mobilizámos a competência comum, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

➤ Avaliação da sessão de formação;

Foram elaborados questionários com questões relativas aos conteúdos da sessão para cada formando preencher no final da sessão, de forma a avaliar se os conteúdos foram adquiridos. (Anexo 3)

Este objetivo foi concretizado mas para abranger o maior número de enfermeiros a formação foi transmitida nos turnos da noite aos restantes colegas e enviados os diapositivos para toda a equipa do SU.

**Objetivo específico 3: Realizar um póster com uma tabela de incompatibilidades, diluições e fichas técnicas dos Antibióticos**

➤ Atividades desenvolvidas

- Pesquisa bibliográfica sobre: - Antibioterapia
  - Guias farmacológicos
- Elaborar Póster
- Discutir póster com Enf<sup>a</sup> chefe e Enf<sup>a</sup> orientadora,
- Proceder a alterações se necessário,
- Implementar o póster no serviço.

Estas atividades permitiram-nos alargar os nossos conhecimentos sobre a antibioterapia bem como selecionar e resumir a informação a incorporar no póster para que o mesmo fosse apelativo e de fácil acesso e compreensão para a restante equipa.

➤ CrITÉrios de avaliação

- Uniformização nos cuidados pré e pós administração dos antibióticos.
- Acesso fácil ao póster para consulta.
- Análise da estatística obtida no preenchimento da avaliação da sessão pelos formandos;

Dos formandos presentes, todos efetuaram o preenchimento da avaliação da sessão.

## 2.4-AVALIAÇÃO

Um projeto integra um processo dinâmico, é passível de alterar.

A avaliação de um projeto deve integrar dois momentos, a avaliação intermédia que decorre em simultâneo com a execução do projeto e a avaliação final do mesmo, em que ocorre a avaliação do processo e produto do projeto. (Ruivo et All, 2010)

A avaliação deve facultar os elementos necessários para intervir de forma a melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios tendo em conta os objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados). (Ruivo et All, 2010)

Para avaliar o projeto e tendo em conta a importância do recurso a instrumentos de avaliação de forma a efetuar uma avaliação mais objetiva do projeto, baseamo-nos nos seguintes parâmetros:

- Resultados da avaliação da sessão de formação realizada pelos colegas presentes positivos;
- Resultados do questionário preenchido pelos colegas acerca dos conteúdos da sessão positivos;
- Feed-back, contributos e sugestões dos colegas para integrar no projeto;

Avaliar um projeto, implica verificar a consecução dos objetivos traçados inicialmente. (Ruivo et All, 2010)

De acordo com os objetivos específicos delineados, constatamos que os mesmos foram atingidos.

Ao refletirmos sobre os resultados deste projeto, cujo produto final foi a produção do guia farmacológico sobre antibioterapia para enfermeiros, consideramos que o maior ganho foi em termos de aquisição de conhecimentos e partilha de aprendizagens, que nos possibilitaram o desenvolver de competências comuns, específicas e de mestre, que incidem na melhoria da qualidade e na segurança dos cuidados prestados. Sendo que a segurança e gestão do risco assume extrema importância nos cuidados de Enfermagem.

A segurança do cliente, como parte integrante da qualidade dos cuidados de saúde, tem sido motivo de preocupação, quer para os clientes/famílias que têm vindo a assumir um papel mais ativo na sua saúde, quer para os enfermeiros e gestores das instituições. A promoção de uma utilização eficaz, eficiente e equitativa dos recursos na prevenção e controlo dos riscos, assume como principal objetivo a manutenção de um ambiente seguro quer para os clientes quer para os profissionais. Perante isto é fulcral adotar medidas para uma cultura de segurança, constituindo-se como um papel do Enfermeiro Especialista.

Com a realização deste projeto, consideramos ir ao encontro ao referido pela Ordem dos Enfermeiros, na tomada de posição sobre segurança do doente, onde refere que a segurança é fulcral à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. Refere ainda que algumas medidas como gestão do risco, de segurança ambiental, que englobam uma prática clínica segura, manutenção de um ambiente de cuidados seguros associadas a um corpo de conhecimento científico centrado na segurança da pessoa e nas infra estruturas necessárias para o garantir. (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

## 2.5- DIVULGAÇÃO

A divulgação dos resultados surge como o culminar de todas as etapas. Após a implementação de um projeto, é importante divulgar o mesmo." *Acreditamos que na área da saúde, a implementação da metodologia de projeto como meio de resolução de um problema ou suprimento de uma necessidade, da instituição (...) assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados aos clientes.*" (Ruivo et All, 2010, p.31)

A investigação é fulcral para o desenvolvimento contínuo da profissão e para a tomada de decisões adequadas de forma a prestar os melhores cuidados de enfermagem aos clientes. A investigação contribui para o alicerçar e consolidar de saberes e da ciência, que possibilita demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a prática, permitindo uma maior visibilidade social. (Martins, 2008)

A divulgação constitui um dever ético do investigador. (Ruivo et All, 2010) Posto isto, para divulgação do projeto na instituição, realizámos a sessão de formação, o protocolo realizado encontra-se disponível na intranet do hospital, acessível a todos os profissionais do mesmo.

Também, como forma de divulgação, elaborámos um artigo científico (Apêndice 1), de forma a divulgar e dar a conhecer à comunidade científica os resultados do trabalho realizado. Indo ao encontro do recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2006), que refere que todos os enfermeiros nas várias áreas de atuação tenham espírito investigador assim como pensamento crítico e adotem uma postura de aprendizagem ao longo da vida.

Efetuámos uma apresentação no dia 7 de Outubro (a aguardar certificado), que se reportou sobre **“Administração segura de antibioterapia EV e respetivas intervenções de enfermagem no serviço de urgência ”**, constituindo – se esta mais uma oportunidade para divulgação do mesmo.

### **3.- PROJETO DE APRENDIZAGEM CLINICA**

No decorrer do 2º Mestrado da ESS do IPS, era igualmente proposto a realização de um PAC com vista a aquisição de competências específicas do EEMC. A realização deste PAC também foi desenvolvido de acordo com a metodologia de projeto.

Assim sendo o PAC, projeto de aprendizagem clínica, foi elaborado tendo como referencial orientador as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros. O mesmo foi desenvolvido no serviço onde desempenhamos funções e no qual realizámos o estágio I, II e III, pois o serviço de urgência é um serviço que permite consolidar todas as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crítica.

Para o desenvolvimento do projeto de aprendizagem clínica (PAC), iremos desenvolver algumas atividades já referenciadas no planeamento do seu projeto de intervenção, que irá permitir a aquisição e consolidação das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

**“K1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.”**

Nesta competência temos várias unidades de competência:

“K.1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica “

O cliente /pessoa a vivenciar processos de doença crítica ou falência orgânica carece de cuidados altamente qualificados para dar resposta às necessidades afetadas de forma a manter e restabelecer as funções básicas de vida.

Sendo que, para esta prestação de cuidados de enfermagem é essencial a atualização constante de conhecimentos, dada a exigência da complexidade dos cuidados e dos muitos procedimentos invasivos, que em situação de emergência podem constituir a diferença entre a vida e a morte.

No decorrer da sua práxis clínica, no serviço de urgência onde desempenhamos funções, é comum prestar cuidados de enfermagem ao cliente urgente e emergente. É primordial estar desperto para detetar sinais e sintomas que permitam identificar eventuais focos de instabilidade para responder atempadamente aos mesmos.

No decorrer do estágio II, enquanto estudante vivenciámos algumas situações na área da pessoa em situação crítica. Passamos a descrever uma das situações que nos marcou particularmente. Homem de 48 anos de idade, raça caucasiana, sem antecedentes relevantes, trazido pela SIV por ingestão voluntária de gramoxone. À entrada, GCS de 15. Traçado cardíaco sugestivo de ritmo sinusal, normotenso, hipotermico. SatO<sub>2</sub> de 90-95%. Trazia SNG com carvão ativado. Foram colocados dois acessos venosos periféricos, um com soroterapia, cristalóides e coloides, e reposição de KCL e outro ficou obturado para medicação. Algaliado com foley nº 18, urina clara com bons débitos. Feita limpeza corporal. Evacuou duas vezes fezes líquidas de cor castanha com vestígios esverdeados e de cheiro fétido.

Recebeu a visita da família, esta foi informada da situação do cliente e que o mesmo seria transferido de helicóptero para outra instituição a fim de receber outro tipo de cuidados diferenciados de que necessitava e que no nosso hospital não seria possível.

O cliente foi preparado para o transporte: verificada a estabilidade hemodinâmica, verificada a permeabilidade dos acessos, revisão da história clínica e os exames complementares que o cliente executou. Recebemos a equipa do helicóptero, foram transmitidas todas as informações relevantes, feita a mudança para a maca de transporte com o cliente devidamente monitorizado e já com o equipamento da equipa do helicóptero e saíram com destino a outro hospital com prognóstico reservado. Todo o procedimento teve por base orientadora o documento emanado pela Ordem dos Médicos com o título : *Transporte do Doente Crítico*.

Nestas situações em que há compromisso das funções vitais, os cuidados de enfermagem altamente qualificados, são de extrema importância.

Para o desenvolvimento desta competência, contribuíram grandemente os aportes do módulo “Cuidados ao Cliente com Falência multiorgânica”, pelas temáticas abordadas, que permitiram consolidar conhecimentos sobre, fisiopatologia da sepsis e o desenvolvimento de órgãos e sistemas; tipos de falência de órgãos e sistemas; critérios de gravidade; choque (definição, epidemiologia, fisiologia. tipos de choque, apresentação clínica, terapêutica).

Na abordagem ao doente crítico é importante identificar se o doente está em falência de órgão, tendo sido também lecionado em sala de aula quais os tipos de falência de órgãos e sistemas assim como os critérios de gravidade.

### **“K.1.2-Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”**

No nosso contexto de trabalho e de ensino clínico, no serviço de urgência do hospital do Sul, existem vários protocolos complexos, nas situações via verde coronária, via verde AVC, e em clientes com traumatismos vertebro medulares. Após a sua triagem, os clientes são encaminhados para a sala de emergência, são ativadas as vias verdes, são cumpridos os protocolos instituídos. Apesar de gerir protocolos terapêuticos complexos, sentimos necessidade de consolidar esta competência que julgamos ter sido possível através da elaboração do guia farmacológico no decorrer do desenvolvimento do PIS.

Como atividades propostas para consolidar esta unidade de competência perspetivamos como objetivos a:

- Elaboração de póster com tabela de incompatibilidades, diluições e tempo de administração.
- Realização de Acção de formação sobre administração segura de antibioterapia, que desenvolvemos ao longo da realização do PIS e que já descrevemos no capítulo anterior.

### **“K.1.3-Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas”**

A dor constitui uma das principais razões da procura de cuidados de saúde, as suas causas são de etiologia variada, traumatismos, cirurgias, parto, isquemia, doença crónica.

Para a DGS *“a dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a Dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial.”* (DGS, 2003,p.3)

Pode classificar-se em dor aguda ou crónica dependendo da sua causa ou duração.

A dor afeta o indivíduo na sua globalidade, pelo que a abordagem deverá ser multidimensional, tendo em conta não apenas os aspetos sensoriais mas também as repercussões a nível psicológico, social, cultural associados à patologia dolorosa. (DGS, 2008)

O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes com dor e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde (DGS,2003)

O controlo da dor engloba as intervenções dirigidas à sua prevenção e tratamento. Perante uma pessoa com dor, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados para eliminar a dor ou reduzir os níveis de forma a serem considerados aceitáveis pela pessoa. (ordem dos enfermeiros, 2008)

*“O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão a Direção Geral da Saúde institui a dor como 5º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes.”* (ordem dos enfermeiros, 2008,p.9)

O cliente com dor é uma realidade constante no serviço de urgência onde desempenhamos funções, sendo imprescindível que os enfermeiros a valorizem e a considerem premente como 5º sinal vital de forma a ser avaliada e registada utilizando sempre que possível escalas de dor.

Desta forma para a aquisição desta unidade de competência:

-Identificámos sinais, sintomas e características da dor;

-Avaliámos a dor, utilizando a escala visual analógica na triagem de Manchester e a escala de fácies na pediatria;

-Avaliámos medidas farmacológicas e não farmacológicas (aplicação de calor e frio, massagem) para controlo da dor, de forma a promover o bem-estar dos clientes assim com a sua qualidade de vida;

-Avaliámos a eficácia das medidas de controlo da dor;

Para uma melhor compreensão e orientação para as intervenções de enfermagem perante a pessoa com dor, contribuiram grandemente os aportes lecionados em sala de aula no módulo Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Dor e também porque:

*“As boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica disponível e na opinião de peritos” (ordem dos enfermeiros, 2008,p.8).*

K.1.4-Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica

K.1.5-Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

O papel na relação enfermeiro/cliente/família perante a situação crítica de doença é primordial. O módulo cuidados em situação de crise lecionado neste semestre, trouxe aportes importantes para desenvolver esta unidade de competência. Assim como a reflexão sobre os conceitos de pessoa e família e a forma como cada pessoa e família irá gerir o seu processo de doença. O enfermeiro deverá ter um papel ativo em parceria com os mesmos. Nos processos de doença quer seja aguda ou crónica, os comportamentos diferem de pessoa para pessoa, de acordo com a fase do ciclo vital em que se encontram.

Num processo de doença é inevitável que ocorra stress, poderá ser positivo, ou seja encarado como um desafio que proporciona crescimento ao nível pessoal, mas que também pode ser visto como negativo na medida que traz angústia inevitavelmente. Perante estas situações o enfermeiro deverá desenvolver intervenções com o intuito de reduzir o stress. No nosso contexto de trabalho e no decorrer do estágio foi comum prestar cuidados de enfermagem ao cliente em situação crítica, em situação de doença aguda e crónica. Sendo a comunicação imprescindível para uma melhor prestação de cuidados ao cliente e família que vivenciam processos de doença complexos, geradores inevitavelmente de stress e de sofrimento. A comunicação é essencial em todas as acções realizadas junto do cliente como informar, colheita de dados, apoiar, procedimentos invasivos ou não invasivos, relação de ajuda.

O prestador de cuidados assume o papel de conselheiro, uma vez que ao acompanhar, esclarecer sobre as oportunidades e riscos associados aos vários caminhos possíveis e ajudar a escolher o que é melhor para a pessoa. A comunicação assume-se como uma ferramenta essencial na relação enfermeiro/cliente/família, quer seja verbal ou não verbal. É a pedra basilar das nossas acções, é através da mesma que conseguimos avaliar o cliente de forma holística. Através da comunicação

terapêutica, é possível identificar os seus problemas de saúde e utilizar estratégias tendo em conta a complexidade do seu estado de saúde.

Ao abordarmos a teoria de Watson podemos rever num dos seus fatores que: *Formação de um sistema de valores humanisto-altruísta. Os valores humanistas e altruístas, são aprendidos desde cedo, no entanto são influenciáveis pela Educação para a saúde em Enfermagem”*

Perante uma situação de doença inesperada ou não, o cliente e família deverão ter um papel ativo em parceria com os profissionais de saúde, e cabe a nós enfermeiros, o papel de apoio, informar quais os recursos disponíveis e avaliar em termos de suporte familiar.

Numa prática dos cuidados de enfermagem centrados no cliente, numa perspetiva holística, onde se dá ênfase ao cuidar, a relação de ajuda entre enfermeiro-cliente assume-se como pilar dos cuidados de enfermagem, na qual é fundamental que o profissional seja dotado de conhecimentos, aptidões e atitudes para responder às necessidades específicas do outro. É indispensável que o profissional tenha conhecimentos acerca dos princípios teóricos que sustentam a sua prática, conhecimentos de si e do seu papel, para melhor definir a sua própria conceção de relação de ajuda profissional, que se irá revelar na sua forma de estar e fazer ao longo das suas intervenções. O enfermeiro deverá possuir habilidades para tornar a sua ação eficaz. Sendo que a relação se exprime no reconhecimento do outro como pessoa, como um todo é manifestada através de atitudes do interveniente como: compreensão, empatia, autenticidade e respeito caloroso, compaixão e esperança. Só através desta panóplia de competências do enfermeiro é possível caminhar com a pessoa. O enfermeiro irá acompanhar o outro, ajudar a identificar e escolher o caminho mais desejável para o outro, no qual possa desenvolver-se.

Outro dos dez fatores referentes á prática de enfermagem que podemos encontrar na teoria de Watson (Neil in Tomey e Alligood, 2004) refere: *“O estabelecer uma relação de ajuda – confiança entre enfermeiro/doente é fundamental para o cuidar transpessoal. A mesma promove a aceitação dos sentimentos positivos e dos negativos. Engloba coerência, empatia, um calor humano não possessivo e uma comunicação eficaz.”*

## **K.2-Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção**

Nesta competência temos como unidades de competência:

K.2.1-Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência

K.2.2-Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe

Os planos de emergência da proteção civil existentes são regionais, municipais, distritais ou nacionais. Estes planos são documentos concebidos para dar resposta a situações como acidentes industriais graves, incêndios florestais, sismos. Sendo um dos objetivos do mesmo “Assegurar a criação de condições favoráveis ao empenhamento rápido, eficiente e coordenado de todos os meios e recursos disponíveis num determinado território sempre que a gravidade e dimensão das ocorrências atinja níveis considerados críticos.” (Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Setúbal, 2010)

Após pesquisa apenas consegui aceder ao plano distrital, regional e municipal. O plano de emergência nacional, não se encontra disponível.

O hospital do Sul dispõe de um plano de Emergência interno, o mesmo implica a criação de uma estrutura adequada, de forma a uma atuação o mais eficaz e ordenada possível, em situação de emergência interna ou seja perante vários tipos de sinistro que possam ocorrer tais como, incêndio, explosão, sismo, inundação e ameaça de bomba.

Estão a decorrer atualmente de forma faseada, formações para todos os funcionários no âmbito do plano de emergência interna, que aborda a sua constituição e como atuar, o número de emergência interno (1115) e como evacuar os respetivos serviços. Esta formação dispõe também de uma componente prática em colaboração com a corporação de bombeiros com uma simulação prática com a utilização de extintores. Realizou esta formação a 06/03/2013 (anexo 3), no âmbito do estágio, que consideramos ter sido bastante pertinente, uma vez que as situações de catástrofe felizmente são raras, mas quando ocorrem a sua gravidade é extrema, pelo que toda a equipa deve estar preparada e para tal necessita de estar informada e formada para agir em consonância com o estipulado no plano de emergência interno em articulação com a segurança e os restantes profissionais, de forma a minimizar eventuais falhas. Em situação de catástrofe com vista a salvar o máximo número de vidas, tanto quanto possível e prestar cuidados atendendo aos recurso

existentes, a triagem é feita de forma diferente do habitual, são triados primeiro os doentes menos graves e posteriormente os mais graves, são utilizados discriminadores mais simples em vez de gerais e específicos. Seleciona-se os doentes que andam (pulseira verde) e os doentes em maca categorizados de acordo com as respetivas cores de pulseiras nomeadamente, vermelhas, amarelas ou pretas, tendo em conta os critérios estabelecidos, não se deve demorar mais de 15 segundos por cada doente. Existem no serviço de urgência onde desempenha funções 50 kits de catástrofe dos quais constam 4 pulseiras em cada kit, com as respetivas cores preto, vermelho, amarelo e verde. Consta ainda do processo do doente etiquetas para identificação, envelope e saco para espólio de roupa e valores, de acordo com o estipulado e descrito pela triagem de Manchester, procede-se inicialmente à avaliação primária, onde é atribuída a respetiva cor da pulseira.

Ainda no decorrer do seu estágio na urgência do hospital do sul elaboramos uma norma regulamentar sobre gestão de pessoal de enfermagem na sala de emergência do referido serviço em situação de multivítimas. A referida Norma Regulamentar( Apêndice 16) define as regras para uma boa gestão do pessoal de enfermagem na sala de emergência tendo como objetivos: normalizar a utilização da sala de emergência; definir responsabilidades de operacionalidade da sala de emergência; e assegurar a boa funcionalidade da sala de emergência.

**K.3-Maximiza 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.**

Nesta competência temos como unidades de competência:

K.3.1-Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica

K.3.2-Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à prestação de cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica

A IACS ( Infeção Associada aos Cuidados de Saúde ),tem vindo a assumir uma preocupação cada vez maior na medida em que com o aumento da esperança média de vida e com as novas tecnologias, assim como o aumento do número de doentes em terapêutica imunossupressora

,aumenta também o risco de infeção. De acordo com estudos internacionais, cerca de um terço das infecções adquiridas em contexto da prestação de cuidados são preveníveis.(DGS ,2007)

*“A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.”(DGS, 2007,p.4)*

É primordial o envolvimento de todos os profissionais de saúde, que consideramos passar pelo conhecimento das medidas a tomar assim como mudar comportamentos e adotar as medidas necessárias na prestação de cuidados diariamente. Não devemos responsabilizar apenas os elementos das comissões de controlo hospitalar, já que de forma isolada não é possível reduzir a taxa de IACs, mas sim devemos trabalhar em parceria. Se todos nós, ao cumprirmos de forma consciente e correta todos os procedimentos, desde o procedimento mais básico mas não menos importante como a higienização das mãos, conseguiremos seguramente reduzir a IACs. Sendo que as infecções causadas por agentes resistentes, 30 a 40 % resultam da colonização e infeção cruzada, em que o principal veículo de transmissão é as mãos dos profissionais de saúde. (DGS, 2007)

A existência e o cumprimento de normas de procedimento nas instituições contribui para diminuir as IACS.

Uma das problemáticas frequentes no serviço, era a inexistência de um isolamento para clientes com necessidade do mesmo, tendo sido informada a chefia do serviço e o elo de ligação, pelo que atualmente, foi homologada uma norma em que está prevista esta situação.

As normas existentes no âmbito do controle de infeção hospitalar no serviço são: algaliação, cateterização venosa periférica, norma de procedimento na prevenção da transmissão nosocomial do clostridium difficile que requer que seja efetuado isolamento de contacto, proceder á respetiva sinalização com dístico informativo de forma a alertar todos os profissionais de que precauções deverão ter, assim como educar quer o cliente quer a família sobre a necessidade da restrição de visitas, a necessidade de higienização das mãos com sabão e com antiséptico, utilização dos equipamentos de proteção individual, descontaminação de objetos pessoais.

Na infeção hospitalar, considera-se o hospedeiro o elo da cadeia epidemiológica mais importante uma vez que aloja os principais microrganismos que na grande maioria dos casos desencadeias

processos infecciosos. A patologia de base pode favorecer a ocorrência de infecção hospitalar, uma vez que os mecanismos de defesa se encontram afetados. (Pereira [et al], 2005)

Os procedimentos efetuados devem respeitar medidas, como a higienização das mãos, utilização dos equipamentos de proteção individual, utilização da técnica asséptica em todos os procedimentos que assim a justifiquem, tais como procedimentos invasivos, punção venosa, algáliação e na realização dos pensos.

Para o desenvolvimento desta competência, contribuíram também os aportes lecionados em sala de aula no módulo “Cuidados ao cliente com múltiplos sintomas”. Em sala de aula foi ainda elaborado em grupo, um trabalho que foi apresentado à turma, com o tema “ Higienização das mãos”, que sendo uma técnica frequente não deverá ser banalizada e deve ser cumprida a norma existente no serviço de acordo com os níveis de evidência.

O melhorar a higiene das mãos para prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde, constitui-se como uma das soluções para a segurança do doente, definida pelo programa de Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007).

Durante o estágio ao realizar a ação de formação no serviço bem como na elaboração do guia farmacológico, foi enaltecida a importância da prevenção da infecção associada ao cateterismo venoso periférico bem como na limpeza dos cateteres e sistemas de soros após a administração dos antibióticos, contribuindo assim mais uma vez para a diminuição das IACS.

Por tudo o que foi referido anteriormente, consideramos ter adquirido a competência.

#### **4- AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

As competências comuns do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica designadas pela Ordem dos Enfermeiros, são:

- **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Para o desenvolvimento desta competência contribuíram grandemente os aportes lecionados em sala de aula no módulo filosofia, bioética e direito bem como ética em enfermagem e ética em investigação. Por outro lado o módulo opcional permitiu fazer uma análise do código deontológico do enfermeiro, que é uma área na qual sentimos muita necessidade de aprofundar conhecimentos, onde foi possível esclarecer algumas dúvidas.

O código deontológico do enfermeiro, publicado em anexo ao Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro assim como o REPE enquadram os princípios éticos e deontológicos a cumprir no exercício da Enfermagem. A deontologia tem como objetivo proteger os direitos das pessoas e fundamentar as nossas acções enquanto profissionais. No código deontológico estão descritos princípios profissionais de natureza ética orientadores da nossa prática, valores que servem de critério na tomada de decisão e deveres correspondentes às, normas e condutas do agir. Consideramos que se os enfermeiros conhecerem o seu código deontológico conseguem mudar comportamentos e obter mais reconhecimento pelos seus pares.

No âmbito do PIS, foram mobilizados os aportes lecionados nos módulos ética em enfermagem e ética em investigação, através do pedido de autorização, elaboração e aplicação de questionário para conhecer a opinião da equipa de enfermagem sobre a pertinência do tema a abordar.

A ética em Enfermagem engloba o desenvolvimento do enfermeiro cujo valor crucial da prática é o cuidar da pessoa humana. Possui uma dimensão ética que engloba o respeito por si como pessoa e pelos outros enquanto pessoas. Integra o respeito pela dignidade, liberdade e escolha humana. Comporta uma dimensão moral, que resulta do que os outros esperam de nós enquanto profissionais, como o respeito, o serviço, a competência e a justiça. (Lopes e Nunes, 1995)

Enquanto enfermeiros consideramos que os conhecimentos, princípios e deveres que orientam as suas tomadas de decisão devem ser alicerçados na ética profissional assim como no nosso código deontológico. Os Enfermeiros têm o direito e o dever de orientar e justificar os seus atos em fundamentação jurídica e conforme o descrito no código deontológico do enfermeiro. A excelência do cuidar passa impreterivelmente por cuidados de enfermagem que contemplem uma reflexão ética e deontológica à luz dos princípios e deveres explícitos no código deontológico e nunca descuidando os valores pessoais e profissionais do enfermeiro. Só com base nestes alicerces é possível dar maior visibilidade aos cuidados de enfermagem e contribuir para o progresso da profissão de enfermagem.

*Cuidar é uma forma de estar na vida, é uma atitude de constante atenção/observação ao outro, ao mundo e a nós. É uma ligação estabelecida através de um caminho intrincado de compreensão, aceitação, reciprocidade, empatia e harmonia no encontro com o outro. Assim, ética é indissolúvel da qualidade de cuidados em enfermagem na procura pela excelência. A enfermagem é a profissão que tem uma responsabilidade ética e social, tanto para o individuo como para a sociedade, para ser responsável pelo cuidar ... no presente e no futuro. (Watson, 2002, p.61)*

Consideramos que com todos os aportes que foram lecionados no módulo, adquirimos a competência.

- **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

O desenvolvimento do projeto de intervenção em serviço, já descrito anteriormente, fundamentado em conhecimentos científicos, pertinentes e válidos, visa a melhoria contínua dos cuidados prestados, assim como contribuir para a segurança do cliente. Contribuíram também para o desenvolvimento desta competência os aportes lecionados em sala de aula, no módulo estratégias de melhoria contínua da qualidade, onde foram ministrados aportes sobre ferramentas da gestão como FMEA.

A qualidade em saúde é um atributo reconhecido como uma necessidade e exigência na perspetiva de vários intervenientes; utentes, prestadores de cuidados, gestores e políticos. (Ordem dos enfermeiros,2002) Ainda no âmbito deste domínio, realizamos a formação sobre os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros que decorreu na instituição.

Desenvolvemos em grupo, um trabalho no módulo gestão de processos e recursos no 1º semestre, um projeto de intervenção organizacional (Criação de uma creche 24h para filhos de funcionários do hospital), que contempla a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Não foi ainda implementado pela instituição devido às contingências financeiras.

- **Competências do domínio da gestão dos cuidados**

No âmbito do PIS, realizou a gestão de recursos humanos no decorrer do projeto, quer a nível macro, pedido de autorização para desenvolver o projeto e a nível micro, que se prende pelo fato de envolver toda a equipa de enfermagem no mesmo. Considera ter esta competência adquirida, desempenha funções de chefe de equipa, na ausência do 1º e 2º elemento. Efetua a gestão de recursos humanos (equipa de enfermagem e de assistentes operacionais) e gestão do serviço na ausência da chefe do mesmo. No entanto, considera que os aportes lecionados em sala de aula no 1º semestre, no módulo gestão dos cuidados de enfermagem contribuíram para consolidar a competência.

- **Competências do domínio das aprendizagens profissionais**

Para uma prestação de cuidados de qualidade é imprescindível o papel da formação, *“ela desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes”*(Collière,1999,p.339). Desta forma a formação contribui para que cada um construa o seu próprio caminho e vá adquirindo determinadas competências.

Estas assumem características multidimensionais, em que as expectativas de cada um vão se modificando de acordo com as experiências que cada um vivência e reflete. (Nunes, 2002)

O trabalho desenvolvido no âmbito do PIS tem contribuído grandemente para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, com os conhecimentos adquiridos e consolidados na sua esfera de ação a somar à sua práxis que foi bastante enriquecedora.

Foi de muita importância a pesquisa bibliográfica a que recorreremos, ao elaborar documentos baseados na evidência contribuimos para a nossa autoformação e por outro lado para a heteroformação quando formámos a equipa ou partilhámos os nossos documentos.

## 5-ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Decreto-lei 74/2006 de 24 de Março, preconiza que no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional, referido pelo artigo 18º, nº4. Visando os objetivos legalmente fixados e tendo em conta a vinculação ao perfil do enfermeiro especialista, as competências a desenvolver enquanto Mestre em enfermagem, que se encontram descritas no guia de curso do 3º Semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal são:

### **1- Demonstre competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem;**

Ao longo da nossa prática clínica tivemos oportunidade de orientar alunos em estágio o que nos concebeu a oportunidade de realizar supervisão clínica dos cuidados de enfermagem. Paralelamente a uma formação teórica ajustada ao estadió de aprendizagem do estudante, a supervisão clínica em ambiente de ensino clínico ou estágio, assume uma abordagem pedagógica frequente na formação de enfermeiros. (Deodato, 2010)

Consideramos o papel do supervisor, um papel de extrema importância, mas também de grande responsabilidade. *“O estudante é detentor de um conjunto de saberes teóricos, em que em contexto de estágio poderá ter alguma dificuldade em coadunar a teoria com a prática, pelo que o enfermeiro orientador deverá “assegurar a dinâmica da estruturação de tais saberes.”* (Carvalho, 2003, p.15)

Enquanto enfermeiros tutores, consideramos um privilégio participar no processo de aprendizagem do estudante, futuro profissional. Sendo que *“ A supervisão implica uma visão de qualidade, inteligente, responsável, livre, acolhedora, serena e envolvente de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois, ou seja, de quem entra no processo para o compreender por dentro e por fora, para o atravessar com o seu olhar e ver para além dele numa visão prospetiva baseada num pensamento estratégico.”* (Alarcão e Tavares, 2003, p.45)

Supervisão de cuidados reporta-se a uma estratégia possível de acompanhamento de competências clínicas, pelo enfermeiro em formação, permite um espaço de reflexão sobre as

decisões tomadas e os atos praticados ou omitidos a par da supervisão clínica de acompanhamento contínuo, o que irá contribuir para o desenvolvimento de competências que é pretendido. (Deodato, 2010).

Em sala de aula realizámos em grupo, um trabalho no âmbito da supervisão de cuidados (apêndice 18), cuja realização se constituiu um momento enriquecedor de aprendizagem e de partilha de experiências e principalmente permitiu a conceção, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem. Foi identificada uma situação problemática e em seguida emergiram os diagnósticos de Enfermagem identificados, foram planeadas as intervenções assim como os resultados esperados, foi efetuada a respetiva avaliação e fundamentação. Para a tomada de decisão numa situação complexa, foram mobilizados todos os aspetos que considerámos pertinentes, nomeadamente questões éticas, deontológicas e referentes à qualidade dos cuidados assim como os conteúdos lecionados em espiritualidade. Sendo que para prestar cuidados de uma forma holística, temos de considerar também as necessidades espirituais da pessoa que estamos a cuidar. Para prestar estes cuidados, o enfermeiro detém uma ferramenta basilar, a relação de ajuda, na qual a escuta se assume como um instrumento poderoso. Segundo Lazure (1994), a escuta é uma capacidade, um instrumento essencial, que a enfermeira deve desenvolver, uma vez que se constitui como a única forma de compreensão dos clientes.

A relação de ajuda tem início com o outro em que este produz um pedido de ajuda, que pode ser implícito ou explícito, recebido pelo enfermeiro, que compreende o pedido. A relação de ajuda implica reciprocidade entre os dois intervenientes, *"uma abertura mútua onde cada um aceita influenciar e ser influenciado, dar e receber...consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e de fazer e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade."* (Chalifour, 2008, p.33)

Consideramos que para o enfermeiro estabelecer relação de ajuda é necessário que ele próprio seja dotado de conhecimentos, aptidões e atitudes para responder às necessidades específicas do outro. De forma a garantir que *"Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue."* (OE, 2002, p.8). Neste sentido, não podemos ficar indiferentes ao facto de que uma pessoa é um ser único, com uma singularidade própria, com uma história de vida, uma cultura e uma religiosidade própria, pelo que temos de a

respeitar como tal. Neste sentido, temos de ter sempre presente enquanto enfermeiros, que bons cuidados denotam, coisas diferentes para pessoas diferentes. (OE, 2002).

Sendo dever do enfermeiro *“cuidar da pessoa sem discriminação económica, ideológica e religiosa e fazer respeitar as opções culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer nestas áreas os seus direitos.”* (Código deontológico dos enfermeiros, Decreto-Lei nº 111/2009, p. 6548)

Perante a importância da continuidade dos cuidados, esta constitui-se como um direito do doente. (DGS, carta dos direitos do doente internado, 2005).

*“ A Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), um programa do ICN, foi concebida para ser uma parte integral da infra-estrutura global de informação, que informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos clientes em todo o mundo”.* (OE, 2009, p.7).

A CIPE fornece as prioridades de gestão de dados críticos que permitem documentar as práticas de enfermagem e assim compreender o trabalho de enfermagem, no contexto de cuidados de saúde global sustentada no conhecimento. (CIPE, v.1.0.,2006)

A linguagem CIPE contribui para estabelecer uma terminologia comum que possibilita identificar os fenómenos, as intervenções específicas e os resultados obtidos para os clientes. Assim como reconhecer o papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar de cuidados de saúde e diferenciar as práticas dos enfermeiros peritos de outros prestadores de cuidados de saúde, tornando-se um contributo essencial também para a investigação. Através da partilha dos dados e informações de enfermagem é possível promover cuidados de saúde responsáveis, baseados na evidência, obtendo melhores resultados em saúde para as pessoas, a nível mundial. (CIPE, v.1.0.,2006)

O nosso olhar sobre a CIPE, permite nos considerar a mesma uma forma de dar visibilidade aos cuidados de enfermagem sendo uma ferramenta que permite uniformizar e categorizar registos.

Os dados resultantes da utilização da CIPE, contribuem para sustentar a tomada de decisão, melhorando a segurança e a qualidade dos cuidados para os doentes e famílias. (OE, 2009)

Também no que se consigna ao desenvolvimento do PIS, consideramos ter mobilizado esta competência de mestre. Ao identificar um problema, uma necessidade de serviço, ao realizar o diagnóstico da situação e posteriormente a fase de planeamento, em que para os processos de

tomada de decisão segura, foram considerados os aspectos éticos e deontológicos, de forma a assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

Consideramos que os conhecimentos, princípios e deveres que orientam as nossas tomadas de decisão devem ser alicerçados na ética profissional assim como no nosso código deontológico. Os Enfermeiros têm o direito e o dever de orientar e justificar os seus atos em fundamentação jurídica e conforme o descrito no código deontológico do enfermeiro. A excelência do cuidar passa impreterivelmente por cuidados de enfermagem que contemplem uma reflexão ética e deontológica à luz dos princípios e deveres explícitos no código deontológico e nunca descurando os valores pessoais e profissionais do enfermeiro. Só com base nestes alicerces é possível dar maior visibilidade aos cuidados de enfermagem e contribuir para o progresso da profissão de enfermagem.

## **2- Realize desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas.**

No decorrer do nosso percurso profissional a formação como investimento pessoal e profissional tem assumido uma preocupação constante. Neste patamar de aprendizagem, consideramos fulcral aprofundar conhecimentos, em complemento aos já adquiridos, na nossa área de ação, a somar à nossa praxis. Nomeadamente a aquisição de competências, motivo pelo qual ingressámos neste mestrado.

Para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é imprescindível o papel da formação, o enfermeiro inicia a sua formação, com o curso de base, complemento de formação, formação em serviço e continua a fazer formação ao longo da vida, "*ela desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes*" (Collière, 1999, p.339). Desta forma a formação contínua contribui para que cada um de nós construa o seu próprio caminho e vá adquirindo determinadas competências, nomeadamente profissionais. Estas assumem características multidimensionais, em que as expectativas de cada um vão se modificando de acordo com as experiências que cada um vivência e reflete. (Nunes, 2002).

A Andragogia, formação de adultos tem as suas raízes na pedagogia, segundo NovaK, as pessoas deverão ser valorizadas no sentido de elas próprias se encarregarem de interpretar as experiências

que vivem, sendo fulcral que cada pessoa aprenda a aprender de forma significativa. (NovaK, 1984) Em andragogia a principal fonte de aprendizagem é sem dúvida a experiência, as situações de vida que cada um já vivenciou tendo um papel primordial neste processo. O ensino reporta-se essencialmente no uso de ferramentas direcionadas para ser o próprio aluno a refletir sobre as suas experiências e aprender a partir destas, de forma conducente ao empowerment. Sendo este um processo contínuo, em que indivíduos ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder de forma a gerir os seus interesses. (WHO, 1999)

Desempenhamos funções num serviço de urgência há cerca de 9 anos, sendo a prática clínica uma área de investigação, que é considerada uma fonte de desenvolvimento do conhecimento. Pelo que consideramos estar ao nível de perita, nesta área, de acordo com o definido por Patrícia Benner (2001), que descreve cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências que são, iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Sendo perita aquela que não se baseia, apenas em regras e indicações. A perita baseia as suas ações na experiência, gere situações complexas de uma forma admirável. Obtém reconhecimento dos colegas e dos doentes. A perita descreve situações clínicas, nas quais a sua intervenção foi notória, dando visibilidade e reconhecimento da sua perícia.

O desenvolvimento do conhecimento numa disciplina prática requer aumento dos conhecimentos práticos, o saber como (Know-how), através de investigações científicas com base na teoria e no “saber fazer”, desenvolvido durante a experiência clínica vivida de prática dessa disciplina. (Benner, 2001)

A sua prestação de cuidados é intuitiva, de rápida atuação, prevê e antecipa os fenómenos, quando no seu contexto de ação demonstra segurança e perícia. A mesma autora, defende que o conhecimento prático pode enriquecer a teoria ou ser desenvolvido de acordo com fórmulas científicas, considera que as situações clínicas são sempre mais complexas e variadas do que as explicações teóricas. Sendo a prática clínica uma área de investigação é considerada uma fonte de desenvolvimento do conhecimento. (Benner, 2001)

A profissão de enfermagem, enquanto contexto técnico-científico em contínuo desenvolvimento e maturação, exige a si mesma e aos seus profissionais, dimensões diferenciadas de competências no sentido de se assumirem como um exemplo vivo, quer na capacidade para dar resposta a situações de diagnóstico, prognóstico e tratamento de doentes, quer, como exemplificadores dessa mesma capacidade. (Mendonça, 2009)

Enquanto enfermeiros temos o dever de acordo com a alínea c do artigo 88º do Estatuto da OE, de “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (Ordem dos Enfermeiros, Estatuto, 2009, p.77)

Foi elaborada pesquisa bibliográfica tendo em conta resultados baseados em evidência, os quais incorporámos nas práticas.

Ao fazer um plano de sessão e um conjunto de slides na apresentação que realizámos no serviço tivemos em conta os princípios da pedagogia.

O cuidar para Watson (2002) assume-se como uma forma de ser de se relacionar e como um imperativo moral, um processo de interação entre seres humanos, onde o cuidar humano traduz a essência dos cuidados de enfermagem.

### **3- Integre equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva.**

A multi-profissionalidade perante a complexidade de respostas a problemas de saúde e a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem exigem a resposta de um profissional competente. Sabemos que a interdisciplinaridade numa equipa de saúde não exclui nem a independência, e a autonomia de cada profissional, nem um referencial próprio que necessite da contribuição específica no vasto domínio da saúde. (Serrano [et al], 2011)

É importante que os enfermeiros assumam um papel ativo no seio das equipas. Estamos de acordo com o referenciado pela ordem dos enfermeiros”...*nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.4)

Como fruto do nosso projeto de intervenção em serviço resultou um guia farmacológico sobre antibioterapia , em que para a sua elaboração, sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos científicos na área, envolvemos a equipa, desde o início do projeto, pois consideramos que se a equipa estiver envolvida, o seu empenho é certamente maior. A motivação da equipa infere os resultados obtidos. Sendo motivação, a vontade de exercer níveis elevados de esforço para que a

organização alcance os seus objetivos, esforço esse que é condicionado pela forma como a mesma satisfaz alguma das necessidades dos indivíduos. (Bilhim, 2001)

Para divulgação do projeto realizámos uma sessão de formação direcionada para a equipa de enfermagem.

*“A prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimentos de comportamento humano para gerar ou promover a saúde e para prestar assistência aos que se encontram doentes. A ciência do cuidar é, portanto, complementar à ciência do curar.”(Watson, 2002)*

#### **4- Aja no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos:**

A tomada de decisão em enfermagem, requer bases sólidas de conhecimentos, técnico, científicos, humanos, éticos e deontológicos.

De forma a desenvolver o projeto, alicerçado em sólidas bases de conhecimento, efetuámos uma pesquisa exaustiva, bibliográfica, em bases de dados científicas, artigos recentes, na área da segurança do doente e administração de antibioterapia, de forma a garantirmos que a informação obtida seria a mais fidedigna e atual possível.

Para prestar cuidados de qualidade, os enfermeiros devem refletir e avaliar as suas ações, tendo como fundamento os conhecimentos clínicos baseados na evidência.(Percurso, 2010)

A atual complexidade e dinâmica da enfermagem, causada pelos constantes avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde e pelos dilemas éticos e morais permanentes que se colocam, requerem que os enfermeiros sejam capazes de tomar decisões complexas de forma autónoma. (Ribeiro, 2011)

De acordo com Neves (2002), uma profissão só é autónoma, quando tem capacidade para decidir e se responsabilizar sobre as decisões que toma e os resultados que daí advêm.

Para uma tomada de decisão, consciente, e refletida, em nossa opinião, devemos ter conhecimentos sólidos assim como, ter sempre presente os aspetos éticos e deontológicos que regem a nossa profissão.

O REPE, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, e o Código Deontológico do Enfermeiro, publicado no Decreto-lei 104/98 de 21 de Abril, são ferramentas que definem a

Enfermagem, afirmam as regras de exercício, configuram as formas e as áreas de atuação, prescrevem os deveres e afirmam, aos cidadãos, o mandato social da profissão, num cenário de fundo que é a autorregulação dos enfermeiros pelos enfermeiros. (Nunes, 2008,b)

*“Um ambiente de cuidar proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha a melhor ação para si num dado momento.” (Watson, 2002)*

#### **5- Inicie, contribua para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.**

A investigação reveste-se de grande relevância, para o desenvolvimento contínuo da profissão de Enfermagem, assim como para a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, constitui-se um alicerce e permite o consolidar ao nível do conhecimento e da ciência e permite ainda demonstrar aos outros o porquê da prática, permitindo um forte contributo para a sua visibilidade social. (Martins, 2008)

O desenvolvimento deste trabalho de mestrado, foi ancorado na metodologia de projeto, sendo a mesma uma metodologia que envolve reflexão, baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que pretende identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas. (Ruivo et All, 2010)

Esta metodologia aproxima-se bastante da investigação-ação. Pelo exposto neste relatório, temos a realçar a aquisição de novos conhecimentos, a consolidação dos já existentes, o processo de tomada de decisão necessária baseada na evidência, de acordo com a pesquisa efetuada em bases de dados, em artigos, sustentada na opinião de peritos e dos pares, o que contribuiu para o desenvolvimento desta competência.

A prática de Enfermagem baseada na evidência constitui-se como a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), aliada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos clientes, no âmbito dos recursos disponíveis (Ordem Dos Enfermeiros, 2006)

*“Uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões. O processo de enfermagem assemelha-se ao processo de investigação.”(Watson, 2002)*

Posto isto, com a elaboração deste projeto de um modo proactivo, suportado pela evidência, em nossa opinião consideramos ter contribuído para uma prestação de cuidados seguros, dando

resposta ao objetivo geral delineado neste projeto, “Boas práticas em enfermagem relacionadas com a administração de antibioterapia aos doentes internados no SU do referido hospital”. Isso foi alcançado com a elaboração da tabela, do guia farmacológico e da formação no serviço.

Ainda com enfoque nesta matéria, uma prática baseada na evidência é indispensável para a excelência e a segurança dos cuidados e similarmente para a otimização de resultados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

### **6-Realize análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.**

Consideramos através do trabalho desenvolvido, baseado na metodologia de projeto, com a realização de todas etapas inerentes à mesma, termos integrado a formação dos pares, a investigação, sendo esta metodologia um processo reflexivo de investigação ação. Na fase de diagnóstico da situação, realizámos entrevista á enfermeira chefe e aos enfermeiros do serviço, posteriormente aplicámos questionários aos colegas com o intuito de conhecer a opinião acerca da pertinência do tema e envolver os mesmos no projeto. Consideramos que nesta fase, realizámos análise diagnóstica. Posteriormente, na fase de planeamento, para dar resposta ao problema identificado, indo ao encontro do objetivo Geral e de forma a dar resposta a cada objetivo específico, foram planeadas várias atividades assim como critérios de avaliação.

Na fase de execução, desenvolvemos o que estava planeado, ou seja nesta fase, foi materializado o planeado, tendo como produto final, o guia farmacológico para enfermeiros sobre antibioterapia e o póster das incompatibilidades. Na fase de execução do projeto, realizámos uma sessão de formação para divulgação do trabalho realizado e para realizar formação dos pares, para a qual realizámos o respetivo planeamento da sessão, elaboração do plano da sessão e posteriormente a avaliação da mesma.

De acordo com a Lei de bases da saúde, Base XVI, “A formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objetivo fundamental a prosseguir.” (Ministério da saúde, 2002) Os recursos humanos devem ser considerados como os recursos mais importantes no seio de uma organização, pelo que os profissionais devem ser

detentores de um bom nível de informação adequada às funções, formação contínua e empowerment. (Brissos, 2004)

Consideramos, com a realização deste trabalho ir ao encontro de um dos eixos prioritários de investigação definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2006), designado por Formação em Enfermagem no desenvolvimento de competências. A mesma preconiza o desenvolvimento de Estudos na área da Formação e Educação em Enfermagem, assim como a aquisição de competências, quer na formação inicial, quer no contexto da aprendizagem ao longo da vida, com especial incidência na área do desenvolvimento curricular e estratégias de supervisão clínica.

Enquanto promotoras deste projeto, consideramos uma mais-valia os ganhos de aprendizagem quer em termos individuais, quer em grupo e principalmente para o cliente, que pretendemos ser o principal beneficiário, ou seja que sejam prestados cuidados de enfermagem com qualidade e segurança. Indo ao encontro ao referido pela Ordem dos Enfermeiros (2006), quando enumera que a Investigação em Enfermagem contribui para cuidados seguros.

Considerando o descrito pelo artº 64º da Constituição da Republica Portuguesa que consagra o direito de todos os cidadãos á proteção da saúde, assim como o dever de a defender e promover (Constituição da Republica Portuguesa, 2001).

As discrepâncias existentes na qualidade dos cuidados hospitalares entre regiões ou grupos populacionais constituem-se como injustas e devem ser evitadas. Como tal, a definição de protocolos de tratamento e referenciação são fulcrais para assegurar a equidade na qualidade do tratamento. (Pereira e Furtado, 2010)

*“Provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio. Os ambientes interno e externo influenciam a saúde e doença dos indivíduos, sendo importante que os enfermeiros reconheçam esta influência. O bem-estar mental e espiritual e as crenças socioculturais do indivíduo constituem conceitos importantes para o ambiente interno. Para além das variáveis epidemiológicas, existem outras variáveis externas que englobam o conforto, a privacidade, a segurança e um ambiente limpo e estético” (Watson, 2002)*

Pelo relatado, consideramos ter articulado saberes e experiência, pelo que mobilizámos a competência de mestre supra citada.

## 6 - CONCLUSÃO

Aprender é um processo que implica dificuldades, exige empenho, dedicação e promove uma atitude ativa e participativa daquele que se dispõe a adquirir novos conhecimentos. É um desafio à capacidade de resolução de problemas, de desenvolvimento, de autonomia, de trabalho pessoal crítico e disponibilidade para a integração antecipada no seu contínuo de aprendizagem.

Desenvolvemos um projeto de intervenção em serviço (PIS) que teve como alicerce fundamental a metodologia de projeto, com todas as etapas inerentes à mesma, diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados.

Consideramos esta metodologia, bastante útil, a mesma permite identificar no terreno, uma situação problemática, passível de intervenção. Sendo a fase inicial da mesma, a fase de diagnóstico da situação, onde foi identificada uma situação problemática e por sua vez uma necessidade do serviço, onde foi realizada uma análise da situação e um aprofundamento sobre o tema identificado.

Considerámos pertinente a aplicação de instrumentos de diagnóstico como o questionário, que nos permitiu conhecer a opinião da equipa. Utilizámos ainda uma ferramenta da gestão a análise FMEA, de forma a conseguirmos acautelar possíveis falhas. Ainda nesta fase formulámos o objetivo geral, específicos e determinámos prioridades.

Na fase de planeamento, para dar resposta ao problema identificado, indo ao encontro do objetivo Geral e de forma a dar resposta a cada objetivo específico, foram planeadas várias atividades, assim como critérios de avaliação.

Na fase de execução, desenvolvemos o que estava planeado, ou seja nesta fase, foi materializado o planeado, tendo como produto final. No que se refere à avaliação do projeto, de acordo com os objetivos delineados, aludimos que os mesmos foram atingidos.

Como forma de divulgação do projeto realizámos uma sessão de formação, o guia e o póster encontram-se disponíveis no serviço, acessível a todos os enfermeiros.

Com a elaboração deste projeto de um modo proactivo, suportado pela evidência. Uma vez que *“As boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica disponível e na opinião de peritos.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.8)

Em nossa opinião consideramos assim ter contribuído para uma prestação de cuidados seguros, dando resposta ao objetivo geral delineado neste projeto, “ *Melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem relacionados com a administração de antibioterapia aos doentes internados no referido hospital*”.

Consideramos desta forma ir ao encontro do referido pela Ordem dos Enfermeiros, na tomada de posição sobre segurança do doente, onde refere que a segurança é fulcral à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. (OE, 2006, pág. 6)

Enquanto enfermeira, não poderíamos deixar de referenciar uma teórica de enfermagem sendo a teórica de Enfermagem com a qual nos identificamos, descrita neste relatório, Jean Watson, que consigna o cuidar como alicerce primordial para os cuidados de enfermagem.

O cuidar para Watson (2002) assume-se como uma forma de ser de se relacionar e como um imperativo moral, um processo de interação entre seres humanos, onde o cuidar humano traduz a essência dos cuidados de enfermagem.

As suas convicções são de natureza fenomenológica, existencial e espiritual. Watson salienta as qualidades interpessoais e transpessoais da coerência, empatia e calor.

Watson considera a Enfermagem uma ciência humana e uma arte.

Do trabalho desenvolvido, consta também um projeto de aprendizagem de competências/clínicas (PAC), que permitiu a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica definidas pela Ordem dos Enfermeiros, que se constituiu como enriquecedor, por nos ter possibilitado a detenção de um conhecimento profundo nesta área de especialidade.

Elaborámos ainda uma reflexão à luz das competências de mestre, que transparece a forma como as mesmas foram mobilizadas e adquiridas.

Através da elaboração deste relatório consideramos ter atingido os objetivos traçados para o mesmo:

- Enquadrar de forma concetual o trabalho desenvolvido em contexto de estágio;
- Refletir de forma crítica a prática desenvolvida em estágio, á luz das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica;

- Efetuar a análise das aprendizagens realizadas de acordo com as competências do Mestre em Enfermagem Médico – Cirúrgica;

Ao refletirmos sobre todo o trajeto percorrido, consideramos uma mais-valia o carácter teórico - prático do projeto, uma vez que nos permitiu a implementação de um projeto, que consideramos trazer ganhos em saúde, com ênfase na qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica, constituindo assim uma oportunidade de sermos o elemento de referência nesta área, ou seja tido como consultor para outros profissionais de saúde.

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), a enfermagem viu atingido um dos seus desafios importantes. Entre várias competências estatuídas, definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros. (Padrões de qualidade, OE, 2012)

É importante que os enfermeiros assumam um papel ativo no seio das equipas. Estamos de acordo com o referenciado pela ordem dos enfermeiros”...*nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde*” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.4).

É de salientar a importância do papel como gestora deste projeto, na administração da carga horária, facilitando a recetividade e motivação da equipa, bem como os recursos existentes para um incremento na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no serviço de urgência.

Consideramos com a realização deste projeto, ter obtido grandes ganhos em termos de aquisição de conhecimentos e partilha de aprendizagens, que nos possibilitaram o desenvolver de competências quer comuns, específicas e de mestre, incidem na melhoria da qualidade e na segurança dos cuidados prestados. Sendo que a segurança e gestão do risco assumem extrema importância nos cuidados de enfermagem, na qual os enfermeiros assumem um papel fundamental em função da qualidade e da segurança dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes, visando sempre como expoente máximo a excelência do exercício.

Como projetos futuros, decorrente do processo formativo realizado e com a apresentação deste trabalho é nossa intenção darmos continuidade ao projeto da seguinte forma, colocando na prática os saberes adquiridos ao longos de todo este processo, mantendo a atualização de conhecimentos,

de forma a constituirmo-nos como referência para os nossos pares, com a convicção de que iremos contribuir para a evolução e sedimentação de cuidados de enfermagem especializados.

*“A enfermeira reconhece as necessidades biofísicas, psicossociais e intrapessoais, suas e do doente. Existem necessidades de ordem inferior e superior. As necessidades de ordem inferior são as biofísicas, como, ventilação, comida, atividade, inatividade e a sexualidade. As necessidades de ordem superior são a realização e a afiliação. A realização é uma necessidade intrapessoal e interpessoal de ordem superior” (Watson, 2002)*

## BIBLIOGRAFIA

- ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José -Supervisão da Prática Pedagógica – Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem. Coimbra: Almedina.2003.
- ALMEIDA, Maria Helena - A qualidade em saúde. Ordem dos Enfermeiros . nº 3, 2001, p.39-40.
- AUTORIDADE NACIONAL DE PROTECÇÃO CIVIL: PLANO DISTRITAL DE EMERGÊNCIA DE PROTECÇÃO CIVIL.2010.Governo Civil De SETÚBAL. Disponível em [http://www.gov-civil-setubal.pt/PDEPC/PDEPC\\_Final.pdf](http://www.gov-civil-setubal.pt/PDEPC/PDEPC_Final.pdf). [10 de Janeiro de 2012]
- BENNER, Patricia- *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora,2001.ISBN: 972-8535-97-x.
- BILHIM, João- TEORIA ORGANIZACIONAL-ESTRUTURAS E PESSOAS. Lisboa: Artes Gráficas,Lda.,2001.ISBN:972-93-7.
- BRISSOS, Adelaide - O Planeamento no contexto da imprevisibilidade. *In Revista portuguesa de Saúde Pública*. 2004.Vol.22.Nº1.P.43-55.Janeiro-Julho.
- BRYKCZYNSKI, Karen, A. Patricia Benner. De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem.Tomey, Ann. M e Alligood, Martha.R.*Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*.5ªEd (Modelos e Teorias de Enfermagem)Loures: Lusociência, 2004.ISBN:972-8383-74-6.
- CARPER, Barbara. Fundamental patterns of Know-Nursing. *Advances in Nursing Science*. 1978, p.13-23.
- CARVALHO, Manoel; VIEIRA, Alan - Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*. 78, nº4, 2002, p. 265.
- CARVALHAL, Rosa - Parcerias na formação- Papel dos Orientadores Clínicos: Perspetiva dos atores. Loures:Lusociência.2003. ISBN:978- 972-83-83-40-4.
- CHALIFOUR, Jacques- A Intervenção Terapêutica -os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures: Lusodidacta, 2008.ISBN 978-989-8075-05-5.

- CHINN, P. e KRAMER, M. *Theory and Nursing: A Systematic Approach*. St Louis: Mosby, 1998.
- CHIOZZA, M.L, Ponzetti, C. *Femea: A model for reducing medical errors*.Clinica.2009.
- COLLIERE, Marie-Françoise. *Promover a Vida*. Lisboa: Lidel,1999.ISBN:972-757-109-3.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. *Classificação Internacional para a prática de enfermagem – CIPE versão 2.0*. 2011: Lisboa. Ordem dos Enfermeiros
- DEODATO, Sérgio - *Supervisão de Cuidados: Uma estratégia curricular em Enfermagem*. Percursos. Outubro-Dezembro, 2010, nº18. p.3-7.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - Ministério da Saúde. *Programa nacional de prevenção e controlo da Infecção associada aos cuidados de saúde*. SAÚDE, 2007,Lisboa,Março.Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf> [12 de Janeiro de 2013.]
- METODOLOGIA DE PROJECTO: COLECTÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS. Percursos. Setúbal:Publicação da área disciplinar de Enfermagem da escola superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal,2010.vols.Janeiro-Março, nº15, p.3-35.
- FRAGATA, José; MARTINS, Luís - *O erro em Medicina* . Coimbra: Almedina, 2004.
- HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO - *Visão e Missão* [acedido a 24/1/2013] e disponível em : <http://www.ULSLA.min-saude.pt/>.
- GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques- *A Enfermagem Ciência e Arte...e a Investigação*. Referência.nº 10.Maio, 2003,Vol.10.
- GHALEB, Maisoon; WONG, Ian - *Erros de Medicação em Doentes Pediátricos*. *Actualidade em Pediatria* . 14, nº2, 2006, p.63
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÈDICA. *Manual da Vmer. Tomo II PROCEDIMENTOS CLÍNICOS*. 3ª Edição. Lisboa :Instituto Nacional de Emergência Médica, 2000.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Patient Safety position statement* , 2002.

Consultado em 15 de Janeiro de 2013 através de:

<http://www.patienttalk.info/pspatientsafe.htm>

- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS - Preventing pediatric medication errors , 2008
- LANDEIRO, Maria José Lumini - O problema da transcrição das prescrições médicas num sistema de informação em suporte de papel. Dissertação de Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, 2005.
- LARRABEE, June H. : Nurse to Nurse *PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS EM ENFERMAGEM*. Porto Alegre: AMGH, 2011. ISBN 978-85-63308-91-7
- LAZURE, Hélène - *VIVER A RELAÇÃO DE AJUDA*.:abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira.Lisboa:Lusodidacta.Qualigrafe, 1994.ISBN: 972-95399-5-2.
- LEAPE, L. et al - Reducing adverse drugs events: lessons from a breakthrough séries collaborative. *Jt Comm.J.Qual.Improv . 25(6)*, 321-331.
- LOPES, Armandina e Nunes, Lucília. *Enquadramento da ética na enfermagem*. *Servir*. 1995, vol. nº 43, p.297-301.
- MENDONÇA, Susana Sobral- *COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS À EXCELÊNCIA DO CUIDAR*.2009.ISBN: 978-989-8136- 34-3.
- MEZONO, João. *Gestão da qualidade na saúde, Princípios básicos*.Brasil.Copyright.2001.ISBN:85-204-1263-7.
- NUNES, Lucília - «cinco estrelas» cerca das competências morais no exercício de Enfermagem.*Nursing*.2002.Novembro.nº 171.p.8-11.
- NUNES, Lucília - *Enfermagem, desafios da Disciplina e da Profissão*. *Revista Percursos*.Janeiro-Março.2008.p.4-17.(a)
- NUNES, Lucília – *Um Olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal. (1881-1998)*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-30-4.

- NUNES, Fernandes Manuel Ferreira - Tomada de decisão de enfermagem”Agir rapidamente, pensar lentamente”. Nursing. Lisboa. Março de 2007.p.7-11. ISBN:0871-619-17.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *In Divulgar*, Lisboa: Grafinter, 2002,p.2-16.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996). disponível em:  
  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/A> Enfermagem/Documents/REPE. [12 de janeiro de 2013]
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dor Guia Orientador De Boa Prática*.2008.  
  
ISBN:978-972-99646-9-5.
- PARSONS, D. W. (2004), A segurança do paciente nos Estados Unidos da América. In: Cassini, S. H. B.e Ueta, J. (Ed.), *A segurança dos pacientes na utilização da medicação* . São Paulo: Artes Médicas.
- PEREIRA, João e FURTADO , Cláudia - *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*.Lisboa. 2010.
- PHIPPS, W. J .et al. *Enfermagem Médico-Cirúrgica-conceitos e prática clínica*. Lisboa: Lusodidacta, 1997.
- PIRES, A. *Inovação e desenvolvimento de novos produto*. Lisboa : Edições Silabo, Lda , 1999.
- PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT-Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado Básico e Avançado.6ªEdição.Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda,2007.ISBN:978-85-352-2145-9.
- KHON, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M.S - *To err is human: building a safer health system* . Committee on Health Care in América. Institute of Medicine Washington, DC: Nacional Academy Press, 1999.
- LUK, Leung. et al - Nursing management of medication errors. *Nursing Ethics* . 15, nº1,

2008, p. 29.

- REASON, James; HOBBS, A. - Managing Maintenance Error: A Practical Guide . England: Ashgate Publishing Company, 2004.
- REGULAMENTO nº124/2011-Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação Crítica,D.R.2ªSérie,Nº35 (de 18 de Fevereiro de 2011)8656-8657.
- REGULAMENTO nº 122/2011-Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica,D.R.2ªSérie,Nº35 (de 18 de Fevereiro de 2011)8648-8653.
- SERRANO, Maria Teresa Pereira; COSTA, Arminda da Silva Mendes Carneiro; COSTA, Nilza Maria Vilhena Nunes- Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competências(s). Referência. III Série-nº3. Março 2011.pp 15-23.
- SOARES, Maria L. C - O QUE É O CONHECIMENTO?- INTRODUÇÃO À EPISTOMOLOGIA. Porto: Campos das Letras- Editores SA., 2004. ISBN: 972-610-857-8.
- SOUSA, Paulo - SISTEMAS DE SAÚDE E SEGURANÇA DOS DOENTES. Nascer e Crescer. 15, nº3, 2006, p.163-167.
  - SOUSA, M. J. e BATISTA, C. S. – Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha. Factor. Lisboa. 2010 ISBN 978-989-693-001-1
- SUZANNE, C, Smeltzer & Bare,Brenda. TRATADO DA ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.Editora Guanabara Kougan.S.A.1993.
- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile-TEORICAS DE ENFERMAGEM E SUA OBRA. (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª ed. Loures:Lusociência, 2004.ISBN:972-8383-74-6.
- WATSON, Jean-CIÊNCIA HUMANA E CUIDAR UMA TEORIA DE ENFERMAGEM. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2002.ISBN:972-8383-33-9.

## **ANEXOS**

9-

## **ANEXO 1**

### **Autorização do Conselho de Administração para aplicação de questionários**

*Deferido  
tudo em conta  
a informação  
da Sub. Enf. Diretora  
2013/1/23*

*Maria José Matos*  
Procedente do Curso de Administração  
ULSLA

*Dr. Filipe Branco*  
Unidade Local de Saúde  
do Litoral Alentejano, E.P.E.

8

Exma. Sra. Enfª Diretora  
da Unidade Local de Saúde  
do Litoral Alentejano

Eu, Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino, Enfermeira do SU da ULSLA, encontro-me a frequentar o 2º Curso Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal com o nº de aluno 110519009, e neste âmbito a realizar um estagio no SU da Unidade supramencionada sob a orientação da Enfª Ana Cristina Guerreiro ( Enfermeira do SU da ULSLA) e pela Prof Elsa Monteiro ( Docente da ESS do IPS de Setúbal).

Neste sentido, venho por este meio pedir autorização para a realização de um projeto na área das Boas práticas em enfermagem relacionadas com a administração de antibioterapia aos doentes internados no SU da ULSLA, que tem como objetivo contribuir para a segurança, efectividade e eficiência dos cuidados de enfermagem relacionados com a antibioterapia administrada ao doente internado no SU da ULSLA .

Para tal, e após ter validado a pertinência deste projecto com a Enfª Chefe do SU , Enfª Guadalupe Fagulha e da Professora, Enfª Elsa Monteiro, na fase de diagnóstico preciso de aplicar um questionário à equipa de enfermagem do SU no sentido de conhecer a opinião dos mesmos relativamente a esta temática.

Desde já acrescento que me comprometo a respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho deste tipo, bem como garantir o anonimato das fontes e o compromisso da divulgação dos dados obtidos.

Desta forma, saliento que me encontro disponível para qualquer esclarecimento e que o questionário e respetivo consentimento informado se encontram em anexo.

Sem outro assunto  
Os meus respeitosos cumprimentos  
Pede deferimento,

Santiago do Cacém, 21 de Janeiro de 2013  
Delmira Cristina Lino

O âmbito deste estudo vai de encontro à importância que se atribui quanto a reforçar os aspectos positivos e de desenvolvimento de recursos e ferramentas, em vista do sucesso/eficácia dos cursos em curso e da melhoria da formação e processos dos futuros docentes.

Este projeto em linha nos Boas Práticas de Formação, relacionada com a administração de actividades em contextos de serviços de apoio, pode ser um instrumento para a melhoria dos cursos de formação e da qualidade dos conteúdos.

O trabalho tem em vista os resultados de um processo de divulgação em instituições.

  
**Maria de Jesus Gonçalves**  
Enfance e Direção  
UES do Litoral Alentejano, ERE

**Ana Margarida Pidwell Varela Judice da Costa Cardoso**

---

**De:** Ana Margarida Pidwell Varela Judice da Costa Cardoso  
**Enviado:** terça-feira, 29 de Janeiro de 2013 11:29  
**Para:** Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino  
**Cc:** Maria de Guadalupe Romão de Castro Faguiha; Ada Cristina Mateus Cortes Lopes  
**Assunto:** Despacho do Conselho de Administração de 28-01-2013- Autorização para realização de Projeto  
**Anexos:** Despacho do Conselho de Administração de 28-01-2013- Autorização para realização de Projeto.pdf

Bom dia Sra. Enfermeira,

Junto envio em anexo despacho com a autorização do CA datado de 28-01-2013, para a realização de projeto na área das Boas Práticas em Enfermagem.

Cumprimentos,

Ana Cardoso  
Secretariado do Conselho de Administração Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano,  
E.P.E.

Nota: Para proteger de vírus de computador, os programas de correio de electrónico podem impedir o envio e a recepção de certos tipos de anexos de ficheiros. Verifique as definições de segurança de correio electrónico para determinar como são manipulados os anexos.

## **ANEXO 2**

### **Modelo para a elaboração de Normas de procedimentos e Normas Regulamentares**

	REGRAS PARA ELABORAÇÃO DE NORMAS DE PROCEDIMENTOS E NORMAS REGULAMENTARES	NR-HLA- 06-01-15 <b>Revisão 0</b>
---	---	---

## **NORMA REGULAMENTAR**

### **HOMOLOGAÇÃO**

Comissão Instaladora, em

**COORDENADO POR**  
Domingas Cardadeiro  
Liliana Guerra

 <p>ULSLA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, S.P.A.</p>	<p>REGRAS PARA ELABORAÇÃO DE NORMAS DE PROCEDIMENTOS E NORMAS REGULAMENTARES</p>	<p>NR-HLA- 06-01-15 Página 2 de 6</p>
---	--	---

### 1. INTRODUÇÃO

A presente Norma Regulamentar define as regras para elaboração de Normas de Procedimento (NP) e Normas Regulamentares (NR).

### 2. OBJECTIVOS

- Harmonizar o formato gráfico das Normas;
- Proporcionar maior eficiência na circulação da informação na Instituição.

### 3. ÂMBITO

Todos os serviços do Hospital do Litoral Alentejano (HLA).

### 4 . RESPONSABILIDADES

#### Comissão Instaladora

- Homologar e divulgar as NR. e as NP

#### Coordenadores das Normas

- Solicitar o número da norma ao SSTI.
- Rever e harmonizar as NR e NP, submetê-las a homologação da CI e após aprovação e enviá-las para o SSTI.
- Aplicação das regras aqui definidas aquando da elaboração e revisão das NP e NR.

#### Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação (SSTI)

- Elaborar uma base de dados ordenada das NR e NP;
- Atribuir a numeração das NR e NP quando solicitado pelos coordenadores destas;
- Divulgar na intranet as NR e NP homologadas.

Aprovado por:

 <p>ULSLA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, Oeiras</p>	<p>REGRAS PARA ELABORAÇÃO DE NORMAS DE PROCEDIMENTOS E NORMAS REGULAMENTARES</p>	<p>NR-HLA- 06-01-15 Página 3 de 6</p>
---	--	---

## 5. DEFINIÇÕES

### • Norma Regulamentar

Define um conjunto de regras e princípios que devem ser observados pelo Serviço ou pela própria Instituição, com vista ao seu normal funcionamento. Também se aplica a matérias específicas que devam ser regulamentadas, no sentido de explicar e colocar em prática as decisões superiores da Comissão Instaladora. A sua numeração segue o seguinte critério:

"NR-HLA-nº sequencial"

### • Norma de Procedimento

Define as tarefas que devem ser executadas e explicita como devem ser executadas, quem as deve executar e em que circunstâncias.

Adicionalmente explicita que competências e responsabilidades foram atribuídas. A sua numeração segue o seguinte critério:

"NP-HLA-nº sequencial"

## 6 REGULAMENTO

### 6.1 Configuração das páginas

Margem superior – 2,5 cm

Margem inferior – 2 cm

Margem esquerda – 3 cm

Margem direita – 2 cm

### 6.2 Formatação das páginas

Tipo de letra – Verdana

Estilo – Normal

Formatação da letra – 11

Aprovado por:

	<p>REGRAS PARA ELABORAÇÃO DE NORMAS DE PROCEDIMENTOS E NORMAS REGULAMENTARES</p>	<p>NR-HLA- 06-01-15 Página 4 de 6</p>
---	--	---

**6.3 Parágrafo**

Alinhamento – Justificado

Espaçamento entre linhas – 1,5 cm

**6.4 Folha de rosto**

De acordo com o formato da página 1.

**6.5 Folhas seguintes**

No cabeçalho deve constar:

À esquerda - logotipo da Instituição.

Ao centro - identificação da Norma.

À direita – NR(P)-HLA-número da NR(P) data; página x de y.

**6.6 Itens que devem constar nas NR e NP:**

1 - INTRODUÇÃO

2 - OBJECTIVOS

3 - ÂMBITO

4 - RESPONSABILIDADES

5 - REFERÊNCIAS (se se aplicar)

6 - DEFINIÇÕES (se necessário)

7 - REGULAMENTO

8 - AVALIAÇÃO (nas NP, se for possível a sua avaliação)

ÍNDICE

ANEXOS

**6.7 Cor do fundo**

A cor do fundo da página é branco.

Aprovado por:

### 6.8 Índice

Não é identificado com número de item.

Exemplo da disposição:

	Página
7. PROCEDIMENTO	6
7.1. Acondicionamento dos TH limpos	6
7.1.1. <u>Características do contentor</u>	7
8. AVALIAÇÃO	9
ÍNDICE	10
ANEXOS	11
ANEXO I	11

### 6.9 Revisões das Normas

As revisões das normas são anuais.

Aprovado por:

	<p>REGRAS PARA ELABORAÇÃO DE NORMAS DE PROCEDIMENTOS E NORMAS REGULAMENTARES</p>	<p>NR-HLA- 06-01-15 Página 6 de 6</p>
---	--	---

## ÍNDICE

	Página
1. INTRODUÇÃO	2
2. OBJECTIVOS	2
3. ÂMBITO	2
4. RESPONSABILIDADES	2
5. DEFINIÇÕES	3
6. REGULAMENTO	3
6.1. Configuração das páginas	3
6.2. Formatação das páginas	3
6.3. Parágrafo	3
6.4. Folha de rosto	4
6.5. Folhas seguintes	4
6.6. Item que devem constar na PN	4
6.7. Cor do fundo	4
6.8. Índice	5
6.9. Revisões das Normas	5
ÍNDICE	6

Aprovado por:

## **ANEXO 3**

### **Questionário para a avaliação da sessão de formação**



Candidatura n.º	Tipologia n.º	Curso n.º	Acção n.º

**Formação:**

<b>Avaliação do/a Formador/a</b>
----------------------------------

**1. Nome do/a Formador/a:** \_\_\_\_\_

**2. Dados Pessoais do/a Formando/a:**

2.1. Idade:  2.2. Sexo: Mas.  Fem.  2.3. Habilitações Académicas:

**3. Avaliação do/a Formador/a:**

De um modo geral, qual a sua opinião acerca do/a Formador/a relativamente:

	Negativa		Positiva	
	1	2	3	4
3.1. À preparação técnica	1	2	3	4
3.2. À preparação pedagógica	1	2	3	4
3.3. Ao grau de exigência	1	2	3	4
3.4. Ao domínio dos temas e conteúdos abordados	1	2	3	4
3.5. À linguagem utilizada	1	2	3	4
3.6. Ao relacionamento /sensibilidade interpessoal com os/as formandos/as	1	2	3	4
3.7. À dinamização e ao incentivo à participação	1	2	3	4
3.8. Ao apoio para superar dificuldades na compreensão dos conteúdos	1	2	3	4
3.9. À disponibilização de material de apoio	1	2	3	4
3.10. À pontualidade	1	2	3	4

**4. Avaliação do(s) módulo(s)**

4.1. De um modo geral, qual o seu grau de satisfação relativamente ao(s) módulo(s) que frequentou:

Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Totalmente Satisfeito
1	2	3	4

**5. Observações/Sugestões**

---



---



---



---



---



---

## **ANEXO 4**

### **Formação sobre plano de emergência interno**



## **Declaração**

Para os devidos efeitos se declara que, **Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino**, assistiu, como Formanda, à acção:

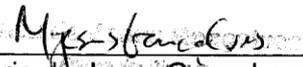
### **Plano de Emergência Interna**

Esta sessão lectiva realizou-se no dia 06 de Março de 2013, e teve a duração total de 180 minutos.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 21 de Fevereiro de 2013

Enfermeira Diretora

  
\_\_\_\_\_  
Maria de Jesus Gonçalves

## **ANEXO 5**

### **Formação em Serviço HLA (alguns comprovativos)**



### **Declaração**

Para os devidos efeitos se declara que, **Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino**, assistiu como Formanda, à ação:

#### **Processamento de dispositivos médicos**

Esta sessão letiva realizou-se no dia 19 de Dezembro de 2012, e teve a duração total de 120 minutos.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 28 de Agosto de 2013

Enfermeira Diretora

Maria de Jesus Gonçalves



### Declaração

Para os devidos efeitos se declara que, **Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino**, assistiu como Formanda, à ação:

#### **Viatura Medica de Emergência e Reanimação**

- Emergências respiratórias

Esta sessão letiva realizou-se no dia 19 de Junho de 2013, e teve a duração total de 60 minutos.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 28 de Agosto de 2013

Enfermeira Diretora

Maria de Jesus Gonçalves



### Declaração

Para os devidos efeitos se declara que, **Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino**, assistiu, como Formanda a ação:

#### **Plano de Emergência Interno**

- Equipa de evacuação

Esta sessão letiva realizou-se no dia 13 de Março de 2013, e teve a duração total de 210 minutos.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 28 de Agosto de 2013

Enfermeira Diretora

---

Maria de Jesus Gonçalves

### Declaração

Para os devidos efeitos se declara que *Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino*, assistiu, como Formanda, na ação de formação:

#### **Apresentação de um Guia de Integração para Enfermagem na Urgência**

Esta sessão lectiva foi realizada no dia 6 de Junho de 2011 e teve a duração de 60 minutos.

Por ser verdade, se passa a presente declaração que vai assinada e autenticada com o selo branco em uso nesta Instituição.

Santiago do Cacém, 15 de Fevereiro de 2012

Enfemeiro Diretor



---

Inácio Neves

## APÊNDICES

## **APÊNDICE 1**

**Artigo sobre Boas práticas de Enfermagem relacionadas com Administração de  
antibioterapia no serviço de urgência do Hospital do Sul**

## **Boas práticas de Enfermagem relacionadas com Administração de antibioterapia no serviço de urgência do Hospital do Sul**

Autor: Lino, Delmira Cristina (1)

Orientador: Monteiro, Elsa (2)

### Resumo:

Este artigo resulta do trabalho desenvolvido no decurso do projeto de intervenção em serviço no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico Setúbal que frequentamos e onde nos era proposto a realização de três estágios e no decorrer dos mesmos a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço e um Projeto de Aquisição de Competências numa Unidade de Saúde de acordo com a metodologia de Projeto com vista à aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem médico-cirúrgica.

Com a realização destes projetos, consideramos ir de encontro ao referido pela Ordem dos Enfermeiros, na tomada de posição sobre segurança do doente, onde refere que a segurança é fulcral à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem. Refere ainda que algumas medidas como

gestão do risco, de segurança ambiental, que englobam uma prática clínica segura, manutenção de um ambiente de cuidados seguros associadas a um corpo de conhecimento científico centrado na segurança da pessoa e nas infra estruturas necessárias para o garantir. (Ordem dos Enfermeiros, 2006)

(1) Discente do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de saúde do Instituto Politecnico de setúbal

(2) Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente na Escola Superior de saúde do Instituto Politecnico de setúbal

Palavras-chave: antibióticos, segurança do doente, cuidados de enfermagem na administração de terapêutica, competências Médico-cirúrgica e Metodologia do projeto.

A segurança do doente constitui uma componente fulcral na prestação de cuidados de saúde com qualidade. De facto, o cliente quando recorre aos serviços de saúde aquilo que perspetiva é que sejam empreendidos todos os esforços para garantir a sua segurança enquanto utilizadores desses serviços.

Segundo Fragata e Martins (2004:18) “ Cada vez mais a Qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a Expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade um standard abstrato mas a gestão do desejável

encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas. ”

Em 2001 a Ordem dos Enfermeiros elaborou o documento – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde salientou que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que o indivíduo vive e persegue.

Também o International Council of Nurses (ICN) em 2002 emitiu um parecer sobre a segurança do doente referindo que: “ O desenvolvimento da segurança envolve a tomada de um conjunto de medidas, com largo espectro de ação, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco...”.

Luk e seus colaboradores (2008:29) referem que “ os erros de medicação são um tipo muito comum de erros de natureza multidisciplinar. ”

O erro de terapêutica pode acontecer em qualquer etapa do processo de administração de fármacos e pode ser cometido por qualquer um dos profissionais envolvidos nesse processo sendo por isso um problema multifatorial.

Leape e seus colaboradores (2000) referem que o sistema de medicação nos hospitais é complexo, envolvendo processos de prescrição, fornecimento e administração de

medicamentos, o que implica a atuação de diferentes profissionais, transmissão de ordens ou materiais entre pessoas, contendo, em cada elo do sistema, múltiplas possibilidades de ocorrência de erros de medicação.

A administração de medicação é uma das funções interdependentes dos enfermeiros, uma vez que é uma função que é iniciada por outro profissional, neste caso o médico, que prescreve o fármaco. No entanto, não é pelo facto de a administração de terapêutica ser uma atividade interdependente, que iliba a responsabilidade dos enfermeiros em caso de erro. A Ordem dos Enfermeiros salienta que o enfermeiro deve “ proceder à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais.” (OE, 2003,:8).

De facto, a responsabilização pessoal nas falhas de segurança dos sistemas não pode ser excluída, no entanto, analisar o erro numa perspetiva sistémica permite conhecer as causas que contribuíram para este, procurando desta forma construir um sistema seguro.

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, 2008) define qualidade em saúde como:” O modo como os serviços de saúde, com o atual nível

de conhecimentos, aumenta a possibilidade de obter os resultados desejáveis e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejáveis.” O objetivo primordial na melhoria da qualidade passa pela prestação de cuidados de saúde de excelência baseados na melhor evidência possível, reduzindo ao máximo a ocorrência de danos no doente

Também Florence Nightingale em 1850 manifestava preocupações com a garantia da qualidade, uma vez que procurava através dos registos das suas observações, aferir o nível de cuidados prestados e melhorar os serviços nas áreas mais deficitárias.

Mas, foi mais recentemente que a questão da qualidade dos cuidados de saúde começou a dominar as agendas políticas, e um pouco por todo o mundo vários estudos têm sido realizados com o propósito de conhecer mais em pormenor a dimensão desta problemática.

Em 2001, um estudo realizado por Vincent et al , estimou que cerca de 10% dos doentes admitidos nos hospitais do National Health Service Inglês experienciaram um incidente, dos quais se estimam que 44000 a 98000, resultaram em morte. (Sousa, 2006)

. Um outro estudo desenvolvido por Parsons em 2004 sobre os erros de medicação indicou que 36% dos doentes hospitalizados sofriam lesões iatrogénicas, das quais 25% eram graves ou fatais. (Landeiro, 2005)

Carvalho e Vieira (2002:262) salientam que “como a maioria dos erros médicos está relacionada ao uso de medicações, eles podem, muitas vezes ser evitados.”

A agência do Reino Unido – National Patient Safety Foundation (NPSF), no âmbito desta temática, elaborou um documento intitulado “Seven steps to patient safety a guide for NHS staff” onde define 7 passos que considera essenciais para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde:

- 1 - Estabelecer um ambiente de segurança através da criação de uma cultura aberta e justa;
- 2 - Liderança forte e apoio das equipas de saúde um torno da segurança do doente;
- 3 - Integrar as atividades de gestão de risco;
- 4 - Promover o reporte de eventos adversos, assegurando aos profissionais de saúde que o podem fazer sem repercussões;
- 5 - Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral;
- 6 - Aprender a partilhar experiências;
- 7 – Implementar soluções para prevenir a ocorrência de situações, que possam provocar dano no doente, através de mudança de práticas. (Sousa, 2006).

Segundo Clayton e Stock (2006) o enfermeiro deve atender aos seis certos da medicação: a

pessoa (cliente) certa, o medicamento certo, a dose certa, o horário certo, a via correta e o registo / documentação corretada ( desde a transcrição da prescrição até à reação da pessoa ao fármaco). Parecer conjunto CE e CJ(3/2010, p.3).

Em 2005 da Conferência Europeia “Segurança do doente – torná-la uma realidade!” emanaram várias recomendações das quais se salienta o estabelecimento do trabalho conjunto com a OMS nas questões da segurança do doente, no sentido da criação de um “banco de soluções da EU”, com exemplos e padrões da “melhor prática”; a utilização de novas tecnologias e, em concreto, a introdução de registos eletrónicos de doentes; a inclusão dos aspetos da segurança do doente na aprendizagem dos profissionais de saúde e a implementação de projetos na área da segurança do doente ao nível das unidades de cuidados, de maneira que os profissionais consigam, de forma aberta e eficiente, lidar com as situações de erro e omissões. (OE, 2005)

Em 2002 o International Council of Nurses (ICN) emitiu um parecer sobre este assunto onde refere que: “ O desenvolvimento da segurança envolve a tomada de um conjunto de medidas, com largo espectro de ação, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do

desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco...”.

A segurança não se pode centrar numa pessoa, num equipamento ou num serviço. Ela emerge da interação de todos os componentes de um sistema. Melhorar a segurança depende da compreensão e análise dessa interação.

A implementação de programas de garantia da qualidade e a utilização de novos instrumentos de melhoria contínua refletem as preocupações dos administradores em saúde revelando que a gestão da qualidade é uma área em renovação.

#### Bibliografia

- CARVALHO, Manoel; VIEIRA, Alan - Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*. 78, nº4, 2002, p. 265.
- FRAGATA, José; MARTINS, Luís - O erro em Medicina . Coimbra: Almedina, 2004
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - Patient Safety position statement , 2002.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS - Preventing pediatric medication errors , 2008
- LANDEIRO, Maria José Lumini - O problema da transcrição das prescrições

médicas num sistema de informação em suporte de papel. Dissertação de Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto, 2005.

➤ LEAPE, L. et al - Reducing adverse drugs events: lessons from a breakthrough séries collaborative. *Jt Comm.J.Qual.Improv* . 25(6), 321-331.

collaborative. *Jt Comm.J.Qual.Improv* . 25(6), 321-331.

➤ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *In Divulgar*, Lisboa: Grafinter, 2002,p.2-16.

➤ ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996). disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/A>

Enfermagem/Documents/REPE. [12 de janeiro de 2013]

➤ ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dor Guia Orientador De Boa Prática*.2008.

ISBN:978-972-99646-9-5.

➤ LUK, Leung. et al - Nursing management of medication errors. *Nursing Ethics* . 15, nº1, 2008, p. 29.

➤ SOUSA, Paulo - SISTEMAS DE SAÚDE E SEGURANÇA DOS DOENTES. *Nascer e Crescer*. 15, nº3, 2006, p.163-167.

## **APÊNDICE 2**

### **Caraterização do SU**

## CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Hospital do Sul iniciou funções em Junho de 2004, abrange os concelhos de Santiago do Cacém, Sines e Grândola. Desde 2008 abrange também os concelhos de Alcácer do Sal e Odemira, tendo aumentado a população estimada para 110.000 habitantes, distribuídos por uma área geográfica de 5255,8 Km<sup>2</sup>. A esta população acresce ainda a população de carácter sazonal associada aos setores do turismo e indústria existente na região.

Foi criada, no passado dia 31 de outubro de 2012, a Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E., por integração do Hospital do Litoral Alentejano e do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral.

O serviço de urgência, classificado como urgência médico-cirúrgica, atende clientes em situação não urgente, urgente e emergente durante 24 horas diárias sem o qual a evolução da patologia poderia colocar em risco as suas vidas. Dispõe de um conjunto de recursos físicos e humanos que proporcionam o atendimento aos clientes que recorrem ao mesmo.

A equipa multidisciplinar do serviço de urgência é composta por Enfermeiros, Médicos, Assistentes operacionais, seguranças e Administrativos.

Sendo a equipa de enfermagem jovem, constituída por 34 enfermeiros, dos quais 1 enfermeira responsável pelo serviço.

O método de trabalho utilizado é por posto de trabalho, sendo a distribuição feita pela enfermeira responsável pelo serviço e reajustada se necessário pelo chefe de equipa do turno.

Quando o cliente em situação crítica necessita de acompanhamento de enfermagem para a realização de exames complementares de diagnóstico, para a UCI (Unidade de cuidados intensivos), Unidade de cuidados intermédios ou Bloco Operatório é feito pelo enfermeiro do SU, bem como transportes inter-hospitalares.

A equipa médica por turno é constituída por 2 médicos de clínica geral (para atendimento em balcões) 2 médicos de medicina interna (1 em balcões, outro no internamento), 2 cirurgiões (1 de presença física e outro de chamada), 2 ortopedistas (1 de presença física

e outro de chamada), 1 pediatra, 1 gastroenterologista (escalado apenas 2 vezes por semana), 1 otorrino e oftalmologista (de presença física na consulta, os doentes são enviados da urgência para a consulta), 1 anestesista de chamada se necessário.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por 21 elementos.

Permanece um elemento da segurança no serviço durante 24h.

Também faz parte da urgência a VMER, viatura médica de emergência e reanimação, a funcionar desde setembro de 2009 com um médico e um enfermeiro de serviço nas 24h.

## **APÊNDICE 3**

### **Diagnóstico de Situação**

<b>Estudante:</b> Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino
<b>Instituição:</b> Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
<b>Serviço:</b> Urgência
<b>Título do Projeto:</b>  Boas práticas em enfermagem relacionadas com a administração de antibioterapia aos doentes internados no SU da ULSLA
<b>Explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha (250 palavras):</b>  O serviço de urgência da Unidade local de Saúde do Litoral Alentejano – ULSLA, recebe clientes dos concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Sines e Santiago do Cacém, num total de 100000 habitantes,  Tratando-se de um serviço de urgência Médico-cirúrgica, engloba várias valências como: pediatria, ortopedia, cirurgia, medicina, urologia e clinica geral; comportando também um serviço de observação que corresponde ao internamento.  Possui tecnologia avançada, bem como níveis de stress elevados devido á imprevisibilidade e complexidade de funções a desempenhar por todos os profissionais de saúde, logo a probabilidade de ocorrerem erros humanos ou do sistema é maior.  A administração de medicamentos é um processo complexo com várias etapas em que contempla uma série de decisões e ações interrelacionadas, envolvendo vários profissionais bem como o próprio cliente. Os erros ocorrem em todas as etapas do processo terapêutico e não só na administração propriamente dita. Uma vez que os enfermeiros assumem um papel central na segurança do doente, sendo estes o “fim da linha” na administração de terapêutica, corre-se o risco de que os erros sejam atribuídos aos enfermeiros e não a falhas no sistema. Exercendo funções no serviço de urgência e sentido na pele a necessidade de minimizar o risco terapêutico no referido serviço ao qual a Enfª Chefe do SU também é sensível, achamos pertinente explorar esta temática para a melhoria dos conhecimentos sobre antibioterapia e os cuidados na sua administração.
<b>Diagnóstico de situação</b>
<b>Definição geral do problema</b>  Défice de conhecimento sobre antibioterapia e seus cuidados na administração no serviço de urgência na ULSLA.
<b>Análise do problema</b> (contextualização, análise com recurso a indicadores, descrição das ferramentas diagnósticas que vai usar, ou resultados se já as usou – 500 palavras)  A segurança do doente constitui uma componente fulcral na prestação de cuidados de saúde com qualidade. De facto, o doente quando recorre aos serviços de saúde aquilo que perspetiva é que sejam empreendidos todos os esforços para garantir a sua segurança enquanto utilizadores desses serviços. Segundo Fragata e Martins (2004:18) : “ Cada vez mais a Qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a Expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade um standard abstrato mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas. ” Em 2001 a Ordem dos Enfermeiros elaborou o documento – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde salientou que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que o indivíduo vive e persegue. Também o International Council of Nurses (ICN) em 2002 emitiu um parecer sobre a segurança do doente referindo que: “ O desenvolvimento da segurança envolve a tomada de um conjunto de medidas, com largo espectro de ação, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco...”. De entre os possíveis erros que podem acontecer no decurso do processo de tratamento de um doente, os erros relacionados com a terapêutica são talvez os mais frequentes. Luk e seus colaboradores (2008:29) referem que “ os erros de medicação são um tipo muito comum de erros de natureza multidisciplinar. ” A administração de medicação é uma das funções interdependentes dos enfermeiros, uma vez que é uma função que é

iniciada por outro profissional, neste caso o médico, que prescreve o fármaco. No entanto, não é pelo facto de a administração de terapêutica ser uma atividade interdependente, que iliba a responsabilidade dos enfermeiros em caso de erro. A Ordem dos Enfermeiros salienta que o enfermeiro deve “ proceder à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais.” (2003:8).

Para melhor assegurar a pertinência do estudo, elaboramos um questionário a fim de auscultar a equipa de enfermagem do serviço atrás referenciado relativamente á pertinência do tema.

O questionário encontrava-se dividido em quatro partes. A primeira parte era constituída por questões fechadas que pretendem caracterizar a equipa. A segunda pretendia conhecer a opinião que a equipa de enfermagem atribui às Boas Práticas em Enfermagem relacionadas com a administração de antibioterapia aos doentes internados em SU da ULSLA. A terceira parte tinha como objetivo conhecer o nível de formação que a equipa de enfermagem do SU possuía relativamente à segurança na administração de antibióticos. Por ultimo a quarta parte do questionário tinha como objetivo obter dados que permitissem conhecer o grau de importância que a equipa atribuía à realização de ações de sensibilização e à existência de documentos orientadores que contribuam para o aumento do conhecimento /segurança dos enfermeiros em relação á antibioterapia EV no SU da ULSLA.

Após pedido de autorização ao Conselho de Administração para aplicação do questionário e respetivo consentimento informado, deferido este após pretexto que confirmou não ser necessário proceder a ..., os questionários foram aplicados no período de 27 a 31 de janeiro de 2013 aos 36 enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem do SU da ULSLA.

Para tratamento de dados recorremos ao programa ... e as conclusões a que chegámos leva-nos a inferir que: 83% concorda totalmente que a temática escolhida é pertinente; 80% já cometeu erro terapêutico na preparação da antibioterapia; 86% aplicam os “cinco certos” (verifica cliente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo); 89% concorda totalmente que a organização do stock dos antibióticos é importante para a diminuição do risco terapêutico; 78% concorda totalmente que é pertinente existir ações de sensibilização a realizar á equipa de enfermagem do SU da ULSLA; 86% não possui formação na área escolhida e 94% concorda totalmente na existência de um documento no serviço com linhas orientadoras na administração de antibioterapia.

Ainda no decorrer da fase de diagnóstico, de forma a acautelar algumas falhas, foi aplicada uma ferramenta de gestão a análise FMEA (Failure Mode and Effect Analysis))(ver anexo),é uma metodologia que possibilita avaliar e minimizar riscos através da análise de possíveis falhas (determinação da causa, efeito e risco de cada tipo de falha e planear acções para aumentar a confiabilidade. (Pires,1999)

#### **Identificação dos problemas parcelares que compõem o problema geral (150 palavras)**

1- Ausência de documentos orientadores sobre a administração de antibioterapia EV / incompatibilidades de fármacos e efeitos secundários;

2- Défice de conhecimento por parte da equipa de enfermagem relativamente á administração da antibioterapia ao doente internado no SU da ULSLA.

#### **Determinação de prioridades**

- Pesquisa bibliográfica;
- Elaborar tabela de incompatibilidades, diluições e fichas técnicas dos antibióticos;
- Criar folha de registo de relato de incidentes relacionados com o erro terapêutico;
- Formar a equipa de enfermagem sobre administração segura de antibióticos;
- Reorganizar o armazenamento dos antibióticos no SU.

**Objectivos (geral e específicos, centrados na resolução do problema.** Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo):

#### **OBJECTIVO GERAL**

Contribuir para a segurança, efetividade e eficiência dos cuidados de enfermagem relacionados com antibioterapia administrada ao doente internado no SU da ULSLA .

**OBJECTIVOS ESPECIFICOS**

- 1 - Criar um guia farmacológico para enfermeiros.
- 2 – Formar / treinar a equipa de enfermagem sobre administração segura de antibióticos.
- 3 - Realizar um poster com uma tabela de incompatibilidades, diluições e fichas técnicas dos Antibióticos.

**Referências Bibliográficas (Norma Portuguesa)**

**Benner, Patrícia** – *De principiante a perito*. Revista Servir . 44, nº 3, 1996

**Fragata, Jose e Luis Martins. 2006.** *O Erro em Medicina. Perspectivas do Individuo, da Organizaacao e da Sociedade*. Coimbra : Editor Livraria Almedina, 2006. ISBN972-40-2347-8.

**INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES** - *Patient Safety position statement* , 2002.

**LUK, Leung. et al** - Nursing management of medication errors. Nursing Ethics . 15, nº1, 2008, p. 29.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS** - Segurança do doente. Ordem dos Enfermeiros . 17, 2005, p. 1-64.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS** . - Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos . Ordem dos Enfermeiros, 2005.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS** - Tomada de posição sobre a Segurança dos Doentes. Ordem dos Enfermeiros . 2006

**Pires, A.** Inovação e desenvolvimento de novos produto. Lisboa : Edições Silabo, Lda , 1999.

**APÊNDICE 4**  
**Planeamento do projeto**

## Planeamento do Projecto

<b>Estudante:</b> Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino	<b>Orientador:</b> Enf <sup>a</sup> Especialista em Médico-cirúrgica Ana Cristina Guerreiro e Professora Elsa Monteiro
<b>Instituição:</b> ULSLA	<b>Serviço:</b> Urgência
<b>Título do Projecto:</b> Boas práticas em enfermagem relacionadas com a administração de antibioterapia aos doentes internados no SU da ULSLA	
<b>Objectivos (geral específicos, centrados na resolução do problema.</b> Os objectivos terão que ser claros, precisos, exequíveis e mensuráveis, formulados em enunciado declarativo, <u>já discutidos com o professor e o orientador</u> ):	
<b><u>OBJECTIVO GERAL :</u></b> Contribuir para a segurança, efetividade e eficiência dos cuidados de enfermagem relacionados com antibioterapia administrada ao doente internado no SU da ULSLA .	
<b><u>OBJECTIVOS Específicos</u></b> 1 - Criar um guia farmacológico para enfermeiros. 2 – Formar / treinar a equipa de enfermagem sobre administração segura de antibióticos. 3 - Realizar um poster com uma tabela de incompatibilidades, diluições e fichas técnicas dos Antibióticos.	
<b>Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção</b> (chefia directa, orientador, outros elementos da equipa, outros profissionais, outros serviços)	
Enf <sup>a</sup> Responsável do serviço de urgência: Enf <sup>a</sup> G F; Diretor do serviço de urgência: Dr. C Enf <sup>a</sup> Diretora: Enf <sup>a</sup> M J G Presidente do Conselho de Administração: M J M Responsável pela farmácia: Dr. J C Departamento de formação: Enf <sup>a</sup> D C Departamento de CCIH: Enf <sup>a</sup> R	

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Objectivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<p>Criar um guia farmacológico para enfermeiros</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antibioterapia</li> <li>- Guias farmacológicos</li> </ul> </li> <li>- Elaborar guia</li> <li>- Discutir guia com Enf<sup>a</sup> Chefe e com coordenadora,</li> <li>- Proceder a alterações caso necessário ,</li> <li>- Pedir para implementar o guia no serviço de Urgência,</li> <li>- Implementar guia no serviço de urgência.</li> </ul>	<p>Enfermeiros</p> <p>Enf<sup>o</sup> Orientador</p>	<p>Computador</p> <p>Base de Dados</p> <p>Internet</p> <p>Didáticos</p>	<p>Março a Abril</p>	<p>Existência de guia no serviço para consulta dos enfermeiros.</p> <p>Uniformização nos cuidados pré e pós administração dos antibióticos,.</p>
<p>Formar / treinar a equipa de enfermagem sobre administração segura de antibióticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre antibioterapia;</li> <li>- Elaborar um conjunto de slides para apresentar á equipa do SU,</li> <li>- Discutir o conjunto de slides com a Enf<sup>a</sup> Chefe e com coordenadora,</li> <li>- Proceder às alterações caso necessário,</li> <li>- Proceder à marcação da formação,</li> <li>- Elaborar plano de formação,</li> </ul>	<p>Formador</p> <p>Formandos</p> <p>Pessoal do departamento de formação da ULSLA, perito</p>	<p>Computador</p> <p>Data show</p> <p>Cartaz de divulgação</p> <p>Plano de sessão</p> <p>Folhas de presença</p> <p>Folhas de avaliação</p>	<p>3 Sessões de uma hora</p>	<p>Adesão ao projeto por parte da equipa de enfermagem do serviço de urgência da ULSLA.</p> <p>Participação dos colegas no projeto, contabilizado pela folha de presenças e pelo tratamento de dados da avaliação.</p>

<p>Realizar um poster com uma tabela de incompatibilidades, diluições e fichas técnicas dos Antibióticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgar a sessão de formação ,</li> <li>- Realizar a formação em data a acordar com Enfª Chefe,</li> <li>- Proceder à avaliação da sessão</li> </ul> <p>Pesquisa bibliográfica sobre: - Antibioterapia - Guias farmacológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar Póster</li> <li>- Discutir póster com Enfª Chefe, coordenadora e peritos,</li> <li>- Proceder a alterações se necessário,</li> <li>- Implementar o poster no serviço.</li> </ul>	<p>Enfermeiros</p>	<p>DGS OE computador Internet Didáticos</p>	<p>Abril</p>	<p>Uniformização nos cuidados pré e pós administração dos antibióticos.</p> <p>Acesso fácil ao poster para consulta.</p>
<p><b>Cronograma:</b> Segue em anexo</p>					
<p><b>Orçamento:</b></p>					

Recursos Humanos: Não irá acarretar custos extra

Recursos Materiais: Os materiais de consumo clínico necessários já existem na instituição.

Os custos adicionais apenas se irão reportar ao valor do poster e dos outros materiais ( dossier, papel), material de consumo informático que será de um valor aproximado de 50€.

**Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:**

O proposto poderá sofrer alterações no decorrer do projeto, sendo que:

- As ações de formação dependem da articulação com a Enfª Chefe o grupo responsável pela formação em serviço do SU;
- Poderá decorrer desinteresse das equipas envolvidas, pouca adesão por parte dos colegas do serviço á formação devido á falta de disponibilidade,
- o rácio por turno de recursos humanos é insuficiente;
- Poderão surgir constrangimentos relacionados com limitação temporal para a implementação do projeto.

A forma de ultrapassar estes constrangimentos, no que respeita á pouca adesão por parte dos colegas poderá ser minimizada pela divulgação da formação no serviço e através da intranet e também passa por realizar a formação em dias distintos para permitir que um maior número de pessoas possa assistir á mesma.

Data: 25 / 02 / 2013

Assinatura: Delmira Cristina Lino

Docente: Elsa Monteiro

Orientadora: Enfª Ana Cristina Guerreiro

## CRONOGRAMA

Atividade a desenvolver	Mês / semana																			
	Janeiro				Fevereiro				Março				Abril				Maio			
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª
Redação da carta para a Enfª Diretora																				
Reunião com Enfª Chefe																				
Planeamento do projeto																				
Apresentação do PIS à equipa de Enfermagem																				
Formação sobre administração segura de AB																				
Organização do espaço p/ armazenamento AB																				
Elaboração de poster com tabela sobre AB																				
Criar dossier temático																				



## **APÊNDICE 5**

**Pedido de autorização ao conselho de administração para aplicação de questionários**

Exma. Sra. Enf<sup>a</sup> Diretora  
da Unidade Local de Saúde  
do Litoral Alentejano

Eu, Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino, Enfermeira do SU da ULSLA, encontro-me a frequentar o 2<sup>o</sup> Curso Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal com o nº de aluno 110519009, e neste âmbito a realizar um estágio no SU da Unidade supramencionada sob a orientação da Enf<sup>a</sup> Ana Cristina Guerreiro (Enfermeira do SU da ULSLA) e pela Prof Elsa Monteiro (Docente da ESS do IPS de Setúbal).

Neste sentido, venho por este meio pedir autorização para a realização de um projeto na área da Gestão de antibioterapia em segurança no SU, que tem como objetivo a gestão em segurança da antibioterapia no serviço de urgência, e também que me seja autorizado aplicar um questionário a fim de auscultar a equipa de enfermagem do serviço atrás referenciado relativamente á pertinência do tema.

E desde já me comprometo a respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho deste tipo, bem como garantir o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos.

Acrescento ainda que me encontro disponível para qualquer esclarecimento e que o questionário e respetivo consentimento informado se encontram em anexo.

Sem outro assunto

Os meus respeitosos cumprimentos

Pede deferimento,

Santiago do Cacém, 10 de Janeiro de 2013

Delmira Cristina Lino

## **APÊNDICE 6**

### **Consentimento para a elaboração de questionários**

## Consentimento informado para a participação no questionário

Exmo. (a) Sr.(a),

Gostaria de solicitar autorização para que participasse num questionário sobre Gestão de antibioterapia em segurança no serviço de urgência.

Este trabalho decorre no âmbito do 2º Curso Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e tem como objetivo contribuir para a melhoria dos conhecimentos sobre antibioterapia e os cuidados na sua administração.

Apenas lhe será pedido que responda a um questionário, que posteriormente irá ser cotado e alvo de análises estatística anónima e que tem questões voltadas apenas para o tema em análise.

Este estudo está organizado de maneira a que não sejam colocadas em causa as atividades dos enfermeiros envolvidos ou mesmo o funcionamento interno da instituição.

Não haverá qualquer inconveniente para todos os que participarem neste Projeto assim como para os que não participarem. Só será feito o estudo se o seu consentimento for dado.

Toda a informação será estritamente confidencial e os questionários são anónimos. Só os responsáveis pelo projeto terão acesso á informação.

Para eventuais dúvidas, contacte: 966800115.

Assinale conforme a sua vontade, no respetivo quadro.

Autorizo a participação neste estudo

Não autorizo a participação neste estudo

Sem mais no momento, agradeço atenção.

Com os melhores cumprimentos:

Enfª Delmira Cristina Lino

## **APÊNDICE 7**

### **Questionários**

# Questionário

A administração de medicamentos é um processo complexo com várias etapas em que contempla uma série de decisões e ações interrelacionadas, envolvendo vários profissionais bem como o próprio doente. Os erros ocorrem em todas as etapas do processo terapêutico e não só na administração propriamente dita. Uma vez que os enfermeiros assumem um papel central na segurança do doente, sendo estes o “fim da linha” na administração de terapêutica, corre-se o risco de que os erros sejam atribuídos aos enfermeiros e não a falhas no sistema.

Nesta linha de acção e no âmbito do 2º Mestrado em EMC da ESS do IPS encontro-me a realizar um PIS na área das Boas Práticas em Enfermagem relacionadas com a administração de antibioterapia aos doentes internados no SU da ULSLA que tem como objectivo contribuir para a segurança, efetividade e eficiência dos cuidados de enfermagem relacionados com antibioterapia administrada ao doente ali internado.

Como tal é essencial na fase de diagnóstico conhecer a opinião da equipa de enfermagem do SU da ULSLA relativamente à temática em estudo, motivo pelo qual surge este questionário que por sua vez se encontra dividido em quatro partes. A primeira parte é constituída por questões fechadas que pretendem caracterizar a equipa. A segunda pretende conhecer a opinião que a equipa de enfermagem atribui às Boas Práticas em Enfermagem relacionadas com a administração de antibioterapia aos doentes internados em SU da ULSLA. A terceira parte tem como objetivo conhecer o nível de formação que a equipa de enfermagem do SU possui relativamente à segurança na administração de antibióticos. Por ultimo a quarta parte do questionário tem como objetivo obter dados que permitam conhecer o grau de importância que a equipa atribui à realização de ações de sensibilização e à existência de documentos orientadores que contribuam para o aumento do conhecimento /segurança dos enfermeiros em relação á antibioterapia EV no SU da ULSLA.

Desde já peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário, garantindo que todas as questões éticas serão respeitadas nomeadamente o anonimato e a confidencialidade relativamente aos dados obtidos bem como a divulgação dos mesmos.

O meu muito obrigado

## Parte I

Estas questões pretendem caracterizar a equipa, como tal, assinale com um X a resposta que a si se adequa:

Dados biográficos

➤ Idade:

20 - 30 [ ]    30 - 40 [ ]    40 – 50[ ]    50 - 60[ ]

➤ Sexo:

M [ ]    F [ ]

➤ Anos de experiência profissional no serviço de urgência:

<5 [ ]    ; 5 - 10 [ ]    ; 10 – 15 [ ]    ; 15 – 20 [ ]    ; >20 [ ]

➤ Habilitações Académicas:

Bacharelato [ ]

Licenciatura [ ]

Especialidade [ ]

Mestrado [ ]

## Parte II

Nesta parte do questionário pretendemos conhecer a opinião que a equipa de enfermagem atribui às Boas Práticas em Enfermagem relacionadas com a administração de antibioterapia aos doentes internados em SU da ULSLA.

Na grelha de resposta o **Discordo totalmente** corresponde a 1, o **Discordo parcialmente** corresponde a 2, o **Sem opinião** corresponde a 3, **Concordo parcialmente** corresponde a 4 e **Concordo totalmente** corresponde a 5. Assinale de acordo com a sua opinião:

1- Acha que as boas práticas em enfermagem relacionadas com a administração de antibioterapia aos doentes internados em SU da ULSLA é um tema pertinente?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

2 – Sente segurança na administração de antibioterapia EV aos doentes internados no SU?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

3 – Considera que existe uniformização na administração de antibioterapia EV no SU?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

### Parte III

Esta parte é constituída por questões que pretendem conhecer o nível de formação que a equipa de enfermagem do SU possui relativamente à segurança na administração de antibióticos.

Na grelha de resposta o **Discordo totalmente** corresponde a 1, o **Discordo parcialmente** corresponde a 2, o **Sem opinião** corresponde a 3, **Concordo parcialmente** corresponde a 4 e **Concordo totalmente** corresponde a 5.

Assinale de acordo com a sua opinião:

1 – Considera ter conhecimentos suficientes para uma administração em segurança da antibioterapia?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

2 - Sabe o que é um erro terapêutico?

Sim [ ] Não [ ]

3 - Já alguma vez cometeu um erro terapêutico na utilização de antibioterapia?

Sim [ ] Não [ ]

Se respondeu sim, quando ocorreu:

Na preparação [ ]

Na administração [ ]

4 - Costuma aplicar os “cinco certos” (verifica cliente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo)?

Sim [ ] Não [ ]

5 - Conhece todos os antibióticos endovenosos que se encontram no serviço? Sim [ ]  
Não [ ]

6 - Conhece as diluições de todos os antibióticos existentes no serviço?

Sim [ ] Não [ ]

7 - Conhece todos os cuidados na pré e pós-administração dos antibióticos existentes no serviço?

Sim [ ] Não [ ]

8 - Costuma fazer dupla verificação quando prepara um antibiótico cujo nome é semelhante a outro?

Sim [ ] Não [ ]

9 - Sabia que existe na intranet uma página para registo de eventos adversos? Sim [ ]  
Não [ ]

Se respondeu sim, alguma vez viu fazer ou fez algum relato?

Sim [ ] Não [ ]

10- Sabia que existe no site do Infarmed uma página para registo de eventos adversos relacionados com terapêutica?

Se respondeu sim alguma vez procedeu a um registo de eventos adversos relacionados com a terapêutica?

11- Sabe qual é o intervalo de tempo em que deve administrar um antibiótico?

Sim [ ] Não [ ]

12 - Na sua opinião qual é o tempo correto para ser considerado no intervalo correto?

<15min [ ] ; 15 - 30 min [ ] ; 30 – 60 min [ ] ; >60 min [ ]

13 – Considera que a organização e sinalização do stock dos antibióticos no serviço é importante para a diminuição da ocorrência do erro?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

#### Parte IV

Esta parte do questionário tem como objetivo obter dados que permitam conhecer o grau de importância que a equipa atribui à realização de ações de sensibilização e à existência de documentos orientadores que contribuam para o aumento do conhecimento /segurança dos enfermeiros em relação à antibioterapia EV no SU da ULSLA.

Na grelha de resposta o **Discordo totalmente** corresponde a 1, o **Discordo parcialmente** corresponde a 2, o **Sem opinião** corresponde a 3, **Concordo parcialmente** corresponde a 4 e **Concordo totalmente** corresponde a 5.

Assinale de acordo com a sua opinião:

1- Acha pertinente ações de sensibilização para o tema administração de antibioterapia endovenosa?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

2 – Já alguma vez fez formação nesta área?

Sim [ ] Não [ ]

Se respondeu sim, há quanto tempo ( em anos)?

<1 [ ] ; 1- 4 [ ] ; 5 – 9 [ ] ; >10 [ ]

3 - Acha pertinente a existência de um documento com linhas orientadoras sobre administração de antibioterapia EV no SU?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Obrigada pela colaboração

Enf<sup>a</sup> Delmira Cristina Lino

## **APÊNDICE 8**

### **Tratamento dos dados do questionário**



**2º Mestrado**  
**em**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Tratamento de Dados do Questionário**

**Unidade Curricular: Estágio I e II de Enfermagem Médico-cirúrgica**

**Autor: Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino**

**Aluna nº110519009**

**Orientado por: Prof. Elsa Monteiro  
Enf. Ana Cristina Guerreiro**

Janeiro de 2013

Setúbal

**2º Mestrado**  
**em**  
**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Tratamento de Dados do Questionário**

**Unidade Curricular: Estágio I e II de Enfermagem Médico-cirúrgica**

**Autor: Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino**

**Orientado por: Prof. Elsa Monteiro**  
**Enf<sup>a</sup>. Ana Cristina Vieira**

Janeiro de 2013

Setúbal

INDICE

1-INTRODUÇÃO ..... pág. 4

2-TRATAMENTO DE DADOS..... pág. 5

3-CONCLUSÃO ..... pág. 12

ANEXOS

1-INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, pretendemos realizar um projeto de intervenção denominado gestão em segurança na antibioterapia no Serviço de urgência da ULSLA, no qual desempenhamos funções e desejamos contribuir para a melhoria dos conhecimentos sobre antibioterapia e dos cuidados na sua administração.

O serviço de urgência da ULSLA é constituído por uma equipa de 36 enfermeiros de diversas faixas etárias e com diversas habilitações académicas. Tratando-se de um serviço de urgência Médico-cirúrgica, engloba várias valências como: pediatria, ortopedia, cirurgia, medicina, urologia e clínica geral; comportando também um serviço de observação que corresponde ao internamento.

A administração de medicamentos é um processo complexo com várias etapas que contempla uma série de decisões e ações interrelacionadas, envolvendo vários profissionais bem como o próprio doente. Os erros ocorrem em todas as etapas do processo terapêutico não só na administração propriamente dita. Uma vez que os enfermeiros assumem um papel central na segurança do doente, sendo estes o “fim da linha” na administração de terapêutica, corre-se o risco de que os erros sejam atribuídos aos enfermeiros e não a falhas no sistema.

O questionário será constituído por quatro partes. A primeira é composta por perguntas de resposta fechada e pretende caracterizar a equipa. A segunda é composta por um conjunto de questões de resposta fechada e pretende conhecer a pertinência que a equipa atribui á temática. A terceira parte é constituída por questões de resposta fechada, onde se pretende conhecer o nível de conhecimento da equipa acerca da temática em estudo bem como o nível de formação sobre o risco terapêutico. Por último, a quarta parte constituída por respostas fechadas onde pretende-se obter dados que permitam conhecer o grau de importância que a equipa atribui á existência de documentos orientadores que possam vir a contribuir para o aumento da segurança na administração da antibioterapia no serviço de urgência da ULSLA.

## 1-TRATAMENTO DE DADOS

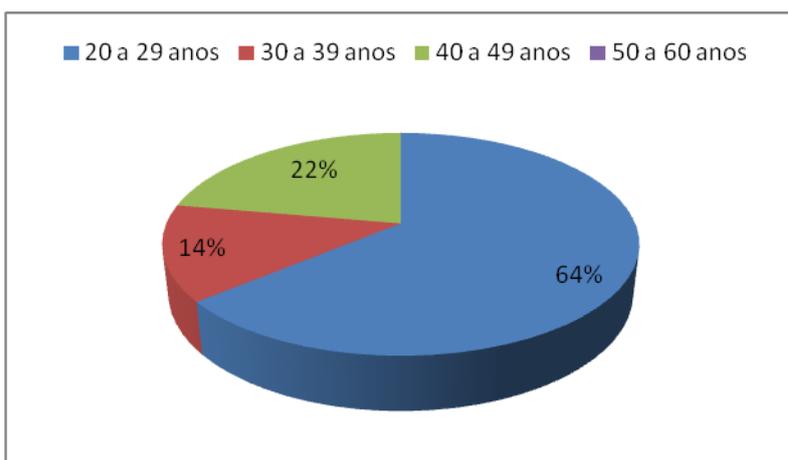
Foram distribuídos questionários aos enfermeiros a exercer funções no serviço Urgência da ULSLA tendo sido recolhidos 36 questionários preenchidos, constituindo este número a amostra do estudo.

Iremos seguidamente apresentar os resultados obtidos.

Em relação á primeira parte, pretendíamos caracterizar a referida equipa.

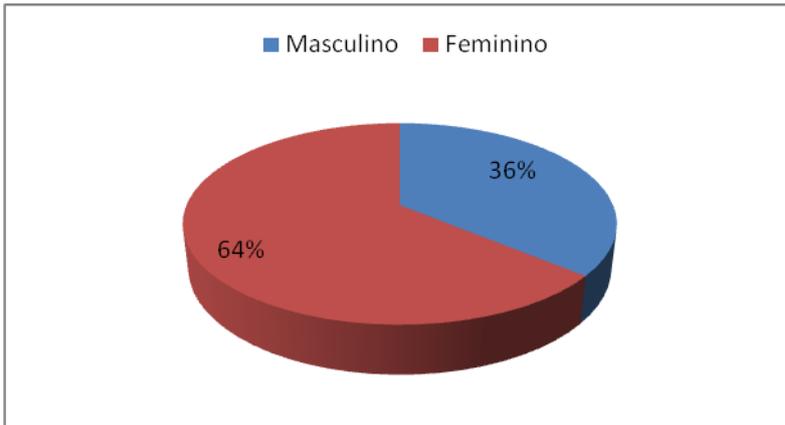
Podemos concluir que no que respeita á idade 64% dos inquiridos pertence ao grupo etário dos 20 aos 29 anos, seguida de 22% do grupo etário dos 40 aos 49 anos e 14% pertencem ao grupo dos 30 aos 39 anos.

**Gráfico nº1** – Idade dos enfermeiros da equipa do SU.



Em relação do sexo 64% dos inquiridos pertence ao sexo feminino e 36% pertencem ao sexo masculino.

**Gráfico nº 2** – Distribuição por Sexo



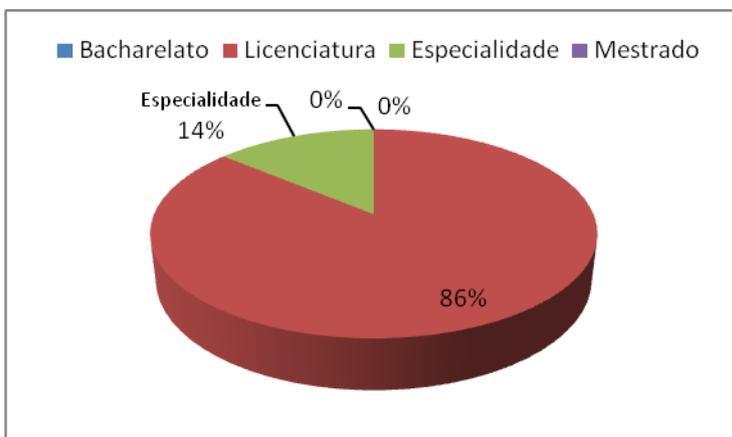
Quanto ao tempo de serviço, podemos concluir que 45% dos inquiridos pertence ao intervalo de 5 a 9 anos, seguido de 25% do grupo inferior a 5 anos de serviço, 19% pertence ao grupo de inquiridos pertencente ao intervalo de 15 a 20 anos e 8% têm mais de 20 anos de serviço.

**Gráfico nº 3 – Tempo de serviço em anos.**



Quanto às habilitações académicas podemos concluir que 86% dos inquiridos são licenciados seguidos de 14% que possuem especialidade.

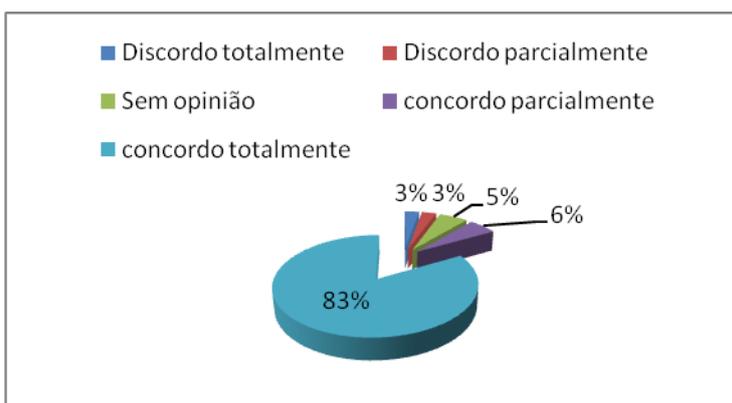
**Gráfico nº 4** – Caracterização dos inquiridos em relação às Habilitações académica.



Na segunda parte do questionário pretendíamos conhecer a pertinência que a equipa de enfermagem atribui ao tema.

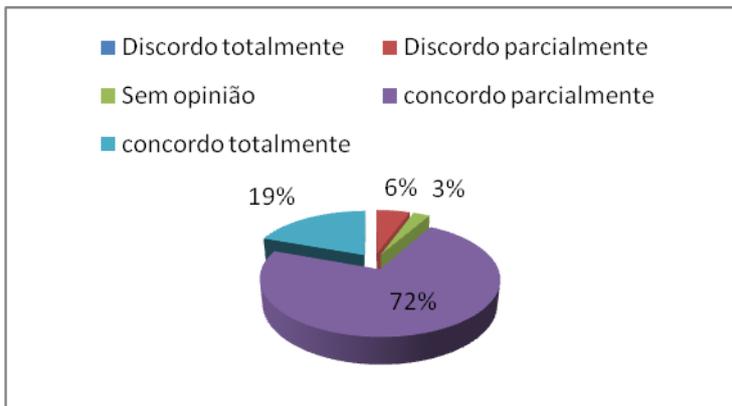
Podemos concluir que 83% dos inquiridos concorda totalmente que a temática escolhida é pertinente, seguida de 6% que concorda parcialmente, a seguir 5% não tem opinião e 3% em simultâneo discorda parcialmente e discorda totalmente.

**Gráfico nº 5** - Pertinência que a equipa de enfermagem atribui ao tema



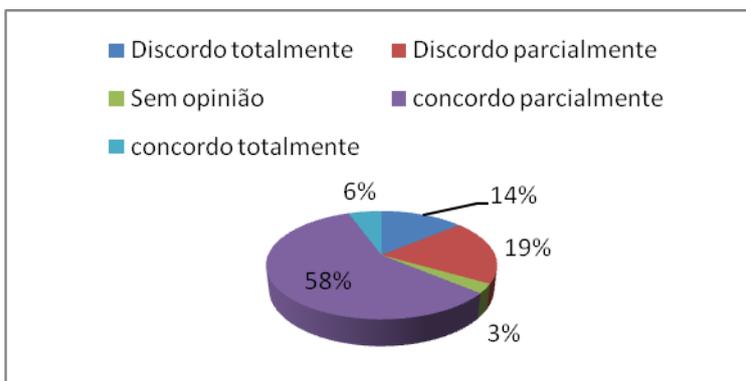
Em relação á questão sobre a segurança dos enfermeiros na administração de antibioterapia EV no SU, 72% respondeu que concorda parcialmente, 19% concorda totalmente, 6% discorda parcialmente e 3% não tem opinião.

**Gráfico nº 6 - Segurança na administração de antibioterapia EV no SU**



Na questão em que questionávamos os inquiridos se existe uniformização na administração de antibioterapia EV no SU, 58% respondeu concordar parcialmente, 19% discorda parcialmente, 14% discorda totalmente e 3% não tem opinião.

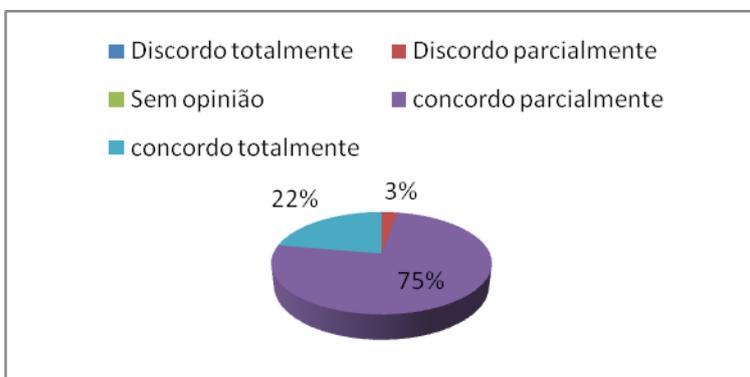
**Gráfico nº 7 - Uniformização na administração de antibioterapia EV no SU**



Na terceira parte as questões pretendiam conhecer o nível de formação que a equipa de enfermagem do SU possui relativamente á segurança na administração de antibióticos.

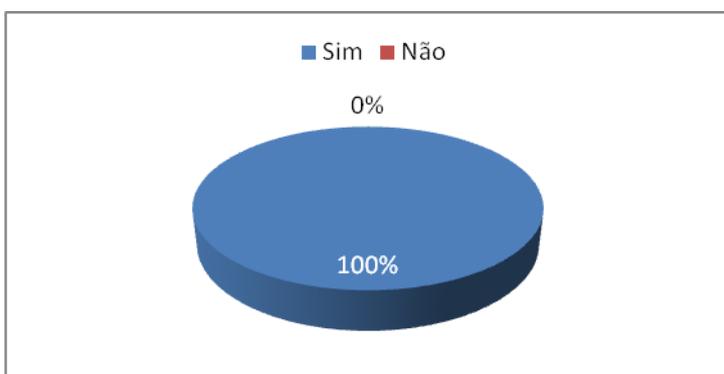
Quando perguntamos se os enfermeiros tinham conhecimentos suficientes para uma administração em segurança da antibioterapia: 75% respondeu concordar parcialmente, 22% concordou totalmente

**Gráfico nº 8** – Aquisição de conhecimentos suficientes para uma administração em segurança da antibioterapia.



Quando questionámos os 36 enfermeiros sobre a definição de erro terapêutico 100% responderam que sabe o que é um erro terapêutico.

**Gráfico nº 9** – Conhecimento sobre definição de Erro terapêutico.



Ao perguntar se os enfermeiros em questão já teriam cometido erros terapêuticos, 56% responderam que sim e 44% responderam que não.

**Gráfico nº 10** Cometer erro terapêutico



Dos 56% dos enfermeiros que responderam afirmativamente á questão anterior, 80% respondeu que cometeu erro terapêutico na preparação da antibioterapia e 20% na administração.

**Gráfico nº 11 - Tipos de erro cometeram**



Quando questionamos se os enfermeiros costumavam aplicar os “cinco certos” (verifica cliente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo), 86% respondeu que sim e 14% respondeu que não.

**Gráfico nº 12 - Aplicação dos “Cinco Certos”**



Ao colocarmos a questão sobre se os enfermeiros conheciam os antibióticos existentes no serviço, 53% respondeu que sim e 47% respondeu que não

**Gráfico n° 13** Conhecimento sobre os antibióticos existentes no serviço



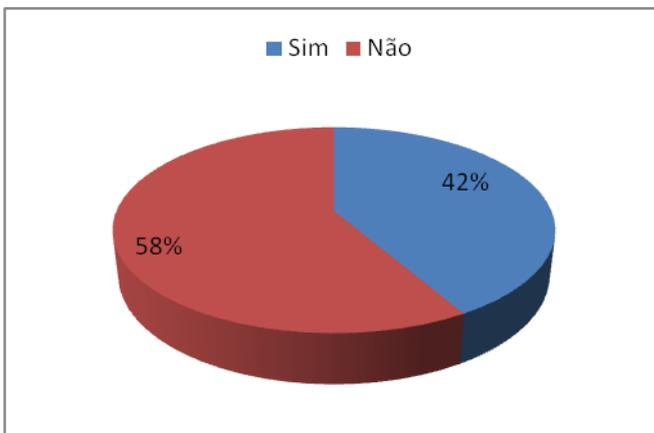
Quando questionamos os enfermeiros sobre se conheciam as diluições dos antibióticos existentes no serviço, 64% respondeu que não e 36% respondeu que sim.

**Gráfico n°14** – Conhecimento sobre as diluições



Quando perguntamos se os enfermeiros conheciam os cuidados pré e pós-administração dos antibióticos, 58% responderam que não e 42% responderam que sim.

**Gráfico n°15** – Conhecimento sobre os cuidados pré e pós-administração dos antibióticos.



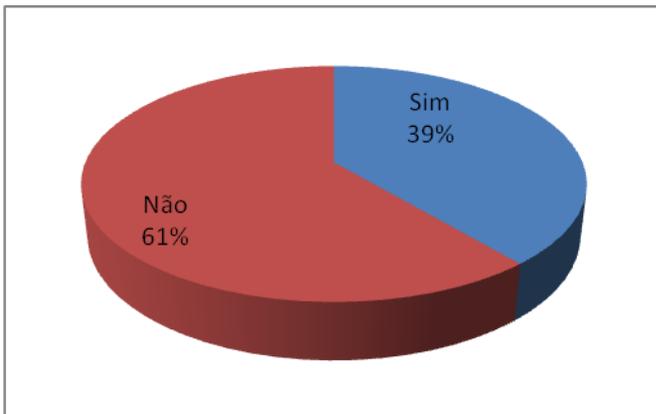
Quando perguntámos se os enfermeiros faziam dupla verificação na preparação e administração dos antibióticos, 69% respondeu que sim e 31% respondeu que não.

**Gráfico n°16** – Realização de dupla verificação na preparação e administração dos antibióticos



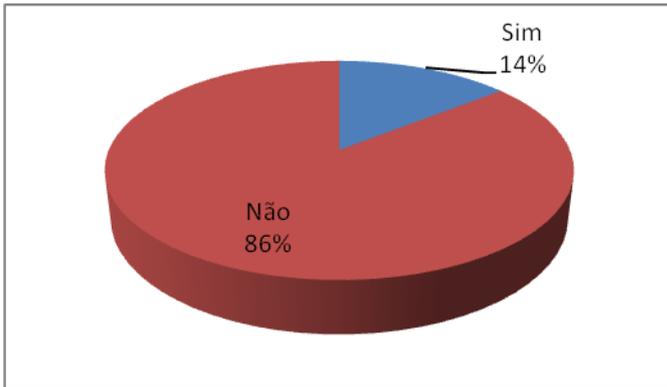
Quando perguntámos se os inquiridos conheciam que existe uma folha de registo de incidentes na intranet, 61% respondeu que não e 39% respondeu que não.

**Gráfico n°17** – Conhecimento de folha de registo de incidentes na intranet



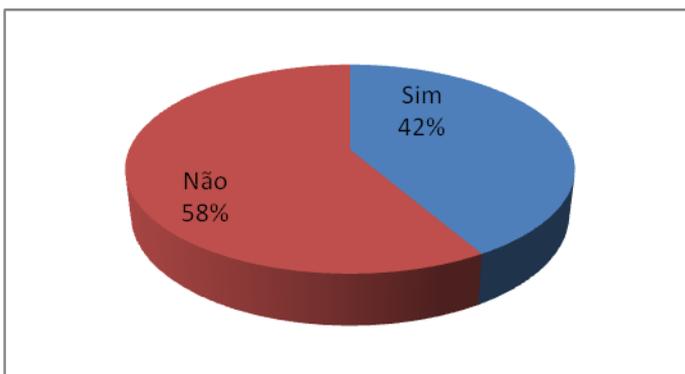
Dos inquiridos que responderam SIM á questão anterior 14% já fez registo e 86% não.

**Gráfico n°18** – Registo de incidentes na intranet



Quando perguntámos aos inquiridos se sabiam que existe no site do Infarmed um link para registo de efeitos adversos, 58% respondeu que não e 42% respondeu que sim.

**Gráfico n°19 – Registo na página do Infarmed**



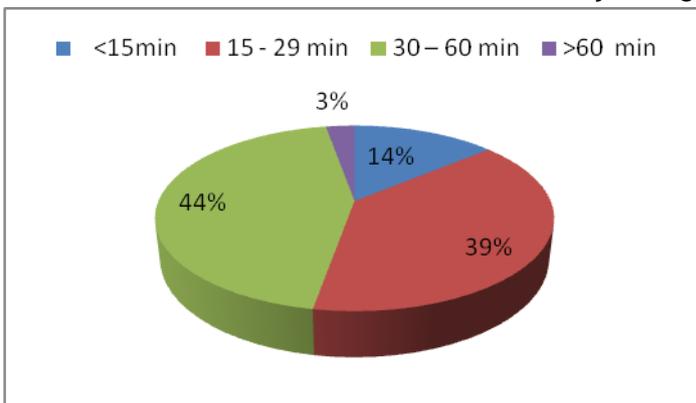
Quando perguntámos aos inquiridos se sabiam qual era o intervalo de segurança na administração de antibioterapia 69% respondeu que sim e 31% respondeu que não.

**Gráfico n°20 – Conhecimento sobre intervalo de segurança na administração**



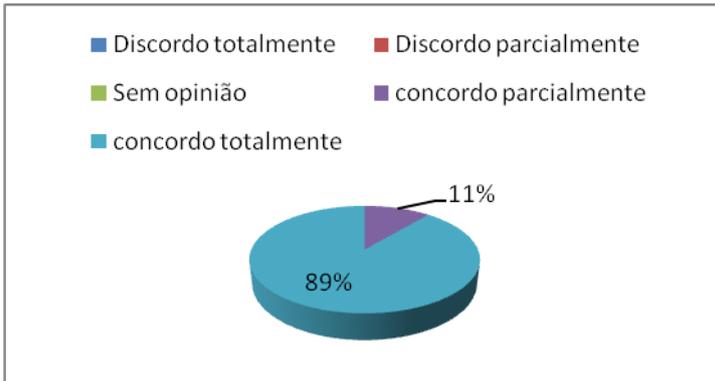
Quando perguntámos qual seria o intervalo de tempo correto para uma administração segura da antibioterapia 44% respondeu que seria no intervalo de 30 a 60 minutos, 39% respondeu no intervalo de 15 a 29 minutos, 14% respondeu no intervalo inferior a 15 minutos e 3% num intervalo superior a 60 minutos.

**Gráfico n°21-** Intervalo correto na administração segura de antibioterapia



Quando perguntámos se a organização do stock dos antibióticos era importante para a diminuição do risco terapêutico, 89% concorda totalmente e 11% concorda parcialmente.

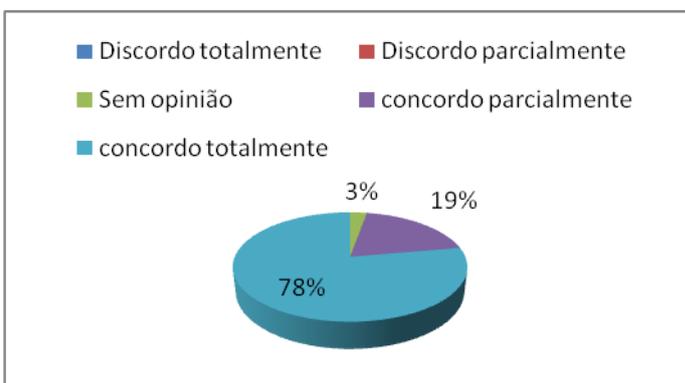
**Gráfico n° 22 –** Importância na organização do stock



Na quarta parte do questionário obtínhamos dados sobre o grau de importância que a equipa atribui à existência de medidas que contribuam para o aumento do conhecimento /segurança dos enfermeiros em relação à antibioterapia EV no SU da ULSLA

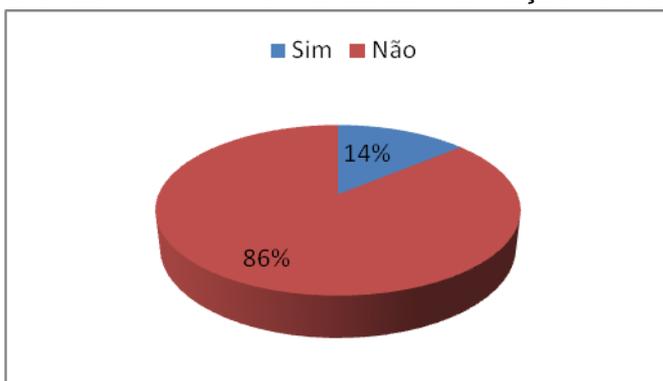
Em relação à questão sobre a pertinência nas ações de sensibilização a realizar à equipa de enfermagem do SU da ULSLA, 78% concorda totalmente, 19% concorda parcialmente e 3% não tem opinião.

**Gráfico nº23** – Pertinência das ações de sensibilização a realizar á equipa de enfermagem



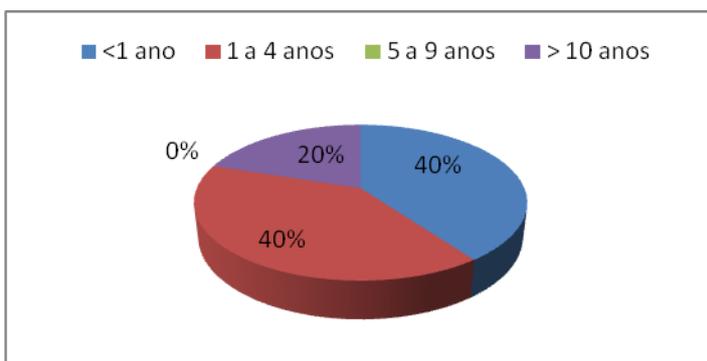
Quando perguntámos se os enfermeiros tinham formação na área, 86% respondeu que não e 14% respondeu que sim.

**Gráfico nº 24 – Enfermeiros com formação na área**



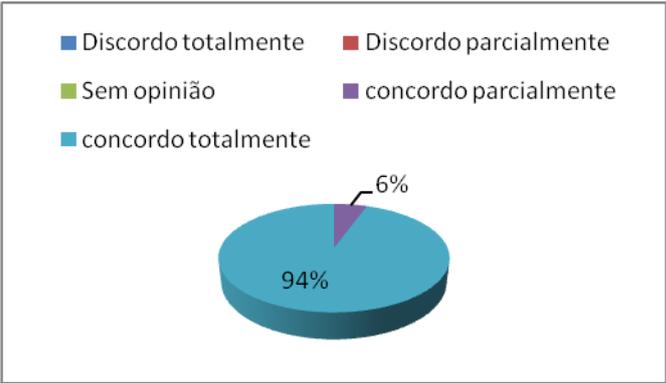
Em relação ao tempo em que já possuem formação, 40% responde a menos de um ano em simultâneo com 40% entre 1 e 4 anos, 20% responde há mais de 10 anos.

**Gráfico nº25- Intervalos de tempo que possui a formação.**



Quando perguntámos se os inquiridos achavam pertinência na existência de documento no serviço com linhas orientadoras na administração de antibioterapia, 94% concorda totalmente e 6% concorda parcialmente.

**Gráfico nº26 – Pertinência para a existência de documento no serviço sobre linhas orientadoras na administração de antibioterapia.**



### 3-CONCLUSÃO

Após a apresentação e a análise dos resultados obtidos neste estudo, evidenciamos agora a apreciação desses mesmos resultados à luz dos conhecimentos atuais sobre esta temática.

Os enfermeiros no âmbito de seu exercício profissional, inserem-se num contexto de atuação multiprofissional e como tal desenvolvem intervenções que podem ser de dois tipos: autônomas e interdependentes, sendo estas últimas as intervenções que são iniciadas por outros profissionais.

A administração de terapêutica é uma função interdependente dos enfermeiros que é referida pela OE no documento - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2003) e de onde se destaca que, a administração de medicação prescrita é uma função do enfermeiro, que deve servir-se para isso das qualificação e dos conhecimentos que possui para detetar os efeitos secundários e atuar em conformidade, de modo a manter ou recuperar funções vitais em situações de emergência.

Em relação á primeira parte do questionário, onde pretendíamos caracterizar a referida equipa, podemos concluir que no que respeita à idade 64% dos inquiridos pertence ao grupo etário dos 20 aos 29 anos e pertence ao sexo feminino.

Quanto ao tempo de serviço, podemos concluir que 45% dos inquiridos pertence ao intervalo de 5 a 9 anos de tempo de serviço e dos 100% que são licenciados, 14% tem especialidade.

Na segunda parte do questionário, onde pretendíamos conhecer a pertinência que a equipa de enfermagem atribui ao tema, podemos concluir que 83% dos inquiridos concorda totalmente que a temática escolhida é pertinente.

Em relação á questão *Sente segurança na administração de antibioterapia EV no SU?* 72% Respondeu que concorda parcialmente.

Na questão em que pedíamos aos inquiridos se existe uniformização na administração de antibioterapia EV no SU, 58% respondeu concordar parcialmente.

Na terceira parte com as questões colocadas pretendemos conhecer o nível de formação que a equipa de enfermagem do SU possui relativamente á segurança na administração de antibióticos.

Quando perguntamos se os enfermeiros tinham conhecimentos suficientes para uma administração em segurança da antibioterapia: 75% respondeu concordar parcialmente.

100% dos inquiridos conhece a definição de erro terapêutico , 56% já cometeu erro terapêutico dos quais 80% foi na preparação.

Quando questionamos se os enfermeiros costumavam aplicar os “cinco certos” (verifica cliente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo), 86% respondeu que sim.

56% Conhece os antibióticos existentes no serviço e 64% não conhece as suas diluições. 58% Não conhece os cuidados pré e pós administração e 69% faz dupla verificação na sua preparação.

Na quarta parte do questionário obtivemos dados sobre o grau de importância que a equipa atribui á existência de medidas que contribuam para o aumento do conhecimento /segurança dos enfermeiros em relação á antibioterapia EV no SU da ULSLA, 78% concorda totalmente na existência de ações de sensibilização

Quando perguntámos se os enfermeiros tinham formação na área, 86% respondeu que não. Em relação ao tempo em que já possuem formação, 40% responde a menos de um ano em simultâneo com 40% entre 1 e 4 anos. Quando perguntámos se os inquiridos achavam pertinência na existência de documento no serviço com linhas orientadoras na administração de antibioterapia, 94% concorda totalmente.

No final da análise e discussão dos resultados obtidos no nosso estudo, tendo como linha orientadora as questões desta investigação, consideramos ter dados respostas aos objetivos definidos para este estudo.

## **APÊNDICE 9**

### **FMEA**

**FMEA**

Descrição do processo	Etapas	G	Modo potencial de falhas	O	Efeitos	D	RPN	Causas	Ações a Desenvolver	Responsável
<i>Diagnóstico</i>	Armazenamento AB	5	- Troca de antibioterapia - Condicionamento incorreto	8	- Aumento dos custos com terapêutica  - Demora na administração  - demora no tratamento  - aumento do tempo de internamento	6	240	- Nomes semelhantes  - Etiquetas pouco visíveis	- Reorganizar os AB  - colocar etiquetas mais visíveis  - reunião com chefe de serviço e responsável da farmácia	Aluna de mestrado EMC
<i>Diagnóstico</i>	Preparação de AB	6	- Local de preparação  - Falha na preparação  - diluente errado  - ausência de verificação dos 8 certos	7	- aumento dos gastos  - demora no tratamento  - aumento do tempo de internamento	6	252	- local improprio  - falta de conhecimento	- formar a equipa  - elaborar poster	Aluna de mestrado EMC
<i>Diagnóstico</i>	Administração AB	7	- Diluições erradas	6	- aumento dos custos com	7	294	- Deficite de conhecimento	- Formar a equipa  - Verificação dos 8	Aluna de mestrado

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diluente errado</li> <li>- Erro na administração</li> <li>- incompatibilidades</li> <li>- combinações</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>consumíveis</li> <li>- aumento dos custos com terapêutica</li> <li>- demora no tratamento</li> <li>- aumento do tempo de internamento</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>certos através de checklist</li> <li>-</li> </ul>	EMC
<i>Diagnóstico</i>	Cuidados pós-administração	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- efeitos adversos</li> <li>- reações alérgicas</li> <li>- limpeza de sistemas</li> </ul>	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- demora no tratamento</li> <li>- aumento do custo com consumíveis</li> <li>- aumento dos custos com terapêutica</li> <li>- aumento do tempo de internamento</li> </ul>	6	216	- falta de informação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- formar a equipa</li> <li>- elaboração de dossier temático</li> </ul>	Aluna de mestrado EMC

## **APÊNDICE 10**

### **Cronograma de atividades**



## **APÊNDICE 11**

### **Memória descritiva**

## Formação sobre administração segura de antibioterapia EV no serviço de urgência

### Fundamentação:

O plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, preconiza a realização de estágios interrelacionados na prestação de cuidados de enfermagem na área da enfermagem médico-cirúrgica, permitindo assim o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem em pessoa em situação crítica.

A temática sobre antibioterapia, por ser uma área do nosso interesse assim como da restante equipa de enfermagem, surgiu após reflexão, entrevistas não estruturadas com a equipa de enfermagem e com a enfermeira responsável, sobre as necessidades do serviço passíveis de intervenção, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes que recorrem ao serviço de urgência e internamento em SO da ULSLA.

### Objetivos:

Gerais	Específicos (Operacionais)
Contribuir para a segurança, efetividade e eficiência dos cuidados de enfermagem relacionados com antibioterapia administrada ao doente internado no SU da ULSLA .	<ol style="list-style-type: none"><li>1 - Criar um guia farmacológico para enfermeiros.</li><li>2 – Formar / treinar a equipa de enfermagem sobre administração segura de antibióticos.</li><li>3 - Realizar um poster com uma tabela de incompatibilidades, diluições e fichas técnicas dos Antibióticos.</li></ol>

### Destinatários:

Nº Formandos/Ação	Grupo(s) Profissional(is)	Crítérios de Seleção
	Enfermagem	Enfermeiros do serviço de Urgência

### Realização Física:

Ação nº	Data Inicio	Data Fim	Carga Horária	Nº Dias	Horário
---------	-------------	----------	---------------	---------	---------

1			Uma hora		
---	--	--	----------	--	--

**Formadores (nº):**

Internos	Externos	Critérios de Seleção
1		

**Conteúdo Programático:**

Temáticas/Nº Horas por Temática
Antibioterapia Segurança do doente Administração de medicamentos por via endovenosa Intervenções de enfermagem na administração de antibioterapia

**Metodologias:**

Formação	Avaliação
Exposições teóricas	

**Recursos Físicos e Pedagógicos:**

Sala de formação; Computador portátil; Vídeo projector; Apresentações em "PowerPoint";
---

Questionários de avaliação.

## **APÊNDICE 12**

### **Divulgação da sessão de formação**

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO

<u>Data</u>	7/10/2013
<u>Tema</u>	Administração segura de antibioterapia EV e Respetivas intervenções de enfermagem no serviço de urgência
<u>Local</u>	Auditório
<u>Horas</u>	14.30h
<u>Destinatários</u>	Enfermeiros

## **APÊNDICE 13**

### **Apresentação da sessão de formação**

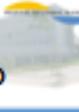


**HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO**

**Administração segura de antibioterapia EV e respetivas intervenções de enfermagem no serviço de urgência**

Centro Clínico Un. Alentejo - IPI 010100000 - Av. P. 18810-00  
Bairro Superior - 7000-001 Beja

Coordenador: Prof. Rita Santos - IPIPI - Un. Ciências da Saúde



**Objetivos da sessão**

Contribuir para a segurança, efetividade e eficiência dos cuidados de enfermagem relacionados com antibioterapia administrada ao doente internado no SU da ULSLA.




**Sumário**

- Considerações gerais sobre antibióticos
- Armazenamento dos antibióticos no serviço de urgência
- Cuidados de enfermagem:
  - Preparação dos antibióticos;
  - Administração dos antibióticos;
  - Pós administração dos antibióticos.
- Notificação de reação adversa




**Noções importantes**

**Antibióticos**

São substâncias que exercem ação antimicrobiana. Podem ser produzidas por agentes vivos ou ser elaboradas sinteticamente. Agem sobre as bactérias gram-positivas, gram-negativas ou ambas.

Fonte: <http://www.who.int/emergencies/diseases/nipd/antibiotics>




**Noções importantes**

- As bactérias podem ser sensíveis ou resistentes a um determinado tipo de antibiótico. A escolha do antibiótico mais eficiente pode ser facilitada pelo exame laboratorial denominado de cultura em antibiograma que consiste no estudo de sensibilidade do microorganismo aos diversos tipos de antibióticos.

Fonte: <http://www.who.int/emergencies/diseases/nipd/antibiotics>




**Noções importantes**

**Segurança:**  
A redução do risco de dano desnecessário a um mínimo aceitável.

**Segurança do doente:**  
A redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

Fonte: <http://www.who.int/emergencies/diseases/nipd/antibiotics>



## Noções importantes

**Interação medicamentosa**  
 Define-se quando a ação de um medicamento é alterada pela presença de outro;

(In)compatibilidade

São interações físico-químicas que ocorrem quando dois ou mais medicamentos são administrados na mesma solução misturados no mesmo recipiente, e o produto obtido é capaz de inviabilizar a terapêutica clínica.

ULSLA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA  
 SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA - INSTITUTO DE MEDICINA DE LISBOA

## Noções importantes

Os erros durante o tratamento medicamentoso podem resultar em sérias consequências ao doente e a sua família

↓

- ✓ prolongar o tempo de tratamento e de recuperação,
- ✓ expô-lo a mais procedimentos e medidas terapêuticas,
- ✓ atrasar ou impedir que o doente reassuma suas funções sociais e até provocar sua morte.

Patel et al., Reser., 2002

Considerando todos os tipos de erros que podem ocorrer durante o atendimento à saúde, os de medicação ganham destaque, sendo também a causa mais frequente de eventos adversos evitáveis (Carvalho e Vieira, 2002).

## Noções importantes

Sistema de medicação nos hospitais é complexo

↓

Involve

Processos de prescrição, fornecimento e administração de medicamentos, o que implica a atuação de diferentes profissionais, transmissão de ordens ou materiais entre pessoas, comando, em cada elo do sistema, múltiplas possibilidades de ocorrência de erros de medicação.

Levy e sua colaboradora (2002)

## Noções importantes

- De entre os possíveis erros que podem acontecer no decurso do processo de tratamento de um doente, os erros relacionados com a terapêutica são talvez os mais frequentes.
- Luk e seus colaboradores (2004:29) refere m que " os erros de medicação são um tipo muito comum de erros de natureza multidisciplinar. "
- O erro de terapêutica pode acontecer em qualquer etapa do processo de administração de fármacos e pode ser cometido por qualquer um dos profissionais envolvidos nesse processo sendo por isso um problema multiborral.

ULSLA - UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA  
 SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA - INSTITUTO DE MEDICINA DE LISBOA

## Distribuição dos antibióticos no SO do SU da ULSLA



FOTO: UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE LISBOA

## Intervenções de Enfermagem

- Cuidados de enfermagem:
  - Preparação dos antibióticos;
  - Administração dos antibióticos;
  - Pós administração dos antibióticos.



## Higienização das mãos



Foto: U.S. Centers for Disease Control and Prevention



## Higienização das mãos

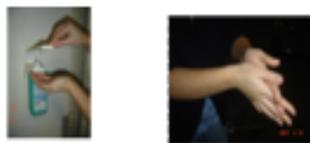


Foto: U.S. Centers for Disease Control and Prevention



## Desinfecção do local da preparação



Foto: U.S. Centers for Disease Control and Prevention



## Preparação de Antibióticos

A sua preparação, reconstituição e diluição, requer o Conhecimento:

- Evitar a utilização de prescrições verbais de medicamentos;
- Solicitar sempre o uso de prescrição informatizada;
- Recuperar a diluição de medicamentos, incluindo tipo e a quantidade de diluente, tempo de perfusão;

U.S. Centers for Disease Control and Prevention



## Preparação de Antibióticos

Ao preparar o Enfermeiro deve:

- Conhecer a ação do medicamento;
- Implementar barreira de erros de medicação;
- Garantir que o intervalo prescrito é suficiente para obter os resultados esperados pelos medicamentos;
- Saber que alguns medicamentos podem interagir entre si caso sejam administrados no mesmo horário.

Foto: U.S. Centers for Disease Control and Prevention



## Ter em atenção




1. Ter em atenção a forma e cor logo e o logótipo em branco e preto. Não se deve preparar a solução com água quente (17°C), 40°C.



## Ter em atenção



1. Ter em atenção a forma e cor logo e o logótipo em branco e preto. Não se deve preparar a solução com água quente (17°C), 40°C.



## Ter em atenção

**Exemplos:**

- ✓ A fentolína tem sua ação diminuída quando administrada com ritimicina, corticóides, haloperidol, clorgomasina, cetoconazol.
- Δ A fentolína pode chegar à toxicidade quando administrada junto com meronidazol, omegrazol, entre outros...

(Clayton, 2006)



## Ter em atenção

Os opióides podem interagir entre si e terem seus efeitos potencializados quando administrados com:

- ✓ Sedativos, antidepressivos, fentolína, antihistamínicos.

O efeito anticoagulante da varfarina é aumentado quando administrada junto com:

- ✓ UÚ, fentolína, amiodarona, meronidazol, ciprofloxacina, corticóides, beta-bloqueadores.

(Clayton, 2006)



## Ter em atenção

**Antimicrobianos**

- ✓ Os aminoglicosídeos (amikacina, gentamicina, Neomicina) quando administrados juntos com Vancomicina, Polimixina B, diuréticos e meronidazol podem levar ao aumento do efeito nefrotóxico.

(Clayton, 2006)



## Considerações a ter antes da administração

- Validar medicação prescrita;
- proceder à higienização das mãos;
- verificar a prescrição: nome do medicamento, dos, horário, dosagem, nome do cliente, cama e quarto;
- preparar a medicação de acordo com a prescrição e compatibilidades;
- explicar o procedimento ao cliente.

1. Ter em atenção a forma e cor logo e o logótipo em branco e preto. Não se deve preparar a solução com água quente (17°C), 40°C.



## Administração de Antibióticos

- assegurar os que a via de acesso permanece
- lavar a administração / pontos de acesso
- assegurar o cumprimento de todas as prescrições de antibióticos (via de acesso, período / administração, horário, etc)
- evitar sempre outras drogas
- evitar os sistemas que a administração / pontos de acesso não sejam seguros.

## Administração de Antibióticos

Antibióticos - o que pode ocorrer com

**Pós-Infarto**

- Baixa eficácia
- Uso errado
- Custo elevado
- Mais efeitos
- Substituição errada
- Errores na forma de administração
- Registo inadequado

## Evitar ...



Medicamentos, dispositivos e materiais que possuem uma suscetibilidade de causar danos significativos à saúde ou a segurança de filhos no processo de utilização.

## Evitar ...



## Evitar ...



## Cuidados Pós-administração

- Vigiar possíveis efeitos adversos nos sistemas que possam surgir
- Sugerir e informar, sempre de cada sistema por exemplo à a eficácia, segurança, mais frequentes
- Informar a médica assistente
- Responder todas as dúvidas

## Complicações

- **Reação** - gástrica, hepática, anafilática, febre, e outras.
- **Interação**
  - Causa
  - Cefe
  - Efeitos
- **Reação adversa**
- **Reação adversa grave**
- **Interação**
- **Interação**
- **Interação**

## Recomendações:

1. Avaliar o risco e os benefícios do uso.
2. Informar a população sobre o risco e os benefícios do uso.
3. Utilizar apenas produtos com uma qualidade de vida adequada de segurança.
4. Monitorar o risco de uma reação adversa grave, grave e potencialmente fatal.
5. Limitar o número máximo de doses.
6. No entanto, algumas vezes o uso de doses maiores do que o recomendado é necessário.
7. Informar o risco de uma reação adversa grave.
8. Monitorar o risco de uma reação adversa grave.
9. Avaliar o risco de uma reação adversa grave.

## 10 elementos-chave para o uso seguro do medicamento

1. Informação sobre o medicamento
2. Informação sobre o medicamento
3. Comunicação entre profissionais
4. Nome do medicamento, apresentação e embalagem
5. Condições de utilização
6. Aplicação, uso e monitorização de efeitos
7. Riscos associados
8. Informação e formação de profissionais
9. Informação sobre o medicamento
10. Qualidade do medicamento

## Como notificar ...

## Notificação de reação adversa

## Notificação de reação adversa

### Notificação de reação adversa

### Notificação de reação adversa

### Para refletir ...

É possível de mais em países industrializados, pensados por uma medicina à la carte, mais alta de que os resultados de análises automatizadas a mais alta de que mais em um sistema mais.

(Klein et al., 2002)

### Para refletir ...

“Uma a mais que contém a combinação de medicamentos ou alimentos nos produtos, após as análises estatísticas de segurança, podem não garantir a segurança de todos os pacientes, porém, os dados sobre os efeitos adversos.”

↓

Após análise, possíveis efeitos adversos por a interação com outros produtos, drogas.”

Fonte: Klein (2002)

### Para refletir ...

- Cabe ao Conselho (2011-2012) afirmar que “é mais a mais que contém a combinação de medicamentos nos produtos, após as análises estatísticas de segurança, podem não garantir a segurança de todos os pacientes, porém, os dados sobre os efeitos adversos.”

### Dúvidas ????



## **APÊNDICE 14**

### **Guia farmacológico**



Instituto Politécnico de Setúbal  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SETÚBAL  
2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

# **GUIA FARMACOLÓGICO DE ANTIBIOTERAPIA**

**Autora: Delmira Cristina Lino, aluna nº11051900**

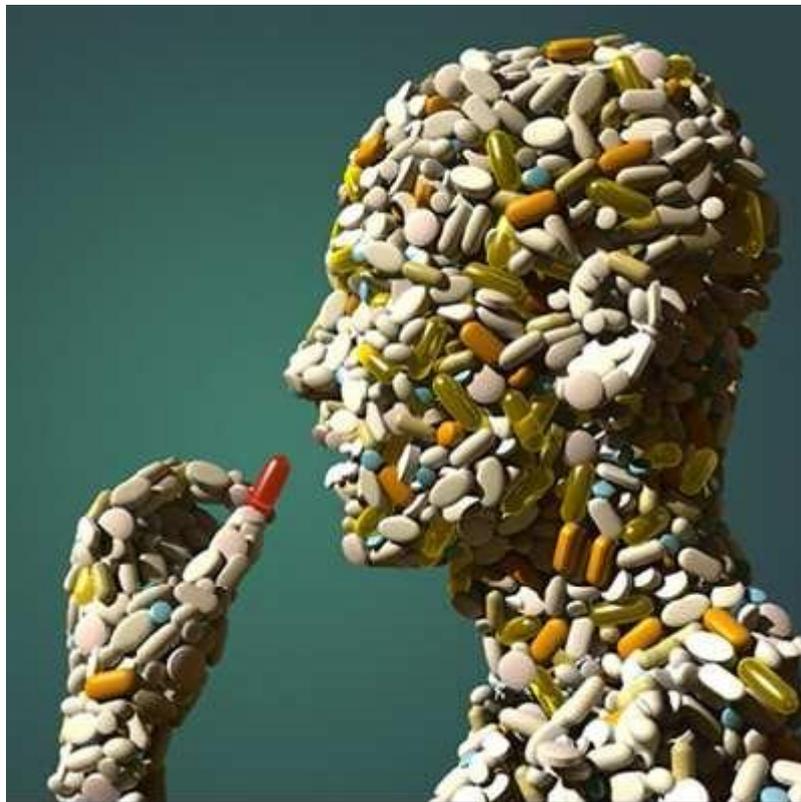
**Orientadoras: Profª Elsa**

**Enfª Ana Cristina Guerreiro**

Setúbal

Julho 2013

# **GUIA FARMACOLÓGICO DE ANTIBIOTERAPIA**



Autora: Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino

Julho 2013

## ABREVIATURAS E SIGLAS

% - percentagem

CCr – clearance da creatinina

GI – gastrointestinal

H – hora

Min – minuto

Mg – miligrama

ml – mililitro

PO – per os (via oral)

SO - Serviço de observação

SU – Serviço de urgência

Kg - kilograma

ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

ÍNDICE	Pág
Preâmbulo	5
1 - Breves noções a relembrar	7
2 – Fichas de antibióticos	11
Referências	

## PREÂMBULO

A temática sobre antibioterapia, por ser uma área do nosso interesse assim como da restante equipa do SU da ULSLA surgiu após reflexão, entrevistas não estruturadas com os colegas e com a enfermeira responsável, sobre as necessidades do serviço passíveis de intervenção, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes que recorrem ao serviço supracitado.

A existência de um guia farmacológico que englobe conhecimentos científicos atuais baseados na evidência de forma a fundamentar e harmonizar os cuidados, irá contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança. Indo de encontro ao definido na missão do hospital, que passa por prestar cuidados de saúde diferenciados de máxima qualidade à população do Litoral Alentejano, em integração com a rede de cuidados de saúde, com respeito pelo utente, resolubilidade, equidade, acessibilidade, utilizando procedimentos eficazes, eficientes e seguros, promovendo a satisfação dos utentes e dos profissionais. (ULSLA - Hospital do Litoral Alentejano, 2013)

“Os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar os cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados (...)” Parecer conjunto CE e CJ (3/2010, p.3)

“Dado o grande avanço de todas as áreas relacionadas com a intervenção terapêutica, especialmente no tratamento farmacológico, reveste-se de particular importância para todos os profissionais de saúde preocupados com a melhoria da qualidade da sua intervenção.” (Deglin, Judith e April Vallerand: Guia farmacológico para enfermeiros. 7ª Ed. Lusociência.2003)

Encontrando-nos a exercer funções no serviço de urgência supramencionado, tornou-se clara a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre antibioterapia na medida em que acreditamos que como profissionais só estaremos à altura de prestar cuidados de saúde adequados se nos encontrarmos preparados e munidos de saberes e recursos de várias ordens.

Assim, é propósito deste guia facilitar o acesso rápido a informação pertinente sobre antibioterapia com o intento de agilizar uma rápida, eficaz e eficiente prestação de cuidados de saúde emergentes de qualidade.

Para os enfermeiros este guia é de grande utilidade pois, à medida que a sua autonomia se vai consolidando, as exigências com que se deparam ultrapassam em muito, a mera preparação e administração de medicamentos, o que determina a necessidade de se manterem atualizados nesta área.

Consideramos que este é um guia dinâmico, como tal passível de sofrer alterações e atualizações que ajudem a torná-lo mais eficiente.

Para tal encontra-se dividido em duas partes para além deste preâmbulo. Na primeira faz-se uma breve apresentação de noções importantes e e na segunda parte as fichas dos antibióticos usados no SO do SU da ULSLA.

## 2 - BREVES NOÇÕES A RELEMBRAR

### **Concentração**

A concentração de um medicamento numa solução vai condicionar, por um lado o tipo de degradação (hidrólise, oxidação, fotólise) e por outro, a velocidade dessa reação. Na maioria dos processos de degradação dos medicamentos em solução, a velocidade da reação é diretamente proporcional à concentração do princípio ativo. (1)

### **Diluição**

É a adição da solução injetável pronta ou já reconstituída a um diluente, de modo a obter uma solução injetável a administrar com uma menor concentração do princípio ativo. Em regra, o diluente a utilizar é uma solução injetável de grande volume de glicose isotónica ou de cloreto de sódio isotónico, ou outras desde que recomendadas pelo fabricante. (1)

### **Incompatibilidades físico-químicas**

As incompatibilidades físico-químicas são reações que ocorrem, aquando da mistura de dois ou mais medicamentos, ou de um medicamento com um veículo, durante o período de conservação e/ou administração. Dando origem a alteração da cor, escurecimento, turbação, precipitação, libertação de gás e formação de espuma. (2)

### **Reconstituição**

É a adição de um solvente ao pó ou liofilizado, de modo a obter o medicamento injetável de preparação espontânea. Em regra o solvente utilizado é a água para preparação de injetáveis ou o cloreto de sódio isotónico, salvo situações em que o fabricante recomende outros solventes. (2)

### **Via intramuscular**

Administração direta do injetável na nossa massa muscular, sendo habitualmente escolhidos os músculos da nádega, da coxa e da espádua. (2)

### **Via intravenosa**

A administração intravenosa ou endovenosa é efetuada introduzindo-se o medicamento diretamente, por uma veia, na corrente sanguínea. Em geral, recorre-se à veia basílica, por ser superficial, facilmente localizável e estar em ligação com outras grandes veias do braço.

Existem três formas de clássicas de administração de medicamentos por via IV:

### Direta

Carateriza-se pela administração direta dos medicamentos na veia, ou através de um ponto de injeção no cateter. Dependendo do tempo e duração da administração denomina-se por bólus se dura menos de um minuto e IV lenta se dura 3-10 minutos. (2)

### Perfusão intermitente

Carateriza-se pela administração de preparações medicamentosas injetáveis já diluídas através de sistemas de perfusão; usa-se para volumes compreendidos entre 50-100ml, perfundidos à velocidade de 120-210ml/h. (2)

### Perfusão contínua

Carateriza-se pela administração de medicamentos através de sistemas de perfusão regulados por bombas perfusoras; usa-se para grandes volumes (superiores a 500ml), perfundidos à velocidade de 100-125ml/h. (2)

### **Via intradérmica – ID**

Os medicamentos são administrados na pele entre a derme e a epiderme. O volume injetado é sempre muito pequeno, da ordem dos 0.06 a 0.18ml e a zona geralmente escolhida é a pele do antebraço. (2)

### **Via subcutânea – SC**

Os medicamentos são administrados debaixo da pele, no tecido subcutâneo. Os locais para a injeção subcutânea incluem as regiões superiores externas dos braços, o abdómen entre os rebordos costais e as cristas ilíacas, a região anterior da coxa e a região superior do dorso. É importante alternar os locais da injeção. (2)

### **Via intra-raquidea – IR**

A administração intra-raquidea consiste em injetar a preparação medicamentosa no canal raquideano, podendo ser praticada por via subaracnoídea ou intratecal e por via epidural ou peridural. O emprego desta via deve-se à difícil passagem dos medicamentos de sangue para o tecido nervoso especialmente para a região do encéfalo. Os medicamentos injetáveis destinados a esta via devem ser soluções aquosas neutras e isotónicas, rigorosamente estéreis e apirogénicas. Por outro lado, não devem ter conservantes germicidas, uma vez que podem lesar elementos do tecido nervoso. Enquanto que a via subaracnoídea se realiza entre as membranas pia-mater e aracnoídea e a administração epidural consiste na injeção no espaço entre a dura-mater e a parede do canal raquideano. (2)

## CONSIDERAÇÕES A REETER ...

- A reconstituição dos injetáveis de preparação espontânea deve ser feita com água para preparação de injetáveis, cloreto de sódio a 0.9% ou outro solvente compatível, de acordo com as instruções do fabricante.
- A mistura de medicamentos na mesma seringa ou na mesma solução de diluição deve evitar-se devido a possíveis problemas de incompatibilidade.
- A manipulação dos medicamentos deve fazer-se em condições assépticas de forma a evitar os perigos de contaminação microbiológica a que está exposta.
- Devem ser utilizadas preparações recentes, sendo mais prudente a inutilização de qualquer solução depois de corridas 24 horas sobre a sua preparação, a menos que seja indicado o contrário.
- Quando conservadas no frigorífico, as soluções reconstituídas ou diluídas, devem atingir a temperatura ambiente antes da sua administração.
- As misturas intravenosas devem ser examinadas regularmente durante a sua perfusão. Se ocorrer escurecimento, alteração de cor, cristalização ou qualquer outro sinal de interação ou contaminação, a perfusão deve ser imediatamente descontinuada.
- Os medicamentos não devem ser agitados de forma vigorosa, mas sim rodados, para evitar a formação de espuma e de bolhas de ar que ficam no contentor, diminuindo a quantidade de fármaco a administrar ao doente, salvo indicação específica em contrário expressa pelo fabricante.
- A utilização de filtros para remoção de partículas durante a preparação das misturas origina normalmente retenção do fármaco por diversos motivos. No entanto, situações há em que a sua utilização deve ser feita, desde que recomendada de forma expressa pelo fabricante. (2)

## 2 - FICHAS DE ANTIBIÓTICOS

### AMOXICILINA E ÁCIDO CLAVULÂMICO

#### ➤ INDICAÇÕES

Tratamentos de várias infecções incluindo:

- Infecções da pele e de estruturas cutâneas;
- Otite média;
- Sinusite;
- Infecções do trato respiratório;
- Infecções do trato geniturinário;
- Meningite;
- Septicémia..

#### ➤ AÇÃO

Liga-se à parede da célula bacteriana, causando a morte da célula; o espectro da amoxicilina é mais amplo do que o da penicilina. O ácido clavulâmico resiste à ação da lactamase beta, uma enzima produzida pela bactéria que é capaz de inativar algumas penicilinas.

#### ➤ FARMACOCINETICA

**Absorção:** Bem absorvido pelo duodeno (75-90%). Mais resistente à inativação ácida do que outras penicilinas.

**Distribuição:** difunde-se rapidamente na maior parte dos tecidos e fluidos corporais. A penetração no LCR é aumentada pela inflamação das meninges. Atravessa a placenta e passa em pequenas quantidades para o leite materno.

**Metabolismo e excreção:** 70% excretado sem alterações na urina. 30% metabolizado no fígado.

**Semivida:** 1 – 1,3h

#### ➤ CONTRA-INDICAÇÕES E PRECAUÇÕES

**Contraindicações:**

- Hipersensibilidade às penicilinas;
- Hipersensibilidade ao ácido clavulâmico;
- A suspensão oral e os comprimidos mastigáveis contêm aspartame e devem ser evitados em casos de fenilcetonúria.

**Precauções:**

- Insuficiência renal grave (necessidade de reduzir a posologia),
- Mononucleose infecciosa (aumenta a incidência de erupção cutânea);
- Insuficiência hepática grave (calcular a posologia cuidadosamente, monitorizar a função hepática).

#### ➤ REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

**SNC:** convulsões (doses elevadas).

**GI:** náuseas, vômitos, diarreia, disfunção hepática, colite pseudomembranosa.

**Derm:** erupções, urticária.

**Hemat:** discrasias sanguíneas.

**Outros:** anafilaxia e doença do soro.

#### ➤ INTERAÇÕES

##### **Fármaco-fármaco:**

- O *probenecide* diminui a excreção renal e aumenta os níveis sanguíneos da amoxicilina – a terapêutica pode ser combinada com este objetivo.
- Pode potenciar o efeito da *varfarina*.
- A terapêutica simultânea com *alopurinol* aumenta o risco de erupção cutânea.
- Pode diminuir a eficácia dos *contracetivos orais*.

#### ➤ VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

##### **Maioria das infeções:**

- **PO (adultos e crianças > 40 kg): comprimidos:** 1 comprimido de 500 mg de 12/12h ou 1 comprimido de 250 mg de 8/8h. **Suspensão:** 500mg de 12/12h.

##### **Infeções graves e infeções respiratórias:**

- **PO (adultos e crianças > 40 kg): comprimidos:** 1 comprimido de 875 mg de 12/12h ou 1 comprimido de 500 mg de 8/8h.

##### **Insuficiência renal:**

- **PO (adultos):** CCr 10-30 ml/min- 250-500 mg de 12/12h (não usar comprimidos de 875mg); CCr < 10ml/min- 250-500 mg 24/24h.

##### **Otite média, sinusite, infeções do trato respiratório inferior, infeções graves**

- **PO (crianças > 3 meses):** suspensão oral de 200mg/5ml ou 400mg/5ml – 22,5mg/kg de 12/12h; suspensão oral de 125 mg/5ml ou 250mg/5ml – 13,3 mg/kg de 8/8h.

## Infeções menos graves

- **PO (crianças > 3 meses):** suspensão oral de 200mg/5ml ou 400mg/5ml – 22,5mg/kg de 12/12h ou 6,6mg/kg de 8/8h (em suspensão de 125mg/5ml ou de 250mg/5ml).
- **PO (crianças < 3 meses):** 15 mg/kg de 12/12h (recomenda-se suspensão de 125mg/5ml).

### ➤ APRESENTAÇÃO

- **Comprimidos:** 500mg de amoxicilina com 125mg de ácido clavulânico, 875 mg de amoxicilina com 125 mg de ácido clavulânico.
- **Suspensão oral:** 125 mg de amoxicilina com 31,25 mg de ácido clavulânico/5ml, 250 mg de amoxicilina com 62,5 mg de ácido clavulânico/5ml, 400 mg de amoxicilina com 57 mg de ácido clavulânico/5ml.
- **Injeção:** 500 mg/50mg, 1000mg/200mg.
- **Solução para perfusão:** 1000mg/100mg, 2000mg/200mg.

### IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

#### Monitorização/Avaliação inicial

- Avaliar a presença de infeções (sinais vitais, aparência das feridas, expectoração, urina e fezes; contagem leucocitária) no princípio e durante a terapêutica.
- Fazer a história do doente antes de iniciar a terapêutica para determinação prévia de uso e reação às penicilinas ou cefalosporinas. As pessoas com história negativa de sensibilidade à penicilina podem, ainda assim, ter uma resposta alérgica.
- Monitorizar sinais e sintomas de anafilaxia (erupção, prurido, edema da laringe, respiração ruidosa). Informar imediatamente o médico ou outro profissional de saúde se isto ocorrer.
- Obter amostras para cultura e para testes de sensibilidade antes da terapêutica. A primeira dose pode ser administrada antes de se saberem os resultados.
- Monitorizar a função intestinal. A ocorrência de diarreia, câibras abdominais, febre e sangue nas fezes, deve ser prontamente relatada como sinal de colite pseudomembranosa. Pode começar até várias semanas após a sessão da terapêutica.

Considerações laboratoriais: pode causar aumento da fosfatase alcalina sérica, e das concentrações sanguíneas de LDH, AST e ALT. Os idosos e os doentes submetidos a tratamentos prolongados encontram-se em risco aumentado de disfunção hepática.

- Pode causar resultados falsamente positivos nos testes de Coombs direto.

### **Potenciais diagnósticos de enfermagem**

- Alto risco de infeção (indicações, efeitos laterais).
- Défice de conhecimento, relacionado com o regime terapêutico (ensino ao doente/família).

### **Procedimentos**

- **PO:** administrar rigorosamente a horas. Pode ser administrado fora das refeições. Pode ser administrado às refeições para diminuir o efeito lateral GI. As capsulas podem ser esvaziadas e o seu conteúdo tomado com líquidos. Os comprimidos mastigáveis podem ser esmagados ou mastigados antes de serem deglutidos com líquidos. Agitar a suspensão oral antes de administrar. A suspensão reconstituída e refrigerada deve ser rejeitada após 10 dias.
- Dois comprimidos de 250mg não são bioequivalentes a um de comprimido de 500 mg.
- Crianças: as crianças com menos de 3 meses devem tomar apenas a solução oral de 125 mg/ 5 ml.

### **Ensino ao doente/família**

- Instruir os doentes a tomar a terapêutica rigorosamente à hora estipulada e até ao fim do tratamento como lhe foi indicado, mesmo se sentir melhoras. Avisar o doente que a partilha desta medicação com outros pode ser perigosa.
- Instruir doentes femininos que estejam a tomar contraceptivos orais, a usar um método de contraceção alternativo ou adicional durante a terapêutica até ao período menstrual seguinte.
- Avisar o doente a relatar os sinais de superinfeção (língua saburrosa, prurido ou corrimento vulvar, fezes moles e com cheiro fétido) e alergia.
- Instruir o doente a notificar imediatamente um profissional de saúde se ocorrer diarreia, câibras abdominais, febre ou sangue nas fezes e a não recorrer a antidiarreicos sem consultar um profissional de saúde.
- Instruir o doente a informar o médico ou outro profissional de saúde se os sintomas não melhorarem ou se as náuseas ou a diarreia persistirem quando o fármaco estiver a ser administrado com a comida.

### **Avaliação da eficácia da terapêutica**

A eficácia da terapêutica pode ser demonstrada por: resolução dos sinais e sintomas da infecção. O tempo para uma completa resolução depende do organismo e do local da infecção.

## AZITROMICINA

### ➤ INDICAÇÕES

Tratamento das seguintes infecções devidas a organismos suscetíveis:

- Infecções do trato respiratório superior incluindo faringite estreptocócica e amigdalite.
- Infecções do trato respiratório inferior incluindo bronquite e pneumonia.
- Infecção da pele e das estruturas cutâneas.
- Uretrite não-gonocócica, cervicite, gonorreia e cancroide.
- Prevenção da infecção disseminada por *Microbactrium avium* em pacientes de estado avançado de infecção por HIV.

### ➤ AÇÃO

Inibe a síntese proteica ao nível da fração 50s dos ribossomas bacterianos.

### ➤ FARMOCINÉTICA

**Absorção:** rapidamente absorvido (40%) após ingestão oral.

**Distribuição:** amplamente distribuído nos tecidos e fluidos corporais. Os níveis intracelulares e tecidulares excedem os níveis séricos. Os níveis do líquido cefalorraquidiano são muito baixos.

**Metabolismo e excreção:** a maioria é excretada pela biliar sem alteração; 4,5% é excretado pela urina sem alterações.

**Semi-vida:** 11-14h após uma dose simples, 68h após várias doses.

### ➤ CONTRA-INDICAÇÕES E PRECAUÇÕES

**Contra-indicações:** hipersensibilidade à azitromicina, eritromicina ou outros macrólidos.

**Precauções:**

- Gravidez, lactação e crianças <16 anos (segurança não estabelecida);
- Insuficiência hepática grave (pode ser necessário reajuste de posologia).

## ➤ REAÇÕES ADVERSSAS E EFEITOS LATERAIS

**SNC:** cefaleias, tonturas, vertigens, sonolência, fadiga.

**CV:** palpitações, dor torácica.

**GI:** colite pseudomembranosa, diarreia, náuseas, dores abdominais, dispepsia, flatulência, melanorreia, icterícia colestática.

**GU:** vaginite, nefrite.

**Derm:** erupções, fotossensibilidade.

**Endo:** Hiperglicemia.

**L e E:** hipercalémia.

**Outros:** angioedema.

## ➤ INTERAÇÕES

### **Fármaco-fármaco:**

- Os antiácidos contendo *alumínio* e *magnésio* diminuem o pico dos níveis séricos da azitromicina.
- Pode aumentar os níveis séricos e o risco de toxicidade da *pimozida* ou da *carbamazepina*.
- Pode aumentar o efeito da *varfarina*.

**Com alimentos:** os alimentos diminuem a absorção.

## ➤ VIA DE ADMINISTRAÇÃO E POSOLOGIA

### **Maioria das infecções respiratórias e cutâneas**

- **PO (adultos)** : 500mg no primeiro dia, depois 250 mg/dia durante 4 dias (dose total 1,5 g).
- **PO (crianças 2-15 anos):** 10mg/kg (não > 500mg/dose) no 1º dia, depois 5mg/kg (não > 250 mg/dose) durante 4 dias.

### **Pneumonia da comunidade**

- **IV, PO (adultos):** 500mg IV de 24/24h durante pelo menos duas doses, depois 500mg PO de 24/24h durante um total de 7-10 dias.

### **Doença inflamatória pélvica**

- **IV, PO (adultos):** 500 mg IV de 24/24h durante 1-2 dias, depois 250 mg PO de 24/24h durante um total de 7 dias.

### **Profilaxia da endocardite**

- **PO (adultos):** 500 mg 1h antes do procedimento
- **PO (crianças):** 15 mg/kg 1h antes do procedimento.

### **Uretrite não-gonocócica, cervicite, cancroide, clamídia**

- **PO (adultos):** dose única de 1 gr.

## Gonorreia

- **PO (adultos):** dose única de 2 gr.
- **Prevenção de infecção por *Mycobacterium avium***  
**Po (adultos):** 1,2 gr 1x semana (isoladamente ou com rifabutina).

### ➤ APRESENTAÇÃO

- **Comprimidos:** 500 mg.
- **Pó para suspensão oral:** 200 mg, 300 mg, 400 m.
- **Suspensão oral:** 600 mg, 900 mg.

## IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

### Monitorização/Avaliação inicial

- Avaliar a ocorrência de infecções (sinais vitais, aspecto da lesão, expectoração, urina e fezes; contagem de glóbulos brancos) no princípio e durante a terapêutica.
- Observar sinais e sintomas de anafilaxia (erupção, prurido, edema da laringe, asma). Notificar imediatamente o médico ou outro profissional de saúde se ocorrerem.
- Obter amostras para cultura e para testes de sensibilidade antes da terapêutica. A primeira dose pode ser administrada antes de se saberem os resultados.

### Considerações laboratoriais:

- Pode causar aumento da bilirrubina, AST, ALT, GTT, LDH e fosfatase alcalina.
- Pode aumentar a cínase da fosfocreatina, o potássio, o tempo de protrombina, ureia, creatinina e glicemia.
- Ocasionalmente, pode diminuir a contagem de glóbulos brancos e de plaquetas.

### Potenciais diagnósticos de enfermagem

- Alto risco de infecção (indicações, efeitos laterais).
- Défice de conhecimento, relacionado com o regime terapêutico (ensino ao doente/família).

- Não adesão ao regime terapêutico (ensino ao doente/família).

## Procedimentos

- **PO:** administrar uma hora antes ou 2h depois das refeições.
- **Perfusão intermitente:** reconstituir adicionando 4,8ml de água esterilizada para injetáveis ao frasco de 500ml e agitar até dissolver, para obter uma concentração de 100 mg/ml. Uma vez que a azitromicina é fornecida em embalagens protegidas com vácuo, devem ser usadas seringas de 5 ml para assegurar a adição da quantidade exata de 4,8ml de água esterilizada. Não administrar soluções que contenham partículas em suspensão. Diluir adicionalmente, transferindo 5 ml da solução a 100 mg/ml para 250 ml ou 500 ml de NaCl 0,9%, NaCl 0,45%, D5%, LR, D5%/NaCl 0,45%, ou D5%/LR para obtenção de uma concentração de 2 mg/ml ou de 1 mg/ml, respetivamente. A solução é estável durante 24 h à temperatura ambiente ou durante 7 dias se for refrigerada.
  - Ritmo de perfusão : administrar a solução a 1 mg/ml durante 3 h ou a solução de 2 mg/ml durante 1 h. não administrar como bólus.

## Ensino ao doente / família

- Instruir o doente a tomar a medicação como lhe foi indicado e até ao fim, mesmo se sentir melhoras. A omissão de alguma dose deve ser compensada logo que possível, excepto se estiver na altura de tomar a dose seguinte; não duplicar doses, informar o doente que a partilha deste fármaco com outros pode ser perigosa.
- Informar o doente que não deve tomar a azitromicina com alimentos ou antiácidos.
- Pode causar sonolência. Prevenir o doente que deve evitar a condução ou outras atividades que necessitem de atenção até que a resposta ao fármaco seja conhecida.
- Aconselhar o doente a usar protetor solar e roupas adequadas para prevenir reações de fotossensibilidade.
- Informar o doente que deve comunicar sinais de super-infeção (língua escura ou saburrosa, prurido vaginal ou corrimento, fezes moles).
- Informar o doente que deve avisar o médico ou outro profissional de saúde se tiver febre ou diarreia, principalmente se as fezes tiverem sangue, pus ou muco. Aconselhar o doente a não tratar a diarreia sem consultar um profissional de saúde.
- Aconselhar o doente a notificar um profissional de saúde se existir suspeita de gravidez ou se esta estiver planeada.

- Alertar o doente que estiver a ser tratado para a uretrite não-gonocócica ou cervicite que o seu companheiro também deverá ser tratado.
- Informar o doente que deve avisar o médico ou outro profissional de saúde se os sintomas não melhorarem.

### **Avaliação da eficácia da terapêutica**

A eficácia da terapêutica pode ser demonstrada por: resolução dos sinais e sintomas da infeção. O tempo para uma completa resolução depende do organismo e do local da infeção.

## **CIPROFLOXACINA**

### ➤ INDICAÇÕES

**PO, IV:** tratamento de :

- Infeções das vias urinárias e ginecológicas (exceto a sparfloxacina);
- Gonorreia (exceto a levofloxacina e sparfloxacina);
- Prostatite (ciprofloxacina, ofloxacina);
- Infeções das vias respiratórias incluindo sinusite (exceto enoxacina e norfloxacina)
- Infeções cutâneas e da estrutura cutânea (alatrovafloxacina, trovafloxacina, ciprofloxacina, ofloxacina);
- Infeções ósseas e das articulações (ciprofloxacina);
- Infeções intra-abdominais (ciprofloxacina com metronidazol, alatrovafloxacina, trovafloxacina);
- Profilaxia perioperatória antes de procedimentos transuretais (lomefloxacina) ou procedimentos colorretais (alatrovafloxacina, trovafloxacina);
- Pneumonia nosocomial ou infeção intra-abdominal com complicações (alatrovafloxacina, trovafloxacina);
- Neutropenia febril (ciprofloxacina).

### ➤ AÇÃO

Inibe a síntese do DNA bacteriano, inibindo a girase do DNA.

### ➤ FARMOCINÉTICA

**Absorção:** boa absorção após administração oral (70%).

**Distribuição:** amplamente distribuídas. Alcançam níveis tecidulares e urinários elevados. Todas as substâncias parecem atravessar a placenta. Atinge o leite materno.

**Metabolismo e excreção:** 15% metabolizada pelo fígado, 40-50% excretada de forma inalterada pelos rins.

**Semi-vida:** 4 horas.

### ➤ CONTRAINDICAÇÕES E PRECAUÇÕES

### Contraindicações:

- Hipersensibilidade. Pode ocorrer sensibilidade cruzada entre substâncias.
- Crianças < 18 anos;
- Gravidez;

### Precauções:

- Doenças subjacentes do SNC;
- Insuficiência renal (reduzir a posologia se a clearance da creatinina for < 50 ml/min)
- Cirrose ( é recomendada a redução da dose)

### ➤ REAÇÕES ADVERSAS E EFEITOS LATERAIS

**SNC:** convulsões, tonturas, sonolência, cefaleias, insónias, psicose aguda, agitação, confusão, alucinações, aumento da pressão intracraniana, sensação de cabeça leve, tremuras.

**GI:** colite pseudomembranosa, dor abdominal, diarreia, náuseas, alteração do sabor.

**GU:** cistite intersticial, vaginite.

**Local:** flebite no local IV.

**ME:** tendinite, rutura de tendões.

**Outros:** reação de hipersensibilidade incluindo anafilaxia e síndrome stevens-johnson.

### ➤ INTERAÇÕES

### Fármaco-fármaco:

- A *morfina* intravenosa diminui significativamente a absorção de trovafloxacina.
- Aumenta os níveis sanguíneos de *teofilina* podendo provocar toxicidade.
- Aumento de risco de reações cardiovasculares adversas graves com o uso simultâneo de moxifloxacina ou sparfloxacina e *amiodarona*, *bepiridil*, *cisapride*, *disopiramida*, *eritromicina*, *pentamidina*, *fenotiazinas*, *pimozina*, *procaínamida*, *sotalol*, *antidepressivos cíclicos*.
- A administração simultânea de

## REFERÊNCIAS

- 1 -DEGLIN, Judith e April Vallerand: **Guia Farmacológico para Enfermeiros**. 7ª Ed. Lusociência. 2003
- 2 - DINIS, Ana Paula: **Guia de Preparação e Administração de Medicamentos por Via Parentérica**. 3ª Ed. Julho 2010.
- 3 - [WWW.infarmed.pt](http://WWW.infarmed.pt)
- 4 - [www.injetaveis.com](http://www.injetaveis.com)

## **APÊNDICE 15**

### **Poster de antibioterapia**



## **Apêndice 16**

**Norma regulamentar sobre gestão de pessoal de enfermagem na sala de emergência do serviço de urgência em situação multivítimas**

	<p>Gestão de pessoal de Enfermagem na sala de emergência do serviço de urgência em situação de multivítimas</p>	<p>NR-HLA- 27-05-15 <b>Revisão 0</b></p>
--	---	--

## **NORMA REGULAMENTAR**

Gestão de pessoal de Enfermagem na sala de emergência do serviço de urgência em situação de multivítimas

## **MOLOGAÇÃO**

## **ELABORADO POR**

Enf<sup>a</sup> Delmira Cristina Lino

## **COORDENADO POR**

Enf<sup>a</sup> Guadalupe Fagulha

---

	<p>Gestão de pessoal de Enfermagem na sala de emergência do serviço de urgência em situação de multivítimas</p>	<p>NR-HLA- 27-05-15 <b>Revisão 0</b></p>
--	---	--

## 1. INTRODUÇÃO

A presente Norma Regulamentar define as regras para uma boa gestão do pessoal de enfermagem na sala de emergência do serviço de Urgência da ULSLA.

## 2. OBJECTIVOS

- Normalizar a utilização da sala de emergência;
- Definir responsabilidades de operacionalidade da sala de emergência;
- Assegurar a boa funcionalidade da sala de emergência.

## 3. ÂMBITO

Esta norma aplica-se a todos os enfermeiros do serviço de urgência da ULSLA.

## 4. SIGLAS

Enf<sup>o</sup> - Enfermeiro

HLA – Hospital do Litoral Alentejano

NR – Norma Regulamentar

PCR – Paragem Cardio - Respiratória

REPE – Regulamento do exercício profissional

SSTI – Serviço de Sistemas e Tecnologias da Informação

SO – Sala de Observações

SU – Serviço de urgência

ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## 5. RESPONSABILIDADES

 <p><b>ULSLA</b> UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, EPE</p>	<p>Gestão de pessoal de Enfermagem na sala de emergência do serviço de urgência em situação de multivítimas</p>	<p>NR-HLA-27-05-15 <b>Revisão 0</b></p>
--	---	---

### **Conselho de Administração**

- Homologar e divulgar a Norma Regulamentar.

### **Enfº Chefe do Serviço de Urgência/responsável**

- Responsável em divulgar a norma;
- Garante a implementação da norma.

### **Enfermeiro**

- Presta cuidados de enfermagem de acordo com a presente norma e as determinadas pelo REPE e pelo ESTATUTO da Ordem dos Enfermeiros e demais legislação em vigor;
- Articulação com a norma existente NR-HLA-23 de 15-08-2012.

## **6. DEFINIÇÕES**

### **Sala de emergência**

A assistência ao doente crítico requer uma resposta adequada, baseada nos princípios da cadeia de sobrevivência.

A melhoria da intervenção hospitalar obrigou à existência de uma zona fulcral no Serviço de Urgência (SU), a Sala de Emergência (SE). A SE de um hospital é uma zona vital do SU, já que obriga à existência de médicos e enfermeiros bem treinados na área da ressuscitação, assistência a politraumatizados e diversas situações de urgência, que necessitam de uma resposta pronta e eficaz para que as intervenções terapêuticas se possam vir a traduzir em vidas recuperadas para a sociedade. Para este fim é necessário uma organização meticulosa das salas de emergência, quer do ponto de vista logístico, quer do ponto de vista dos recursos humanos, de forma a assegurar o nível de cuidados exigidos pelos doentes que nela são admitidos.

 <p><b>ULSLA</b> UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, EPE</p>	<p>Gestão de pessoal de Enfermagem na sala de emergência do serviço de urgência em situação de multivítimas</p>	<p>NR-HLA- 27-05-15 <b>Revisão 0</b></p>
--	---	--

## 7. REGULAMENTO

### Composição da sala de emergência

A sala de emergência assume posição estratégica , na entrada do SU, estando equipada com os meios de diagnóstico, de monitorização e terapêuticos, adequados à abordagem do doente crítico.

Possui duas macas amovíveis e articuladas com monitorização de saturação de oxigénio, electrocardiograma (ECG) continuo e tensão arterial através de monitor/desfibrilhador com pacemaker externo. Fazem ainda parte do equipamento um ventilador fixo e outro de transporte, bem como um carro de urgência com norma própria de utilização/manutenção.

### Papel de cada interveniente na sala de emergência

As funções do enfermeiro na sala de emergência estão descritas no GUIA DE ORIENTAÇÃO DOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA de 30-01-2012, e como tal é imperioso atuar de acordo com o estabelecido nesse Guia.

A triagem dos doentes admitidos na SE é feita pelos sistemas de triagem de Manchester a funcionar no SU ou quando acompanhados pela equipa da VMER e que o seu estado clinico o justifique.

É realizada uma avaliação primária com abordagem ABCDE (A- via aérea, B- respiração, C- circulação, D- disfunção neurológica, E-exposição) de todos os doentes críticos, avaliação esta

	<p>Gestão de pessoal de Enfermagem na sala de emergência do serviço de urgência em situação de multivítimas</p>	<p>NR-HLA- 27-05-15 <b>Revisão 0</b></p>
--	---	--

que permite reconhecer situações de ameaça à vida, identificar lesões e determinar prioridade de cuidados.

#### UMA VÍTIMA

Quando temos uma vítima na sala de emergência o enfermeiro responsável é o enfermeiro escalado no turno na sala de emergência.

Presta todos os cuidados descritos no Guia de Orientação .

#### DUAS VÍTIMAS

Quando temos duas vítimas alocadas à sala de emergência, a 2ª vítima é da responsabilidade do Enfº escalado no turno da extensão do SO, ou quando a 1ª vítima requer cuidados de dois Enfºs como por exemplo numa PCR.

#### TRÊS VÍTIMAS

Quando temos três vítimas alocadas na sala de emergência, a 3ª vítima é da responsabilidade do Enfº escalado de pediatria.

Quando surgir uma situação de multivítimas (mais de Três) prevalece critérios de prioridade atribuídos pela triagem de Manchester ou em situação de triagem já efetuada pela equipa da VMER.

	<p>Gestão de pessoal de Enfermagem na sala de emergência do serviço de urgência em situação de multivítimas</p>	<p>NR-HLA- 27-05-15 <b>Revisão 0</b></p>
--	---	--

De salvguardar que o responsável pela sala bem como da revisão da mesma após saída da vítima é sempre do Enfº alocado á sala de emergência.

## 8. AVALIAÇÃO

Deverá ser efetuada pela Enfª Chefe/responsável de serviço sempre que possível para uma melhor gestão da sala de emergência, ou em reuniões de serviço para melhoramento de procedimentos relativos á norma.

## 9. BIBLIOGRAFIA

Francisco Ferreira, et al. **Sala de emergência – Análise e avaliação de um modelo orgânico funcional**. Ver Port Cardiologia; 2008.

HLA EPE – Serviço de Urgência. **Funções dos Enfermeiros no serviço de Urgência**. Santiago do Cacém: HLA, 2012.

HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO. **NR-HLA-23**. Santiago do Cacém: HLA, 2012.

JAcobs, Barbara. **Trauma Nursing core Course**. Emergency Nurses Association. June 2000

## **ÍNDICE**

	<b>Página</b>
1. INTRODUÇÃO	2
2. OBJECTIVOS	2
3. ÂMBITO	2
4. SIGLAS	2
5. RESPONSABILIDADES	2
6. DEFINIÇÕES	3
7. REGULAMENTO	3
8. AVALIAÇÃO	5
9. BIBLIOGRAFIA	5

---

## **APÊNDICE 17**

### **Planeamento do PAC**



## Planeamento do PAC

<b>Estudante:</b> Delmira Cristina Fernandes Carvalho Policia Soares Lino		<b>Orientador:</b> Enfª Especialista em Médico-cirúrgica A. C. G. e Professora E. M.			
<b>Instituição:</b> ULSLA		<b>Serviço:</b> Urgência			
Competências	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos			Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
<b>K1- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.”</b>  <hr/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa sobre normas existentes no serviço/instituição</li> <li>- Elaborar norma/melhorar norma existente para recursos humanos na sala de emergência</li> <li>- Discutir norma com Enfª Chefe e com coordenadora,</li> <li>- Proceder a alterações caso necessário ,</li> <li>- Implementar norma no serviço</li> </ul> <hr/>	Enfermeiros	Computador	Maio a Setembro	<i>Existência de norma/instrução de serviço para a dinamização do pessoal na sala de emergência</i>  <i>Uniformização nos cuidados ao doente crítico na sala de emergência</i>
		Enfª Chefe	Base de Dados  Internet  Didáticos		
<b>K.2-Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção</b>  <hr/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pesquisar sobre existência de registo de interação medicamentosa no serviço de urgência;</li> <li>- Formar a equipa sobre registo/notificação de interação medicamentosa;</li> </ul> <hr/>	Enfermeiros	Computador	Maio a Setembro	<i>Existência de norma/instrução de serviço para a dinamização do pessoal na sala de emergência</i>  <i>Uniformização nos cuidados ao doente crítico na sala de emergência</i>
		Enfª Chefe	Base de Dados		

<p><b>K.3-Maximiza 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.</b></p> <p>-----</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Formar / treinar a equipa de enfermagem sobre administração segura de antibióticos</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre antibioterapia;</li> <li>- Elaborar um conjunto de slides para apresentar á equipa do SU,</li> <li>- Discutir o conjunto de slides com a Enfª Chefe e com Enfª orientadora,</li> <li>- Proceder às alterações caso necessário,</li> <li>- Proceder à marcação da formação,</li> <li>- Elaborar plano de formação,</li> <li>- Divulgar a sessão de formação através da intranet e com cartaz no serviço,</li> <li>- Realizar a formação em data a acordar com Enfª Chefe e responsável pela formação,</li> <li>- Proceder à avaliação da sessão</li> </ul> <p>-----</p>	<p>Formador</p> <p>Enfª Chefe Enfª Orientadora Pessoal do departamento de formação da ULSLA</p> <p>-----</p>	<p>Computador</p> <p>Data show</p> <p>Cartaz de divulgação</p> <p>Plano de sessão</p> <p>Folhas de presença</p> <p>Folhas de avaliação</p> <p>-----</p>	<p>Maio A Setembro</p> <p>-----</p>	<p>Adesão ao projeto por parte da equipa de enfermagem do serviço de urgência da ULSLA, com objetivo de adesão superior a 30%.</p> <p>Cartaz de divulgação Plano de sessão Slides Relatório de avaliação da sessão Questionários de avaliação de sessão</p> <p>-----</p>
<p><b>Cronograma:</b></p> <p>Segue em anexo</p>					
<p><b>Orçamento:</b></p> <p><i>Recursos Humanos:</i> Não irá acarretar custos extra</p> <p><i>Recursos Materiais:</i> Os materiais de consumo clinico necessários já existem na instituição.</p> <p>Os custos adicionais apenas se irão reportar ao valor do poster e dos outros materiais ( dossier, papel), material de consumo informático que será de um valor aproximado de 50€.</p>					
<p><b>Previsão dos constrangimentos e forma de os ultrapassar:</b></p>					



