



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Uma Longa Caminhada

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do
Grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em enfermagem
Médico-Cirúrgica

Natasha Alexandra Valente Franco

Março de 2015



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Uma Longa Caminhada

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do
Grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em enfermagem
Médico-Cirúrgica

Por Natasha Alexandra Valente Franco

Sob orientação da Mestre Lúcia Rocha

Março de 2015

Resumo

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) constituiu uma estratégia fundamental para a aquisição de níveis elevados de pensamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências específicas que visam melhorar os cuidados de enfermagem prestados ao doente adulto em situação crítica e/ou falência orgânica, a um nível mais profundo de conhecimento e habilidades.

Este Relatório pretendeu dar visibilidade as soluções desenvolvidas para as situações/problema identificadas, refletir nas e sobre as atividades realizadas e as suas implicações éticas e sociais e comunicar adequadamente as conclusões retiradas durante os Módulos de Estágio do Serviço de Urgência (SU), Unidade Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) e Assistência Pré-hospitalar (APH).

A elaboração do Projeto de intervenção “Gestão de Risco – Erro de Medicação” no SU, do poster relativo a “Esquematização do Tratamento de Úlceras de Pressão” e a atualização do procedimento de “Úlceras de Pressão” na UCIP e do poster “Como Agir Perante um Veículo em Marcha de Emergência” na APH, constituíram os meus contributos específico para a melhoria contínua da qualidade, no âmbito da especialização.

Este relatório tem como objetivos dar a conhecer a capacidade de identificar e analisar problemas, desenvolver estratégias, implementar soluções, demonstrar a capacidade de refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais.

Com este trabalho pretendo, também, demonstrar a importância do estágio ao longo dos 3 módulos na aquisição de competências e da necessidade da constante mobilização de conhecimentos, necessários ao percurso de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional indispensáveis ao pleno desempenho da função de EEMC.

Utilizando uma metodologia critico-reflexiva, optei por dividir o trabalho em três partes: Introdução, desenvolvimento e Conclusão. O desenvolvimento encontra-se organizado pelos diferentes domínios comuns do Enfermeiro Especialista (EE): da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, com especial enfoque nas aprendizagens, refletindo sobre e referindo os diferentes módulos de estágio.

Esta longa caminhada terá um contributo essencial na ação futura, fornecendo ferramentas para melhoria da prática do dia-a-dia.

Abstract

The Course of Post-graduate in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing constituted a fundamental strategy for the acquisition of high levels of critical thinking and decision-making, translated into a set of specific skills that are intended to improve the nursing care provided to the adult patient in critical situation and/or organ failure, at a deeper level of knowledge and skills.

This Report sought to give visibility to solutions developed for the identified situations/problem, reflect on and about the activities and their ethical and social implications and properly communicate the conclusions drawn during the Emergency Service (ES), Multivalent Intensive Care Unit (MICU) and Pre-hospital Assistance (PHA) Modules.

The preparation of the intervention Project Risk Management - Medication Error at ES, the poster on the "Scheduling of Treatment of Pressure Ulcers" and updating the procedure of "Pressure Ulcers" in the MICU and the poster "How To Act Before an Emergency Vehicle" in PHA, were my specific contributions to the continuous improvement of quality, in the context of specialization.

This report aims to give a clear understanding of the ability to identify and analyse problems, develop strategies, implement solutions, demonstrate the ability to reflect on the actions taken and their ethical and social implications.

With this report I also demonstrate the importance of the course of three modules in the acquisition of skills and the need for constant mobilization of knowledge necessary for the journey of lifelong learning and personal enrichment and professional indispensable to the full performance of the function of EEMC.

Using a methodology critical-reflexive, I have chosen to divide the work into three parts: Introduction, development and Conclusion. The development is organized by different common areas of Nurse Specialist: the professional responsibility, ethics and legal; the continuous improvement of quality; management of care; and the development of professional learning, with a particular focus on learning, reflecting on and referring to the different modules.

This long walk will have a key role in future actions, providing tools for improving the daily practice.

Dedicatória

Quero dedicar este relatório aos meus pais pela preciosa ajuda que me deram com o meu filho.

Ao meu filho pelas muitas horas em que estive ausente.

E ao meu marido que foi o meu pilar durante toda esta caminhada.

Agradecimentos

Neste espaço é meu objetivo expressar o mais sincero agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e me ajudaram a torná-lo possível.

Em primeiro lugar, expresso a minha gratidão à Professora Lúcia Rocha, pela preciosa ajuda e disponibilidade demonstrada na orientação do Estágio e do Relatório.

Aos tutores de Estágio, Enfermeira (Enf^ª) Leonor Lopes, Enf^ª Manuela Alves, Enf^ª Paula Rodrigues e Enf^ª Adriana Machado por todo o conhecimento partilhado e apoio durante a realização dos Módulos de Estágio I, II e III.

De igual modo, a todos os Enfermeiros, Técnicos de Ambulâncias de Emergência, médicos e auxiliares de ação médica (AAM) que colaboraram e facilitaram a minha integração e processo de aprendizagem.

Um agradecimento especial a todos os doentes e famílias que tornaram o estágio uma fonte de conhecimento frutuosa ao partilharem momentos de crise, problemas de saúde, medos e momentos de luto da sua vida privada.

Aos meus pais e irmão que suportaram a pouca e/ou rara disponibilidade para com eles e me apoiaram no desenvolvimento deste projeto pessoal e profissional.

Ao apoio incondicional, incentivo, carinho e compreensão do meu marido, Marco, e do meu filho, Rodrigo.

Lista de Siglas e Abreviaturas

AAM – Auxiliares de Ação Médica

AEM – Ambulâncias de Emergência Médica

APH – Assistência Pré-Hospitalar

CA – Cateter Arterial

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CHVNG/E – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

CIE – Conselho Internacional de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeira Especialista

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf^{o(a)} – enfermeiro(a)

hs - horas

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MDJ – Ministério da Justiça

MDS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Sala de Emergência

SIV – Suporte Imediato de Vida

SU – Serviço de Urgência

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

UGI UI – Unidade de Gestão Integrada da Urgência e Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

Índice

<i>Introdução</i>	17
<i>Uma Longa Caminhada</i>	23
1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal	24
1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	30
1.3 Domínio da gestão dos cuidados	40
1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	47
<i>Referências Bibliográficas</i>	63
<i>Anexos</i>	67
<i>Anexo I – Gestão de Risco – Erro de Medicação</i>	69
<i>Anexo II – Procedimento “Tratamento de Úlceras de Pressão”</i>	111
<i>Anexo III – Esquematização do tratamento de Úlceras de Pressão</i>	123
<i>Anexo IV – “Como Agir Perante um Veículo em Marcha de Emergência”</i>	127

Introdução

A excelência do exercício profissional em enfermagem exige compromisso e dedicação, sendo um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento. Atendendo ao ritmo acelerado com que surgem as inovações e as mudanças do mundo atual, a formação assume um papel fundamental, e cabe a cada enfermeiro (enf^o), no contexto da sua prática, assumir o compromisso da autoformação, refletindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O presente relatório, insere-se no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde (Porto), que decorreu no 2º e 3º semestre no âmbito da Unidade Curricular Relatório para obtenção do grau de Mestre.

De acordo com Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE) da Ordem dos Enfermeiros (OE), o título EE traduz-se num profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico detendo um conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010a). Estas competências envolvem dimensões como educação, orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Neste sentido, este trabalho visa descrever de modo crítico-reflexiva as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso de estágio de forma a dar respostas aos objetivos traçados, às situações/problema detetadas e apresentar as estratégias implementadas, evidenciando as competências profissionais adquiridas e desenvolvidas na área da EEMC para assistência ao doente adulto e idoso com doença grave em estado crítico, baseada numa prática de Enfermagem Avançada.

O regulamento geral do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional prevê no seu plano de estudos a realização de um estágio, descrevendo os objetivos a atingir, orientando globalmente as competências a desenvolver.

A este estágio correspondem 30 ETCS (créditos), num total de 750 horas(hs) de trabalho. Destas, 540 hs são de contacto, sendo as restantes 210 hs para o trabalho individual. A referida Unidade Curricular divide-se em 3 módulos: Módulo I – Serviço de Urgência (SU); Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos e Módulo III – Opcional (Assistência Pré-Hospitalar (APH)). A cada um dos Módulos correspondem 10 ETCS, ou seja 250 hs de trabalho total, das quais 180 hs de contacto e as restantes 70 hs de trabalho individual.

Encontrando-me a exercer funções no serviço de Medicina Interna (Medicina 4) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E) a cerca de 6 anos, sendo que esta foi a instituição por mim escolhida para realizar o módulo de estágio I e II. A opção recaiu em duas razões fundamentais. Por um lado, o CHVNG/E reúne todas as condições para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da EEMC, na medida em que é responsável pela prestação de cuidados de saúde ao conselho de Vila Nova de Gaia, funcionando com uma urgência de nível II, ou seja polivalente, que recebe qualquer tipo de doente em estado crítico e sob abrangência de várias especialidades médicas. Por outro lado, porque me permitiu conhecer as políticas internas de prestação de cuidados, gestão, supervisão, formação e investigação de outros serviços com os quais trabalho em inter-colaboração, compreendendo a dinâmica do processo de cuidar em termos de continuidade de cuidados intra-hospitalares, o que me levou a uma intervenção mais ativa no local onde exerço funções e na própria Instituição.

O Módulo I, foi realizado no SU, entre 28 de Abril a 28 de Junho de 2014 do CHVNG/E. Este serviço tem instalado algumas valências altamente diferenciadas que são consideradas como referência na Zona Norte e que lhes permite assegurar integralmente o funcionamento de um SU Polivalente, de acordo com os requisitos legais.

O SU é constituído por 15 ou 16 enfermeiros nos turnos da manhã e tarde (dependendo do número de doentes internados) e 14 no turno da noite, sendo distribuídos pelas seguintes áreas: Sala de emergência (1 enf^o); Triagem (2 enf^o sendo que a noite fica apenas 1); Área verde/azul (1 enf^o); Área amarela/laranja (2 enf^o); Internados da área amarela/laranja (2 ou

3 enf^o, dependendo da lotação); Ortopedia (1 enf^o), Internados cirúrgicos (1 enf^o), Área cirúrgica (1 enf^o); OBS Adultos (2 enf^o). É de salientar existe mais um enf^o coordenador de equipa que não fica alocado a nenhuma área, e ainda que o colega que fica na área verde/azul ou na triagem que fica de apoio ao enf^o que fica destacado para sala de emergência.

Segundo nos diz Lazear (2001), enfermagem de urgência é a prestação de cuidados em indivíduos, de todas as idades, que apresentem alteração da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras informações. Os cuidados de enfermagem de urgência são episódicos, primários e, normalmente agudos, o que exige aos profissionais de enfermagem um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializadas.

Assim, com a realização deste estágio procurei compreender a dinâmica dos cuidados prestados ao doente crítico, podendo mobilizar/adquirir conhecimentos e competências nesta área, permitindo-me obter de uma visão global e melhorar o meu desempenho no serviço de Medicina 4, após a transferência dos doentes para os cuidados sob a minha responsabilidade.

O estágio correspondente ao Módulo II decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do referido CHVNG/E, entre 15 de Setembro de 2014 a 08 de Novembro de 2014, esta corresponde a uma unidade de nível III pois *“assenta num contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente, 24h por dia”* (Direção Geral de Saúde (DGS), 2003, p.5)

A UCIP foi criada em 6 de Julho de 1988, como um serviço orgânico-funcional dotado de autonomia técnica, materiais e recursos humanos próprios, com a missão de prestar cuidados de saúde diferenciados ao doente crítico do foro médico e/ou cirúrgico, com níveis elevados de qualidade e eficiência. Dedicar-se à prestação de cuidados diferenciados a pessoas em situação crítica com risco ou falência de funções vitais, com capacidade de resposta imediata e rigorosa. Recebe doentes vindos diretamente do SU, do Bloco Operatório, da Unidade Intermédia, da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, e ainda de outros serviços desta Instituição.

Esta unidade está disposta em forma de “L” com 10 unidades para doentes em espaço aberto e 2 balcões de trabalho (para registos informáticos e monitorização central), armários e

balcão para preparação de terapêutica e duas unidades de isolamento, pressurizados de acordo com a necessidade do doente.

No que concerne aos recursos humanos, a UCIP é constituída por elementos de vários grupos profissionais que interagem para a prestação dos melhores cuidados de saúde aos doentes internados. A dotação do serviço em enf^o. é feita de forma a manter a equipa capaz de assegurar cuidados de enfermagem de forma continuada baseado no método individual de trabalho, com um rácio máximo de 1 enf^o. para 2 doentes internados, tal como preconizado pela DGS (2003), trabalhando em horário rotativo, para assegurar o funcionamento do serviço 24h por dia.

A escolha da referida Unidade deve-se ao facto de eu ter um particular interesse em aprofundar/melhorar conhecimentos e competências na área de cuidados intensivos. Esta realidade na prática de enfermagem foi objeto de reflexão ao longo do estágio, no sentido de compreender as dimensões de cuidado prestados em cuidados intensivos, no qual o enf^o, nomeadamente o EE, profissional dotado de competências técnicas e singulares do ponto de vista da relação e comunicação, deve ser referência (OE, 2010).

Ao Módulo III correspondeu um estágio opcional, tendo-me sido permitido optar por uma área profissional específica em função do meu projeto profissional. A minha opção recaiu sobre APH, uma vez que a minha experiência profissional se resume ao meio hospitalar.

De acordo com o que declara “*o enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação*”, e que só este “*pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar.*” (OE, 2007, p.1).

Assim, aproveitei esta oportunidade para conhecer o mundo do pré-hospitalar, uma área que me suscitava bastante curiosidade em conhecer a realidade de atuação dos cuidados prestação ao indivíduo com doença súbita e trauma, com recursos limitados, em ambientes inesperados, e gerindo os recursos existentes para o máximo benefício do doente, o que é um verdadeiro desafio.

Ao longo deste caminho como profissional e ao incrementar a minha formação como especialista nesta área, foi imprescindível compreender a dinâmica deste local de estágio, assim como, conhecer o percurso do doente desde a APH, até à chegada ao SU, tendo sempre presente as circunstâncias singulares do doente/família.

O estágio decorreu no período compreendido entre o dia 10 de Novembro de 2014 e o dia 16 de Janeiro de 2015 no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) que é o organismo que coordena a APH. O estágio foi desenvolvido em vários meios INEM, como: Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) na Delegação Norte, um turno de 4 hs; tive também a oportunidade de realizar um turno de 12hs na Ambulância de Emergência Médica (AEM), na base Gaia 1; na Ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV), decorreu em Gondomar, com 6 turnos, no total de 36hs, e em Valongo com 10 turnos (60hs); na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), decorreu na VMER sediada no CHVNG/E, com 9 turnos, no total de 54hs e no Centro Hospitalar do Porto, com 1 turno, num total de 6hs.

Este relatório surge, assim, com o intuito de realçar o que foi realizado durante os 3 módulos atrás referidos. A metodologia escolhida para a realização deste trabalho baseia-se no método descritivo e analítico através da reflexão e exposição das diferentes atividades realizadas durante os vários módulos, confrontando-as com as atividades propostas no Projeto de Estágio.

Este relatório tem como objetivos: dar a conhecer a capacidade de identificar e analisar problemas, desenvolver estratégias, implementar soluções, demonstrar a capacidade de refletir sobre as ações realizadas e as suas implicações éticas e sociais e revelar, ainda, a capacidade de descrever adequadamente as conclusões alcançadas e obtenção do grau de Mestre, após aprovação positiva do relatório público de natureza científica.

Com este trabalho pretendo, também, demonstrar a importância do estágio ao longo dos 3 módulos na aquisição de competências e da necessidade da constante mobilização de conhecimentos, necessários ao percurso de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional indispensáveis ao pleno desempenho da função de EEMC, respeitando sempre os princípios Éticos e Deontológicos descritos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE).

Optei por dividir o trabalho em três partes: Introdução, desenvolvimento e conclusão. O desenvolvimento encontra-se organizado pelos diferentes domínios comuns do EE: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, com especial enfoque nas aprendizagens, refletindo sobre e referindo os diferentes módulos de estágio. Também são expostas as situações detetadas como problema e as respetivas estratégias implementadas para a sua resolução, visando sempre o pensamento crítico e reflexivo.

Esta divisão parece-me a mais adequada para a reflexão sobre o meu percurso neste estágio como futura EE, já que me permite organizar as atividades desenvolvidas e os objetivos atingidos no âmbito de cada domínio.

Com a elaboração deste relatório, espero conseguir transmitir, a partilha de conhecimentos vivenciada, se por um lado pude contribuir com os meus conhecimentos por outro tive a oportunidade de desenvolver e aprimorar outros ao longo desta caminhada, assim decidi denominar este relatório “Uma longa Caminhada”.

Uma Longa Caminhada

É uma necessidade permanente da profissão de enfermagem compreender as respostas humanas, fundamentando os diagnósticos de enfermagem na realidade contextual de modo a planejar melhores cuidados, tendo como pilar a investigação científica. O EE em Enfermagem Médico-cirúrgica tem assim uma responsabilidade acrescida nos cuidados ao doente em situação crítica e/ou em falência orgânica e devem por isso desenvolver competências de diagnóstico e de intervenção para se poderem constituir como ajuda profissional avançada à pessoa e sua família.

Segundo Correia (2012, p.173), *“a competência no profissional não corresponde a um acumular de conhecimento ou habilidades, descritos com maior ou menor pormenor, mas realiza-se nos contextos de ação, num processo em que sujeito e contexto se enriquecem mutuamente”*, sendo de extrema importância refletir sobre a aquisição de competências na construção do nosso percurso formativo e profissional.

O estágio desenvolvido nos diferentes módulos promoveu o aprofundamento do saber-saber, saber-fazer e saber-ser, enquanto pessoa e profissional e a consequente aquisição de competências específicas de uma área diferenciada. Ao desenvolver capacidades de compreensão da pessoa numa perspetiva holística/contextual e das respostas humanas às transições vividas nos processos de saúde e doença a que está exposta, fui avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise de situações novas e aplicando as intervenções especializadas, segundo uma perspetiva académica avançada.

Neste contexto e com a pretensão de adquirir e ampliar conhecimentos e desenvolver competências de diagnóstico clínico e de intervenção autónoma, decidi apostar na formação.

Assim, neste subcapítulo faço uma reflexão acerca de todo este percurso, tendo em conta os objetivos traçados pelos diferentes domínios comuns do EE: da responsabilidade

profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, com especial enfoque nas aprendizagens.

1.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, ética e legal

O direito ao cuidado é o que move a profissão de enfermagem, segundo Thompson et al (2004, p.110) *“o dever legal do cuidar dos enfermeiros (...) deriva da natureza do contrato implícito ou real entre os prestadores de cuidados e aqueles de quem eles cuidam ou que lhes confiaram as suas vidas. (...) O não cumprimento do dever de cuidar enquanto profissionais não só pode ser moralmente condenável por quebra de confiança, como alvo de um processo judicial”*.

A prática profissional que respeita os campos ético e deontológico é uma competência comum a todos os enfermeiros, procurando que todos os nossos cuidados respeitem alguns princípios básicos, nomeadamente os princípios da autonomia, justiça e beneficência, reconhecendo assim a dignidade da vida humana (Vieira, 2013).

Desenvolver uma prática profissional e ética no campo de intervenção, de forma a promover a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, foi um foco que esteve sempre presente durante este percurso.

Muitos foram os dilemas ético com que me deparei ao longo dos estágios pelo que senti a necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre princípios deontológicos e ético-legais de forma a dar resposta aos problemas ético-legais com que me ia deparando.

O dever ao respeito pela intimidade do doente, artigo 86º do CDE, que nos diz que *“atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de: a) respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la da ingerência na sua vida privada e na da sua família”* (OE, 2009 p.3). Ao longo desta caminhada muitas foram as dificuldades que senti no cumprimento deste dever o que me levou a que fosse alvo da minha reflexão.

No SU do CHVNG/E, as más condições físicas e o número elevado de doente que ficam internados neste local muitas vezes dificultam o cumprimento dos deveres que a OE delineou no CDE. Muitas vezes as instalações do SU tornam-se muito pequenas para a quantidade de doente que acolhe, o que torna impossível que os doentes usufruam do direito á privacidade e consequentemente dificultam o respeito pela intimidade.

Recordo-me da situação de uma doente do sexo feminino com cerca de 24 anos de idade que recorreu ao SU com uma intoxicação medicamentosa, e que quando deu entrada na área amarela/laranja foi colocada no meio de dois doentes do sexo masculino sem qualquer privacidade. Após avaliação pela equipa médica foi prescrito através do sistema “alert” várias colheitas de sangue para análises clinica (Hemograma, Bioquímica, Estudo da coagulação e Doseamento de drogas), colheita de urina para pesquisa de drogas e a entubação nasogástrica para a administração de carvão ativado.

Na medida em que todo o comportamento humano tem o valor de uma mensagem, achei que era essencial promover a privacidade desta doente e estabelecer uma comunicação efetiva e relação de empatia com a mesma para a compreender o motivo de ter ingerido os medicamentos inadequadamente e deste modo ajuda-la a lidar com a situação de conflito e desenvolver estratégias de coping de forma a prevenir situações iguais no futuro. Por conseguinte, tomei a decisão de deslocar a maca da doente para um local mais privado, de forma a apropriar as práticas dos cuidados garantindo a segurança, privacidade e dignidade da doente.

Também no estágio da UCIP refleti sobre este dever. Este serviço consiste numa unidade aberta onde os doentes, de certo modo, se encontram mais expostos, sendo as unidades separadas apenas por cortinas, para permitir uma vigilância e monitorização constante pela equipa de enfermagem. Mas muitos foram os turnos em que as unidades dos doentes não possuíam cortinas pois iam para lavar, aquando da alta do doente, e não regressavam atempadamente da admissão do novo doente. Apesar disto, tive sempre o cuidado de solicitar um biombo ou lençol para conferir a maior privacidade possível, de forma a apropriar as práticas dos cuidados garantindo a segurança, privacidade e assim estabelecer uma comunicação efetiva e relação de empatia essencial para conferir dignidade ao doente.

Outra situação que mereceu ser alvo da minha atenção foi facto das passagens de turno serem realizadas na unidade do doente. Segundo OE (2001a, p.1) *“a passagem de turno apresenta-se como um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação.”* Embora aja vantagens com a utilização deste método, como o facto da informação transmitida estar associada a uma imagem e não a uma cama ou número, a meu ver esta prática viola, mais uma vez, o legislado no artigo 86º do CDE (OE, 2009) que contempla o respeito pela intimidade, assim como o artigo 85º do CDE (OE, 2009) do dever ao sigilo profissional. Aqui coloca-se a questão de os doentes estarem acordados e desta forma terem acesso a informação pessoal, íntima e particular de outro doente. Segundo a OE (2001a), *“(..) Os deveres dos profissionais decorrem da proteção dos direitos dos utentes – assim, é da salvaguarda do direito à privacidade (ou seja, garantir a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, ao acesso à própria pessoa, à sua intimidade, preservar o seu anonimato) e confidencialidade (enquanto garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada) que decorre o dever do sigilo profissional”*, o que vem evidenciar as desvantagem deste método.

No contexto da APH, as situações remetidas à dignidade humana e à humanização estão na sua maioria associadas a situações de grande stress geradas por fatores como a distância de recursos necessários, a falta de informação sobre cuidados médicos, a chegada a cenários inseguros, a limitação do espaço, que se traduzem em momentos de grande conflito de valores. É um contexto muito específico e as vítimas, assim como os profissionais, estão muito expostos. Consequentemente, neste contexto de cuidados o cumprimento deste dever é muitas vezes dificultado.

Destaco um acionamento para uma vítima do sexo feminino de 56 anos que tinha sido atropelada numa passadeira por um condutor que se colocou em fuga. Era uma vítima politraumatizada que necessitava de, seguindo o fluxograma do trauma, ser imobilizada no plano duro com a aranha e o colar cervical, no entanto a população estava constantemente a querer ver a vítima e a solicitar informações acerca do acontecimento havendo pessoas que chegavam mesmo a tocar-nos nos membros para captar a nossa atenção. Recordo-me que sentimos bastante dificuldade em prestar cuidados à vítima e que a solicitação constante da

população impossibilitava a prestação de cuidados de qualidade, violando o direito á intimidade assim como respeito pela privacidade do doente, conforme referido pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

Neste caso, também o dever do sigilo profissional é colocado em causa. Durante a prestação de cuidados na rua, como muitas vezes acontece, salvaguardar estes deveres/direitos por mais esforços que façamos torna-se complicado na medida em que temos de comunicar entre equipa multidisciplinar de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados, mas logo que possível a vítima é transferida para dentro da ambulância com vista a cumprir esse deveres.

Várias foram as situações onde foi necessário orientar a minha atuação salvaguardando o direito a vítima à sua intimidade, tanto protegendo-o da exposição excessiva, respeitando o pudor e interioridade inerentes à pessoa, limitando a intromissão na sua vida privada pelos vizinhos, familiares e pelos próprios profissionais de saúde. Verifiquei que este também era um cuidado levado em conta por todas as equipas por onde passei.

Igualmente alvo da minha reflexão foi a transmissão da informação ao doente/família. O direito do doente a toda a sua informação clínica transforma-se no dever a informação delineada pelo OE no CDE, artigo 84º, onde nos diz que o enfermeiro no *“respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: a) informar o individuo e família, no que respeita os cuidados de enfermagem”* (OE, 2009 p.3). Prestar a informação ao doente é um aspeto muito importante no processo do consentimento informado. Antes de se efetuar qualquer procedimento, o doente e/ou o seu representante legal deve ser informado, sendo-lhe explicada a necessidade do mesmo, solicitando o seu consentimento expresso. E cabe ao enfermeiro estabelecer uma comunicação acessível e efetiva, de forma a explicar todos os meios pelos quais vai ser tratado e os riscos e benefícios dos tratamentos.

No SU, como já foi referido, as condições física nem sempre são as melhores e o estabelecimento de uma comunicação efetiva é dificultada. A desadequação de recursos humanos, nomeadamente do número de enfermeiros, para a elevada quantidade de doentes que atendem ao SU leva a que muitas vezes este profissional de saúde não possuam o tempo adequado para poder solicitar um consentimento devidamente informado. Ao longo deste estágio verifiquei que o cumprimento deste dever, embora fosse cumprido, não o era

adequadamente. Apesar disto, ao longo dos meus cuidados o doente e/ou representante legal foi sempre informado do procedimento, sendo explicada a situação e a necessidade da mesma, de forma a obter o consentimento expresso antes de proceder a qualquer técnicas. Atendendo a esta transmissão de informação efetiva tive sempre o cuidado de procurar locais mais resguardados para o poder fazer adequadamente.

Na UCIP, a prestação de cuidados é num ambiente controlado o que proporcionava condições para garantir o dever a informação, no entanto, devido ao elevado número de doentes que se encontram sedados/curarizados o consentimento é essencialmente presumido. Este é equiparado ao consentimento efetivo e, segundo o Código Penal Português (Ministério da Justiça (MDJ), 1995), atua no pressuposto de que a pessoa consentiria o procedimento, se conhecesse as circunstâncias do mesmo. Quando a pessoa se encontra impedida de prestar o consentimento livre e esclarecido o profissional de saúde atua tendo em consideração o “benefício direto” no sentido da promoção do benefício do cuidado à pessoa atendendo às circunstâncias desta, o melhor agir ético, conhecimento científico e os deveres deontológicos (Deodato, 2012).

Um aspeto igualmente valorizado na UCIP é a família. Não só a transmissão de informação, como a preocupação em acompanhar quando se deparam pela primeira vez com os seus familiares ventilados. O acolhimento à família é realizada de forma calorosa, iniciando com a apresentação do profissional, mostrando disponibilidade, de forma a facilitar a expressão de emoções e informando do cenário que irá encontrar no primeiro contacto; respondendo a questões de forma segura reduzindo a ansiedade da família e tendo em conta que o excesso de informação poderá ser prejudicial.

Visto isto, foram estes os princípios que me acompanharam neste percurso, procurei sempre informar o doente e sua família dos cuidados que iria prestar e atuar sempre no melhor benefício para o doente e família.

Na APH, a maior parte das ativações onde participei tinham carácter urgente mas não emergente pelo que as vítimas foram informadas de tudo o que se fazia e qual o encaminhamento previsto, tendo a liberdade de recusar ou aceitar de forma esclarecida e informada como exposto na Base XIV da Lei de Bases da Saúde (Ministério da Saúde (MDS), 1990, p.3454) como define o estatuto dos utentes, referindo que os mesmos têm

direito de “*decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta*”. Foi neste estágio que vivenciei a primeira e única recusa de cuidados pelo doente, que correspondeu ao caso de uma vítima do sexo masculino que se tinha engasgado. A chegada encontrava-se consciente e orientado, sem dificuldade respiratório, com sinais vitais estáveis e sem sinais de obstrução ao nível da orofaringe mas continuava a referir mau estar. Foi aconselhado o transporte até ao SU, de forma a fazer mais exames complementares de diagnóstico, para se certificar que não haveria efetivamente qualquer tipo de obstrução, no entanto, este recusou.

Foi neste momento em que percebi que, qualquer meio do INEM, tem a obrigatoriedade de transportar a vítima até ao Hospital, por mais insignificativo que possa parecer a ocorrência. E, no caso de a vítima recusar, esta tem de formalizar a recusa assinando um termo de responsabilidade, e foi o que aconteceu neste acionamento, uma vez que a vítima recusou o transporte.

Nas situações de emergência muitas vezes este consentimento informado transforma-se em consentimento presumido. Existem situações em que a vítima é incapaz de consentir por se apresentar incapaz, como é o caso dos menores e dos adultos com alterações da consciência. Nestas situações todos os cuidados prestados são efetuado tomado como princípio o benefício direto da pessoa.

O processo de tomada de decisão é inerente à prestação de cuidados de enfermagem. As múltiplas necessidades exigem muito profissionalismo nas respostas diagnósticas e terapêuticas. Não sendo esta a minha área de experiência profissional, exigiu-me uma busca contínua da informação de forma a colmatar as lacunas com que me ia deparando, cumprindo assim o artigo 88º do CDE (OE, 2009) da excelência do exercício, que me permitiu a tomada de decisão, justificando as minhas opções, baseadas num conhecimento científico e técnico.

As normas de atuação dos enfermeiros no que concerne a uma prática com respeito pelas normas de conduta deontológica estão amplamente consagradas no CDE. Este imprescindível documento refere que as “*intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro.*” (OE, 2003, p.21) tendo como princípio orientador o “*respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes*” (OE, 2003, p.29) e que o enfermeiro ao inscrever-se na OE, assume o dever

de “*cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão*” (OE, 2003, p.39) assegurando a defesa e proteção da pessoa de práticas contrárias à lei, à ética ou ao bem comum.

Assim, no decorrer deste percurso analisei e refleti, criticamente, sobre a correção da minha prática, e do que observava, quanto aos valores éticos, deontológicos e jurídicos, com a finalidade de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais, éticas e deontológicas tendo por base a legislação existente. Procurei juntamente com a restante equipa ajudar na tomada de decisões em relação as questões éticas e deontológicas com recurso a pesquisa bibliográfica em documentos como a Constituição da República Portuguesa, a Lei de Bases da Saúde, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o CDE, o Código Civil e o Código Penal, assim como a literatura e conhecimentos debatidos nas Disciplinas do 1º semestre Direito da Saúde e o debate sobre ética inserido na Disciplina de Ética.

Com o aprofundamento dos conhecimentos neste domínio desenvolvi a competência de:

- **Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas.**
- **Demonstrar uma prática que respeita os direitos humanos, analisar e interpretar em situação específica, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os doentes.**

1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje em grande destaque, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde, que têm como missão promover e disseminar uma cultura de melhoria contínua da qualidade (OE, 2001b).

No Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, consta que o acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados (DGS, 2012).

No intuito de garantir uma melhoria progressiva dos cuidados de enfermagem prestados e promover a segurança do doente na organização de saúde, o papel dos enfermeiros é de extrema importância. A capacidade do enfermeiro refletir criticamente justifica-se pela utilização deste conhecimento na prestação de cuidados, essencial para o bem-estar e segurança dos doentes, e é da responsabilidade da profissão de enfermagem, manter a segurança e assegurar a competência, promovendo a atualização constante das práticas (OE, 2009). Visto isto, defini como um objetivo refletir na e sobre a prática, de forma crítica e identificar as necessidades de formação.

Durante todo este percurso tive a necessidade de proceder a pesquisa bibliográfica, procurando a excelência dos cuidados tal como nos refere o artigo 88º do CDE (OE, 2009 p.4), “*o enfermeiro procura em todo o seu exercício profissional a excelências dos cuidados, assumindo o dever de analisar regularmente o seu exercício, de forma a detetar não conformidades e consequentemente adotar ações corretivas em prol da melhoria da qualidade*”, com o intuito de tomar decisões fundamentadas e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados por mim prestados.

Um dos aspetos essenciais para entender a prática de enfermagem é conhecer a essência do trabalho do enfermeiro, aquilo que faz e, em que condições. Muitas vezes a prestação de cuidados é feita nas mais diversas condições com falta de recursos humanos e materiais e o perigo do erro está sempre presente.

No SU, muitas foram as oportunidades de melhoria detetadas, no entanto a segurança do doente foi a que mereceu a minha especial atenção.

A segurança é uma das principais dimensões da qualidade e a gestão do risco é essencial para garantir a qualidade dos cuidados prestados ao doente.

A segurança do doente consiste no estabelecimento de sistemas e de processos operacionais que minimizem a probabilidade da ocorrência de erros e de os intercepar antes de provocarem um acidente.

Na medida em que a profissão de enfermagem implica uma preocupação permanente com a saúde dos seres humanos, a segurança é uma das principais dimensões da qualidade dos cuidados prestados e a gestão do risco, um instrumento para a sua garantia. Sendo a gestão de risco uma área bastante vasta foi necessário delimitar o tema.

Neste contexto, através da supervisão do exercício profissional procurei identificar qual era o risco mais eminente nos cuidados prestados no SU, no intuito de sugerir ações de corretivas e contribuir para a segurança dos cuidados prestados. Assim, ao analisar as condições e os cuidados prestados, verifiquei que o Erro de Medicação nos doentes internados na área amarela/laranja constituía um risco constante.

Com isto, elaborei um projeto de intervenção sobre a Gestão de Risco – Erro de Medicação e tive como objetivo fornecer fundamentação teórica de modo a contribuir para uma ação de melhoria, implementando o sistema de regime de distribuição de medicação por unidade, e consequentemente minimizar o risco de erro de medicação (Anexo I).

A administração de terapêutica é a atividade inerente ao trabalho dos enfermeiros que exige maior atenção e responsabilidade, pelo impacto negativo para a piora do estado clínico que um erro pode provocar. Da mesma forma, para a minimização dos efeitos nefastos dos erros no doente, mobilizam-se numerosos recursos, traduzindo maiores gastos para a instituição de saúde, em exames, terapêutica, transportes, prolongamento do tempo de internamento ou mesmo cirurgias.

As más condições de trabalho a que os colegas do SU que prestam os cuidados estão sujeito leva a uma maior possibilidade de erro. E embora, tal como nos diz Reason (2005), os humanos são falíveis e os erros devem ser esperados, mesmo nas melhores organizações, as expectativas criadas em torno do serviço de saúde não permitem qualquer falha no que diz respeito a qualidade dos cuidados prestados. Assim, cada instituição é responsável pelo desenvolvimento de uma estratégia de segurança e gestão de risco, através da comunicação, padronização e controlo de procedimentos, gestão de equipas e cultura de segurança (PNS, 2012-2016).

Visto isto, constato que esta é uma temática que se encontra muito atual e é fundamental para que se instituem medidas de prevenção e de gestão do erro eficazes, de forma prevenir o erro e assim contribuir para a criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro.

Com a elaboração deste projeto tive a oportunidade de colaborar na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade de forma a efetuar a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

No final deste módulo o projeto foi entregue a minha tutora, encarregue da gestão de risco do SU, para posteriormente poder dar continuidade ao mesmo de forma a contribuir para a minimização do erro em medicação.

Ao longo deste mesmo módulo detetei lacunas ao nível com controlo da Infecções Associadas ao Cuidados de Saúde (IACS), nomeadamente na higienização das mãos. Sendo as mãos o veículo mais comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos associados às IACS e tendo conhecimento, por exercer funções no hospital, que a higienização das mãos é um tópico bastante reforçado pela Comissão de Controlo de Infecção (CCI) procurei identificar quais os motivos que levavam a esta falha. Quando questionados os enfermeiros, através de conversas informais, estes referiam que esta falha se devia a desorganização e afluência de doentes, no entanto, após uma análise cuidada dos cuidados prestados verifiquei que não era totalmente verdade as respostas, pois nos dias em que a afluência de doentes era bastante menor continuavam a não proceder a higienização das mãos. Durante essa supervisão detetei que o uso obrigatório de equipamento de proteção individual por parte dos profissionais de saúde neste serviço também não era cumprido. Apesar de todos os enfermeiros terem os cuidados de utilizar luvas para se protegerem aquando dos cuidados ao doente, esse era o único equipamento que utilizavam. A meu ver esta é uma grande lacuna no SU, que foi exposta à minha tutora, e de forma a tentar colmatar sugeri uma formação mas não senti receptividade por parte da equipa, pois referiam que já muitos alunos tinham trabalhado esses temas e que não achavam muito pertinente.

A supervisão e análise crítica dos cuidados prestados no SU, permitiu-me reconhecer que a melhoria da qualidade envolve a análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados e, partindo dos resultados, implementar programas de melhoria contínua. No final deste módulo de estágio senti que muito caminho havia para percorrer para se poder garantir a qualidade dos cuidados prestados. A falta de enfermeiros e o seu fraco desempenho devido a sobrecarga de trabalho, pela baixa motivação ou competências técnicas insuficientes são determinantes na segurança do doente, podendo mesmo a colocar em causa.

Também no estágio da UCIP, as IACS foram alvo da minha atenção pois a minha experiência profissional indicava-me que, quando recebia os doentes deste serviço para a Medicina, estes estavam na sua maioria infetados com algum microrganismo e, no meu entender, isto devia-se a falhas no cumprimento dos cuidados na prevenção das IACS. No entanto, deparei-me com uma realidade diferente e, sendo uma das minhas enf^a tutoras membro da CCI da UCIP, fez-me compreender que devido à UCIP ser um serviço onde os procedimentos invasivos são uma constante, o controlo exercido na prevenção da IACS era muito rigoroso, e que todos os profissionais de saúde tem bem presente a problemática das IACS, cumprindo as boas práticas dos cuidados, garantindo a qualidade dos mesmos e a satisfação de quem deles usufruem.

Foi ao longo deste estágio que mais refleti na e sobre a pratica dos meus cuidados no que diz respeito a esta problemática. Ciente desta importância, tive sempre a preocupação de, durante a preparação de terapêutica, a prestação de cuidados, entre outras ações, atuar de forma a prevenir infeções, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

Outro tema que mereceu a minha atenção neste estágio foi a área do tratamento de feridas, nomeadamente das úlceras de pressão.

O trabalho do enfermeiro faz interligação com o de numerosos profissionais de saúde que concorrem para a mesma finalidade: o bem-estar do utente, ou seja, insere-se num contexto de atuação multiprofissional. O exercício profissional dos enfermeiros possui dois tipos intervenções: as interdisciplinares (iniciadas por outros profissionais de saúde, como as prescrições médicas) e as autónomas (as que se referem à prescrição de enfermagem). Em relação às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.

O tratamento de úlceras de pressão corresponde a uma intervenção de enfermagem autónoma que exige um conhecimento adequado das fases de cicatrização de feridas, bem como os apósitos mais adequado para cada uma das fases.

Após a observação e análise crítica dos cuidados prestados na UCIP verifiquei que a equipa de enfermagem não tinha autonomia para instituir um tratamento a uma úlcera de pressão e, através da supervisão dos registos, detetei que não havia um seguimento no protocolo de

tratamento das feridas, não existindo uma continuidade de cuidados, o que é essencial para o seu sucesso. Ao identificar esta oportunidade de melhoria achei que seria pertinente explorar este tema, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma das competências comuns do EE neste domínio: reconhecer *“(…) que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e partindo dos resultados, implementar programas de melhoria continua”* (OE, 2010 Anexo II - B2).

Tive uma conversa informal com a enf^a chefe, as minhas enf^a tutoras e um dos membros dinamizador do tratamento de feridas, de forma a verificar se havia recetividade para desenvolver um trabalho e uma formação nesta área. Apesar de verificar que todos sentiam lacunas nesta temática, apenas me autorizaram desenvolver uma norma de procedimentos de “Tratamento de Úlceras de Pressão” (anexo II) com base num trabalho elaborado pelos membros dinamizadores do tratamento de feridas. E, como a maioria das dúvidas surgem aquando da prestação de cuidados ao doente, decidi também elaborar um póster “Esquematização do Tratamento de Úlceras de Pressão” (anexo III) de forma a facilitar a consulta dos enfermeiros aquando da prestação de cuidados, servindo como um guia orientador para a tomada de decisão em enfermagem.

Estes trabalhos foram elaborados com supervisão de todos os membros referidos anteriormente e posteriormente aprovados pela enf^a chefe. Após foram entregues em papel e em suporte informático a enf^a chefe para poder afixar no local mais adequado para poder ser consultados por toda a equipa de enfermagem.

A melhoria contínua da qualidade é, igualmente, alvo da preocupação do INEM. Através das suas políticas integradas, o INEM compromete-se com a promoção da qualidade, ambiente e segurança, tendo obtido em 22 de Julho de 2010 a certificação ISO 9001 e a 8 de Outubro a certificação de qualidade de nível avançado atribuído pelo Comité de Certificação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA).

A norma ISO 9001 constitui uma referência internacional para a Certificação de Sistemas de Gestão da Qualidade, e reconhece o esforço da organização em assegurar a conformidade dos seus produtos e/ou serviços, a satisfação dos seus clientes e a melhoria contínua. Já o modelo da ACSA assenta em características que orientam a sua atividade no sentido de

promover e garantir a qualidade e a melhoria contínua dos serviços de saúde, tendo em conta três pilares básicos: a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão das competências.

Neste sentido, no primeiro dia de estágio foi-nos dado um documento denominado por “Normas de Comportamento em Estágios de Observação” em locais ou meios INEM. Este enaltece a responsabilidade e os procedimentos globais dos estagiários, sendo que por isso foi alvo da minha reflexão no percorrer deste estágio.

Seguindo a mesma linha orientadora o INEM aprovou um conjunto de protocolos de forma a regular a atuação das equipas na fase pré-hospitalar. Esses protocolos regem o exercício da APH, mais concretamente o exercício profissional do enfermeiro, e definem um padrão mínimo e uniforme de abordagem das situações de emergência médica mais frequentes e graves. Servem, ainda, como um dos instrumentos a ser utilizado na avaliação de desempenho dos profissionais de saúde, auditoria e auto-avaliação, numa perspetiva construtiva, tal como nos diz Marques (2004, p.62) “*assentar a prática em protocolos de atendimento e de atuação clínica, possibilita auditar o ocorrido, identificar pontos fracos na cadeia, implementar medidas de correção e melhorar as falhas, permitindo-nos ser consistente e eficazes na abordagem dos doentes*”. No entanto, é importante referir que os mesmos não podem ser interpretados como uma base estanque, mas sim como um guia, uma vez que não substituem o bom senso clínico. No Parecer no 84/2008, a OE salienta que a “*identificação de alterações nas funções vitais, a decisão sobre as técnicas que visam a recuperação de funções vitais bem como a sua implementação revestem-se de uma elevada complexidade que requerem a melhor capacitação profissional*” (OE, 2008, p.2).

Assim, uma vez que “*o enfermeiro possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependente, integrado na equipa de intervenção de emergência*” (OE, 2007, p.1), só este “*pode assegurar os cuidados de enfermagem ao individuo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar.*” (OE, 2007, p.1).

No meio INEM, AEM e SIV, os registos são efetuados no sistema informático *Integrated Clinical Ambulance REcord (ICare)*, o que permite uma maior qualidade no atendimento da vítima e uma melhoria nos tempos de resposta. Os tripulantes das ambulâncias recebem automaticamente do CODU as informações dos eventos, sem tempo consumido ao telefone e enviam a informação em tempo real para as unidades de saúde. (INEM, 2013)

Os registos incidem na avaliação da vítima, estado neurológico, história atual, antecedentes patológicos, medicação habitual, última refeição assim como registo de parâmetros vitais da vítima. Após este registo é contactado o CODU e são passados os dados sobre o estado clínico da vítima. Do CODU, parte a indicação para os meios do hospital de destino, e em casos mais graves o hospital é contactado, de modo a que a equipa recetora esteja preparada e alerta para a chegada da vítima em causa.

O sistema ainda permite registar todos os tempos da APH, pois contempla uma área aonde ao ser selecionada fica registado: a hora do acionamento do meio, a hora de saída, a hora de chegada ao local, a hora de chegada a vítima, a hora do início do transporte para o hospital, e a hora de chegada ao hospital. A reunião de toda esta informação permite a monitorização dos cuidados prestados e conseqüentemente identificar ações corretivas e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

As IACS também foram alvo da minha preocupação na APH. No contexto da APH o profissional, frequentemente, tem que assumir algum grau de risco pessoal ao cuidar de vítimas agitadas, não cooperantes, que recusam ser tratados ou que são portadores de doenças infeto-contagiosas, tem que lidar com desafios sociais e psiquiátricos, transporte de doentes em ambulâncias com cabinas fechadas e pequenas, pelo que as equipas estão sujeitas ao risco de IACS.

Lazear (2001, p.147) salienta que este risco *“é elevado durante a prestação de cuidados pré-hospitalares, pelo que se deve usar sempre proteção”*, e também refere que devem ser reduzidos *“os riscos de exposição a doenças infecciosas para os outros prestadores de cuidados de emergência, mediante manipulação cuidadosa de feridas e pensos, bem como de agulhas e outro equipamento descartável”*.

Para além dos profissionais de saúde também os doentes podem correr risco de infeção. Moraes (2007) relembra-nos que a infeção continua a ser a causa mais frequente das doenças

humanas, mesmo nos países desenvolvidos. Os profissionais de saúde são um dos elementos fulcrais na minimização dos riscos de infecção, mesmo nas circunstâncias mais adversas. A respeito dos riscos ocupacionais, o mesmo autor refere que à medida que a urgência das intervenções aumenta, a adesão dos profissionais à assepsia e às precauções padrão tende a diminuir.

Na APH, o fator tempo é crucial para o sucesso da atuação perante o doente crítico. Na VMER, assim como na ambulância de SIV, a preparação prévia de um soro com sistema de administração com torneira constitui uma prática diária implementada com o intuito de economizar tempo aquando da cateterização venosa periférica nas emergências pré-hospitalares. Esta questão foi alvo da minha pesquisa pois os meios da APH são móveis e estão em manipulação constante, sujeitas às diferenças climatéricas, com condições higiénicas inferiores às do meio hospitalar, e suscitou-me dúvidas acerca da esterilidade desses soros antecipadamente preparados.

Assim, num estudo realizado por Carrasco [et al.] (2008), com o objetivo de determinar quanto tempo se poderiam manter as condições ótimas para o uso de soros recém preparados, não foram encontradas evidências de que o soros fossem diferente, do ponto de vista estéril, dos soros expostos durante 24, 48 ou 72 horas. Logo, este estudo veio concluir que se poderiam utilizar soros previamente preparados sem colocar em causa a sua esterilidade. O mesmo autor aponta para a redução de tempo na administração endovenosa e a melhoria das condições de higiene em que são preparados os soros como os motivos justificativos para esta prática diária.

De acordo com as Recomendações de Categoria IA para a Prevenção da Infecção Associada aos Dispositivos Intravasculares, também os sistemas de administração endovenosos, incluindo torneiras e prolongamentos, não colocam em causa a esterilidade uma vez que devem ser substituídos com uma frequência não superior às 72 horas (DGS, 2006), e dada a frequência de ativações dos meios INEM, este prazo raramente corre o risco de ser ultrapassado.

Considerando, deste modo, a infecção como uma situação problema, durante o meu estágio desenvolvi momentos de reflexão crítica face às intervenções levadas a cabo pelos profissionais e numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, detetei

algumas práticas menos corretas no que respeita à prevenção e controlo das IACS. Procurei de uma forma cuidada alertar as equipas para alterarem a sua conduta, tendo sido plenamente perceptível a importância da mensagem, não só no controlo de infeção, mas também na segurança dos profissionais e na consecução de práticas seguras.

Outro assunto que foi alvo da minha atenção, foi o modo de agir da população perante um meio do INEM. Ao longo deste percurso tomei consciência que a população não sabia como agir perante os veículos em marcha de emergência médica e, na maioria das vezes, isto dificultava o trabalho da equipa e consequentemente o tempo de chegada à vítima era influenciado.

Assim, juntamente com as minhas colegas de estágio, expusemos esta problemática a EE responsável pelos estágios e surgiu a ideia de elaborar um poster com as recomendações de “Como Agir Perante um Veículo em Marcha de Emergência”, e divulgar por diversos jornais de várias localidades, de forma a poder chegar a informação à população (anexo IV). Com isto, foi elaborado um poster que foi entregue EE responsável, após ter sido avaliado e aprovado, para ser reavaliado e/ou reajustado pelo departamento de formação do INEM e posteriormente divulgado.

A necessidade constante que senti de recorrer a pesquisa bibliográfica, bem como a matéria lecionada durante a parte teórica deste curso, permitiu-me tomar decisões fundamentadas, com o intuito de zelar pela excelência dos cuidados por mim prestados e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Com isto, desenvolvi as competências de:

- **Zelar pela melhoria contínua da qualidade e gestão de cuidados.**
- **Demonstrar capacidade de promover as boas práticas para a prevenção e controlo das IACS.**
- **Formular e analisar questões problema relacionadas com formação em enfermagem, de forma autónoma sistemática e crítica.**

1.3 Domínio da gestão dos cuidados

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do EE da OE (2010) o domínio da gestão de cuidados visa otimizar a resposta da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas e adequar os recursos às necessidades de cuidados, promovendo a qualidade e gestão dos cuidados.

O bom acolhimento por parte das equipas de enfermagem, especialmente pelas minhas tutoras, permitiu-me *desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente*, possibilitando-me ter uma integração com sucesso, contribuindo para um estímulo e interesse em querer aprofundar conhecimentos e aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem. Ao longo das primeiras semanas procurei inteirar-me de todos os procedimentos realizados, protocolos adotados, rotinas, e sistemas de informação/registos de modo a *gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada*, o que permitiu-me adequar os meus cuidados ao que era preconizado e adotar uma metodologia eficaz. Mostrei sempre disponibilidade para a aprendizagem de novos conhecimentos e participação nas diferentes atividades.

Os registos de enfermagem são de extrema importância na medida que permitem documentar e analisar o sucedido com o doente, garantindo a gestão e a continuidade dos cuidados que lhe são prestados, sendo que uma eficaz prestação de cuidados está também influenciada pela sua continuidade que se faz através do registo das ocorrências e observações ao longo do tempo em que o enfermeiro está em atividade.

Sabemos que toda a informação que diga respeito ao quadro clínico do doente nunca deve ser perdida e muito menos fragmentada, e é importante que todos esses aspetos sejam preservados e transmitidos a todos os elementos da equipa multidisciplinar. Segundo o artigo 83º do CDE “*o enfermeiro tem o dever de assegurar a continuidade de cuidados, registando fielmente as observações e as intervenções realizadas*” (OE, 2009 p.2). Visto isto, os registos constituíram um desafio ao longo deste percurso uma vez que cada um dos locais de estágio tinha um sistema de informático diferente.

No SU, inicialmente deparei-me com o desafio do sistema informático, Alert®, utilizado pelos profissionais de saúde, onde registam a história clínica do doente, fazem as prescrições terapêutica e validam a sua administração. Ao longo dos turnos fui conhecendo e compreendendo a essência do sistema, contando sempre com a ajuda de toda a equipa, de modo a sentir-me completamente autónoma no final do estágio.

Outro desafio foi o sistema informático da Triage de Manchester que consiste na escolha do fluxograma mais adequado, após a análise das queixas do doente, de forma a atribuição do grau de prioridade mais adequada à situação clínica exposta. O enfermeiro tem de ser o mais objetivo possível exigindo uma profundidade de conhecimentos médico/cirúrgicos assim como uma rapidez e flexibilidade mental.

Este setor constituiu um grande desafio ao longo do estágio, pois atribui uma responsabilidade sobre o enfermeiro, na medida em que cabe a este otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, atribuindo uma prioridade com a maior precisão possível para que o doente seja atendido no tempo adequado a sua situação clínica. Muitas foram as dúvidas que me sugeriram na escolha do fluxograma e muitas vezes senti necessidade de solicitar a opinião da minha tutora de forma a validar as escolhas que tinha feito ou mesmo corrigir de forma a contribuir para o benefício do doente.

No final do estágio senti que ainda não tinha colmatado todas as dúvidas que tinha acerca deste sistema informático, não só porque não tinha tido oportunidade de lidar com todos os fluxogramas existentes mas também por cada doente ser um ser único e que as situações clínicas tem de ser analisadas com tal.

Na UCIP, o sistema informático utilizado é o B-Simple, mais especificamente B-ICU.Care, Ao longo do estágio tive a oportunidade de efetuar registos neste sistema e verifiquei que a principal vantagem é que contempla numa só aplicação informação, a monitorização dos sinais vitais, o acesso direto aos valores de gasometria, os exames complementares de diagnóstico entre outras opções, o que facilita muito o trabalho na unidade, contribuindo para a diminuição do tempo utilizado para os registos e aumentando o tempo disponível para o doente. Trata-se de uma ferramenta fácil de integrar que assegura a operacionalização e transmissão de dados com outros sistemas já implementados nos hospitais (B-Simple, 2013).

Este sistema funciona como um integrador de sistemas e reúne as informações provenientes da monitorização do doente.

Na utilização deste sistema não senti dificuldades pois é bastante fácil e intuitivo, no entanto, senti que os focos e intervenções levantados pelos enfermeiros ficavam muita aquém do nível de cuidados prestados na UCIP o que conseqüentemente não se traduzem em qualidade de cuidados. Questionei sobre os registos efetuados e nunca obtive uma resposta muito objetiva, sendo que nos doentes que me estavam atribuídos levantava focos e intervenções adequadas aos cuidados prestados que muitas vezes era dado termo no turno seguinte.

Os registos efetuados na APH, embora já tenham sido abordados no domínio anterior, também considero que se enquadra neste domínio, pois os registos não servem apenas para avaliar os cuidados prestados mas também como instrumento de continuidade de cuidados e assim dar visibilidade às intervenções realizadas. (DGS, 2012)

Ao longo destes módulos procurei sempre realizar os registos de forma clara e concisa e considero que o conhecimento de novos sistemas de informação contribuíram para o enriquecimento a nível da gestão dos cuidados.

As funções de gestão dos enfermeiros de um serviço estão enquadradas na categoria de enf^o chefe, documentadas nos regimes jurídicos da gestão hospitalar (Decreto-Lei n^o 248/2009 de 22 de Setembro e Decreto-Lei n^o 188/2003 de 20 de Agosto), centrando-se na gestão: de cuidados, de recursos humanos e materiais; de projetos; da formação de enfermeiros; organizacional; investigação e divulgação científica. As competências mais emergentes relacionam-se com a liderança, gestão de conflitos, negociação, assertividade e tomada de decisão.

Outra vertente da gestão consiste na gestão dos recursos humanos e recursos matérias que, no meio hospitalar, por norma é efetuada pelo enf^o chefe. Na ausência do enf. chefe, o responsável de turno toma essas funções. Ao longo deste percurso tive oportunidade de passar pela gestão do serviço, tanto com o enf^o chefe como com o meu tutor, o que contribuiu para o desenvolvimento competências nesta área, de forma a dar resposta aos objetivos que tracei: *desenvolver competências na gestão de cuidados no âmbito da EEMC e exercer supervisão do exercício profissional na área de EEMC.*

No SU, tive a oportunidade de realizar três turnos na área da gestão de recursos humanos e materiais, dois foram com o enf^o chefe e enf^a responsável pelo SU adulto, e um com a minha tutora que ficou como coordenadora de equipa. Nos dois turnos que estive na gestão do SU verifiquei que utilizavam diferentes métodos de reposição de material: para o material de administrativo e os dispositivos médicos utilizavam a reposição tradicional; para o stock de medicação utilizavam a reposição por níveis de reposição e para a gestão de estupefacientes utilizavam o método de reposição.

No turno que realizei na coordenação de equipa tive outra visão da gestão, aqui o enf^o coordenador tem a responsabilidade de controlar o stock de estupefacientes da urgência e certificar que todos os estupefacientes administrados foram justificados e verificar se toda a sua equipa está funcional.

Na UCIP, tive a oportunidade de realizar um turno na gestão com a enf. chefe da UCIP que também desempenha funções de enf^a supervisora da Unidade de Gestão Integrada da Urgência e Intensivos (UGI UI), o que me possibilitou essa experiência.

A UGI UI é uma estrutura orgânica de gestão intermédia que compreende os serviços de Urgência Geral e Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Emergência Extra-hospitalar com competências gerais e específicas constantes no artigo 30º do Regulamento Interno do CHVNG/E (2010).

Ao longo deste turno tive consciência da complexidade deste papel e da sua exigência. Pude verificar que devido a conjuntura económica atual, as imposições e as fortes restrições exigidas, são as dificuldades sentidas nomeadamente: défice significativo de recursos humanos na UCIP e SU; dificuldade na obtenção diária de vagas nos diferentes serviços para internamento dos doentes do SU, com sérias repercussões na organização e otimização do seu funcionamento; dificuldade de transferência dos doentes da UCIP para os serviços de internamento e articulação com outras áreas de doente crítico, com repercussão na disponibilidade de camas.

Nesta área de atuação tive a oportunidade de desenvolver as seguintes atividades: coordenar a equipa multiprofissional da UCIP; gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respetiva equipa, decidindo sobre afetação de meios; promover a aplicação dos padrões de qualidade dos

cuidados de enfermagem definidos e atualizar procedimentos orientadores da prática clínica; identificar as necessidades de recursos humanos, articulando com a equipa a sua adequação às necessidades previstas, nomeadamente através da elaboração de horários; assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, atividade ou qualidade da sua equipa; assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade; garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e, ou, nas unidades do departamento, ou conjunto de serviços ou unidades; determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, bem como de materiais, em quantidade e especificidade, nos serviços e, ou, nas unidades do seu departamento, ou conjunto de serviços ou unidades.

Durante os turnos em que a minha tutora era responsável de turno colaborei: na verificação da assiduidade dos enfermeiros e auxiliares de ação médica (AAM) escalados para o turno; na elaboração do plano de trabalho de enfermagem e das AAM para o turno de modo a assegurar os cuidados necessários, tendo em conta o método de trabalho individual, grau de dependência do doente, competência técnica e experiência profissional de cada elemento da equipa; no planeamento do enfermeiro destacado para a transferência de doentes ou acompanhamento para a realização de exames auxiliares de diagnóstico; na articulação com o serviço de destino do doente e confirmar a sua transferência, dando indicações precisas sobre o necessário para a sua receção e por conseguinte a continuidade dos cuidados; na distribuição dos enfermeiros nos períodos de refeição, para que a vigilância contínua dos doentes fique assegurada; na supervisão da execução das tarefas atribuídas a cada AAM; na supervisão e coordenação da utilização de todo o material/equipamento; no registo por escrito da ocorrência de avarias de qualquer material e/ou equipamento e colocar junto do mesmo a informação da avaria detetada; na verificação dos fármacos e material de forma a suprimir as suas falhas; na verificação dos estupefacientes existentes no cofre, bem como supervisionar e garantir o registo dos mesmos; na supervisão da execução dos cuidados prestados de forma a prevenir eventuais desvios da qualidade na execução dos mesmos; na promoção de uma adequada utilização dos diversos equipamentos; no acolhimento das visitas e encaminha-las; no registo de todas as ocorrências que considere importantes em livro próprio e comunicar ao responsável do turno seguinte e enf^{ra} chefe.

Na área da APH, o método de gestão varia de acordo com o meio de socorro. A gestão dos recursos humanos é efetuada pelo INEM – Delegação Norte, enquanto a gestão e verificação da operacionalidade da viatura e do material de cada meio de socorro é da responsabilidade de todos os profissionais que exercem funções na respetiva base. E existe em cada uma das bases, um responsável por cada um dos grupos profissionais quer TAE, enfermeiros ou médicos.

Todos os meios do INEM possuem uma lista com a discriminação do material que compõe a mala de trauma e a mala da via aérea (designadas de acordo com o material que as compõe), a ambulância, a viatura e o armazém de materiais. Em cada ativação, o material gasto de cada mala é repostado com o material de reserva existente na ambulância para que, no caso de outra ativação os recursos materiais sejam suficientes. E, quando regressão à base repõe o material da ambulância de acordo com os níveis estabelecidos. Desta forma conseguem uma boa gestão dos materiais para que estes sejam suficientes e adequados no contexto da APH.

O material gasto em cada ativação é debitado através do programa informático de débito de consumo direto possibilitando a reposição pelo departamento da logística. Relativamente aos prazos de validade existe uma lista com o material e os prazos do término de validade e quando se aproximava o prazo e não é previsível o seu consumo contacta-se a logística para proceder à sua substituição no sentido de melhor gestão dos materiais e dos custos. O departamento de logística tem uma relação muito próxima com os meios através de telefone e pela internet, o que proporciona a celeridade de resolução de questões logísticas, limitando os períodos de inoperacionalidade dos meios.

Todos os meios do INEM têm listas de verificação do material e equipamento que é semelhante, na qualidade e quantidade, nos meios idênticos, no sentido de facilitar e otimizar a gestão do tempo e dos cuidados. Por exemplo, nas situações em que era necessária a substituição de viatura, no caso da ambulância de reserva, esta tinha o material e equipamentos semelhantes à principal. Quanto aos meios VMER pela facilidade com que se transfere o material e tendo em conta a quantidade mais reduzida do mesmo, na altura da substituição procede-se à transferência do material.

Para além da lista de material, existem também uns esquemas semanais e mensais de verificação dos materiais e equipamentos, seja da viatura, da medicação e materiais e de toda

a logística necessária para um fluxo de cuidados sem obstáculos, e que são criteriosamente cumpridos pelos elementos. Estas listas de verificação são pequenas e de fácil cumprimento encontrando-se repartidas pelos dias da semana ou do mês no sentido de não sobrecarregar os elementos e limitar as não conformidades.

Ao longo do estágio tive a oportunidade verificar que é fulcral conhecer bem o local do material, bem como todo o material disponível para atuar de forma rápida e eficaz. Assim, a check list realizada à ambulância e respetivo material das malas de intervenção (trauma e via área), no início de cada turno, permitiu-me conhecer o material existente e a sua localização, de forma prestar cuidados rápidos e eficazes.

No que concerne aos recursos humanos, os horários são elaborados pelos coordenadores de cada meio que tentam respeitar as preferências dos elementos, limitando as situações de inoperacionalidade por falta de elementos. Quanto à inoperacionalidade dos meios por falta de enfermeiros, nos locais onde fiz estágio, não se verificava pois as faltas são colmatadas com elementos de outros meios de forma bem integrada

Ao longo do estágio aprofundei conhecimento sobre as competências de gestão do EE na área de EMC com o objetivo de melhor compreender a metodologia de gestão e a sua adequação ao contexto da APH; observei e colaborei nos processos de gestão de recursos refletindo sobre a sua exequibilidade e adequação aos meios.

Assim, com estas experiencias consegui desenvolver competências de:

- **Gerir os recursos humanos e materiais de forma adequada.**
- **Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional.**
- **Demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Segundo a OE (2010, p.2), “*especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*”.

O domínio das aprendizagens profissionais centra-se na capacidade de desenvolver o autoconhecimento e assertividade na área de especialização, e na capacidade de assentar o processo de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes. Nunes (2003, p.1) diz que “*...através da experiência e da formação, os enfermeiros desenvolvem atitudes, crenças, conhecimentos e habilidades que, quando integrados em padrões morais e legais, caracterizam uma prática profissional envolvida e competente*”.

A EEMC consistem no cuidar da pessoa a vivenciar processo de doença crítica e/ou falência orgânica, ou seja, cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Muitas foram as expectativas criadas em volta dos módulos de estágio. A possibilidade de prestar cuidados nas mais variadas situações e circunstâncias proporcionou-me experiências positivas, que se traduziram num enriquecimento pessoal e profissional, contribuindo para momentos de aprendizagem constante. De forma a ter um fio condutor tracei como objetivos: *demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EEMC; demonstrar capacidade de agir perante situações imprevistas e complexas; e abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família.*

No SU, foi na sala de emergência (SE) onde procurei realizar o maior número de turnos. Durante estes turnos tive a oportunidade de prestar cuidados em diversas situações clínicas (Via Verde Coronárias, Via Verde AVC, Via Verde Trauma, Via Verde Sepsis, EAP, Reação

Anafilática, entre outras), permitindo-me mobilizar e interrelacionar os conhecimentos fornecidos durante o 1º e 2º semestre deste curso, nomeadamente: a ventilação invasiva, a monitorização invasiva, a administração de sedativos e curarizantes e a aplicação de protocolos e algoritmos complexos.

Recordo-me do primeiro caso que me marcou, um doente do sexo masculino de 57 anos, sem antecedentes clínicos, fumador que recorreu ao SU por apresentar um mau estar ao nível do tórax e abdómen associado a náuseas. O doente foi triado para a área laranja (segundo o fluxograma da Triagem de Manchester), e foi acionada a Via verde coronária logo depois da realização do eletrocardiograma onde apresentava um traçado de extrassístole supraventricular com morfologia de um bloqueio coronário do ramo direito. O doente foi encaminhado para a SE para estabilização do quadro clínico e posteriormente foi transferido para o serviço de hemodinâmica para realizar um cateterismo cardíaco. Durante os cuidados colaborei com o enfª tutora na prestação de cuidados ao doente em estado crítico, assegurando o C (circulação), D (função neurológica) e E (exposição), uma vez que o A (via aérea) e B (ventilação) já estavam assegurados. Após, tive a oportunidade de realizar o transporte intra-hospitalar, com acompanhamento do médico e enfª, à Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (Hemodinâmica). Com isto, aprofundei conhecimentos acerca da monitorização cardíaca e interpretação dos traçados cardíacos.

Outro caso que acho pertinente referir, foi de um doente do sexo masculino com 40 anos de idade que deu entrada na sala de emergência devido a uma reação anafilática por uma picada de uma abelha. Este doente apresentava edema em grau elevado da base da língua, o que levou a que a equipe médica optasse por colocar um tubo endotraqueal de abordagem nasal de forma a assegurar a permeabilidade da via aérea (A). Também aqui tive oportunidade de colaborar nos cuidados prestados e que lidar pela primeira vez com a ventilação invasiva.

Neste campo de estágio tive oportunidade de prestar cuidados tecnicamente exigentes, tendo antecipado e respondido atempadamente a focos de instabilidade nas pessoas em situação crítica.

Durante o estágio da UCIP prestei cuidados altamente diferenciados e fundamentados em bases teóricas. Relativamente às patologias tive oportunidade de contactar com: sépsis, intoxicação voluntária com organofosforados, politraumatizados (craneo-encefálicos), pós-

operatório de neurocirurgia (lesão ocupante de espaço, aneurisma, hemorragia subaracnoídea), pós-operatório de cirurgia geral (glossectomia, mandibulectomia, laparotomia do bulbo intestinal com apendicetomia), choque hipovolémico, trombose da mesentérica, hemorragias digestivas, lesão renal aguda.

O contacto com estes doentes permitiu-me, não só, desenvolver e aprofundar conhecimentos adquiridos na fase teórica (monitorização invasiva e não invasiva, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, avaliação da pressão venosa central, pressão intra-abdominal, monitorização electrocardiográfica, monitorização arterial, técnicas dialíticas, drenagens torácicas, terapias nutricionais, entre outros.), mas também obter novos conhecimentos e experiências que em muito contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

O uso frequente de alguns dispositivos, por mim, pouco utilizados ou mesmo desconhecidos na minha prática profissional, exigiram a pesquisa bibliográfica, de modo a prestar de cuidados de uma forma consciente, fundamentada e segura.

O cateter arterial (CA) é um dispositivo bastante utilizado nos doentes internados na UCIP e destina-se a medição contínua de três parâmetros da pressão arterial. A pressão arterial média é o parâmetro clínico que mais ênfase se dá pois representa a pressão de perfusão em todo o ciclo cardíaco servindo de orientação sobre a eficácia da perfusão (Urden, Linda; Stacy, Kathleen; Lough, Mary, 2008). Permite, também, o acesso rápido ao sangue arterial de forma a realizar colheitas de sangue para análise e gasometrias.

A manipulação e manutenção deste dispositivo era algo novo na minha prestação de cuidados, pelo que tive necessidade de proceder a pesquisa onde verifiquei que a substituição dos transdutores e os outros componentes do sistema (incluindo sistemas de perfusão, dispositivo de “flush”-contínuo, e a solução de lavagem) deve ser realizada a cada 96h, cumprindo sempre uma técnica asséptica, e que o penso transparente do CA deve ser trocado a cada 72h (DGS, 2006). Ao longo da minha prestação direta de cuidados ao doente crítico tive sempre o cuidado de cumprir estas recomendações e verifiquei que toda a equipa de enfermagem também o fazia.

A maioria dos doentes a que tive oportunidade de prestar cuidados na UCIP tinham a função respiratória alterada, pelo que necessitavam de ajuda para realizar esta atividade, ou seja, de ventilação mecânica.

A ventilação mecânica ocorre com a insuflação de ar através das traqueias, o que provoca uma pressão positiva, sendo este limite estipulado pelo ventilador. A expiração ocorre de uma forma passiva até ao valor de PEEP (pressão positiva no final expiratório) programado. Apesar de todos estes parâmetros serem parametrizados pela equipa médica, senti necessidade de pesquisar acerca deste tema com o fim de melhorar os meus conhecimentos. Para mim, foi muito importante a aquisição destes conhecimentos pois permitiram-me reconhecer os sinais que nos indicam se o doente se encontra adaptado/desadaptado ao modo ventilatório.

Tive a oportunidade de realizar intervenções de enfermagem como: adaptar o doente ao ventilador, caracterizar a respiração, otimizar o tubo endotraqueal (que inclui o posicionamento do tubo, mudança do fio de nastro e avaliação do cuff), aspirar as secreções (por sonda de aspiração ou sistema fechado), cuidado de higiene orais, entre outras. No caso do utente traqueostomizado, para além destas atividades, era também realizado tratamento ao local de traqueostomia.

Surgiu ainda a oportunidade de prestar cuidados a doentes instáveis com insuficiência renal aguda a realizar técnicas contínuas de suporte renal, nomeadamente hemodiálise e hemofiltração, o qual foi uma novidade para mim. A diálise consiste num *“processo através do qual os produtos de secreção que se encontram no sangue são filtrados através de uma membrana semipermeável”* (Phipps & Marek, 2003 p.1673). Este processo é indicado em casos de insuficiência renal aguda e existem três métodos de diálise: hemodiálise, diálise peritoneal e terapêutica de substituição contínua do rim ou hemofiltração.

A hemofiltração é uma diálise contínua lenta efetuada na UCIP, durante 24h, podendo a sua duração variar de dias a semanas. A hemofiltração é uma técnica através da qual os solutos e eletrólitos são removidos do paciente através de uma membrana sintética com grande permeabilidade e transportados por convecção. O líquido que é removido (ultrafiltrado), é repostado através da solução de reposição. Através deste método consegue-se a remoção de substâncias de baixo peso molecular como a ureia, creatinina e a reposição através do soluto de reposição de eletrólitos (Alves, 2013).

A hemodiálise é uma terapia de substituição renal e consiste na remoção do líquido e substâncias tóxicas do sangue, como a creatinina e ureia, por um processo de filtração como

se fosse um rim artificial. As trocas de solutos com o sangue ocorrem por difusão, ultrafiltração e convecção. A quantidade de líquido removido é de 3 a 6 litros e pode durar de 3 a 5h em terapia convencional (Alves, 2013).

No entanto, a técnica que tive oportunidade de contactar não foi a convencional mas a Diálise Lenta de Baixa Eficiência (SLED). Esta combina as vantagens das técnicas contínuas de substituição da função renal com as da hemodiálise intermitente, com uma duração de 6 a 12 h, e oferecem mais valias pela sua eficácia, baixo custo, pouca complexidade e boa tolerância pelo doente crítico.

Nestes doentes ajudei o en^o da nefrologia na montagem, preparação e colocação em funcionamento do sistema fazendo o “prime” da máquina. Como o en^o da nefrologia apenas se desloca a UCIP para iniciar a técnica de diálise ao doente e para o termino da mesma, tive oportunidade de prestar os cuidados ao doente enquanto realizava a técnica dialítica, sendo que os cuidados de enfermagem prestados visaram sobretudo a vigilância da otimização do volume de fluido do utente e da sua situação hemodinâmica (vigilância de edemas), a manutenção da permeabilidade do sistema de filtração, a prevenção da perda de sangue devido a desconexão da linha, a prevenção da infeção, a avaliação de sinais de sobrecarga hídrica, a monitorização da temperatura e o apoio emocional ao doente.

Outro facto relevante durante o estágio foi o contacto que tive com uma diversidade de fármacos específicos de unidades de cuidados intensivos/emergência, nomeadamente os sedativos, analgésicos específicos, inotrópicos (aminas), entre outros, que me obrigaram a efetuar várias pesquisas para colmatar dúvidas farmacológicas que foram surgindo. Isto permitiu-me obter uma visão mais aprofundada quanto à relação entre as patologias/alterações hemodinâmicas do doente e a indicação farmacológica dos fármacos utilizados, assim como as reações resultantes da sua utilização.

Neste meu percurso tive a oportunidade de participar nos cuidados ao doente em morte cerebral como potencial dador de órgãos. Não tive oportunidade de assistir às provas de morte cerebral, pois aquando do início do estágio estas já tinham sido realizadas, mas tive a oportunidade de prestar cuidados de forma a manter o doente hemodinamicamente estável, contribuindo para a viabilidade de transplante dos seus órgãos.

Um caso que gostaria de abordar deste experiência na UCIP pertence a uma doente de 58 anos que foi admitida com o diagnóstico de intoxicação voluntária por organofosforados. Na altura foi-me explicado pela minha tutora que a prestação de cuidados a estes doentes exige um acréscimo de precauções, uma vez que este pesticida é libertado pela pele e pode provocar intoxicação aos próprios profissionais. Isto estimulou o meu interesse e consequente pesquisa sobre o diagnóstico.

Durante a pesquisa aprendi que este tóxico provoca um aumento de acetilcolina nas sinapses do sistema nervoso central, glândulas exócrinas e placa motora neuro-muscular, e esta acumulação por culminar numa paragem cardio-respiratória (PCR), daí a necessidade do internamento nos cuidados intensivos. É um tóxico excretado pelas mucosas, pulmões, via renal, via gastrointestinal e pele, pelo que os profissionais de saúde necessitam de tomar as medidas precauções (nomeadamente a utilização de batas impermeável, luvas de nitrilo, e máscara PCM2000) de forma a prevenir a sua intoxicação. Durante o tempo em que estive responsável pela doente tomei sempre as precauções necessárias, assim como incentivei o uso de precauções a quem ia prestar cuidados a doente.

No contexto pré-hospitalar, é evidente o carácter autónomo das intervenções na manutenção ou recuperação das funções vitais, no sentido da autonomia da decisão de agir e da responsabilidade do enfermeiro. Quando em contexto de emergência os enfermeiros *“procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo nestas situações, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”* (REPE, 2012, artigo 9º, nº4). Mas regem-se, também, por intervenções interdependentes que requerem ações previamente definidas por protocolos de atuação, algoritmos e/ou planos de ação, que permitem ao enfermeiro ajuizar, organizar e executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções. (OE, 2008)

Nas diferentes valências do INEM, tive oportunidade de incorporar saberes na prática e desenvolver competências relacionados com os procedimentos realizados à vítima de acidente/trauma ou doença súbita, como: estabilização da vítima no local da ocorrência, assegurando a prestação de cuidados de enfermagem necessários à manutenção/recuperação das funções vitais; e o acompanhamento e vigilância durante o transporte primário e/ou secundário do indivíduo, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência.

No sentido de basear a minha atuação em decisões assertivas, eficazes e fundamentadas, pesquisei e refleti sobre conhecimentos disponíveis nos protocolos de atuação dos meios INEM, nos algoritmos de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) do Conselho Europeu de Ressuscitação, Manual de Trauma do Trauma Nursing Core Course, apontamentos e bibliografia sugerida nas aulas do 1º e 2º semestre. Aprofundei conhecimentos sobre técnicas de imobilização e abordagem à vítima de trauma, mecanismos de lesão e classificação das mesmas, cinemática do trauma, conteúdos relacionados com ECG e despiste de arritmias, classificação dos traumatismos crânio-encefálico e acidentes vasculares cerebrais, avaliação neurológica e classificação de crises convulsivas.

As situações de trauma que tive englobaram situações de acidentes de viação, atropelamento e queda em altura. As situações de doença súbita englobaram situações de hipoglicemias, obstrução da via aérea (engasgamento), PCR, crises convulsivas, dor torácica, dispneia e alterações do estado de consciência.

Importa referir que as ativações dos meios INEM, a que assisti, obedeciam a uma abordagem inicial sistemática e metódica, constituída pela avaliação primária (ABCDE) e avaliação secundária por segmentos da cabeça aos pés (Alves, 2013). Destaco uma ativação que tive para um acidente de viação, com uma vítima do sexo masculino que tinha sido atropelado por uma carro e tinha ficado debaixo de uma das rodas da frente. Ao chegar ao local a população já tinha retirado a vítima de baixo da roda, e esta encontrava-se em posição ventral com um profissional de saúde, que se encontrava no local, a imobilizar-lhe a cervical. Recordo-me que a vítima apresentava um score de 5 valores na escala de avaliação de Glasgow a chegada que, em poucos segundo, diminuiu para um valor de 3. Colocou-se logo o colar cervical para estabilizar a cervical. Iniciamos a avaliação primária, permeabilizando-lhe o A com a colocação de um tubo endotraqueal, seguimos para o B ambulando-o com suporte de oxigénio a 50%. De seguida iramos assegurar a circulação mas, uma vez que não tínhamos as condições adequadas para prestar os cuidados a vítima, e o AB já se encontravam assegurados, foi decisão unânime de equipa proceder a imobilização da vítima com o plano duro e a aranha para transferir a vítima para dentro da ambulância. Dentro da ambulância procedemos a cateterização do doente, assegurando o C. E, uma vez que a ambulância não reunia as condições ótimas para poder oferecer mais cuidados, nomeadamente de espaço, e dada a gravidade da situação, iniciamos o transporte da vítima para o hospital mais próximo.

A importância da avaliação ABCDE como guias orientadores da definição de prioridades é algo que efetivamente funciona, já que prioriza por importância de manutenção, a avaliação e as intervenções.

Colaborei em todos o processo de abordagem à vítima, e fiquei surpreendida com a sequência sistematizada de ações colocadas em prática perante as vítimas, exatamente como enunciam os manuais e os protocolos de atuação do INEM, respeitando as precauções universais e as normas de segurança no local da ocorrência.

Em contexto pré-hospitalar, esta metodologia foi utilizada com bastante frequência nas diferentes situações presenciadas, daí surgiu a minha necessidade de a pesquisar e estudar, na medida em que a mesma não é utilizada correntemente no meu local de trabalho, sendo, no entanto, uma ferramenta fundamental na abordagem primária ao politraumatizado.

A área que mais destaque é a do trauma, que é sem dúvida uma das áreas de excelência onde temos por base a hora de ouro, em que 50% das mortes ocorre de imediato após o acidente, daí as medidas instituídas se revelarem da maior importância. (Bigdeli et al 2010)

A rápida e a correta abordagem e estabilização do doente são primordiais. A exigência destes doentes implica que seja garantida a segurança dos procedimentos e zelo pelos cuidados prestados pelos outros elementos, sejam eles enfermeiros ou técnicos de emergência, tendo sempre presente a segurança como primeiro elo da cadeia, assim como respeito pela privacidade do doente e sua família, conforme referido pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

A situação de PCR, é uma das situações mais graves das doenças súbitas, na qual devemos preservar as lesões cerebrais tendo em conta os cuidados pós reanimação. Durante o meu período de estágio muitos foram os casos de PCR mas apenas um foi reversível. Destaco esse caso, uma vítima do sexo feminino de 74 anos, a informação da ativação seria uma alteração do estado de consciência, mas no momento da nossa chegada, vítima encontrava-se em PCR deitada na cama. Procedemos de imediato a transferência da vítima para o chão e iniciamos SBV/SAV. Esta experiência tornou-se única e merecedora de destaque pois como profissional de saúde, tive a oportunidade de participar em todos os procedimentos de SBV/SAV. Com esta experiência tive a percepção da necessidade da máxima interligação entre os diversos membros da equipa interdisciplinar, onde pude refletir sobre as ações

autónomas e interdependentes de enfermagem e onde o processo de tomada de decisão assume caráter primordial, pois decidir implica ser crítico e autónomo na sua decisão. Neste caso, tive a possibilidade de verificar a interligação entre o médico do CODU, e a comunicação com o hospital de forma a estarem preparados a receber a vítima aquando da nossa chegada ao hospital, com todos os elementos destacados para a sala de reanimação, assim como proceder à triagem e estabelecimento de prioridades.

A comunicação está presente em todas as situações, quer com as equipas multidisciplinares, quer com as vítimas e/ou familiares. Assim, ao longo deste percurso procurei desenvolver conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família, e relacionar, de forma terapêutica, o respeito pelas crenças e pela sua cultura, objetivos traçados no meu projeto de estágio.

Para que a comunicação transmita ao doente compreensão, respeito, consideração, tem de ser suportada por uma relação acolhedora, afetuosa, calorosa, revelando conversão interior e ao outro pela interiorização das atitudes de empatia, autenticidade e aceitação incondicional ou valorização positiva, por conseguinte torna-se essencial um ambiente privado para transmitir confiança e confidencialidade.

O doente em estado crítico constitui uma situação particular na qual a comunicação e interação com o meio se encontram comprometidos, seja por dificuldade ou incapacidade na expressão oral, ou por incapacidade de exprimir as necessidades de forma verbal ou não verbal, como podemos verificar em situações de alteração de estados de consciência (Saraiva e Martinho, 2001).

Ao longo destes estágios foram algumas as dificuldades que encontrei no que concerne ao desenvolvimento de uma comunicação eficaz.

No SU, o dever a humanização dos cuidados, ou seja, o dar atenção à pessoa como uma totalidade única inserida numa família, e o contribuir para criar um ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa, encontra-se dificultado devido ao elevado número de doente que atendem. No decorrer do estágio questioneei a minha enf^a tutora acerca da existência de um local próprio para estabelecer uma comunicação efetiva com os doentes e seus familiares, visto ser essencial reunir um ambiente calmo e privado para desenvolver as técnicas de comunicação e para estabelecer uma relação empática, a qual me respondeu

que o serviço não contemplavam um local destinado a comunicação com os doentes. Por conseguinte, verifiquei que os enfermeiros do SU davam muito pouca ênfase às técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e sua família, consequência da falta de local apropriado, e também do grande número de doente a quem tinha de prestar cuidados urgentes/emergentes que não lhe possibilitavam despende de tempo para realizar uma comunicação eficaz.

Apesar disto, procurei sempre comunicar com o doente e família de forma assertiva, promovendo sentimentos de segurança e confiança, estabelecendo uma relação empática e de ajuda. Promovi a participação dos familiares na prestação dos cuidados ao doente, respeitei os valores e crenças do doente encarando-o como um ser biopsicossocial.

Em cuidados intensivos, existem diversas condições específicas, que requerem uma maior sensibilidade e persistência, com recurso a estratégias eficazes na comunicação com o doente. A presença de um tubo endotraqueal para suporte ventilatório bem como a aplicação de terapêutica sedativa e indutora de coma, frequente nestes doentes, implicam que o enfermeiro procure alternativas, com o toque terapêutico, a presença, ou quando a situação permite, mediada por outras técnicas com equipamento simples como, a ardósia, puzzle com letras caneta e papel ou figuras que ilustram situações comuns.

Em contexto de APH, a comunicação com a vítima e familiares é de extrema importância para saber a situação atual, os antecedentes pessoais da vítima que sejam mais relevantes, medicação habitual, eventuais alergias e última refeição mas verifiquei que por vezes é necessário orientar o foco de atenção e direcionar a comunicação para a situação atual. Muitas vezes as famílias, quando questionadas pela situação, tendem a relatar questões que não são pertinentes para a situação e que podem atrasar o socorro adequado. É necessário ser objetivo na descrição da situação para que a atuação seja rápida e atempada.

A comunicação de más notícias em saúde, nomeadamente a morte, continua a ser uma área de grandes dificuldades na relação doente/família/profissional de saúde, constituindo-se numa das problemáticas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. Esta dificuldade prende-se com um conjunto de fatores, que são um entrave à comunicação efetiva, pelo que desenvolvi estratégias de comunicação adaptadas a cada situação

específica, especialmente em situações de comunicação de más notícias, como a irreversibilidade da situação ou a morte.

São situações que geram perturbações, quer na pessoa que recebe a notícia, quer na que transmite, pelo que a comunicação deste tipo de notícia é encarada como uma tarefa difícil para todos os profissionais de saúde, não só pelo receio de enfrentar as reações emocionais e físicas da vítima e/ou família, mas também pela dificuldade de gerir a situação (Pereira, 2005).

No período de estágio de APH, várias foram as ativações que tive para PCR irreversíveis e facto de estarmos junto das vítimas e das suas famílias, muitas vezes no seu lar, rodeados dos objetos pessoais dificulta um pouco a gestão das emoções. A gestão das emoções dos próprios elementos foi um tema que procurei abordar através de uma conversa informal. Foram abordados os mecanismos de adaptação que cada profissional utilizava na gestão das situações mais problemáticas, do ponto de vista emocional e profissional partilhando experiências de forma a tornar o acontecimento menos traumático.

Ao longo destes estágios desenvolvi conhecimentos sobre técnicas de comunicação com o doente, nomeadamente o toque terapêutico e o uso de um livro de figuras existente na UCIP, promovendo sentimentos de segurança, confiança e estabelecendo uma relação de empatia e ajuda.

A responsabilidade de assegurar todos os cuidados à vítima, permitiu-me desenvolver autonomia pela gestão das decisões tomadas e expressar o meu pensamento crítico. Essa responsabilização foi muito importante para incrementar a tomada de consciência, desenvolver o processo de enfermagem e realizar uma reflexão crítica sob as necessidades e os cuidados ao doente crítico e instável, de forma a dar uma resposta atempada e eficaz. Possibilitou ainda desenvolver capacidades e competências na prestação de cuidados com qualidade, de forma autónoma, técnico-científica e responsável, características que considero ímpares do EE.

Assim, considero que foram atingidos os objetivos a que me propus, onde o meu conhecimento foi aumentado devido à realização da pesquisa bibliográfica, sendo que sempre que sentia dúvidas colmatava as através de conversas informais com os en^o tutores

que se mostraram sempre disponíveis, e logo que possível realizava a pesquisa bibliográfica de forma a aprofundar o conhecimento das mesmas.

Com isto, conseguir desenvolver as competências de:

- **Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou doença grave;**
- **Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com doente e família, especialmente na área EEMC;**
- **Estabelecer uma relação terapêutica com o doente, com os seus cuidadores e familiares de forma a facilitar o processo de adaptação.**
- **Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.**

Conclusão

A enfermagem preconiza o cuidar do doente uma perspectiva holística, ciente que cada etapa de vida exige a prestação de cuidados específicos e diferentes, o que implica competências específicas e atualizadas. Devido a evolução permanente torna-se imperioso um acompanhamento contínuo e uma atitude permanente de reflexão e interrogação sobre as práticas por parte dos enfermeiros e uma consequente abertura para aprender e desenvolver as suas competências, onde a formação apresenta um papel primordial.

Neste contexto, o enfermeiro especialista possui um papel preponderante, uma vez que é cada vez mais um profissional reflexivo, capaz de mobilizar conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, baseados na evidência científica, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida aos problemas de saúde, demonstrando uma enorme capacidade de pensamento crítico e tomada de decisão e possuindo competências que permitem complementar e coordenar programas de qualidade com a finalidade de gerar ganhos em saúde.

A elaboração deste relatório visou espelhar a realidade que vivenciei ao longo dos 3 Módulos de estágio para a aquisição do título de especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Trata-se do culminar de uma caminhada de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional, que me permitiu uma constante mobilização de conhecimentos que contribuiram para a aquisição de competências inerentes a EEMC. Este foi elaborado com base nos domínios das competências comuns do EE onde evidencio os objetivos delineados e as competências adquiridas, tendo sempre em consideração os conhecimentos adquiridos e as experiências vivenciadas durante o estágio, nos 3 Módulos: Módulo I – SU; Módulo II – UCIP e Módulo III – APH.

Ao longo dos diferentes módulos de estágio, prestei cuidados à pessoa adulta e idosa em situação crítica e/ou falência orgânica, revelei capacidade de reação, responsabilidade e discernimento perante situações novas e complexas, tendo em conta a prevenção de

complicações e o despiste precoce, executando as intervenções de enfermagem de acordo com o diagnóstico proveniente da vigilância, gerindo os sinais e sintomas e comunicando atempadamente possíveis complicações, segundo uma perspetiva profissional avançada

Na prestação de cuidados, zelei por um exercício profissional responsável, ético e legal, refletindo na e sobre a prática de forma a respeita sempre os direitos humanos e a dignidade humana. Procurei envolver o doente nos cuidados, indo de encontra as suas necessidades mantendo-o sempre informado de todos os procedimentos efetuados.

Tive sempre presente os cuidados a ter no intuito de prevenir as IACS, utilizando precauções padrão, instituída pela CCI específicas dos diferentes módulos. Em prol da melhoria contínua da qualidade, identifiquei situações possíveis de serem objeto de avaliação e melhoria, tendo abordado algumas temáticas com os tutores numa atitude de reflexão sobre a prática. No SU explorei a gestão de risco, nomeadamente no âmbito do erro de medicação, onde elaborei um projeto de intervenção de forma a apresentar ações de melhoria que contribuam para colmatar esse risco. Na UCIP trabalhei o tratamento de úlceras de pressão, elaborando um procedimento e um poster, de modo a contribuir com uma ferramenta de consulta para promover a autonomia da equipa de enfermagem e consequente melhoria de cuidados. Na APH, o meu contributo passou pela sensibilização da população face a presença de um veículo em marca de emergência, elaborando um poster com as minhas colegas onde apresentamos as recomendações de “Como Agir Perante um Veículo de Emergência”. No decorrer desta caminhada demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, e procurei proporcionar vários momentos de cariz formal e informal, onde foi possível a partilha de ideias e experiências através das quais foi possível otimizar os cuidados e recursos com vista a melhoria da sua qualidade.

Apesar de todos os esforços que desenvolvi no sentido da melhoria, verifiquei que as atuais reformas empregues ao sistema de saúde centralizam-se numa perspetiva de eficiência económica a curto prazo, e não contemplam a eficiência dos cuidados e serviços de saúde prestados, o que dificulta a implementação de ações corretivas de forma contribuir para cuidados de qualidades.

No domínio da gestão em enfermagem, desenvolvi capacidade de trabalhar, de forma adequada com a equipa multidisciplinar, promovendo um ambiente positivo e favorável à

prática, mantendo relações de trabalho construtivas e satisfatórias reconhecendo as funções e papel de cada elemento, com enfoque no papel do enfermeiro especialista. Prestei cuidados de uma forma adequada, dirigida e especializada, gerindo os recursos de forma eficaz e eficiente, adequando-os sempre às necessidades, combatendo o desperdício. Adotei uma metodologia de trabalho baseada em protocolos e procedimentos definidos respeitando as recomendações. Colaborei na gestão apropriada de recursos humanos, materiais e de informação, tendo como objetivo o bom funcionamento dos serviços. Neste sentido, desenvolvi competências que demonstram ser uma mais-valia no meu percurso profissional ao nível da gestão.

No domínio do desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais procurei a consecução dos objetivos através da colaboração com os profissionais em práticas de planeamento e prestação de cuidados diferenciados, baseados em decisões fundamentadas e refletidas.

No SU adquiri e aprofundei conhecimentos e habilidades, através da colaboração de profissionais extremamente competentes e peritos na área de urgência e emergência. Ao realizar atividade em cada uma das valências do SU, pude conhecer a dinâmica e organização das diferentes áreas e analisar todo o processo de abordagem do doente urgente/emergente, obtendo um conhecimento global do serviço. A triagem, os procedimentos e algoritmos das vias verdes na abordagem ao doente emergente na SE foram um enriquecimento na minha aprendizagem e contribuíram para a melhoria do meu desempenho no meu local de trabalho.

O estágio na UCIP permitiu-me adquirir competências na área do intensivismo, pois as minhas tutoras possuíam uma consciência ética, um cariz técnico avançado e um conhecimento científico das situações que envolvem o doente crítico e em estado grave com alterações hemodinâmicas. A área do conhecimento sobre técnicas específicas dos cuidados intensivos na assistência ao doente foi aquela que mais contributo trouxe ao meu processo de aprendizagem, nomeadamente: a prestação de cuidados ao doente com ventilação mecânica invasiva/desmame ventilatório, suporte vasopressor, técnicas de substituição renal, aspiração de secreções com sistema fechado e a monitorização invasiva.

Na APH, tive oportunidade de dividir as hs pelos diferentes meios do INEM (ambulâncias de AEM, ambulâncias de SIV, VMER e CODU), o que me permitiu compreender a dinâmica funcional e a organização estrutural das bases hospitalares dos diferentes meios de socorro.

Ao colaborar ativamente em todas as atividades e procedimentos, pude desenvolver competências na intervenção clínica em contexto pré-hospitalar, respetivamente na prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ou acidente, assegurando por todos os meios disponíveis a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente, o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção em unidade de saúde adequada.

De uma forma global e face às linhas orientadoras do Projeto de Estágio, foram atingidos os objetivos a que me propus e considero ter adquirido/desenvolvido as competências definidas, para este facto muito contribuiu o acolhimento e disponibilidade por parte dos tutores, que criaram um ambiente propício para que me sentisse parte integrante da equipa, bem como, a disponibilidade e indicações fornecidas pelos tutores. Estes contributos revelaram-se fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional.

Após todo este percurso, estou motivada para aperfeiçoar e continuar a desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem em EEMC, de forma a prestar cuidados de qualidade.

Finalizada esta etapa da minha vida, resta-me dizer que este projeto exigiu um esforço adicional para conciliar a atividade profissional, a vida pessoal e a atividade académica. Embora o cansaço físico, por vezes, tenha sido difícil de contornar foi um desafio que levei a bom porto através do meu total envolvimento. A maior dificuldade que encontrei ao longo deste estágio esteve associada ao cansaço desencadeado pelo somatório da carga horária decorrente do exercício profissional e do estágio.

Referências Bibliográficas

- Alves, Paulo. 2013. Aulas do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Cuidados Intensivos. Porto: Universidade Católica, 2º Semestre de 2013.
- Bigdeli et al - Pre-hospital care time intervals among victims of road traffic injuries in Iran. A cross-sectional study - BMC Public Health (2010) Disponível a 29 de Junho de 2014 em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=704b8e46-bc11-45a1-9d9c-ee7d73a4cbc%40sessionmgr198&hid=122>
- Carrasco, Juan Antonio Péculo [et al.] – Esterilidad de sueros purgados antes de su uso en urgencias y emergencias extrahospitalarias. Revista Rol de Enfermería. ISSN 0210-5020. Vol. 31, n.o 7-8 (Jul.-Agost. 2008), p. 43-50.
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. (2010) – Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
- Correia, Maria da Conceição Batista (2012) – Processo de Construção de Competencias nos Enfermeiros em UCI. Lisboa: Universidade Lusitana de Lisboa. Dissertação de Mestrado. Disponível a 10 de Outubro de 2014 em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf
- Deodato, Sérgio – Direito da Saúde. Coimbra: Edições Almedina S.A, 2012. ISBN 978-972-40- 4750-8
- Direção Geral da Saúde (2012) – Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Disponível a 20 Junho de 2014 em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Direção Geral de Saúde (2003) - Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Disponível a 10 Outubro de 2014 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

- Direção Geral de Saúde (2006) - Recomendação – Prevenção da Infecção Nosocomial Associada a Dispositivos Intravasculares. Disponível a 10 Dezembro de 2014 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008552.pdf>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2013) - Relatório de uma Comissão de Serviço Disponível a 28 de Junho de 2014 em: <http://www.inem.pt/files/2/documentos/20131011155938479967.pdf>
- Lazear, Susan Engman (2001). Transporte aéreo e terrestre. In Sheehy, Susan - Enfermagem de Urgência: Da Teoria à Prática. 1ª ed. Loures: Lusociência, 141-160.
- Marques, P; Vieira, M - Princípios éticos gerais no agir em enfermagem: condicionamentos às intervenções de enfermagem promotoras de dignidade das pessoas em fim de vida, internadas em unidades de cuidados intensivos, 2004. 1(2)
- Ministério da Justiça (1995) – Código Penal Português. Disponível a 23 Outubro de 2014 em: http://www.nao-estas-a-venda.sef.pt/docs/codigo_penal.pdf
- Ministério da Saúde (1990) – Lei das Bases da Saúde. Disponível a 9 Junho de 2014 em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>
- Moraes, Marcia de Souza – Prevenção de Infecção em Procedimentos de Risco. In Calil, Ana Maria; Paranhos, Wana Yeda – O Enfermeiro e as Situações de Emergência. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007. ISBN 978-85-7379-894-4. p. 205-213.
- Ordem dos Enfermeiros (2001a) - Parecer Conselho Jurisdicional nº20. Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Disponível a 09 Junho de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2001b) - Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem. Disponível a 09 Junho de 2014 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Código Deontológico dos Enfermeiros: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007) - Orientações relativas às atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar: Tomada de posição. Disponível a 06 Janeiro de 2015 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2008) – Proposta de criação do técnico de emergência pré-hospitalar – Parecer do Conselho de Enfermagem N° 84/2008 Disponível a 16 Junho de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-84-2008.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009) – Código Deontológico dos Enfermeiros – Disponível a 20 Maio de 2014 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010) - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível a 20 Maio de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012) – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Disponível a 16 Junho de 2014 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- Pereira, Maria Aurora Gonçalves. Má Notícia em Saúde: Um Olhar sobre as Representações dos Profissionais de Saúde e Cidadãos. *Texto & Contexto Enfermagem* 2005 Jan-Mar; pp.33-37. Disponível a 10 Dezembro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>
- Phipps, S. & Marek (2003). *Enfermagem Médico-cirúrgica - Conceitos e prática clínica*, vol. III. (6.ª Edição). Loures: Lusociência.
- Saraiva, Dora Maria Ricardo Fonseca e Martinho, Teresa Maria da Cruz – Comunicar com o doente em estado crítico. *Nursing suplemento* (Junho 2001), p. 8-14.
- Thompson, I., Melia, K., & Boyd, K. (2004). *Ética em Enfermagem*. Loures:Lusociência. ISBN 972 8383 67 3.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção* (5ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Vieira, Margarida. (2013). *Aulas do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Ética*. Porto: Universidade Católica, 1º Semestre de 2013

- Reason, J.(2005) - Human Error: Models and Management. BMJ, 320, p. 768-770. Recuperado em 3 Maio de 2005. Disponível a 10 Dezembro de 2014 em: <http://www.bmjournals.com/cgi/reprintform>

Legislação consultada

- Portugal. Ministério da Saúde (2003). Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto. Diário da República – Série I-A, Nº 191. Lisboa.
- Portugal. Ministério da Saúde (2009). Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro. Diário da República - Série I, N.º 184. Lisboa
- Portugal. Ministério da Saúde (2009). Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Diário da República – Série I, Nº 180. Lisboa

Anexos

Anexo I – Gestão de Risco – Erro de Medicação



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Gestão de Risco

Erro de Medicação

Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Natasha Alexandra Valente Franco

Porto, Junho de 2014



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Gestão de Risco

Erro de Medicação

Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Natasha Alexandra Valente Franco

Sob orientação da Professora Lúcia Rocha

Porto, Junho de 2014

Lista de Siglas e Abreviaturas

CHVNG/E-EPE – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Entidade Pública Empresarial

CIE – Conselho Internacional de Enfermagem

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCP – Universidade Católica Portuguesa

Índice

Introdução.....	79
Área de Internamento no Serviço de Urgência	83
Qualidade e Segurança dos Cuidados.....	87
Gestão do Risco Clínico	91
Processo de Administração da medicação	94
O Erro de Medicação	97
Regime de distribuição de medicação por unidose	100
Considerações Finais	103
Referências Bibliográficas.....	105

Introdução

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje em grande destaque, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde, que tem como missão promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, refere que o acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados. Deste modo, a satisfação do doente atua como um indicador da qualidade, na medida em que reflete as visões dos doentes, tanto sobre as características do processo de que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas.

Atualmente é consensual que o papel central dos enfermeiros, reside no cuidar da e com a pessoa, numa perspetiva holística e multicêntrica, com vista à satisfação das suas necessidades, à recuperação das suas funções e à potenciação das suas capacidades para cuidar de si mesmo, no sentido de melhorar ou restaurar a sua saúde ou recuperar do seu episódio de doença.

Um dos aspetos essenciais para entender a prática de enfermagem é conhecer a essência do trabalho do enfermeiro, aquilo que faz e, em que condições. A realidade do trabalho dos enfermeiros vai além da relação com os utentes. A Ordem dos Enfermeiros (OE) diz-nos que, o exercício profissional da enfermagem concentra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas que usufruem dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.

O trabalho do enfermeiro faz interligação com o de numerosos profissionais de saúde que concorrem para a mesma finalidade: o bem-estar do doente, ou seja, insere-se num contexto de atuação multiprofissional. O exercício profissional dos enfermeiros possui dois tipos de intervenções: as interdependentes (iniciadas por outros profissionais de saúde, como as prescrições médicas) e as autónomas (as que se referem à prescrição de enfermagem). Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro profissional de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Em relação às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.

No intuito de garantir uma melhoria progressiva dos cuidados de enfermagem prestados e promover a segurança do doente na organização de saúde, o papel dos enfermeiros é de extrema importância na medida em que são o profissional de saúde que prestam cuidados diretos ao doente e que por isso mais tempo passam com ele. A segurança do doente consiste no estabelecimento de sistemas e de processos operacionais que minimizem a probabilidade da ocorrência de erros e de os intercepar antes de provocarem um acidente.

Durante o estágio, do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem - Especialização em Médico-Cirúrgica, no serviço de urgência (SU) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG), E.P.E., procurei refletir na e sobre a prática dos cuidados de forma a identificar oportunidade de melhoria e contribuir para a melhoria na qualidade dos cuidados.

Na medida em que a profissão de enfermagem implica uma preocupação permanente com a saúde dos seres humanos, a segurança é uma das principais dimensões da qualidade dos cuidados prestados.

O erro clínico é um dos factos que contribui para a perda de confiança no sistema de saúde por parte dos cidadãos. As atuais reformas empregues ao sistema de saúde, centralizam-se numa perspetiva de eficiência económica a curto prazo e não contemplam a eficiência dos cuidados e serviços de saúde prestados, no entanto, esquecem-se que o erro representa um custo de oportunidade, uma vez que o investimento feito em meios complementares de

diagnóstico e tratamento com consequência de efeitos adversos evitáveis representa uma diminuição de verbas disponíveis para outras áreas.

Assim, a gestão do risco tem de ter um papel de destaque de forma a servir de instrumento para a garantia de cuidados de qualidade. É neste contexto da gestão do risco que decidi aprofundar os meus conhecimentos, considero que esta temática é muito atual e é fundamental para que se instituem medidas de prevenção e de gestão de risco eficazes, de forma prevenir o erro e assim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Ao longo de todo o trabalho de enfermagem existe a possibilidade de erro, no entanto, no decorrer deste meu percurso houve um risco de erro que me suscitou mais interesse: o erro de medicação. Anderson & Webster (2001, p.35) referem que “claramente o potencial para o acontecimento de um erro durante a administração da medicação numa enfermaria hospitalar torna este, um problema preocupante para a enfermagem”.

A administração de terapêutica é a atividade inerente ao trabalho dos enfermeiros que exige maior atenção e responsabilidade, pelo impacto negativo para a piora do estado clínico que um erro pode provocar. E embora, tal como nos diz Reason (2005), os humanos são falíveis e os erros devem ser esperados, mesmo nas melhores organizações, as expectativas criadas em torno do serviço de saúde não permitem qualquer falha no que diz respeito a qualidade dos cuidados prestados. Assim, cada instituição é responsável pelo desenvolvimento de uma estratégia de segurança e gestão de risco, através da comunicação, padronização e controlo de procedimentos, gestão de equipas e cultura de segurança (PNS, 2012-2016).

Com objetivos deste projeto de intervenção pretendo evidenciar a pertinência da problemática em questão e evidenciar os benefícios da utilização do regime de distribuição de medicação por unidade para os doentes internados no SU.

A metodologia selecionada é a exploratório/descritiva/reflexiva. Tendo por base pesquisa bibliográfica atual e mobilização de conhecimentos adquiridos não longo deste curso. O trabalho é constituído por: uma introdução; um desenvolvimento onde será contextualizado o projeto de intervenção, será abordada a segurança e a qualidade dos cuidados e a gestão do risco; e por fim terá uma consideração final.

1. Área de Internamento no Serviço de Urgência

O SU, por definição recebe doente em situações Urgentes e Emergentes, ou seja, todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais; e todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais respetivamente. E tem como objetivo tratar/estabilizar a situação clínica de forma a permitir uma drenagem rápida para o serviço de internamento ou para a alta clínica.

Enfermagem de Urgência é a prestação de cuidados em indivíduos, de todas as idades, que apresentem alteração da saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras informações, sendo que estes cuidados são episódicos, primários e, normalmente agudos.

O SU do CHVNG/E, E.P.E. corresponde ao nível II, ou seja, polivalente que tem capacidade para receber qualquer tipo de doente em situação crítica. Este é dividido em diferentes áreas: triagem, área amarelo/laranja, área verde/azul, pequena cirurgia, ortopedia, OBS Adultos e sala de emergência.

Neste trabalho o nosso principal foco será dado aos doentes internados a área amarela/laranja e á gestão do risco de erro de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente.

Esta é uma área amarela/laranja dispõe de um espaço amplo e de 6 áreas individualizadas por separadores de madeira. Duas funcionam como gabinetes médicos, com computador e marquesa. Uma corresponde a uma área preparada para receber o doente crítico mas estável. Outra para colocar doentes com uma doença infecto-contagiosa. E nas outras duas áreas, criado um pequeno serviço de internamento, com uma lotação máxima de 12 macas, onde os doentes permanecem até ter vaga nos serviços de internamento.

Quando existe uma sobrelotação de doentes, os doentes internados da área laranja ficam misturados com doentes da área amarelo/laranja, e o que os distingue é apenas uma folha A4 que fica colocada na parede junto à cabeceira da maca do doente internado, onde identifica: nome do doente, n.º de maca, data de internamento e OBS laranja.

É dos doentes que se encontram internados nesta área de que nos vamos ocupar neste trabalho. Neste setor encontram-se destacados dois a três enfermeiros dependendo da lotação, e neste local se encontram-se doentes com patologia cardíaca, pulmonar respiratória, desequilíbrios hidro-electrolíticos, intoxicados, entre outras patologias do foro de medicina interna.

A Comissão de Controlo de Infecção (CCI) deste hospital, têm preconizado como ideal para a estrutura física das diferentes áreas, as seguintes condições:

- As salas de internamento devem ter no máximo quatro camas, contabilizando-se cerca de nove metros quadrados para cada cama. Todavia a área amarelo/laranja não foi estruturada para ser uma sala de internamento, por isso não cumpre os requisitos;
- Cada doente deve ter disponível uma área só para si, com um conjunto de tomadas constituído: uma de oxigénio, uma de vácuo, uma de ar comprimido e pelo menos três de eletricidade. Mas muitas vezes os doentes partilham a mesma saída de oxigénio;
- Por cada quatro camas deve existir uma casa de banho, sendo o rácio mínimo de um chuveiro por cada doze camas. No SU, em cada sala de espera existe uma casa de banho, e existe uma junto a área amarelo/laranja, sendo que na zona de internamento não existe condições para poder prestar os cuidados de higiene adequados ao doente;
- Os corredores destinados a circulação de macas, camas e cadeiras de rodas devem ter no mínimo 2,20 m de largura, não devendo ser utilizados como áreas de espera. Na maioria das vezes encontram-se doentes internados nos corredores.

A realidade deste internamento fica muito longe do que é preconizado pela CCI, pois a lotação máxima é ultrapassada, não existindo recursos humanos nem materiais adequado o que leva a uma prestação cuidados com um risco elevado de ocorrer um erro. Os doentes, apesar de não ser o desejado acabam por permanecer internados mais de 24h (em média 72h), em macas estreitas e com colchões pouco apropriados para doentes acamados.

De forma organizar melhor o trabalho de enfermagem as intervenções são muitas vezes à tafeira, sendo que um colega prepara a medicação para os doentes todos do turno todo, coloca em copos de plástico e em cima de um carro ou do balcão. Por si só o facto não ser o mesmo enfermeiro a preparar e a administrar a medicação aumenta o risco de erro, assim como não ter uma estrutura física que permita ter uma segurança de que a medicação não vai estar em perigo de ser derrubada.

Quando chega a hora da administração da medicação surge outro problema pois encontrar doentes internados misturados com os doentes da área amarelo/laranja é muito complicado, e a forma como eles se encontram divididos é completamente aleatória, evidenciando-se deste modo a falta de organização.

Perante as condições apresentadas consigo compreender porque é que os enfermeiros referem tantas dificuldades em prestar cuidados nesta área. Organizar-se no meio desta confusão, é muito difícil, só o simples facto de ter identificar o doente por vezes torna-se complicado, principalmente quando são afásicos. Isto leva a que o risco de erro seja elevado por isso todos os esforços devem ser feitos para identificar o perigo e desenvolver estratégias para o combater.

Considerando todo o que foi descrito conclui que o risco de erro de medicação é muito elevado nesta área, e todos os esforços devem ser feitos para poder proporcionar as melhores condições de trabalho à equipa de forma a minimizar o erro. Por forma desenvolver as minhas competências no domínio da melhoria da qualidade, desempenhei um papel dinamizador no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais, com a meta de melhorar a qualidade dos cuidados ao nível organizacional.

2. Qualidade e Segurança dos Cuidados

O ser humano, ao longo da sua história, tem provado que na procura continua em obter as melhores condições, de forma a satisfazer as suas necessidades, o aperfeiçoamento e melhoria das suas técnicas e intervenções, provem de uma força motriz que existe dentro de nós, e nos estimula à procurar da melhoria da sua qualidade. No sistema de saúde o princípio mantém-se. Todo o cidadão tem direito a usufruir de cuidados de saúde seguros e de qualidade e cabe aos profissionais de saúde garantir essa segurança. Uma procura contínua do conhecimento de forma a garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes.

Segundo SATURNO P et al. (1990), a qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Assim, a qualidade e segurança são fatores chave na criação de sistemas de saúde acessíveis, efetivos e eficazes.

A OMS (2008) afirma que um serviço de saúde de qualidade é aquele que organiza os recursos eficazmente de forma a satisfazer as necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdício.

Em todas as nossas atividades diárias corremos o risco de cometer um erro, ninguém é infalível, o importante é ter a capacidade de identificar esse erro e desta forma desencadear ações corretivas para prevenir que ocorra novamente e assim contribuir para a melhoria dos cuidados.

Kohn et al. (2000) acredita que a segurança devia ser um objetivo organizacional explícito, demonstrado por um rumo forte pelo envolvimento dos organismos diretivos, dos responsáveis pela gestão e chefes de equipa clínicas.

De acordo com o Artigo 88º do Código deontológico dos Enfermeiros, o enfermeiro procura em todo o seu exercício profissional a excelências dos cuidados, assumindo o dever de analisar regularmente o seu exercício, de forma a detetar não conformidades e consequentemente adotar ações corretivas em prol da melhoria da qualidade. A identificação precoce do risco é a chave para impedir consequências diretas nos doentes, e depende unicamente da criação de uma cultura de confiança, de honestidade, de integridade, e de uma comunicação aberta entre doentes e profissionais de saúde.

Ballard (2003) considera que “a enfermagem é uma profissão baseada no conhecimento. O fundamento para a prática científica da enfermagem inclui o estudo da ciência da enfermagem”, que envolve as disciplinas do conhecimento biomédico, físico, económico, comportamental, social, ético e filosófico.

De acordo com o Regulamento das Competência Comuns do Enfermeiro Especialista, definido pela OE, um dos quatro domínios de competência comuns diz respeito a melhoria da qualidade, onde é preconizado na gestão de cuidados, adequar os recursos às necessidades dos cuidados mais adequado a promoção da qualidade dos mesmos.

A capacidade da enfermagem refletir criticamente justifica-se pela utilização deste conhecimento na prestação de cuidados e é essencial para o bem-estar e segurança daqueles que deles necessitam. É da responsabilidade da profissão de enfermagem, manter a segurança e assegurar a competência, promovendo a atualização constante das práticas.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem delineados pela OE (2001, p.7), “às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade”, desenvolver “esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional do enfermeiros (...) as organizações devem, por principio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade”.

Por isso é importante desenvolver uma boa relação entre enfermeiros gestores e enfermeiros da prestação de cuidados para que essas lacunas sejam reportada e por sua vez colmatadas. Mas para que isto aconteça, tem de haver uma mudança na forma como encaramos o erro. Este tem de ser visto como um evento de aprendizagem que irá contribuir para a melhoria da qualidade, e não como um ato de punição e culpabilização.

A adoção da perspectiva punitiva centrada no indivíduo na gestão do erro nas instituições de saúde, dificulta severamente as reais e efetivas melhorias na segurança dos doentes nos serviços de saúde. O importante deverá ser compreender por que é que ocorreu o erro e não saber quem cometeu o erro.

O CIE (2002) demonstra uma grande preocupação com os riscos que os doentes correm devido ao número insuficiente de recurso de enfermagem que colocam em causa a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados de saúde. E acredita que as enfermeiras e as associações de enfermagem de cada país, entre outras responsabilidades, tem de assumir um papel ativo na avaliação da segurança e da qualidade dos cuidados prestados.

Ainda hoje a profissão de enfermagem não é valorizada em Portugal, o enfermeiro é aquele profissional que tem de trabalhar nas condições disponíveis com muitos deveres e quase nenhuns direitos. E muitas vezes não tem em conta que o desgaste físico a que estes profissionais estão sujeito muitas vezes aumenta o risco de erro, nomeadamente do erro de medicação.

Benner (2005, p.154) presenciou o impacto nas enfermeiras e na segurança dos pacientes, de um ambiente de trabalho onde as enfermeiras foram forçadas, pela sobrecarga de trabalho ao desgaste, ao stresse, ao cansaço e sentindo-se incapazes de usar suas habilidades críticas de pensar: *“tudo se passava como se elas já não tivessem tempo para reflectir...”*.

Atualmente, a segurança do doente é um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde e da responsabilidade dos vários envolvidos. Considerando as conceções de Ballard (2003), os enfermeiros podem também providenciar a prestação de cuidados seguros usufruindo da competência dos seus líderes. É da responsabilidade da profissão de enfermagem, manter a segurança e assegurar a competência, promovendo a atualização constante das práticas.

Benner et al (2002, p.510) *“Os prestadores de cuidados de enfermagem são membros responsáveis de um grupo social organizado e portadores de um corpo de conhecimentos e competências que contêm uma ética de boa prática”*.

No entanto, os prestadores de cuidados de saúde qualificados enfrentam vários desafios no ambiente de trabalho. Existe uma evidência crescente de que os ratios inadequado de profissionais de saúde, nomeadamente de enfermeiros, nos serviços estão relacionados com

o aumento de eventos adversos, definido pelo Institute of Medicine (2007, p.2) como danos resultantes de erros cometidos pelos profissionais de saúde.

Assim, a segurança do doente está em todos os momentos da prestação dos cuidados, e a qualidade dos cuidados prestados exige uma reflexão sobre a prática por parte dos órgãos de gestão, de forma a ter o conhecimento, escolher e utilizar os métodos específicos adaptados às circunstâncias.

3. Gestão do Risco Clínico

O acesso aos cuidados de saúde de alta qualidade é um direito humano essencial, reconhecido e valorizado pela União Europeia, as suas instituições e os cidadãos da Europa. Os doentes têm o direito de esperar que sejam efetuados todos os esforços para assegurar a sua segurança enquanto utilizadores de qualquer serviço de saúde.

As organizações prestadoras de cuidados de saúde, pela natureza da(s) sua(s) atividade(s), são uma área de risco por excelência. De acordo com Fragata (2006, p.41) risco é *“a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso”*, sendo o evento adverso *“uma ocorrência negativa ocorrida para além da nossa vontade e como consequência do tratamento, mas não da doença que lhe deu origem, causando algum tipo de dano”*. Logo, é essencial que tais riscos sejam previamente identificados, analisados e avaliados de forma competente, e é fundamental que, quando for caso disso, se adotem as medidas preventivas e / ou corretivas adequadas.

Neste âmbito, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) (2008) lançou os National Patient Safety Goals com o objetivo de melhorar, de entre outros, a segurança no uso de medicação: identificar e, no mínimo, anualmente, fazer revisão da medicação que pode ser confundível (nome semelhante, aspeto semelhante), usadas na instituição e tomar medidas que possam evitar a administração errada destes fármacos, rotular todos os medicamentos e os medicamentos contidos em seringas, balões/frascos de soro; reduzir a probabilidade de acontecimento de danos nos doentes associados ao uso de terapêutica anticoagulante; melhorar a eficácia dos sistemas de alarme clínicos; reduzir o risco de infeções nosocomiais; reconciliar com exatidão a medicação durante a continuação de cuidados; reduzir o risco de dano no doente devido a quedas; encorajar o envolvimento ativo dos pacientes nos cuidados que lhe são prestados como estratégia de promoção da sua segurança; melhorar o reconhecimento e a resposta às alterações da condição do doente.

Segundo o boletim Divulgar (2004, p.20) da conceção da OE, no âmbito das competências do enfermeiro de cuidados gerais, que é da sua responsabilidade aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas na prática de enfermagem, e no plano da gestão dos cuidados que *“cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e gestão do risco, regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança”* e no respeitante à administração direta da terapêutica *“garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas”*.

As intervenções de enfermagem tem como meta, que o doente atinja o seu equilíbrio de saúde, proporcionando-lhe cuidados de qualidade e em segurança para esse fim, havendo no entanto elementos de risco que potenciam que os erros e os eventos adversos ocorram devido à combinação complexa dos processos, das tecnologias e dos fatores humanos relacionados com o cuidado de saúde.

Em Portugal, o Plano Nacional de Acreditação de Hospitais que colocou a gestão do risco na ordem do dia. Segundo Oliveira J. (2005), os **principais objetivos da gestão do risco** são: desenvolver e implementar processos para identificar e hierarquizar riscos; estabelecer sistemas que permitam lidar com os riscos identificados, eliminando-os ou reduzindo-os a um nível aceitável; reduzir o efeito direto e consequente e o custo de incidentes que ainda possam ocorrer, através da criação de medidas de apoio efetivas; proteger o hospital e o respetivo pessoal de responsabilidades legais. O mesmo autor diz-nos, que o risco e os danos resultantes quando a sua gestão não é eficaz limitam a qualidade da prestação de cuidados e empregam recursos que poderiam ser melhor utilizados de outra forma.

Na perspetiva da OE (2005), para que estes objetivos sejam alcançados deve haver um compromisso dos órgãos de gestão da instituição de saúde com a **gestão do risco clínico**, uma transmissão dos objetivos da mesma aos profissionais para que se envolvam e participem ativamente nela. Devem ser criados mecanismos formais que possibilitem avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos de gestão do risco, bem como, desenvolver e implementar mecanismos formais para a participação imediata de todos os incidentes, avaliação das consequências potenciais e investigação das causas, para a determinação de falhas no sistema, sem atribuição de culpa.

A meta fundamental da gestão do risco é a redução da incidência de acidentes e erros, resultando assim em práticas, sistemas de trabalho e premissas mais seguras e **maior consciência do pessoal relativamente ao perigo e às responsabilidades.**

O PNS dá um papel preponderante às instituições **na gestão de risco clínico**, referindo que é da sua responsabilidade proporcionar condições ambientais apropriadas aos seus trabalhadores de forma garantir a segurança de cuidados prestados. O reconhecimento de que as falhas dos serviços são mais frequentemente devidas a disfunção dos sistemas do que a mau desempenho do indivíduo é a filosofia que suporta a gestão do risco, nomeadamente do risco clínico, mas qualquer política de gestão do risco, seja em que organização for, está condenada, à partida, se não conseguir envolver todos os seus colaboradores. Tal facto assume especial relevância no caso das organizações prestadoras de cuidados de saúde, pela complexidade do respetivo funcionamento e pela quantidade de intervenientes que contribuem para o “produto final”.

Segundo Fragrata (2006, p.27), os profissionais de saúde interpretam a qualidade por variadas vertentes com: *“o resultado imediato e o resultado à distância (...) o procedimento técnico em si, desde ao diagnóstico, à indicação e à execução técnica, o tempo que foi necessário para o realizar e a presença ou ausência de complicações”*. Mas também os ganhos pessoais, a satisfação pessoal *“pela realização técnica e humana conseguidas, pela reputação pessoal...”* Por sua vez para os gestores hospitalares, a qualidade traduz-se em *“tempos de internamento, taxas de cancelamento, transferências para outros hospitais, ratios de pessoal, tempos mortos no bloco operatório, custos de produção do ato médico, satisfação dos utentes, dos clientes e organizações a montante e imagem e reputação institucional.”*

Todos os que participam e estão presentes aquando dos cuidados de saúde são responsáveis por assegurar que nenhum dano é infligido aos doentes. Estes incluem: sociedade no geral, doentes sujeitos a tratamentos e a cuidados por parte das instituições e dos profissionais, enfermeiras, educadores, administradores, e investigadores da qualidade dos cuidados, médicos, governos incluindo grupos legislativos e reguladores, associações profissionais, e agências auditoras.

3.1 Processo de Administração da medicação

A prática do processo de administração da medicação de uma organização hospitalar pode ser definida como um sistema complexo, com várias etapas interligadas, interdependentes e constituído por profissionais de diferentes áreas da saúde (médico, equipe da farmácia e de enfermagem) com uma metas em comum que é a prestação da assistência à saúde dos doentes com qualidade, eficácia e segurança.

A Joint Commission Accreditation of Health Organization identificou cinco **etapas do sistema da medicação**: seleção e obtenção do medicamento, prescrição, preparo e dispensa do medicamento, administração do medicamento e monitorização do doente para vigilância de efeitos adversos.

Os profissionais envolvidos em cada uma das etapas do sistema da medicação devem ter consciência que, ao fazer parte de um processo interligado como é o sistema de medicação, as suas ações poder afetar as ações de outros profissionais, e consequentemente, no cuidado ao doente. O profissional deve esta consciente do seu papel na corrente de ações necessárias à administração de medicação, pois diz-nos Cassiani et al (2006, p.355) que *“as suas ações podem interferir no comportamento do conjunto como um todo (...) qualquer ação de uma parte pode afetar as ações dos outros profissionais e o cuidado ao paciente”*. Ao tornar consciente isto leva a que os profissionais desenvolvam o seu papel com segurança, consciência, responsabilidade e eficiência.

O facto do papel do enfermeiro se desenrolar nas últimas etapas faz com que muitos dos erros cometidos não detetados lhes seja incriminados, para Cassiani et al (2006, p.355) *“o facto da equipa de enfermagem atuar no último dos processos (...) na ponta final do sistema de medicação, faz com que muitos erros cometidos, não detetados no início ou no meio do sistema lhe sejam atribuídos”*, o que exige dos enfermeiros a mobilização de competências a vários níveis, pois é a última oportunidade de intercepar e evitar um erro ocorrido nas etapas iniciais.

De acordo com Fragata e Martins (2005), corre-se o risco, portanto, que a responsabilidade incida sempre ou quase sempre nas pessoas que atuam no final da cadeia de prestação de

cuidados, que contactam diretamente com os doentes e que os erros sejam atribuídos apenas aos enfermeiros e não também, a falhas do sistema.

No sentido de ser compreendida esta atividade de enfermagem Coimbra (1998, p.17), descreve-nos uma sequência de passos da preparação e administração de medicação:

- “1- Proceder à lavagem higiénica das mãos ou desinfeção com solução alcoólica própria;*
- 2- Verificar stock do carro de terapêutica antes da sua utilização;*
- 3- Identificar o doente;*
- 4- Controlar a terapêutica a administrar (nome do medicamento, dose, via de administração e horário) através do registo na folha de terapêutica e medicamento fornecido pelo serviço farmacêutico do hospital;*
- 5- Fazer ensino ao doente sobre a terapêutica a administrar;*
- 6- Preparar e/ou administrar o medicamento ao doente, certificando-se que o doente o ingere;*
- 7- Recolher e dar destino adequado ao material utilizado;*
- 8- Proceder à lavagem higiénica das mãos ou desinfeção com solução alcoólica própria.*
- 9- Vigiar o doente após a administração do medicamento”.*

Na perspetiva de Benner et al (2002) aqueles que prestam cuidados de enfermagem desenvolvem competências e hábitos da prática que estão relacionados com os objetivos da sua prática, nomeadamente as seis regras de medicação: a medicação correta, o doente certo, a dosagem certa, a via de administração certa e para finalidade certa.

Segundo Leape et al (1995), o enfermeiros intercetam cerca de 86% dos erros de medicação decorrentes da prescrição e dispensa da medicação antes que eles ocorram. Assim, administração de medicamentos é uma das atividades mais sérias e de maior responsabilidade da enfermagem e, para a que a sua execução seja regulada pela segurança,

é necessária a aplicação de vários princípios e normas que dificultem as oportunidades de erros, ajudando o enfermeiro no cumprimento desta atividade.

Benner (2005, p.130) refere que *“a responsabilidade da enfermeira em matéria de segurança e de vigilância das respostas terapêuticas aos medicamentos cresceu”* com a chegada de medicamentos novos e mais potentes. A responsabilidade da enfermeira nesta matéria segundo esta autora, concentra-se em: *“administrar medicamentos de forma apropriada e sem perigo: vigiar os efeitos secundários, as reações, as respostas ao tratamento, a toxicidade e as incompatibilidades”*. Contempla uma outra componente da administração de terapêutica que se focaliza no momento imediatamente a seguir à administração do fármaco.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril) os enfermeiros *“procedem 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”*(p.5).

É importante que os profissionais se mantenham informados sobre os avanços na educação e na prática da enfermagem, que possuam uma visão alargada do processo da medicação, procurando informações sobre o fluxo das suas atividades, sobre os problemas existentes com o ambiente e com os recursos humanos, assim como conhecimento sobre os fármacos, interações medicamentosas, etc., de forma a contribuir para uma administração da medicação eficiente, responsável e segura.

Considerando estes aspetos verifico que não é suficiente o medicamento ser seguro no seu sentido intrínseco, mas deve-se também garantir a segurança no seu uso. Desta forma torna-se essencial lidar com a questão dos erros de medicação a fim de propor medidas para a sua prevenção e aumentar a segurança do doente.

3.2 O Erro de Medicação

Ao analisar a perspectiva de vários autores, vejo que o erro é uma ato que não ocorre conforme o que foi planejado e que pode ser influenciado por diversos fatores.

Segundo Rosa e Periri (2003), o conhecimento desses fatores que determinam o erro são essenciais para compreender o porquê e como as pessoas erram, de forma a desenhar sistemas de trabalho e equipamentos que se adaptem às limitações humanas, reduzindo a probabilidade de ocorrência de erro.

Nos últimos anos várias publicações tem analisado a epidemiologia do erro, concentrando-se nas consequências e na prevenção dos mesmos de modo a aumentar a qualidade dos serviços prestados. Cada vez mais existe um interesse em saber a origem dos erros e o porquê destes acontecerem.

Comparando o setor da produção industrial com os cuidados de saúde, verifica-se que os primeiros trabalham com a hipótese de que o erro humano é possível de acontecer e que baseados nessa possibilidade desenvolvem mecanismos capazes de os prevenir ou deteta-los precocemente.

Nos cuidados de saúde o erro é inaceitável, logo na sua maioria não é sequer trabalhado. Quando ocorre um erro, a reação imediata é procurar identificar o autor. No entanto, tal como foi referido anteriormente, os erro mesmo que aparentemente cometidos por apenas uma pessoa, resultam da convergência de múltiplos fatores. E é justamente a ausência de mecanismos de controlo desses múltiplos fatores que leva a que o erro não seja intercetados antes de chegar ao doente. Ou seja, trabalha-se com a premissa de que os profissionais de saúde não cometem erros e, portanto, não se desenvolvem mecanismos de prevenção e correção. Concentrarmo-nos no autor dos erros faz com que a possibilidade de novos erros permaneçam no sistema e que sua acumulação torne o sistema vulnerável.

Ootim, B. (2002, p.26) afirma que a organização e o profissional partilham a responsabilidade de refletir sobre as causas e os efeitos do erro.

A divulgação do erro nos cuidados de saúde surge muito limitada, e em Portugal praticamente ausente. A maior parte dos erros não são conhecidos, tal como não o são os

ambientes em que acontecem. Por parte dos profissionais de saúde ainda existe uma grande dificuldade em aceitar erro o que impede a tomada de consciência em relação ao mesmo. Existe, de facto, uma política de secretismo dentro das instituições e no seio dos organismos reguladores das profissões de saúde. O facto de, no nosso país a divulgação do erro ser apenas feita pelos meios de comunicação social, e da forma como a levam a cabo: envolvendo-a num sensacionalismo sufocante, que realça as falhas e as associa à exploração da desgraça humana, influencia fortemente a opinião relativamente à ocorrência deste tipo de erro, à sua causalidade e atribuição de responsabilidade.

No entanto, segundo Carvalho (2002, p.266), *“a partir da aceitação de que errar é humano, acreditamos que uma postura mais sistémica, uma visão mais ampliada das situações ou do conjunto de falhas que permitiram a eclosão do erro, seja a maneira mais eficiente de preveni-lo e evitá-lo. Através de mecanismos que facilitem o trabalho humano, da utilização de tecnologia apropriada e da criação e manutenção de mecanismos de reconhecimento e reparação de situações que geram erros. Poderemos tornar a prática médica mais segura para pacientes e profissionais”*

De acordo com Berlin et al.(1998), a prevenção do erro deve desencadear a procura das causas gerais que na sua maioria se devem a erros no sistema de organização e implementação do serviço, e mesmo um sistema teoricamente correto não elimina totalmente a ocorrência deste uma vez que a componente humana é muito variável em relação às suas habilidades e hábitos de trabalho.

Os prestadores de cuidados de saúde qualificados enfrentam variados desafios no ambiente de trabalho no sector da saúde. Existe uma evidência crescente de que, ratios inadequados de profissionais de saúde, nomeadamente de enfermeiros, nos serviços estão relacionados com o aumento de **eventos adversos** durante os internamentos nas unidades de saúde **como: quedas dos doentes, aparecimento de escaras ou feridas por pressão, erros de medicação, infeções nosocomiais e taxas de readmissão** que podem prolongar o tempo de internamento e aumentar perigosamente as taxas de mortalidade nos hospitais.

As reações mais comuns quando se verificam os erros são de culpabilizar, humilhar e castigar os autores. E embora uma ação punitiva possa ser apropriada em determinados casos, não é a forma mais efetiva de prevenir a repetição, mas sim a análise detalhada do

porque que esse erro aconteceu. O homem comete erros por diversos motivos e que muitas vezes estão relacionadas com o ambiente de trabalho. Para Kosnik, Brown e Maund (2007) existem **condições ambientais e do sistema que precipitam ocorrência de erros**, sendo muitas vezes os profissionais forçados a trabalhar com tecnologia desajustada ou desenhos mal concebidos, que prejudicam o trabalho.

Anualmente, morrem mais pessoas devido a erros de medicação do que devido a acidentes de trabalho. De acordo com Reason (2000) é evidente que as causas do erro humano incluem muitas vezes fatores subjacentes ao sistema de gestão do erro e à cultura organizacional de qualidade e segurança, embora ainda se verifique em algumas organizações que as ações humanas com consequências adversas são atribuíveis apenas ao comportamento do indivíduo e não são consideradas eventuais falhas no sistema produtoras de erro.

Para o CIE (2005), os tipos de erros mais frequentemente referidos são os erros de omissão (não administração de medicação prescrita), dosagem imprópria (dosagem da medicação, concentração ou quantidade diferente da prescrita), e medicação que foi administrada e que não foi prescrita.

Num outro estudo desenvolvido num Hospital brasileiro sobre os comportamentos dos enfermeiros face aos erros de administração de medicamentos, os autores Carvalho e Cassiani (2002) identificaram que a administração de um medicamento ao doente errado, por via errada e na dose errada foram os erros mais frequentes.

Num estudo português, que tinha como principal objetivo identificar as causas de erro de medicação, Diz e Gomes (2008) concluíram que o uso de abreviaturas na transcrição da medicação e o uso de seringas para a administração de soluções orais, são as principais causas de erro. Verificaram ainda que os enfermeiros, embora assumissem os seus erros, mostravam alguma resistência em fazê-lo perante o doente e a família e em lidar com o erro dos outros.

Cabe ao enfermeiro o planeamento das intervenções de enfermagem, seja disponibilizando recursos materiais adequados e seguros, **seja capacitando a equipa de enfermagem ou promovendo condições tanto ambientais como de trabalho adequadas para o desempenho das atividades, garantido a segurança do doente**. Estima-se que durante a prestação de cuidados, nomeadamente na administração da medicação, os enfermeiros sejam

interrompidos e chamados a intervir inúmeras vezes, quer por solicitações por colegas ou outros profissionais, quer pelos doentes e familiares.

De acordo com a OE, as opiniões da atualidade sobre a segurança do doente consideram que **a responsabilidade dos erros de medicação deve ser atribuída às deficiências na estrutura, na organização e no funcionamento do sistema**, em vez de ser ao trabalhador. Para o CIE (2002), **a maioria dos casos prejudiciais não resultam da negligencia ou falta de formação mas na falha do próprio sistema, logo as medidas corretivas devem ser centradas no sistema e não no individuo.**

Os erros constituem um importante custo de oportunidade, não só pelo aumento do período de internamento, como também pelo investimento em novos meios de diagnóstico e tratamento, o que vai aumentar a despesa da saúde, comprometendo outros investimentos do sistema. Mas erro em saúde representa outras consequências que se encontram para além da dimensão económica, **o impacto social do erro manifestado pela diminuição da confiança do cidadão no profissional de saúde**, e de forma alargada, na diminuição de confiança da sociedade nos sistemas, é sem dúvida uma das consequências preocupantes.

Para além disso, o impacto do erro nos próprios profissionais de saúde, pela diminuição de satisfação, desmotivação, sentimentos de culpa, ou penalizações administradas por sistemas frágeis, que centram a avaliação do erro no indivíduo, terão de forma cíclica um impacto relevante na segurança e qualidade dos cuidados.

Considerando tudo o que foi referido até ao momento, deve fomentar a comunicação do erro por parte dos profissionais de saúde, mas não com o intuito de punição mas sim para fomentar as oportunidades de melhoria de forma a proporcionar melhores condições ambientais no sentido de contribuir para a diminuição do risco de erro.

3.3 Regime de distribuição de medicação por unidose

A evolução para prescrição eletrónica veio revolucionar, no meio hospitalar, a forma como a medicação prescrita é reconhecida, validada e distribuída nos serviços. Esta funcionalidade veio uniformizar o sistema de administração de medicação hospitalar tornando-a mais fiável,

eficaz e segura. Segundo o Manual de Enfermagem do Utilizador – CPCHS (n.d.) o sistema opera com base na prescrição do médico no SClinico, sendo depois validada pela farmácia, que envia o medicamento na dosagem certa ao serviço, de acordo com os requisitos da unidade. O enfermeiro, que prepara e administra a medicação ao doente, faz mais uma vez a confirmação e regista, após a administração no SClinico. Deste modo, cada episódio fica registado em tempo útil, dispensando-se a consulta do processo individual do doente em papel, podendo também diminuir a possibilidade de erros ao nível do medicamento prescrito, dosagem ou quantidade. Contém ainda funcionalidades que permitem cruzar os dados de cada doente, individualmente, emitindo alertas, por exemplo, em caso de alergias ou complicações noutras episódios de internamento do doente.

Segundo o Manual de Farmácia Hospitalar (2005), do Ministério da Saúde, a distribuição de medicamentos em sistema de dose unitária surge como o intuito de aumentar a segurança no circuito do medicamento; conhecer melhor o perfil farmacoterapêutico dos doentes; diminuir os riscos de interações; racionalizar melhor a terapêutica; os enfermeiros dedicarem mais tempo aos cuidados dos doentes e menos nos aspetos de gestão relacionados com os medicamentos; atribuir mais corretamente os custos; e redução dos desperdícios.

O regime de unidade tem como finalidade conferir maior segurança a todo o sistema de administração de medicação, concedendo-lhe maior fiabilidade, melhor rastreabilidade e poupança de trabalho, nomeadamente para a equipa de enfermagem, dando as transcrições lugar a um efetivo controlo da medicação. Por outro lado, com este sistema, prevê-se uma redução substancial dos stocks farmacêuticos nos serviços, o que é uma vantagem ao nível da gestão de recursos.

Para que este sistema seja aplicado é necessário que haja uma distribuição diária de medicamentos, em dose individual unitária, para um período de 24 horas.

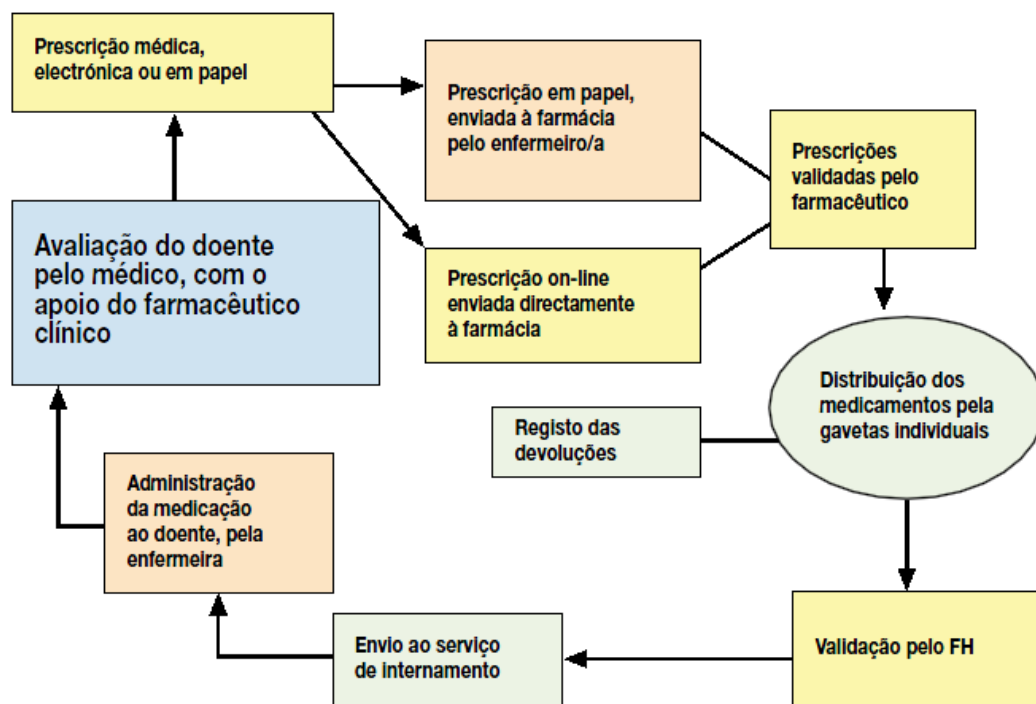


Figura 1 Circuito de distribuição do medicamento (Manual de Farmacia Hospitalar,2005, p.56)

Neste âmbito, e analisando tudo o que foi referido até então, o número de enfermeiros por turno não consegue dar uma resposta adequada à sobrelotação de doentes internados na área amarela/laranja, sendo que os cuidados prestados são os melhores possíveis face as condições em que trabalham. Visto isto, a segurança do doente e a qualidade dos cuidados esta constantemente ameaçada, e qualquer esforço que possa ser feito de modo a eliminar ou minimizar esta ameaçada deverá ser tido em conta.

Assim, considero que a implementação do regime de distribuição de medicamentos por unidose para os doentes que ficam internados na área amarelo/laranja será a forma mais adequada de contribuir para a gestão de risco de erro de medicação assim como melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao doente.

Considerações Finais

Ao elaborar este projeto de intervenção verifiquei que a gestão do risco de ser um dos focos dos órgãos de gestão. Numa organização de saúde, os impedimentos são semelhantes, nomeadamente com os enfermeiros, agentes de cuidados responsáveis também pela deteção desses erros. Senti por vezes, um certo constrangimento e retração por parte dos enfermeiros em falar sobre o erro, uma vez que ainda é visto como inaceitável e alvo de culpabilização e punição.

Torna-se óbvio que a segurança do doente como um dos determinantes de qualidade em saúde deve ser cada vez mais uma preocupação de todos os implicados, particularmente dos enfermeiros, não só enquanto prestadores diretos de cuidados mas também como gestores.

É importante que exista a consciência geral de que os erros só podem ser prevenidos se falarmos sobre eles, e que a prevenção de erros deve basear-se na procura dos seus reais determinantes, que se encontram muito para além de fatores individuais como competência técnica ou fatores psicológicos, sendo essencial reconhecer o erro como parte integrante de qualquer sistema.

Neste contexto, reconheço como primeira limitação a dificuldade de concretização e compreensão deste tema, por ser pouco estudado nas instituições de saúde em Portugal, haver pouca documentação relacionada e os enfermeiros sentirem ainda que o erro é um assunto tabu. Esta conceção torna o erro um assunto quase proibitivo, o que determina a impossibilidade das instituições desenvolverem mecanismos internos de prevenção.

Considero que este projeto pode ser de algum modo útil para garantir a segurança e a melhoria dos cuidados prestados no SU. Todos os esforços foram feitos de forma a apresentar uma solução viável de forma a minimizar o risco de erro de medicação.

Constatei que no SU os enfermeiros prestadores de cuidados não possuem as características ambientais mais adequadas para prestar cuidados de saúde com segurança. A sobrecarga de

trabalho, meio stressante sujeito a constantes interrupções, localização inadequada dos medicamentos são um grande fator de risco de erro de medicação.

Os enfermeiros gestores, por sua vez, tem um papel preponderante na prevenção de ocorrência de erro de medicação, pois cabe-lhe o papel de fomentar a identificação do erro para poder utiliza-lo como ferramenta de melhoria da qualidade.

Como medida de segurança para a prevenção do erro figura com maior peso o regime de distribuição de medicação por unidose, regime já adotado na instituição nos serviços de internamento, pois permite diminuir os erros de transcrição, as dificuldades de interpretação das prescrições médicas e erros de dosagem.

Posso concluir que a prevenção do erro de medicação deve ser uma prioridade no internamento da área amarela/laranja, de forma a garantir a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Ao apresentar a solução de administração de medicação por regime de unidose face a gestão de risco do erro terapêutico considero que foi atingido o objetivos deste projeto. Considero também, que este trabalho foi um contributo para a minha valorização pessoal e profissional, tendo permitido desenvolver competência do domínio da melhoria da qualidade.

Referências Bibliográficas

- Anderson, D., & Webster, C. (2001). A System Approach to the Reduction of Medication Errors on the hospital ward. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 34-41. Recuperado em Setembro, 2006 de: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2001.01820.x?cookieSet=1&journalCode=jan>
- ANDRÉ, Orlando; ROSA, Daniel – Qualidade dos cuidados de saúde – satisfação dos utentes in *Enfermagem Oncológica*, Ano 1, n.º3, Julho 1997, p. 23-33.
- Ballard, K. (2003). Patient Safety: A Shared Responsibility. *Online Journal of Issues in Nursing*, 3, Vol. 8. Recuperado em 30, Setembro, 2003 de: http://www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_4.htm
- Bates, D., Morimoto, T., Gandhi, T., Hsieh, T. (2004). Adverse Drug Events and Medication Errors: Detection and Classification Methods. *QSHC*, Vol. 13, 306-314. Recuperado em 22, Maio, 2004 de: <http://qhc.bmjournals.com/cgi/content/full/13/4/306>
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto, 2ª Edição. ISBN 989 558 052 5.
- Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schwed, K., & Jamison, D. (2002). Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: a Taxonomy. *JONA*, 10, Vol.32, p. 509-523.
- Carvalho, V., & Cassiani, S. (2000). Erros na Medicação: Análise das situações relatadas pelos profissionais de enfermagem. *Revista Medicina*, 3, 322-330. Recuperado em Julho de 2006 de: http://www.fmrp.usp.br/revista/2000/vol33n3/erros_medicao.pdf
- Cassiani, S., & Carvalho, V. (2002). Erros na Medicação e Consequências para Profissionais de Enfermagem e Clientes: um estudo exploratório. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(4), 523-529. Recuperado em Fevereiro de 2006 de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n4/13364.pdf>

- Cassiani, S., & Coimbra, J. (2001). Responsabilidade da Enfermagem na Administração de Medicamentos: Algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2, V.9. Recuperado em Fevereiro, 2006 de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11515.pdf>
- Cassiani, S., Carvalho, V., Chiericato, C., & Miasso, A. (1999). Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 5, V. 7, 67-75. Recuperado em Março, 2006 de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/13506.pdf>
- Coimbra, J., Valsechi, E., Carvalho, M., & Peloso, S. (1998). Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária: Reflexões para a prática de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4, V. 6, 15-19. Recuperado em Novembro, 2006 de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13871.pdf>
- David, U. (2001). Medication Error Reporting Systems: Problems and Solutions. *New Medicine*, 2, Vol. 1. Recuperado em Março, 2006 de: <http://www.ismpcanada.org/download/Medication%20Error%20Reporting%20Systems%20-%20Problems%20and%20Solutions.pdf>
- Diz, Elisabete F. D; Gomes, Maria José A. R. – Causas de erros na medicação in *Sinais Vitais – Revista de investigação nº18; Agosto 2008*
- Direção-Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2012-2016
- Fragata J, Martins L. - *O Erro em Medicina*. Coimbra: Edições Almedina (2004).
- Fragata, J. (2006). *Risco Clínico – Complexidade e Performance*. Coimbra: Almedina. ISBN 972 40 2835 6.
- Fragata, J.; Martins, L. (2005). *O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Almedina. ISBN 972 40 2347.
- Gomes, J. (2005). Aprender com os erros: uma prioridade! *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 16, 17, Março.
- Health System. Committee on Quality of Healthcare in America. Washington: National Academy Press. ISBN 030 9068 371.
- Henriques, E. (2005). Enfermeiros: um recurso para melhor saúde. *Jornal da Madeira*, 11, Setembro. Recuperado em 24, Setembro de: <http://www.ordemdosenfermeiros.pt/index.php?page=103&news=130>

- International Council of Nurses. (2000). ICN Code of Ethics for Nurses. ISBN 9295005 16 3. Recuperado em Agosto, 2005 de: <http://www.icn.ch/icncode.pdf>
- International Council of Nurses. (2002). Patient Safety: ICN Position. Recuperado em Agosto, 2005 de: <http://www.icn.ch/pspatientsafe.htm>
- International Council of Nurses. (2005). Medication Errors. Recuperado em Outubro, 2006 de: http://www.icn.ch/matters_errors.htm
- Joint Commition on Accreditation of Healthcare Organizations. (2006). Critical Access Hospital 2006 Medication Management, 1-17. Recuperado em Novembro,2007 de: <http://www.jointcommission.org/PatientSafety/>
- Joint Commition on Accreditation of Healthcare Organizations. (2008). National Safety Goals. Recuperado em Janeiro, 2008 de: www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/08_hap_npsgs.htm
- Kohn, L; Corrigan, J; & Donaldson, M. (2000). To Err is Human: Building a Safer
- Kosnik, Linda; Brown, Jeff; Maund, Tina – Patient safety, learning from the aviation industry in Nursing management, Janeiro, 2007. 38(1) p.25-30 disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17206092>
- Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gallivan T, et al. System analisys of adverse drug events. JAMA 1995; 274(1):35-43.
- Leininger, M. (1985). Qualitative Research Methods in Nursing. Orlando: Grune&Stratton
- Ministério da Saúde (2005). Manuel de Farmacia Hospitalar. ISBN: 972-8425-63-5
- Nunes, L. (2001). A Propósito do dever de informar e do dever de sigilo. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 2, Março, 2001, 27-32.
- Oliveira, J. (n.d.). “Condições de Trabalho dos Enfermeiros e Qualidades de Cuidados” – Comunicação em Colóquio. Recuperado em Outubro, 2006 de: http://www.urbi.ubi.pt/060328/edicao/321cov_ordem_enfermeiros.htm
- OOTIM, Bissoondial – Error making and nursing. In Nursing Management vol.8, nº10. Março 2002. p.24-27. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11917608>
- Ordem dos Enfermeiros (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

- Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Divulgar.
- Portugal. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. Lei de Bases da Saúde.
- Reason, J. - Human Error: Models and Management. BMJ, 320, p. 768-770. (Recuperado em 3, Maio, 2005) de: <http://www.bmjournals.com/cgi/reprintform>
- Reason, J. (2001) Understanding Adverse Events. BMJ - Clinical Risk Management, Enhancing Patient Safety, 2ª Ed, Ed Charles Vincent, 9-30.
- ROSA, Mário B.; PERINI Edson – Erros de Medicação, Quem foi? In Revista Associação Medica Brasileira. 2003; 49(3): p.335-41
- Saturno P, Imperatori E, Corbella A (eds) - Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid, 1990. (in Campos 2010).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. (Copenhagen, 2008). Disponível em www.who.org
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Patient safety workshop, Learning from error. (2008). Disponível em www.who.org
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems. (Copenhagen, 2008). Disponível em www.who.org
- Berlin CM, McCarver DG, Notterman DA, Ward RM, Weismann DN, Wilson GS, et al. (1998) Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. Pediatrics; 102:428-30.

Anexo II – Procedimento “Tratamento de Úlceras de Pressão”



1. OBJECTIVOS

- Uniformizar o procedimento de tratamento de úlceras de pressão;
- Estabelecer medidas de prevenção de infeção associadas ao tratamento das úlceras de pressão;
- Adequar as recomendações no âmbito do tratamento de úlceras de pressão às práticas específicas da unidade de cuidados intensivos (UCIP).

2. ÂMBITO

Doentes com úlceras de pressão internados na UCIP.

3. DEFINIÇÕES

Segundo NPUAP/EPUAP (2009), uma úlcera de pressão é uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e as forças de torção.

As úlceras de pressão classificam-se em quatro categorias de acordo com a lesão tecidual .

CATEGORIA I: Eritema não branqueável em pele intacta.

CATEGORIA II: Perda parcial da espessura da pele ou flictena.

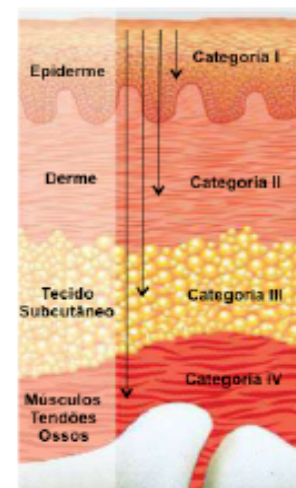
CATEGORIA III: Perda total da espessura da pele.

CATEGORIA IV: Perda total da espessura dos tecidos.

A classificação inversa por categorias nunca deve ser utilizada para descrever a cicatrização de uma úlcera de pressão.

Nota: Existem úlceras de pressão em que a perda total da espessura dos tecidos está bloqueada pela presença de tecido desvitalizado e/ou necrótico no leito da ferida e, até que seja removido para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade não pode ser determinada, pois isso são classificadas à partida como categoria III ou IV.

Nas flictenas hemáticas, por suspeita de lesão profunda dos tecidos, deve-se proceder a exposição do tecido adjacente e apenas classificar posteriormente.





**CENTRO
HOSPITALAR**
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

PROCEDIMENTO

Código:

Edição Nº:

Data: Outubro
2014

Revisão Nº:

Data:

4. REFERÊNCIAS

- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel; Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas - **Prevenção de Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápido 2009**
- http://www.aptferridas.com/porta115/images/Documentos/Guidelines/qrg_prevention_in_portuguese.pdf
- ELIAS, Cláudia Gama et al - **MANUAL DE MATERIAL DE PENSO COM AÇÃO TERAPÉUTICA**, Novembro de 2012. ISBN: 978-989-98069-1-7

5. RESPONSABILIDADES

Enfermeiros a exercer funções na UCIP.

6. DESCRIÇÃO

Material necessário:

- Equipamento de proteção individual (Luvas de nitrilo, Avental, óculos e Mascara de procedimentos);
- Kit 32;
- Compressas esterilizadas 7,5 x 7,5;
- Medicação analgésica, conforme prescrito;
- Soro fisiológico 250cc com transfere (limpeza de baixa pressão);
- Seringa de 20cc com agulha de 18G (limpeza de alta pressão);
- Bisturi nº24;
- Apósito adequado as características da úlcera de pressão.

Nota: O material referido corresponde ao básico necessário para qualquer tratamento, podendo ser acrescentado mais material se necessário.

Procedimento:

O procedimento será apresentado de acordo com o tipo de tecido presente na ferida, abordando a limpeza, o tratamento, o procedimento, os cuidados específicos e prioridades do tratamento.

É de salientar que a limpeza da ferida é uma etapa muito importante do tratamento e deverá ser realizada com uma solução aquecida a temperatura de 37°C, de forma a não provocar dano tecidual e atraso na cicatrização.

ELABORADO POR

APROVADO POR

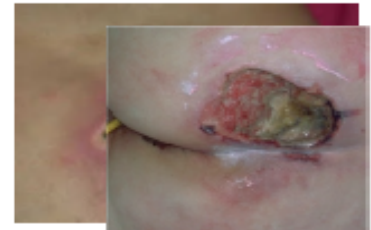
HOMOLOGADO POR

PÁGINA 2



1. Ferida com tecido necrosado (tecido preto a acastanhado)

- Limpeza com soro fisiológico – Irrigação de alta pressão;



Tratamento	Procedimento/Produto indicado	Cuidados específicos
Desbridamento cirúrgico	Desbridamento cirúrgico seletivo	Ter em atenção a dor e hemorragia. Se necrose seca, fazer alguns cortes para o desbridante atuar.
Desbridamento Autolítico	Hidrogel	Tratamento diário
Desbridamento Enzimático	Colagenase (Ulcerase®)	Tratamento diário. Colocar compressa de cobertura humedecida com soro fisiológico (pode ser aplicado em associação com Hidrogel em partes iguais). Quando o tecido necrótico for muito seco deverá fazer-se pequenas incisões para favorecer a penetração do produto. Este produto não deve extravasar o leito da ferida para não provocar lesão na pele circundante. Aplicar protetor cutânea na pele circundante e penso secundário.

- **Prioridade do tratamento:** Remover tecido necrosado/fibrinoso, controlar a infeção e controlar o exsudado.
- **Exceções:** Uma necrose estável (seca, aderente, intacta e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos, serve de penso biológico natural e não deve ser removido.



2. Ferida com tecido desvitalizado/ fibrina (tecido branco/amarelo)

- Limpeza com soro fisiológico – Irrigação de alta pressão;

Tratamento	Procedimento/Produto indicado	Cuidados específicos
Desbridamento Autolítico	Hidrogel	A frequência de mudança é determinada pelas condições da ferida. Pode ter que ser substituído diariamente no caso de feridas muito exsudativas ou em dias alternados ou de três em três dias no caso de feridas pouco exsudativas. Necessita de penso secundário – Placa de Poliuretano.
	Maltodextrina (confirmar se existe no hospital)	Se leito seco, humedecer leito da ferida com SF e compressa de cobertura igualmente humedecida. Nas feridas com profundas deve-se preencher a loca. Cobrir com um penso secundário – Placa de Poliuretano.
Desbridamento Enzimático	Colagenase (Ulcerase®)	Tratamento diário. Compressa de cobertura humedecida (pode ser associando com o Hidrogel em partes iguais). Aplicar protetor cutânea na pele circundante. Necessita de penso secundário – Placa de Poliuretano.

- **Prioridade do tratamento:** Remover tecido necrosado/fibrinoso, controlar a infecção e controlar o exsudado.

3. Ferida infectada (calor, rubor, edema, dor, febre, mau odor e exsudado abundante e purulento)

- Limpeza com soro fisiológico – Irrigação de alta pressão;





CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO

PROCEDIMENTO

Código:

Edição Nº:

Data: Outubro
2014

Revisão Nº

Data:

Tratamento	Procedimento/Produto indicado	Cuidados específicos
Controlar a infecção / Ambiente ideal para a ferida	Hidrofibra com prata (Aquacel Ag)	Deixar cerca de 1 cm de margem a cobrir os bordos em locais 2,5 cm. Em feridas sem exsudado pode-se associar o Hidrogel para promover a humidade da ferida. Deve permanecer no leito da ferida por um período mínimo de 3 dias e máximo 7 dias, queimaduras até 14 dias. Aplicar Protetor cutâneo na pele circundante e penso secundário – Placa de Poliuretano. Se a ferida se encontrar muito exsudativa deve-se trocar somente o penso secundário.
	Sulfadiazina de prata 1%	Deve ser aplicado numa camada contínua com uma espessura de 2 a 3 mm aproximadamente e de modo a cobrir completamente a área da ferida. O creme deve ser aplicado uma ou duas vezes por dia, após limpeza da camada de creme aplicada anteriormente, até à cicatrização da ferida e enquanto se mantiver a possibilidade de infeção. Aplicar Protetor cutâneo na pele circundante e penso secundário – Placa de Poliuretano
	Carvão ativado com prata	Não devem ser aplicados diretamente no leito da ferida pois são facilmente inativados pelo exsudado, preferencialmente usado sobre outros pensos de preenchimento. Pode ser colocado de ambos os lados. Exige um penso secundário adequado ao nível de exsudado. Não pode ser cortado. A frequência de tratamento depende da perda de eficácia do penso de preenchimento.
	Gaze com iodopovidona (Inadine)	A frequência de tratamento deve ser de 2/2 dias ou sempre que a gaze de iodo se apresentar descolorada. Necessita de penso secundário que deve ser uma película transparente de forma a monitorizar a coloração da gaze.

- Prioridade do tratamento: Controlar a infeção e controlar o exsudado.

ELABORADO POR

APROVADO POR

HOMOLOGADO POR

PÁGINA 5



Nota: Uma ferida infetada tem sempre necessidade de ser referenciada ao médico.

4. Ferida muito exsudativa

- Limpeza com soro fisiológico – Irrigação de alta pressão;

Tratamento	Procedimento/Produto indicado	Cuidados específicos
Ambiente ideal para a ferida / Absorção do exsudato	Hidrofibra (Aquacel)	Deixar cerca de 1 cm de margem a cobrir os bordos em locas 2,5 cm. Em feridas sem exsudado pode-se associar Hidrogel para promover o meio húmido. Deve permanecer no leito da ferida por um período mínimo de 3 e máximo 7 dias, queimaduras até 14 dias. Aplicar Protetor cutâneo na pele circundante e necessita de penso secundário – Placa de Poliuretano. Se a ferida se encontrar muito exsudativa deve-se trocar o penso secundário.
	Poliuretano	Penso secundário
	Alginato de cálcio (penso ou tiras)	Pelas suas características está indicado em feridas sangrantes, apresenta propriedades hemostáticas. A frequência de mudança é determinada pelas características da ferida mas não deve permanecer para além dos 5 dias. Necessita de penso secundário – Placa de Poliuretano. Aplicar protetor cutâneo na pele circundante.

- Prioridade do tratamento: Controlar a infeção e controlar o exsudado.

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA 6



Código:

Edição N.º:

Data: Outubro
2014

Revisão N.º

Data:

5. Ferida exsudativa de quantidade reduzida a moderada

- Limpeza com soro fisiológico – Irrigação de alta pressão;

Tratamento	Procedimento/Produto indicado	Cuidados específicos
Ambiente ideal para a ferida / Absorção do exsudato	Poliuretano	Ao remover poderá haver necessidade de humedecer.
	Hidrocolóide	Com ou sem rebordo. Não remover por estiramento. A sua frequência de mudança é determinada pela quantidade de exsudado mas pode ficar na ferida até 5 dias. Está contraindicado em feridas com pele circundante macerada ou muito frágil. O odor intenso e desagradável do penso não deve ser confundido com infeção.
	Hidrofibra	Deixar cerca de 1 cm de margem a cobrir os bordos em locas 2,5 cm. Em feridas sem exsudado pode-se associar Hidrogel para promover o meio húmido. Deve permanecer no leito da ferida por um período mínimo de 3 e máximo 7 dias, queimaduras até 14 dias. Necessita de penso secundário. Se a ferida se encontrar muito exsudativa deve-se trocar o penso secundário.

- Prioridade do tratamento: Promover a granulação e controlar o exsudado.

6. Ferida com tecido de granulação (tecido vermelho vivo, firme e frágil)

- Limpeza com soro fisiológico – Irrigação de baixa pressão;



ELABORADO POR

APROVADO POR

HOMOLOGADO POR

PÁGINA 7



PROCEDIMENTO

Código:

Edição Nº:

Data: Outubro
2014

Revisão Nº

Data:

Tratamento	Procedimento/Produto indicado	Cuidados específicos
Ambiente ideal para a ferida	Poliuretanos	Deve-se ter cuidado com hemorragia, se o tecido se apresentar friável o penso deve ser humedecido com soro fisiológico antes de ser removido.
Granulação	Maltodextrina (confirmar se existe no hospital)	Se leito seco, humedecer leito da ferida com SF e compressa de cobertura igualmente humedecida. Nas feridas com profundas deve-se preencher a loca. Cobrir com um penso secundário – Placa de Poliuretano.
	Hidrocolóide	Com ou sem rebordo. Para remover fazer tração das pontas de forma a quebrar as ligações do hidrocolóide, não remover por estiramento. A frequência de mudança é determinada pela quantidade de exsudado mas pode ficar na ferida até 5 dias. Está contraindicado em feridas com pele circundante macerada ou muito frágil. O odor intenso e desagradável do penso não deve ser confundido com infeção.

- Prioridade do tratamento: Promover a granulação e a epitelização.

7. Tecido granulação não saudável (tecido vermelho escuro, baço, com ou sem excesso de granulação, friável)

- Limpeza com soro fisiológico – Irrigação de baixa pressão;



Tratamento	Procedimento/Produto indicado	Cuidados específicos
Ambiente ideal para a ferida Hemostático	Alginato de cálcio (penso ou tiras)	Não ultrapassar os bordos íntegros da ferida, para evitar a maceração da pele circundante. Necessita de penso secundário com placas de poliuretano. Feridas limpas com sangramento, a troca é recomendada até 48h.

- Prioridade do tratamento: Controlar a infeção e promover a regeneração celular.

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA 8



Código:

Edição N°:

Data: Outubro
2014

Revisão N°

Data:

8. Tecido de granulação com tecido fibroso amarelo firme

- Limpeza com soro fisiológico – Irrigação de baixa pressão;



Tratamento	Procedimento /Produto indicado	Cuidados específicos
Ambiente ideal para a ferida	Poliuretano Hidrofibra Maltodextrina	Não confundir com fibrina, estas estruturas são aponevrose, gordura subcutânea, ou uma base de fibrina que de futuro será tecido de granulação e não necessita de ser removido. Aplicar o apósito, tal como descrito acima.

- Prioridade do tratamento: Promover a granulação e controlar o exsudado.

9. Tecido de Epitelização

- Limpeza com soro fisiológico – Irrigação de baixa pressão;



Tratamento	Procedimento/Produto indicado	Cuidados específicos
Ambiente ideal para a ferida	Hidrocolóide fino Gaze gorda com parafina Emulsão de lipídica Vitaminada (Biafine) Sucralfato (Cicalfate®)	Deve-se ter cuidado com hemorragia, o tecido apresenta-se friável e deve ser humedecido antes de ser removido de forma a não haver lesão tecidual. O Hidrocoloide a gaze gorda com parafina deve ser diretamente colocado na ferida, sendo que a gaze gorda necessita de penso secundário – Placa de Poliuretano. O Biafine e Cicalfate é uma pomada e deve ser aplicada na ferida de forma a ficar totalmente absorvida.

- Prioridade do tratamento: Promover a epitelização.

ELABORADO POR	APROVADO POR	HOMOLOGADO POR	PÁGINA 9



CENTRO
HOSPITALAR
VILA NOVA DE GAIA/ESPOSINHO

PROCEDIMENTO

Código:

Edição N.º:

Data: Outubro
2014

Revisão N.º

Data:

10. Proteção cutânea

- Limpeza com soro fisiológico – Irrigação de baixa pressão;

Tratamento	Procedimento/Produto indicado	Cuidados específicos
Proteção da pele	Polímero protector spray	Utilizar apenas em pele íntegra, deixar secar completamente o produto. Deve ser aplicado de 3 em 3 lavagens.
	Poliuretano	Aplica de forma a prevenir a úlceras de pressão em zonas de eritema branqueável em que a pele de encontra friável-
	Vitamina A/Óxido Zinco Sucralfato (Cicalfate®), Emulsão Lipídica Vitaminada (Biafine)	Aplicação de camada fina das pomadas diretamente na ferida de forma a ficar totalmente absorvida. Aplicar sempre que necessário. Remoção das pomadas com água quente ou óleo de amêndoas doces.

- Prioridade do tratamento: Pele íntegra e hidratada.

7. Considerações Gerais:

- É obrigatório prescrever no sistema BICU® o tipo de tratamento instituído bem como a periodicidade da sua execução para cada ferida;
- Deve se realizar a monitorização das úlceras de pressão de 6/6 dias de forma a verificar a evolução da ferida;
- Não proceder a massagem da pele da zona que sofreu a pressão, massajar apenas pele que irá ser submetida a pressão;
- O tratamento de úlceras de pressão não é um processo estanque e pode ter de ser adaptado ao doente;

ELABORADO POR

APROVADO POR

HOMOLOGADO POR

PÁGINA 10

Anexo III – Esquematização do tratamento de Úlceras de Pressão

Esquematização do Tratamento de Úlceras de Pressão

Franco, Natasha

Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto de Ciências de Saúde

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E

FASE DA CICATRIZAÇÃO / ASPECTO E CARACTERÍSTICAS DA FERIDA	ATITUDE TERAPÊUTICA	PRODUTO INDICADO
FLICTENA	Preservar e proteger	- Espuma de poliuretano com rebordo
Epiderme FLICTENA HEMÁTICA	Drenar e remover a pele Desbridar	- Hidrogel - Maltodextrina - Poliacrilato com solução de Ringer
Derme NECROSE FIBRINA TECIDO DESVITALIZADO	Controlar exsudado Desbridamento: - cirúrgico - Autolítico - enzimático - químico Controlar o exsudado	- Hidrogel - Maltodextrina - Poliacrilato com solução de Ringer - Colagenase - Hipoclorito de sódio - Hidrófibras - Alginatos - Espumas de poliuretano simples ou mistas - Espumas de silicone
MUITO EXSUDATIVAS	Controlar o exsudado	- Hidrófibras - Alginatos - Espumas de poliuretano simples ou mistas - Espumas de silicone
Subcutâneo FASE DE GRANULAÇÃO	Promover e proteger o tecido de granulação	- Hidrófibras - Alginatos - Espumas de poliuretano simples ou mistas - Espumas de silicone
FASE DE EPITELIZAÇÃO	Promover a epitelização Proteger os novos tecidos	- Placa de silicone - Tule - Películas de poliuretano
Músculos Tendões Ossos INFECTADAS E/OU COM MAU ODOR	Controlar odor exsudado e ambiente microbiano	- Carvão activado com prata - Hidrófibras com carvão - Hidrófibras com prata - Nanocristalino de prata - Cadexómero de iodo - Tule impregnado de creme iodado
FERIDAS LIMPAS QUE NÃO EVOLUEM	Promover granulação e epitelização	- Colagénio - Colagénio com gentamicina - Colagénio com matriz modeladora das proteases - Ácido hialorónico

Referências Bibliográficas

- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel; Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas - **Prevenção de Úlceras de Pressão: Guia de Consulta Rápido 2009**
- http://www.apfiferidas.com/portal15/images/Documentos/Guidelines/grp_prevention_in_portuguese.pdf
- ELIAS, Cláudia Gama et al – **Manual de Material de Pensos com Ação Terapêutica**, Novembro de 2012. ISBN: 978-989-98069-1-7

Anexo IV – “Como Agir Perante um Veículo em Marcha de Emergência”

COMO AGIR PERANTE UM VEÍCULO EM MARCHA DE EMERGÊNCIA



FRANCO, Natasha
MAIA, Filipa
MARTINS, Ana
Pós-Licenciatura em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



O QUE É O INEM ?

- Organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM)
- Garante a correta prestação de cuidados de saúde aos sinistrados ou vítimas de doença súbita

• Cabe a este instituto

- prestação de socorro** no local da ocorrência
- transporte assistido** das vítimas para o hospital adequado
- articulação** entre os vários intervenientes do SIEM

• Para ser ativado ligue o **112** (Número Europeu de Emergência)



A MARCHA DE EMERGÊNCIA CARACTERIZA-SE POR:

- Luzes**
- STROBS
 - Rotativos
 - Máximos intermitentes

Sinais sonoros "Sirene"
intermitente

Todos os **profissionais de emergência** médica pré-hospitalar adotam uma **postura** extremamente **cautelosa** na sua interação com o trânsito, analisando previamente todos os fatores: tipo de via; número de faixas de rodagem e tipo de trânsito presente. Assim nunca colocará em risco a segurança dos restantes intervenientes da via pública.

OBJETIVOS

Sensibilizar a população para a importância dos veículos de emergência médica

Incentivar a população a ter uma conduta eficaz perante um veículo de emergência

Saber como agir na aproximação de um meio de socorro em marcha de emergência é essencial para assegurar que as equipas de socorro consigam chegar, em segurança, às vítimas num menor espaço de tempo

RECOMENDAÇÕES

- Manter uma **atitude calma e segura**
- Agir com **serenidade**
- Esperar para perceber qual a **intenção do veículo de emergência**
- **Acompanhar o movimento de abordagem** do veículo de emergência, sem nunca esquecer os demais utilizadores da via pública
- **Nunca travar** ou desviar de forma **brusca**
- **Avaliar o número de veículos** de emergência
- **Facilitar a passagem** aos veículos de emergência
- Os condutores devem **encostar-se à berma**, sempre que necessário, **exceto nas autoestradas**

Conclusão

É essencial a colaboração de todos, para que a missão do INEM seja bem sucedida

Aja em conformidade com as "indicações" que o profissional de emergência lhe está a transmitir através do seu posicionamento. Analise a envolvente que o rodeia, atue com serenidade e em segurança para si e para os demais intervenientes da via pública.

Ajude-nos a salvar vidas sendo um facilitador na progressão dos veículos em marcha de emergência!

BIBLIOGRAFIA

• Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2015). Consult. 4/10/2015. Disponível em: <http://www.inem.pt/>

• Ministério da Saúde. (2015). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>

• Ministério da Saúde. (2015). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>