



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Promover a Qualidade e a Segurança dos Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico - Programa de Intervenção para a Prevenção do Risco de Incidentes Terapêuticos numa UCIN

Ana Sofia Jorge Paulino

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Promover a Qualidade e a Segurança dos Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico - Programa de Intervenção para a Prevenção do Risco de Incidentes Terapêuticos numa UCIN

Ana Sofia Jorge Paulino

**Relatório de estágio sob orientação da
Professora Doutora Maria Teresa Marçal**

2014

DEUS...

“ Ajuda-me a encontrar a serenidade para aceitar as coisas que não posso mudar, a coragem para mudar as coisas que posso mudar e a sabedoria para reconhecer a diferença.”

Isabel Galriça Neto, 2004

AGRADECIMENTOS

À minha Orientadora, Sr.^a Professora Teresa Oliveira Marçal, por acreditar na minha Pessoa, pela riqueza da sabedoria que me transmitiu em momentos de partilha e reflexão, pela disponibilidade, incentivo, carinho e dedicação. À Prof.^a, um eterno Obrigada!

À Sr.^a Professora Sónia Colaço, por todos os momentos imprescindíveis de aprendizagem durante esta caminhada e por me ter munido das “ferramentas” que necessitei para chegar até aqui...Um Bem Haja!

A todos os Profissionais dos diferentes locais de estágio pelo acolhimento caloroso e pela partilha de saberes. A todos o meu Muito Obrigada!

Aos meus pais, que amo profundamente, por serem dois seres maravilhosos a quem devo tudo o sou! Sem o seu Amor incondicional nunca teria chegado aqui...Obrigada por me aceitarem e me amarem como eu sou! À minha restante família que independentemente da distância se fizeram de alguma forma sentir presentes. Obrigada!

Às minhas colegas com quem trabalho que são acima de tudo Amigas, confidentes, únicas, peça preciosas, por todos os momentos em que ri e chorei, por todos os abraços que pedi e os que não precisei pedir, pela vossa presença SEMPRE em todos os momentos. Não faria, de todo sentido listar-vos...estão no meu coração todos os dias! Obrigada por existirem na minha vida!

À família Pedroso, particularmente ao Pêro, Amigo desta grande luta! Por ter acreditado em mim até ao fim! Obrigada por Tudo! Por todos os esforços, risos, lágrimas, momentos de mau-feitio e claro os litros de chá! És uma Pessoa extraordinária! Usa a mesma força em Ti mesmo!

Por fim, às colegas que tive o prazer de conhecer durante o curso e com quem aprendi bastante! Por fim, e não menos importantes, a todos “aqueles” que entraram, aos que ficaram e aos que saíram da minha vida durante este percurso, todos contribuíram de maneiras diferentes para que este sonho fosse hoje uma realidade! Obrigada!

Lista de Abreviatura e Siglas

AEPE – Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa

APAV – Associação Portuguesa de Apoio a Vítima

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CCF – Cuidados Centrados na Família

CSP – Cuidados de Saúde Primário

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EDIN - Echelle Douleur Inconfort Nouveau-Né

EESCJ – Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

EDIN - Echelle Douleur Inconfort Nouveau-Né

EESCJ – Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

ERC European Resuscitation Council

GGR – Gabinete de Gestão do Risco

IOM – Institute of Medicine

IPSG - International Patient Safety Goals

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI – Joint Commission International

MMU – Gestão e Utilização da Medicação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OVACE – Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho

PCR – Paragem Córdio-Respiratória

PNAE - Pediatric Nursing Associations of Europe

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RCC – Regulamento das Competências Comuns

RCP – Reanimação Cárdio-Respiratória

RN – Recém-nascido

SBV – Suporte Básico de Vida

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

Resumo

O presente relatório pretende exprimir o percurso formativo desenvolvido na aquisição e desenvolvimento de competências na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

O tema que o pauteia é a prevenção do risco de incidentes terapêuticos numa unidade de cuidados intensivos neonatais, problema frequente e uma ameaça à segurança dos cuidados, que marcou as experiências de estágio e o projeto que aqui são relatados.

Pretende-se descrever as atividades de observação participante e de prestação de cuidados, analisando os seus contributos para a clarificação de conceitos, o desenvolvimento de práticas e conhecimentos, e a aquisição de competências, e ainda o modo como estas contribuíram para a construção de um programa de prevenção de incidentes terapêuticos. Nesse programa, assente nas orientações nacionais e internacionais, apresentam-se as estratégias de prevenção do erro e algumas normas de procedimento e protocolos elaboradas para o efeito.

O estágio e o seu relatório enquadram-se na filosofia dos cuidados centrados na família e no modelo de aquisição de competências de Dreyfus&Dreyfus desenvolvido por Patricia Benner, permitindo assim um maior enfoque nas questões mais pertinentes no processo do medicamento.

Pretende-se ainda apresentar de modo fundamentado e reflexivo as aprendizagens realizadas nos estágios clínicos, para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista nas áreas da saúde, da criança, do jovem e suas famílias nas diferentes etapas do ciclo de vida, demonstrando um maior domínio nos processos de cuidados a essas crianças e famílias.

Como resultado final, para além da construção do Programa de Prevenção de Incidentes Terapêuticos, que visa alterar a abordagem feita pelo Enfermeiro às práticas relativas ao processo do medicamento, foi possível desenvolver conhecimentos nos domínios relativos à liderança e gestão de equipas e à formação de pares.

Perspetivaram-se ainda novas abordagens na gestão e prestação de cuidados nomeadamente no que concerne aos cuidados centrados na família, à promoção da parentalidade, à intervenção em situações de saúde mais complexas e às intervenções relativamente à dor.

Palavra-Chave: Erro Terapêutico, Saúde infantil e Pediatria, Benner, Prevenção do erro.

Abstract

This report aims to express the formative course developed on the acquisition and development of skills in the area of nursing Specialization of child health and Pediatrics.

The theme of the internship aimed at the prevention of the risk of incidents in a therapeutic neonatal intensive care unit, a common problem and a threat to the safety of care, that highlighted the internship experience and the project that are here reported.

Among the several tasks, the participant presented a report on her activities of observation and care delivery, analyzing the contributions to the clarification of concepts, practices and knowledge development, skills acquisition and how these contributed to the construction of a therapeutic program for the prevention of incidents in this program, based on JCI which displays procedures and the development of protocols to prevent errors.

The internship and the report fits in the philosophy of care focused on family and on the model of skills acquisition of Dreyfus & Dreyfus developed by Patricia Benner, thus allowing a greater focus on the most relevant issues in the process of medicine.

It is intended to produce a reasoned and reflective mode of learning held and acquired in clinical stages for the development of common and specific skills of the Nurse Specialist in the areas of health, child, youth and their families in the different stages of the life cycle and development and appropriateness of interventions of nursing.

The outcome was beyond the construction of Therapeutic Incidents prevention program that seeks to change the approach made by the Nurse practices, methodologies thereby promoting a significant change in nursing care, promoters of good practices, the development of greater expertise in areas related to leadership, team management and training of peers.

Keyword: Therapeutic Error, child health and Pediatrics, Benner, error prevention

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. Introdução | 1 |
| 2. Qualidade e Segurança nos Cuidados de Enfermagem: a Prevenção do Erro Terapêutico em Pediatria | 5 |
| 2.1. Análise das Atividades realizadas no Processo de Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. | 10 |
| 2.2. A Prevenção do Erro Terapêutico nos Processos de Cuidados nos diferentes contextos de Ensino Clínico | 32 |
| 3. Construção do Programa de Intervenção para a Prevenção do Risco de ocorrência de Incidentes Terapêuticos numa UCIN | 39 |
| 4. Considerações Finais | 48 |
| 5. Bibliografia | 51 |

ANEXOS

ANEXO I – CARATERIZAÇÃO DA USF FORTE

ANEXO II – CERTIFICADO

ANEXO III – GABINETE DE GESTÃO DE RISCO

ANEXO IV – Casuística

APÊNDICES

APÊNDICE I- PROMOVER A QUALIDADE E A SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO PEDIÁTRICO

APÊNDICE II- PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE INCIDENTES TERAPÊUTICOS

APÊNDICE III - GUIAS DE SUPORTE BÁSICO

APÊNDICE IV - INTERVÊNÇÃO DE ENFERMAGEM EM SBV ADULTO E PEDIÁTRICO E EM SITUAÇÃO DE OVACE

APÊNDICE V – CRONOGRAMA

Introdução

Este relatório é fruto do percurso desenvolvido no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Nele pretende-se apresentar, de modo fundamentado e reflexivo, as aprendizagens realizadas na Unidade Curricular – Estágio com Relatório.

O seu objetivo major é proceder à descrição e avaliação dos resultados deste percurso formativo, pela narração das atividades desenvolvidas, pela justificação das escolhas efetuadas, das aprendizagens e competências adquiridas e aprofundadas.

O tema que conduziu e sobre o qual se operou no presente relatório é a Prevenção do Risco de Incidentes Terapêuticos numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Será utilizada uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva, estabelecendo a relação entre a teoria e a prática clínica realizada nos diferentes contextos de cuidados.

O erro terapêutico, para além de ser uma área com características particulares e sensíveis a trabalhar, integrou uma área de interesse e satisfação pessoal que possibilitou aprofundar conhecimentos, de forma a permitir prestar cuidados de enfermagem cada vez mais seguros e de elevado nível de qualidade.

Outro dos objetivos emergiu da necessidade de compreender a importância da gestão do risco clínico e a promoção de cuidados de enfermagem seguros e de excelência numa UCIN, através da identificação de estratégias para a minimização do erro terapêutico e, posterior implementação de um Programa de Intervenção de Enfermagem para a redução destas ocorrências.

Os estudos sobre o erro de terapêutica em pediatria são ainda escassos e a pesquisa bibliográfica revelou existir uma relevante lacuna neste domínio quer numa perspetiva global da saúde quer de enfermagem. A exercer funções numa UCIN, confronta-se frequentemente com situações de erros de medicação. O primeiro

passo para os prevenir é conhecê-los, esta foi outra das razões que motivou a escolha da problemática.

A população pediátrica é mais suscetível ao erro que o adulto. Walsh *et al* (2005, p.698) referem que “os erros de medicação potencialmente causadores de prejuízo podem ser 3 vezes mais comuns na população pediátrica do que nos adultos”. O utente pediátrico é mais frágil, nem sempre consegue comunicar qual a sua identificação ou reacções adversas que possa estar a sentir. As prescrições são adequadas ao peso e frequentemente preparadas a partir de posologias de adultos, o que leva a um maior número de diluições de fármacos que muitas vezes são administrados em doses muito pequenas. Por outro lado, perante o erro terapêutico, o utente pediátrico tem mais probabilidades de complicações, uma vez que o seu estágio de desenvolvimento cursa com uma imaturidade renal e hepática que exacerba os efeitos colaterais da terapêutica (JCAHO, 2008).

Os programas de acreditação hospitalar exigem a comprovação de um sistema de garantia da qualidade. A inexistência de erros na medicação é um indicador da qualidade dos cuidados prestados aos clientes hospitalizados, porque as pesquisas efetuadas demonstram que a maioria dos eventos adversos pode ser evitada.

Qualquer projeto de acreditação hospitalar envolve a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, através da implementação de fatores de mudança e de novas ferramentas de gestão para a melhoria contínua dos mesmos.

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, organização não-governamental, sugere, um conjunto de estratégias próprias que se apresentam sob a forma de metas, organizadas de uma forma lógica e sequente, focalizadas na segurança dos clientes. Estas metas estão divididas em padrões.

As metas que se reportam ao melhoramento, tanto à comunicação como à segurança dos medicamentos de alto risco, estão incluídas nos “padrões centrados nos doentes”. Neles são enumeradas as regras para a gestão e utilização da medicação em todas as etapas do processo do medicamento.

Sendo a população pediátrica mais suscetível ao erro do que a adulta, pelas especificidades que lhes são inerentes, pelo facto de se tratarem de seres vulneráveis, e seres em constante crescimento e desenvolvimento, com menos condições para participarem no seu processo de tratamento, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria deverá ter especial atenção na formação e

supervisão de pares durante a manipulação da terapêutica, prevenindo desta forma a ocorrência de erros, aumentando a segurança do cliente e consequentemente a qualidade dos cuidados.

Deverá ser um elemento integrante das equipas que realizam a análise dos incidentes críticos, de forma a “identificarem as condições que levam a um erro real ou ao risco de errar, assim como dos fatores que contribuíram para tal, sendo que a comunicação de retorno e a divulgação da informação podem sensibilizar e levar à compreensão dos erros que ocorrem no sistema e uma melhoria na sua estrutura de forma a reduzir ou eliminar os erros de medicação” (O.E., 2010).

O presente relatório encontra-se estruturado para além desta breve introdução em mais dois capítulos, redigidos numa linguagem que se pretende simultaneamente rigorosa, acessível e de agradável leitura. Desta forma, após esta introdução de enquadramento geral da problemática, e da metodologia utilizada para desenvolver as estratégias e atividades relativas ao estágio e à proposta de programa, num primeiro momento do 2º capítulo, são apresentados e analisados sob uma perspetiva crítica e reflexiva os objetivos delineados, as atividades operacionalizadas no decurso das experiências de estágio em contextos clínicos, mobilizando a fundamentação teórica decorrente do estudo já realizado da problemática quando da disciplina de Opção II e aprofundando-a quando necessário. Ainda neste segundo capítulo se descrevem e analisam: i) as experiências mais significativas vivenciadas em cada contexto formativo; ii) as competências desenvolvidas e o impacto das mesmas no percurso formativo.

No terceiro capítulo apresenta-se o Programa de Intervenção relativo à Prevenção do Risco de Ocorrência de Incidentes Terapêuticos numa UCIN, onde será descrito de uma forma sucinta o percurso efetuado para a concretização do mesmo e apresentada a proposta de programa.

O escopo concetual no qual se enquadra esta problemática, assenta na abordagem de Patricia Benner relativamente aos estádios de desenvolvimento profissional, de principiante a perito e da sua relação com a excelência e o poder na prática clínica de enfermagem.

Para esta teórica, é através da experiência que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado. Benner considera a função de administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos

um dos domínios dos cuidados de Enfermagem. No que se reporta à temática do erro terapêutico, ou da prevenção dos incidentes terapêuticos relacionados com a medicação, Benner (2005) afirma que estes estão intimamente relacionados com a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem logo, com o desenvolvimento de uma cultura de segurança e de prevenção desses incidentes, implicando um vasto conjunto de práticas, com especial enfoque para as de registo e de notificação. Seguindo este fio condutor, optou-se por focalizar a atenção nas diferentes vertentes que envolvem a problemática em estudo, fazendo uma abordagem global da mesma, uma vez que o fenómeno do erro terapêutico se encontra interrelacionado com a qualidade e com a segurança dos cuidados de saúde.

É hoje reconhecido que a prevenção do erro deve passar pela criação de uma cultura de segurança não punitiva dentro das instituições, pela implementação de estratégias de melhoramento ao nível da comunicação, uniformização de protocolos e controlo de procedimentos, e ainda pela gestão de equipas.

Apesar de o erro terapêutico ter condicionantes multifatoriais e envolverem vários profissionais para além dos enfermeiros, estes são, por excelência, quem faz a preparação e a administração da terapêutica, fases cruciais do processo em que o medicamento entra em contacto com a pessoa, com o seu corpo, agindo sobre ela. O exercício destes profissionais insere-se dentro de um contexto multiprofissional, sendo que a preparação e administração terapêutica se encontram nas intervenções interdependentes. Ou seja, a prescrição parte do médico e é implementada pelo enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade, 2001). Importa ainda referir que, numa lógica de complementaridade dos profissionais de saúde, sendo os enfermeiros o último elo de uma cadeia de eventos geradores de erro, lhes cabe a oportunidade e a responsabilidade ímpar de verificar todas as condições tendentes a quebrar essa cadeia, o que se constitui como uma exigência de excelência profissional mas também de condições organizacionais para o seu exercício.

2. Segurança e Qualidade nos Cuidados de Enfermagem: a Prevenção do Erro Terapêutico em Pediatria

“O objectivo é caminhar no sentido da excelência, associando a reflexão à prática clínica, reconhecendo a necessidade de eventuais mudanças.”
(Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Este capítulo inicia-se com a apresentação do quadro concetual onde são apresentados os conceitos relacionados e necessários à compreensão desta temática. Encontra-se organizado em dois subcapítulos, o primeiro mais direccionado para uma análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências para o título profissional de Enfermeiro Especialista na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, o segundo dirigido à prevenção do erro terapêutico nos processos de cuidados, nos diferentes contextos clínicos do percurso formativo.

No âmbito da Segurança do Doente e da Qualidade em Saúde, a minimização da ocorrência do Erro tem vindo a assumir um papel cada vez mais importante. Uma cultura de segurança e de prevenção do erro implica, um vasto conjunto de práticas, entre as quais se destacam as da sua notificação.

Os Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (O.E., 2001, p.11-15) visam englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão, e definem seis categorias de enunciados descritivos: i) satisfação do cliente, ii) promoção da saúde, iii) prevenção de complicações, iv) bem-estar e autocuidado, v) readaptação funcional, vi) organização dos cuidados de enfermagem. Enunciados nos quais se inscreve esta temática.

Benner (2005, p.148) afirma que, a falta de registo ou de registo inadequado das práticas e observações clínicas priva a teoria de enfermagem do conhecimento contido na prática clínica perita. Fragata (2011, p.263) vem corroborar ao referir que um sistema de notificação “ reveste-se de especial importância no seio das instituições de saúde pois permite a deteção do evento e a sua caracterização de forma rápida e segura”

Em Portugal a política de saúde integra no Plano de Saúde 2010-2016 duas medidas: “desenvolver mecanismos de gestão de risco, que assegurem o aumento

da segurança” e “incentivar os órgãos de gestão das instituições de saúde a definir uma estratégia a aprovar programas, objetivos e medidas de qualidade” (Programa do XVIII Governo, 2010). A qualidade e segurança têm sido reconhecidos como fatores chave na criação de sistemas de saúde acessíveis, efetivos e eficazes. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008, p.4) afirma que um serviço de saúde de qualidade é aquele que “organiza os recursos eficazmente de forma a ir ao encontro das necessidades de saúde dos que mais precisam de cuidados preventivos e curativos, de forma segura e sem desperdício”. Esta definição abrange as três perspectivas de qualidade: i) qualidade do doente (o que os doentes desejam e experienciam); ii) qualidade profissional (o que os doentes necessitam e a aplicação das melhores práticas); iii) gestão da qualidade (eficazmente e através da elaboração de normas e regulamentos).

Kohn et al. (2000, p.14) alertam para “a necessidade das organizações de saúde desenvolverem uma cultura de segurança de modo a que a organização dos processos de cuidados e seus colaboradores se focalizassem na melhoria da fiabilidade e segurança dos cuidados prestados aos seus doentes” Essa melhoria exige, o conhecimento, escolha e utilização de métodos específicos adaptados às circunstâncias. A OMS (2008, p.5) num conjunto de orientações sobre o desenvolvimento de estratégias de qualidade e segurança, define quatro grandes categorias de métodos a adotar pelos sistemas:

- I). *Reforço do papel dos doentes/consumidores e cidadãos*; sugerindo que a sua abordagem pode ser reforçada através da proteção dos doentes ou da regulamentação dos seus direitos, ou através de programas que os envolvam e às comunidades na melhoria da segurança e qualidade;
- II). *Regulamentação e avaliação dos profissionais de saúde e serviços*; propondo que entidades governamentais e não-governamentais dedicadas, possam instituir a acreditação e concessão de licenças aos profissionais de saúde e serviços;
- III). *Aplicação de normas ou orientações locais*; exigindo às organizações supervisionar e incentivar a conformidade através de sistemas de gestão da qualidade;

IV). *Constituição de equipas de qualidade e de resolução de problemas*; que trabalham sobre problemas específicos utilizando métodos e "ferramentas de qualidade" para os quais tenham sido treinados.

Ao abordar o tema da Segurança do Doente é indispensável abordar a temática do erro, uma vez que estes estão intimamente interligados.

Reason (1990) citado pelo IOM (2007, p.54) define erro como “ a ocasião em que uma sequência planeada de actividades físicas ou mentais não consegue atingir o resultado pretendido, não podendo estas falhas ser atribuídas ao acaso.” De acordo com este autor, só se pode falar de erro quando existe uma intenção, o que significa que quando estamos perante um comportamento não premeditado, não estamos perante um erro com dolo, mas sim perante ato falhado, que relacionamos com o que FRAGATA (2011, p21) refere como erros honestos, que acontecem por falibilidade humana.

Leape et al (1995), incluem como fatores que contribuem para o erro na prestação de cuidados: i) a falta de divulgação de conhecimentos; ii) dificuldade em ter acesso a informações clínicas sobre o doente (ex.: resultados de exames complementares de diagnóstico e testes laboratoriais); iii) transcrição manual da prescrição terapêutica; iv) deficiente comunicação inter-serviços; v) pouco feedback sobre efeitos adversos relacionados com os erros cometidos; vi) falta de pessoal; vii) lacunas na padronização sobre o uso de equipamentos; viii) verificação da identidade e dose de medicamentos; ix) excessiva carga de trabalho; x) stress e fadiga, entre outros

Na perspectiva de Benner (2002), a aprendizagem experiencial proveniente da prática de enfermagem e do trabalho em equipa é diferente da cultura de vergonha e culpa que habitualmente se focaliza na responsabilidade e culpabilização individuais. A cultura punitiva do erro faz parte de um moralismo auto-derrotista focado no carácter imperfeito dos prestadores de cuidados, em vez da aprendizagem pela experiência e do desenvolvimento pessoal e profissional através do conhecimento adquirido pela prática. De fato, na formação do pessoal de saúde ainda é incutida uma cultura de infalibilidade, preconizando-se a realização de trabalho livre de erros e enfatizando a perfeição.

Tendo em consideração as concepções de Ballard (2003), os enfermeiros podem também prover a prestação de cuidados seguros servindo-se 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. dado que o processo do medicamento culmina com a administração propriamente dita, pelo enfermeiro ao indivíduo, assim, tal como referem Cassiani, *et al.* (2006, p.355) “o fato da equipa de enfermagem atuar (...) 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”.

Outros estudos indicam que são os enfermeiros os principais responsáveis pela intercepção de grande número de erros de outros profissionais. Um estudo sobre erros de medicação em dois hospitais nos EUA demonstrou que 86% destes foram cometidos por médicos, farmacêuticos e outros profissionais envolvidos na disponibilização dos medicamentos aos doentes e foram atempadamente interceptados pelos enfermeiros (Leape, *et al.*, citado por IOM 2004, p.3).

A gestão do risco hospitalar é uma área emergente em Portugal. É justo observar que foram os processos de acreditação dos hospitais que colocaram a gestão do risco na ordem do dia e, por consequência, na agenda da saúde. (O.E., 2005, p.12) Em 2005 a Organização Mundial de Saúde nomeou a “The Joint Comission International Center for Patient Safety”, que estabelece como objetivo identificar problemas associados à segurança do doente, estudar e analisar soluções e estratégias através da colaboração e feedback de profissionais de saúde, especialistas e outros elementos envolvidos na prestação de cuidados.

A pediatria comporta um conjunto específico de riscos de erros de medicação, o que aumenta a probabilidade de ocorrência destes. Carvalho e Vieira (2002,p.261) mencionam que “nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, nas quais é grande a complexidade e a frequência de procedimentos, a ocorrência de erros é maior.” Para as Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa (AEPE, 2012), citando King *et al* (2003), Frey *et al* (2002), os erros terapêuticos acontecem nas várias etapas que se encontram compreendidas entre o momento da prescrição (3-37%), até ao momento da administração (72-78%), havendo uma prevalência das falhas activas e das condições latentes. Os erros em pediatria estão, na maior parte

das vezes, associados a erros no cálculo das doses, ao desconhecimento dos profissionais e ao não seguimento dos protocolos (falhas activas), bem como relacionados com inexperiência, fadiga pessoal e equipamentos desadequados (condições latentes).

Estas mesmas associações sugeriram, baseadas nos seus estudos, um conjunto de medidas, a fim de reduzir os erros de medicação em Neonatologia e Pediatria, que passamos a enunciar: i) Estabelecimento de normas para o armazenamento e infusão de medicamentos, preparação e administração; ii) Introdução de seringas de cor diferente para medicação IV e oral; iii) Adopção de políticas e protocolos para controlo simples e duplo de medicamentos; iv) Prescrições escritas usando nomes genéricos; v) Formação e Treino (formação específica para enfermeiros que cuidam de recém-nascidos e crianças) e para o uso de dispositivos de infusão; vi) Sistema de administração de medicamentos com código de barras e / ou pulseira de identificação e controlo sistemático de administração ao utente certo; vii) - Diferentes níveis de controlo antes da administração de medicamentos. (AEPE, 2012)

Os enfermeiros desempenham um papel importante no compromisso de diminuir a ocorrência de erros terapêuticos em pediatria, no cumprimento das directrizes institucionais bem como no conhecimento dos seus limites e no reportar o erro de forma construtiva. Ao especialista acresce a responsabilidade da supervisão da equipa, no sentido de a tornar mais capaz no cuidar do doente, bem como, o fazer parte de equipas que procedam à análise dos incidentes críticos de forma a se “identificarem as condições que levam a um erro real ou ao risco de errar, assim como dos fatores que contribuíram para tal, sendo que a comunicação de retorno e a divulgação da informação podem sensibilizar e levar à compreensão dos erros que ocorrem no sistema e uma melhoria na sua estrutura de forma a reduzir ou eliminar os erros de medicação” (O.E., 2010).

2.1. Análise das Atividades realizadas no Processo de Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Terminado assim este enquadramento concetual que considerámos pertinente dar a conhecer, iremos neste subcapítulo dar início à descrição das ações que pautaram todo o processo formativo e à sua análise reflexiva.

Neste subcapítulo procurar-se-á descrever e justificar através de uma reflexão sustentada na evidência as atividades e os processos de trabalho que considerámos mais significativos nos diferentes contextos clínicos em que o estágio decorreu, e dar a conhecer ao leitor de um modo sucinto a forma como os mesmos, contribuíram para que este processo gradativo de aquisição de competências enquanto futuro enfermeiro especialista se concretizasse.

As experiências de estágio são processos de desenvolvimento da auto-reflexão e análise do fortalecimento e transposição de saberes e competências da teoria para a prática, do aumento do sentido da responsabilidade profissional e do espírito de equipa, da capacidade de gerir conflitos e reorganizar planos de cuidados, revelando espírito de iniciativa. As diferentes situações vivenciadas durante o período da Unidade Curricular - Estágio com Relatório - levaram a uma melhoria contínua dos cuidados prestados e conseqüentemente um crescimento pessoal e profissional.

Tal como Macedo (2011) nos apresenta a partir dos contributos de Alarcão e Tavares (2003) e Espiney (1997), os estágios permitem viver

“experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz (...) pretende ser um campo de experiências onde convivem crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo a uma intervenção reflectida”

Para Benner (2005, p.32), “ perícia desenvolve-se quando o clinico testa e refina propostas, hipóteses e as expetativas fundadas sobre princípios, em situações de prática real, sendo a experiência, portanto, necessária para a perícia.

No processo de cuidar, encontro com o outro no contexto dos cuidados pediátricos, pressupõe três intervenientes, a criança, os pais, e os enfermeiros, é face a estes

que o planeamento das actividades foi realizado, pretendendo que as experiências nos diferentes contextos favorecem o desenvolvimento de competências essenciais à prestação de cuidados seguros e de elevada qualidade

A Unidade Curricular organizou-se em quatro experiências, de acordo com cronograma (Apêndice V): i) Serviço de Internamento Geral de Pediatria de um Hospital Central; ii) Serviço Urgência Pediátrico de um Hospital Universitário; iii) Unidade de Saúde Familiar, na periferia de Lisboa; iv) Duas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais em dois Hospitais da Grande Lisboa.

A escolha dos locais foi intencional, dirigida a dar resposta aos objetivos que traçámos no Projeto da Unidade Curricular – Opção II. (Apêndice I).

Assim, ao longo deste processo de aquisição de competências, procurou um olhar e um agir de forma adquirir simultaneamente conhecimento dos processos de cuidados dos enfermeiros especialistas de SIP nesses contextos clínicos e as competências especializadas na prestação de cuidados de enfermagem à criança/ao jovem inserida numa família e numa comunidade, e num contexto específico e único de vida. Para além deste duplo olhar e agir foi dado particular enfoque à observação e registo das estratégias associadas à prevenção da ocorrência dos erros terapêuticos nesses contextos.

Após a caracterização da problemática em estudo e do quadro concetual que a sustenta, foram delineados os objetivos gerais e específicos que orientaram o processo de ensino-aprendizagem, e que por sua vez foram transversais a todos os campos de estágio. Os mesmos podem ser consultados no projecto (Apêndice I). Ao longo de todo Estágio foi assim adquirindo contributos para a elaboração do Programa de Intervenção para a Prevenção de Ocorrência de Incidentes Terapêuticos a implementar na última experiência que decorreu no seu contexto de trabalho.

O percurso de construção desse Programa será apresentado no capítulo seguinte deste Relatório.

As aprendizagens adquiridas foram sendo partilhadas com a equipa da UCIN, de modo a diminuir o risco de ocorrência de incidentes terapêuticos o mais atempadamente possível. Foi fundamental conhecer diferentes realidades do universo pediátrico, não só pela importância de recordar conhecimentos mas principalmente pela riqueza das diferentes oportunidades para aprofundar o seu

leque de saberes nesta matéria, particularmente nas experiências vivenciadas num Serviço de Internamento Geral de Pediatria e numa Unidade de Saúde Familiar. Representaram desafios de ordem pessoal e profissional por se tratar de serviços direcionados à prestação de cuidados em áreas nas quais a formanda não tem experiência profissional.

Do conjunto de atividades delineadas no projeto (Apêndice I) vamos analisar, numa dinâmica reflexiva, as que considerámos terem sido as mais relevantes e representativas para o processo de aquisição de competências enquanto futuro enfermeiro especialista em SIP.

A competência em si não é um estado, não se reduz a um conhecimento ou *know-how* específico. Le Boterf, (1995), citado por Fleury situa a competência numa “encruzilhada, com três eixos formados pela pessoa (sua biografia, socialização), pela sua formação educacional e pela sua experiência profissional. A competência é o conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais nutridas a montante pela aprendizagem e formação e a jusante pelo sistema de avaliações” (2001,p.187).

Segundo ainda este autor “competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado” (Le Boterf, 2003, p.38). Seguindo a visão deste autor supracitado, podemos então afirmar que a aquisição destas competências (tanto as comuns como as específicas) é um processo construído, inacabado, cumulativo, sujeito a reformulações e atualizações constantes, num *continuum* enriquecido pelas diferentes experiências que o enfermeiro vai vivenciado nos mais diversos contextos clínicos.

Pretendia neste processo de aprendizagem mobilizar os princípios inerentes à filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF), em dinâmicas de parcerias de cuidados no sentido do seu empoderamento e sempre numa perspetiva de cuidados não traumáticos.

Organizou assim, a descrição das atividades em quatro grandes grupos: i) o primeiro relativo aos CCF nomeadamente nas questões da adaptação à doença e hospitalização e a outras situações de saúde, no que enfatizaremos as práticas de envolvimento e de parceria da criança e da família; ii) num outro momento as questões relativas à promoção da parentalidade; iii) segue-se a identificação de algumas das necessidades de saúde mais complexas e de situações de risco, e a

descrição das intervenções realizadas; iv) por fim, as intervenções relativas à criança face à dor, dando especial ênfase às estratégias de comunicação utilizadas.

Porque os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação eficaz, presente em processos de interação de intencionalidade terapêutica, as questões da comunicação com a criança e pais foram também objeto das práticas e reflexões em todas as dimensões que em seguida serão abordadas.

Deste modo, no que concerne às experiências e reflexões relativas ao primeiro grupo de atividades, atrás referidas, partimos da compreensão de que a enfermagem em saúde infantil e pediatria é consistente com uma visão de enfermagem enquanto diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas actuais e potenciais de saúde, (Hockenberry e Wilson, 2007), procurando dar resposta à singularidade de cada etapa do desenvolvimento humano e à complexidade das respostas humanas em situação de saúde/doença (OE, 2009), neste caso vividas pela criança e família. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas da Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos cuidados.

A filosofia dos cuidados centrados na família é a base que sustém a actuação dos enfermeiros em Pediatria. Esta reconhece a família como uma constante na vida da criança (Wong, 2006) em que todos os membros participam no planeamento das ações, revelando uma nova maneira de cuidar.

A hospitalização, sendo muitas vezes a primeira crise que a criança e família têm que enfrentar (Hockenberry & Wilson, 2007), é largamente descrita na literatura como uma experiência com múltiplos stressores, sobretudo se inesperada e/ou por doença grave implicando uma situação de internamento.

As reações à hospitalização dependem do seu estágio de desenvolvimento, experiências anteriores de hospitalização e separação, mecanismos de coping inatos ou adquiridos, a gravidade do diagnóstico e do seu sistema de suporte disponível (Hockenberry & Wilson, 2007).

A filosofia dos CCF é sentida pela discente como algo inerente à sua prática de cuidados independentemente do contexto clínico. O binómio criança-família é indissociável na sua lógica apreendida e construída ao longo destes nove anos em Pediatria. A hospitalização de uma criança quer seja numa fase aguda, como por exemplo, em contexto de urgência, ou em situação de doença crónica, é sempre uma experiência que requer deste binómio adaptações, uma vez que, para além de provocar sentimentos de ansiedade e medo do desconhecido, implica sempre a saída da sua zona de conforto, do seu o lar para um ambiente hostil que é o ambiente hospitalar.

É basilar o conhecimento das várias etapas de desenvolvimento do ciclo de vida da criança de forma a adequar a linguagem e a prestação de cuidados. Do mesmo modo, a realização de uma colheita de dados objectiva e eficiente no processo de admissão bem como, a promoção de estratégias promotoras de cuidados não traumáticos são fundamentais para possibilitar uma experiência com impacto positivo para a criança/família.

A evidência científica diz que, a filosofia do cuidar baseada nos CCF começa logo a deixar os seus primeiros traços no momento da admissão da criança e família permitindo: a melhoria na tomada de decisão do enfermeiro que faz o acolhimento; a diminuição da ansiedade dos pais e criança; o aumento da satisfação dos pais, crianças e profissionais; a sua participação nos processos de tomada de decisão; a redução de conflitos, custos e tempo de internamento facilitando um ambiente de apoio mútuo.

Os cuidados de enfermagem têm então que ter como foco as experiências emocionais, as estratégias de conforto e modos de ajuda na gestão do estado emocional da criança e família (Pereira et al, 2010), desempenhando o enfermeiro um papel de mediador das emoções ajudando a criança e família a adaptar-se e superar este evento, tornando-o o menos traumático possível e minimizando as suas consequências.

Os cuidados não traumáticos integram uma filosofia de cuidados centrados na família e consistem no “fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto

psicológico e físico e até social, experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde.” (Hockenberry, Wilson, 2014, p12).

Nos diferentes contextos de prestação de cuidados procurou apropriar-se das diferentes necessidades e capacidades dos pais, através de momentos de contacto aquando da prestação de cuidados aos seus filhos e em outros momentos em que decidiu manifestar a sua disponibilidade apenas para escutar. Devemos inicialmente tentar perceber quais são as experiências anteriores e as capacidades que estes já possuem, de forma a adequar melhor as orientações, os ensinamentos e o apoio de forma a melhorar a atuação sua intervenção no acompanhamento dos filhos, nos momentos de maior sofrimento.

De acordo com Jorge (2004) os pais vivenciam três fases em função das tarefas a realizar face às suas reacções perante a doença e hospitalização da criança: fase de crise, crónica e terminal. Destaco o momento da admissão, a fase de crise, inicial, em que a família enfrenta uma perturbação emocional intensa, onde predomina a dor e o sofrimento, desafiada a enfrentar a realidade evidenciando-se: o choque e o desespero; a desorganização funcional dos membros familiares; a procura intensa de informação e de compreensão da doença (Gomes et al; 2009).

A relação enfermeiro-cliente estende-se assim à família procurando estabelecer uma parceria, baseada na comunicação, colaboração e informação, favorecedora do bem-estar e da estabilidade do sistema, identificando necessidades e reconhecendo as suas forças e mecanismos de coping (Shields et al, 2008; Jolly & Shields, 2009).

A parceria dos cuidados, um dos modelos precursores da formalização do modelo de cuidar centrado na família baseia-se no reconhecimento e respeito pela perícia da família nos cuidados à criança (Casey, 1993). Pressupõe que há uma negociação dos papéis entre família e enfermeiros, assente na informação, partilha de poder e capacidade de decisão, determinando-se em conjunto o nível de participação parental e respeitando-se os hábitos familiares.

No Serviço de Internamento de Pediatria, a experiência foi enriquecida pelo fato de se tratar de um serviço com um leque abrangente de especialidades Médico-Cirúrgicas (Neurologia, Endocrinologia, Hematologia, Doenças Metabólicas) e por incluir crianças de todas as faixas etárias.

Procurou aqui desenvolver e aprofundar a assistência a estas crianças e famílias, dando especial enfoque na sua atuação às estratégias cognitivas e comportamentais de coping utilizadas por elas perante os processos de adaptação, à nova realidade de hospitalização, realidade esta que pode provocar desequilíbrios nas estruturas e dinâmicas familiares. É de extrema relevância preparar ambos para esta nova realidade. Por um lado, existem os fatores de stress da criança associados à angústia da separação, perda de controlo e/ou lesão corporal, por outro lado, os pais também apresentam uma série de fatores que afetam as suas reações.

À hospitalização da criança, por tempo mais ou menos prolongado, acresce a dificuldade da dinâmica familiar. Segundo Vara (1996) citado por Jorge (2004) "o impacto da doença afeta qualquer uma das esferas: financeira, social, somática, comportamental, vida mental consciente e inconsciente". Importa, por isso, ajudar os pais a conhecer os seus direitos e deveres neste momento de rutura com o seu quotidiano estruturado (Pires, 2001). Para que tal aconteça, é necessário conhecer as leis e normas institucionais que regulamentam a sua presença e participação nos cuidados.

Também a Urgência Pediátrica espelha bem que o foco de atuação do enfermeiro engloba não só a criança mas também a família. É do nosso conhecimento que perante uma hospitalização súbita pode ocorrer de igual modo uma crise familiar que exige uma adaptação no sentido da redefinição da dinâmica familiar. Procurou estabelecer com os pais/cuidadores destas crianças uma relação terapêutica baseada na confiança e respeito mútuos, promovendo um processo de intervenção que conduziu a planos de cuidados coparticipados e negociados e a um nível de grande envolvimento na prestação desses cuidados. Esteve sempre presente uma lógica de "negociação" consoante a habilitação e o desejo de cada pai, desde a apreciação, ao planeamento, execução e a avaliação dos resultados obtidos.

Perante estas situações procurou oportunidades para o treino e aperfeiçoamento de técnicas de comunicação, tanto com as crianças como com as respetivas famílias. A comunicação surge como um elemento chave na relação enfermeiro-família, pressuposto da filosofia dos cuidados centrados na família, descrita na literatura como essencial para aceder à vivência da criança e família e prestar cuidados holísticos, centrados no cliente (Moorey, 2010).

O estágio na urgência pediátrica ajudou na compreensão da importância de uma comunicação assertiva, deliberada e praticada com a criança e a família. Procurou demonstrar o cuidado na descentralização nos sintomas físicos desta e a preocupação com as suas percepções, expectativas e prioridades. Mueller (2010) refere que compreender estes aspectos, ajuda a família a sentir-se mais capacitada e satisfeita com os cuidados, ajuda a construir uma relação de confiança e permite ao enfermeiro servir enquanto elemento terapêutico.

A prematuridade é por si só, um fator de afastamento da mãe e do filho. Esta situação cria vulnerabilidade nos pais e dá lugar a sentimentos de medo, ansiedade, culpabilidade, insegurança, entre outros. É função dos enfermeiros ajudar os pais a ultrapassar esta situação. A eficácia da relação enfermeiro-pais-RN depende grandemente da comunicação estabelecida no relacionamento entre esta tríade.

Segundo Martins (2002, p.43), “ (...) sem comunicação o individuo está em isolamento e a intervenção de enfermagem não tem sentido para identificar as necessidades do doente”.

Ramos (1988, p.27) corrobora afirmando que em contexto de hospitalização numa UCIN: “ A enfermeira ao perceber a hesitação dos pais estabelecerá uma comunicação aberta assegurando-lhes que tais sentimentos são comuns a outros pais nas mesmas situações, promovendo reuniões de pais; encorajando-os a agir directamente nos cuidados ao bebé, afastando desse modo alguns medos e sentimentos de incompetência dos pais.”

Apesar do ensino clínico de Neonatologia se ter realizado em contexto de trabalho foi igualmente rico e gratificante relativamente ao leque de aprendizagens e aprofundamento de saberes, principalmente ao melhoramento de técnicas de comunicação uma vez que se trata de um serviço de grande imprevisibilidade, onde muitas vezes o limiar entre a vida e a morte é muito ténue.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (O.E., 2011, p.14), “ (...) os cuidados de Enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação:

envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados.”

Sempre que lhe foi possível e oportuno procurou promover a participação progressiva tanto da criança como da família na participação de cuidados, favorecendo uma relação de parceria e uma integração dos mesmos na equipa de saúde. Teve a possibilidade de consolidar e aprofundar saberes, bem como continuar o seu percurso de desenvolvimento de competências específicas, nomeadamente na promoção da vinculação, em particular no caso do RN doente ou com necessidade especiais. Nestes processos foram tidas em consideração as orientações da DGS relativas à promoção da Saúde Mental na gravidez e primeira infância (DGS 2005)

Segundo nos diz Jorge (2004) “é importante a valorização do papel dos pais e das suas vivências enquanto elementos da equipa de saúde no processo terapêutico”. Estes foram envolvidos e solicitados a participar na prestação de cuidados dos seus filhos sempre que possível.

Por fim, em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e de acordo com o PNS (2012-2016) emanado pela DGS, a rede dos CSP são como uma “estrutura de proximidade, continuidade e de acesso privilegiado, centrada no cidadão, família e comunidade” e visam melhorar a qualidade de vida da população e evitar situações de doença.

Verificou que na USF a metodologia de trabalho se fundamenta numa abordagem sistémica que visa a prestação de cuidados à família, nos vários processos de saúde/doença, ao longo de todo o seu ciclo de vida, logo permite ter uma visão alargada do ambiente, dos recursos, das fragilidades e dos hábitos da criança/jovem, o que faz com que possa identificar atempadamente alterações no processo de desenvolvimento das crianças/jovens, bem como executar planos de cuidados direcionados às necessidades de cada criança, potenciando os fatores de proteção e suporte ao desenvolvimento, minimizando os de risco e vulnerabilidade.

“O enfermeiro de família assume-se como o profissional privilegiado na prestação de cuidados nas diferentes fases do ciclo de vida ao nível da prevenção primária,

secundária e terciária.” (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, 2011)

Neste estágio teve a oportunidade de acompanhar a Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria nas consultas de enfermagem de SIP e vacinação. Fez avaliação do desenvolvimento infantil até aos 6 anos segundo escala Mary Sheridan Modificada e posteriormente seguiu as orientações do PNSIJ (2013). Os registos são efetuados num programa informático que também desconhecia – o “*eMedicine*” Foi uma nova experiência revelando-se particularmente importante no conhecimento dos registos que permitiam um mais completo acesso, em cada momento, aos principais marcos do percurso de saúde da criança.

Abordada a importância dos CCF e referida a importância dos pais nos processos de cuidados, colocamo-nos perante o segundo eixo da nossa descrição, as questões relativas à promoção da parentalidade.

A parentalidade implica, tal como preconiza a (CIPE, Versão 2, 2011), o “assumir as responsabilidades de ser mãe/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.”

É um processo que implica empenhamento e participação dos pais no desempenho do seu papel no crescimento e desenvolvimento dos filhos e que tem presente um conjunto de dimensões e determinantes, marcadas por circunstâncias sociais e interpessoais da própria família (Barroso e Machado, 2010)

O nascimento do bebé prematuro é, na maioria das vezes, vivido pelos pais, como uma crise e poderá reproduzir sentimentos negativos de perda, culpa e falha narcísica, especialmente na vivência subjetiva das mães (Brazelton, 1992, citado por Algarvio e outros, 2008). A prematuridade é uma situação de risco emocional e físico para a mãe e para a criança. Segundo Algarvio (2008), estudos já efetuados apontam a prematuridade como um fator de alto risco para o desenvolvimento de deficiências intelectuais, dificuldades escolares e problemas comportamentais, incluindo perturbações psiquiátricas minor e major. O período neonatal é

determinante no que respeita ao desenvolvimento biopsicossocioafectivo do RN, mas também dos seus pais (adaptação ao bebé real ser muitas vezes tão longe do imaginado). O recém-nascido pré-termo de muito baixo peso (RNPTMBP) apesar de fisicamente separado da sua família é, tal como qualquer outro bebé, indissociável da sua família. Pelo que importa conhecer as etapas e as vivências psicológicas de cada elemento da mesma aquando do nascimento desse bebé prematuro.

Numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) são funções primordiais do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria (EESIP) adotar estratégias que ajudem os pais no processo de desmistificação do bebé idealizado e promover o processo de vinculação, algumas delas preconizadas no manual da DGS já atrás referido.

Para Brazelton (1988) o processo de apego (ou de vinculação) é um processo bidireccional sendo uma “tarefa tanto dos pais como do recém-nascido” (...) “o papel dos pais no processo de apego é estimulado não só pela possibilidade do cuidar do recém-nascido, mas pela resposta do recém-nascido a esse cuidar (com o olhar, sorrir) que funciona como feedback junto dos pais”.

Enquanto futuro Enfermeiro Especialista estou consciente do impacto que tem na qualidade do desenvolvimento futuro destes bebés um processo de vinculação segura e bem-sucedida. De igual forma reconheço que se este processo parece inato em algumas mães/pais e bebés, em algumas circunstâncias pode tornar-se um processo bastante complexo e difícil de gerir, nomeadamente quando estes pais se deparam com um bebé prematuro. A qualidade desta interação tem uma influência direta e bidireccional no que concerne ao processo de transição para a parentalidade. Na UCIN toda a equipa está sensibilizada para a promoção do desenvolvimento desta competência, existe na verdade um trabalho em equipa com os pais dos RN's internados, que é promotor da vinculação.

Nestas condições o estabelecimento de uma relação de vinculação pode ser muito lento e difícil. Assumir um papel ativo de proteção e cuidado ao filho é grandemente dificultado. Não é de estranhar, portanto, que os especialistas em Neonatologia (Klaus & Kennell citados por Brazelton, 1988, p.79) considerem que os profissionais que trabalham nestas unidades devem desempenhar um papel importante na

promoção desta relação, e no desenvolvimento de atitudes parentais positivas e de maior autonomia, de modo a que, no momento da alta, os pais estejam preparados para assumir a responsabilidade pelos cuidados ao seu filho nas melhores condições possíveis.

O papel parental vai-se modificando paralelamente à medida que a criança vai crescendo e desenvolvendo. Em todos os estádios de desenvolvimento acontecem alterações no comportamento da criança/jovem, nomeadamente quando em situação de doença/hospitalização o que inevitavelmente se traduz em alterações do papel parental.

No estágio de internamento geral em Pediatria a maior parte das crianças/jovens e suas famílias a quem prestou cuidados, a esmagadora maioria das crianças encontravam-se nos estádios etários denominados de Toddler e Escolar. No primeiro período corresponde um estágio de desenvolvimento em que a mobilidade, a linguagem e o exercício do controlo e autonomia são as tarefas mais importantes. A hospitalização vem constituir, assim, uma ameaça e provocar uma potencial regressão no seu desenvolvimento (Hockenberry & Wilson, 2007). O ambiente ameaçador e a quebra das rotinas diárias que fomentavam a sua autonomia colocam a criança numa situação de grande vulnerabilidade emocional, dependente dos seus pais que são os únicos que lhes podem fornecer um maior sentimento de segurança e confiança. Estes vêem assim o seu papel parental alterado, exigindo um reforço da promoção da segurança básica e da autonomia do seu filho, sentimentos que Erickson refere como próprios do desenvolvimento da criança nesta idade.

Em situação de doença, mesmo o escolar que lida melhor com a separação pode ter aumentada a necessidade de segurança e de orientação parental. A criança perde a sensação de competência, de capacidade e competição e sente-se triste pelo afastamento dos amigos e das actividades escolares, podendo desenvolver sentimentos de inferioridade e ocorrer regressões no desenvolvimento (Green, 1983; Curley et al, 1996). Esta etapa do desenvolvimento foi para a discente desafiadora, por inúmeros fatores, primeiro pelo facto de se tratar de crianças com doenças crónicas, fator merecedor de especial enfoque aquando da sua apropriação para comunicar e cuidar adequadamente destas crianças/jovens. As mesmas verbalizam

com alguma frequência “sentimentos de solidão, aborrecimento, isolamento, depressão pela necessidade de expressar a sua raiva, hostilidade e outros sentimentos negativos e comportamentos agressivos para com os pais, profissionais e pares.” (Hockenberry & Wilson, 2007)

Existem momentos na vida de qualquer criança que por motivos alheios à vontade da própria e dos seus pais, ocorre uma situação de doença crítica e/ou imprevista. No serviço de urgência de pediatria são atendidas situações não programadas, caracterizadas pelo risco de vida eminente ou não, em que os pais/cuidadores solicitam uma resposta rápida e eficiente no momento.

A função do enfermeiro vai para além dos cuidados específicos a cada situação, atendendo a criança de modo eficaz e seguro, dando atenção tudo o que está à sua volta, com a finalidade de diminuir ansiedade/medo ligada a todo um ambiente desconhecido. Procurou aquando da sua experiência neste estágio, organizar e gerir os seus cuidados de forma a obter tempo disponível para escutar e esclarecer as dúvidas destes pais numa linguagem que pudesse ser entendida pelos mesmos com a finalidade de reduzir a ansiedade associada à situação que estão a vivenciar. Neste sentido, a maioria dos pais quando chegam e permanecem no serviço de urgência encontram-se extremamente ansiosos, não entendendo muitas das informações que lhe são fornecidas (Hockenberry e Winkelstein, 2007; Jorge, 2004).

Na USF foi principalmente durante as consultas de enfermagem de saúde infantil e vacinação que surgiu o maior número de oportunidades para aprofundar os processos de implementação e gestão de planos promotores da parentalidade, numa lógica de parceria de cuidados com os pais dos respetivos bebés.

Na primeira consulta de enfermagem de saúde infantil, através da observação participante, verificou que à semelhança do que observa na sua prática de cuidados em contexto hospitalar, as puérperas apresentavam dúvidas, quer em relação a si próprias, quer em relação ao RN. Na sua grande maioria as dúvidas prendiam-se com questões relacionadas com a amamentação, nomeadamente dificuldades na técnica e posicionamento do bebé, mamilos fissurados, ingurgitamento mamário, edema mamário e mastites. Verificou a urgência no esclarecimento e acompanhamento destas mães, dado que, estas dúvidas rapidamente passaram a

ser consideradas dificuldades, uma vez que interferiam não só no estado físico e psicológico da puérpera mas de igual modo na alimentação do RN. Procurou durante as consultas fazer o reforço dos cuidados antecipatórios preconizados para a fase de vida da criança e de uma maneira geral observou um planeamento de cuidados negociado e promotor das competências parentais.

Passando ao terceiro grupo que propusemos para a descrição e reflexão sobre as atividades mais relevantes, iremos reportar-nos agora às experiências relativas às situações de saúde mais complexas como são o caso de crianças com necessidades especiais e situações de risco, especificamente as de risco psicossocial.

Tendo por base o referido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2011), entendemos a “Criança com necessidades especiais de cuidados são as crianças que apresentam condições especiais de saúde com necessidades de cuidados contínuos, sejam eles de natureza temporária ou permanente” e compreendemos por doença crónica “qualquer doença de evolução prolongada, que exija uma vigilância de saúde e tratamentos específicos, com vista a uniformizar um padrão de qualidade que vise a normalização.

Numa época de um avançado conhecimento das necessidades destas crianças e das estratégias de resposta mais adequadas, mas simultaneamente uma época marcada por uma forte racionalização de custos, em que se torna difícil o equacionar das diversas necessidades de dependência das crianças/jovens, por restrições importantes nos gastos da saúde e da segurança social, leva-nos à necessidade de definir novas políticas administrativas e de gestão com a finalidade de utilizar de forma mais eficiente os recursos de saúde existentes, sem prejuízo das crianças. Aqui incluem-se o conhecimento dos indicadores globais de saúde, os indicadores de saúde na rede europeia, as políticas de promoção, de tratamento e reabilitação, e as estratégias para obtenção de mais saúde na infância e juventude.

A formanda teve contato com este tipo de experiências de uma forma mais significativa nos ensinamentos clínicos de internamento geral de pediatria e na urgência pediátrica.

No internamento de Pediatria prestou cuidados a crianças e jovens com doenças raras, como as Mucopolissacaridoses ou a Doença de Pompe, doenças crónicas incapacitantes e de risco social por abandono, dado verificarem-se situações de crianças institucionalizadas e vítimas de maus tratos ou de exclusão social por serem portadoras de uma doença rara. Para além do investimento a nível de conhecimentos científicos para cada situação, neste estágio, a formanda investiu no desenvolvimento de competências relacionais de forma a conseguir dar respostas adequadas e fundamentadas a estas crianças e famílias.

Na presença de uma criança com alterações do desenvolvimento, o enfermeiro deve ensinar os pais a reconhecerem as potencialidades do filho e a estimulá-las. Desta forma, vamos contribuir para o desenvolvimento de uma autoperceção da competência parental que os torna mais aptos no desempenho da sua parentalidade (OE, 2010) e consequentemente para uma adequada estimulação da criança.

A promoção dos direitos e proteção de crianças e jovens em risco tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde. Na prática, já estava consciente da importância do conhecimento do contexto sociocultural e dos recursos comunitários existentes, porém o contato direto com este tipo de problemáticas em contexto clínico, tornou-se primordial para a sistematização e clarificação de algumas informações importante, tais como o conhecimento da legislação e dos mecanismos legais de atuação perante este tipo de situações específicas de risco, e dos núcleos de apoio existentes para crianças e jovens em risco.

Dar mais apoio às crianças/jovens e suas famílias com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, de forma a reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e ao reconhecimento destes pais como primeiros prestadores de cuidados são aspectos prioritários. O EESIP deve trabalhar em parceria com estas famílias a aceitação do estado de saúde dos seus filhos, capacitá-los num processo de aprendizagem (ensinar; validar; instruir; treinar) de preparação para uma alta para e na qual vão necessitar de se munirem de conhecimentos e de condições de apoio para este novo papel parental, no sentido de se adaptarem a esta nova realidade. Neste tipo de realidades é necessário a intervenção de uma equipa multidisciplinar. Tal como nos diz Noronha (2010) “é

necessário a atuação de uma equipe inter e multidisciplinar/multiprofissional, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas — motora e respiratória—, fonoaudiólogos, assistentes sociais e psicólogos para atender a criança e a toda sua família. Dar suporte e apoio a criança portadora da doença e aos seus familiares também, pois se deparam com uma realidade pouco conhecida e discutida.”

Verifica-se uma prática que incide sobretudo numa perspectiva dos três níveis de prevenção no sentido de empoderar os pais de conhecimentos que fortaleçam as linhas flexíveis de defesa e diminuam a possibilidade das crianças se encontrarem com outros agentes stressores e que simultaneamente promovam os fatores de reconstituição.

No estágio na urgência pôde constatar e testemunhar que lamentavelmente as situações de maus-tratos em crianças e jovens continuam a acontecer. É um verdadeiro problema de saúde pública a nível mundial. Os enfermeiros devem estar atentos aos sinais de alerta, sintomas e negligência.

A urgência é muitas vezes a porta de entrada para crianças ou jovens vítimas de violência. É na triagem que muitas vezes se conseguem identificar sinais de vulnerabilidade e alerta ou mesmo evidência de sinais e sintomas de maus tratos (MAURER, 2010). No contexto clínico de urgência, especificamente na triagem foi o único cenário onde observou a ocorrência deste tipo de situações.

Definir "Maus tratos infantis" é uma tarefa exigente, "Definir significa identificar, quantificar algo, que deverá ser feito sem ambiguidades. E, quando falamos de maus tratos à criança, fruto dos factores que nele interferem, a sua definição resultará inevitavelmente vaga" (STEVENSON 1993, p.13). A identificação dos factores de risco é fundamental porque permite actuar a jusante e a montante das situações de maus tratos, ou seja, é uma função e um tipo de intervenção que se encontra associada aos programas de prevenção primária, secundária e terciária com modelos de intervenção próprios.(APAV, 2011)

“Os Maus Tratos resultam da conjugação de diferentes factores (de risco, protecção e agravamento/crise de vida) que interagem entre si e que devem ser ponderados durante a avaliação da situação” (DGS, 2011).

Pode ser muito difícil, em contexto de urgência, avaliar os factores de risco, pois a triagem é um processo que requer uma intervenção rápida. Estes factores são normalmente múltiplos e podem estar relacionados com o próprio sujeito, as características da própria criança e o contexto social, de apoio ou stress, em que a relação está inserida.

Os enfermeiros são em muitas situações o primeiro recurso de apoio a estas crianças e jovens, bem como às suas famílias. A formanda nunca tinha contactado, no papel de prestadora de cuidados, com este tipo de situações. Tomando por base o enunciado de posição da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007c), “o enfermeiro deve assegurar a salvaguarda dos direitos da criança, protegendo-a de qualquer forma de abuso (alínea b) do artigo 81º) e encaminhar para outro profissional (ou outra entidade) mais bem colocado para responder ao problema, quando a situação ultrapasse a sua competência” (alínea b) artigo 83º). Só uma intervenção de proximidade com as populações, com os parceiros institucionais adequada pode promover cuidados de enfermagem de forma coordenada e integrada e garantir a continuidade de cuidados à criança, ao jovem e família de risco.

Nas situações que inicialmente experienciou teve um papel de observadora de forma a tomar consciência das boas práticas de intervenção através da atuação da Enfermeira Orientadora. “Atender e apoiar crianças e jovens, bem como os seus pais e familiares, exige do profissional o conhecimento de princípios orientadores da intervenção a realizar.” (APAV, 2011)

Tomou conhecimento da importância que os dados colhidos durante a anamnese assumem para o diagnóstico de maus-tratos. Quanto mais detalhada for a informação recolhida, mais adequada será a avaliação da problemática e mais eficientes serão as estratégias de intervenção a delinear futuramente. São situações de grande emotividade e fragilidade tanto para a criança como para a família, pelo que devemos agir de uma forma tranquila, proceder a uma escuta ativa de suporte, transmitindo confiança e utilizar uma linguagem simples na tentativa do estabelecimento desta relação de intencionalidade terapêutica.

A observação é outra etapa fundamental para o diagnóstico de situações de maus-tratos. É importante estar atento à expressão comportamental da criança mas

também às interacções que estabelece com os pais/acompanhantes. A observação deverá incluir uma avaliação: i) do estado físico da criança (pele, cabelo, unhas, roupa, etc.); ii) do crescimento e desenvolvimento; iii) do estado emocional da criança; iv) do estado emocional dos pais (relação pais/filho).

Sabemos que não é possível enumerar todas as situações de crianças e jovens em risco ou com necessidades especiais, nem estabelecer um programa único de atuação. Cabe assim toda a equipa de saúde identificar, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados.

Segundo a norma da Direcção Geral de Saúde, as alterações no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) “Relativamente às situações de risco, à ocorrência de maus tratos ou à presença de necessidades de saúde especiais, os serviços de saúde devem desenvolver estratégias de intervenção particularmente adequadas àqueles problemas o que pressupõe a articulação privilegiada entre o PNSIJ, a Acção de Saúde Crianças e Jovens em Risco, o Programa Nacional Saúde Escolar e o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, entre outros”. (DGS, 2013).

Por fim, naquele que designamos pelo nosso grupo, abordamos a intervenção de enfermagem com a criança face à dor, dando ênfase a algumas estratégias de comunicação. A dor, que foi considerada o 5º sinal vital (DGS, 2003), deve merecer a melhor atenção, de modo a ser minimizada, uma vez que consiste num estímulo sensorial negativo que, para além do intenso desconforto, pode comprometer o desenvolvimento. A dor é sem dúvida um foco de atenção do EEESCJ.

A normativa da DGS recomenda-nos que a “dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital” (DGS, 2003).

A monitorização da dor é uma intervenção de enfermagem que deve fazer parte do plano de cuidados de todas as crianças que recorrem aos serviços de saúde. Neste sentido, identificou a necessidade de aprofundar o seu estudo nesta matéria. Os instrumentos para mensurar a dor podem ser unidimensionais ou multidimensionais. A dor é monitorizada com instrumentos de avaliação próprios para cada idade pediátrica. Denominam-se as escalas de avaliação da dor. Podem ser de auto-avaliação (numérica, de faces, qualitativa) ou de heteroavaliação, sendo que estas últimas estão adaptadas para crianças com incapacidades cognitivas ou de comunicação verbal, baseadas nos indicadores hemodinâmicos e comportamentais adequados ao estágio de desenvolvimento de cada criança. (DGS, 2003)

Nos vários estágios pode identificar várias escalas que são utilizadas aquando da monitorização da dor. Na UCIN a escala utilizada, de EDIN (heteroavaliação) permite a identificação da dor no recém-nascido por forma a implementar intervenções não farmacológicas. Aqui verificou que a equipa de enfermagem demonstra uma atenção especial para estas questões, pelo que tem vindo a investir na realização de projectos, normas e estudos acerca do método canguru, da massagem de conforto, e da dor. Os enfermeiros recorrem à sacarose, e proporcionam períodos de repouso, posicionamento com contenção através da utilização de ninhos e rolos, bem como da sucção não nutritiva. Estes aspectos vão ao encontro do que referem alguns autores, como Wolke (1995): nas UCIN “é prática frequente a utilização de medidas protectoras, nomeadamente na redução do ruído da luz e no manuseamento mínimo dos bebés, na organização do padrão de cuidados, considerando a individualidade do bebé e o momento adequado para a prestação de cuidados (Blackburn E Vandenberg, 1993).

No internamento de pediatria a monitorização da dor é realizada através da aplicação de escalas de auto-avaliação e de heteroavaliação (de acordo com a idade e situação clínica), ainda que de uma forma nem sempre sistemática. O planeamento de cuidados não contempla a escala que está a ser aplicada a cada criança o que, por vezes torna difícil perceber qual a evolução da dor e quais os resultados obtidos com as intervenções implementadas. Não existir uma uniformização da linguagem dentro da equipa de saúde dificulta a tomada de decisões homogéneas. (DGS, 2010)

No que respeita à USF constatou existir uma preocupação dos enfermeiros em minimizar o sofrimento da criança nos procedimentos invasivos: preparação dos pais, o uso da chucha e do aconchego. Não observou, contudo, a utilização de outras medidas, como por exemplo o uso de sacarose, que como sugerem os estudos de investigação de Curtis et al (2007) e de Gaspardo, Linhares e Martinez (2005), seriam mais eficazes.

No contexto da urgência de pediatria, a avaliação da dor é feita através do sistema informático de triagem Alert que contempla as diferentes escalas adaptadas aos diferentes estádios de desenvolvimento. No entanto, pelo facto de se tratar de um contexto urgente, onde se procuram respostas rápidas para solucionar os diferentes problemas de saúde constatou-se que, a maioria das vezes se recorre às medidas farmacológicas em prol das não farmacológicas.

Pude constatar que em nenhuma das realidades com que tive oportunidade de contactar é efetuada a história da dor. Tal procedimento, que salienta a importância da inclusão dos pais/cuidadores na equipa, uma vez que são quem melhor conhecem a criança, permite orientar a avaliação e o controlo da dor na medida em que ajudam a melhor compreender o significado de dor para a criança e família. Entende-se que, ainda que seja uma realidade pouco observada nos serviços de saúde, a realização da História da dor é de extrema importância para a adequação de medidas não farmacológicas no controlo da dor, pelo que deve ser alvo de grande atenção por parte dos enfermeiros. Valorizar e controlar a dor na criança permite, não só mitigar o sofrimento a curto prazo como também prevenir complicações de saúde físicas e psicológicas que possam comprometer o seu desenvolvimento. (Barros, L. 2003).

Na iminência de um procedimento doloroso, o enfermeiro é responsável por adequar medidas não farmacológicas que minimizem a dor. A implementação destas medidas inscreve-se numa filosofia de cuidados centrados na família uma vez que integram os cuidados não-traumáticos, ou seja, adequar medidas não farmacológicas no controlo da dor permite o “fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, no sistema de cuidados de saúde.” (Hockenberry, Wilson, 2014, p12).

Várias são as estratégias não farmacológicas que devem ser mobilizadas no controlo da dor. As formas como devem ser adequadas a cada criança dependem, não só da sua idade, como do seu estágio de desenvolvimento e das suas experiências anteriores.

Na UCIN são utilizadas, várias medidas não farmacológicas para o controlo da dor. Assiste-se a uma prática que evidencia que a equipa reconhece a dor como um estímulo sensorial desagradável que pode comprometer o desenvolvimento do SNC do recém-nascido. Aquando da punção venosa observa-se administração de sacarose, a contenção e a sucção não nutritiva. Tais estratégias vão de encontro à fase de desenvolvimento do recém-nascido, que segundo Freud se encontram numa fase oral (obtem prazer através do chuchar) e incluem-se no preconizado pelo guia orientador de boas práticas (OE, 2013).

No internamento de pediatria tive oportunidade de identificar processos de cuidados na gestão da dor em toodler e em crianças em idade escolar. Neste contexto, observa-se o recurso à distração e à brincadeira terapêutica quando se tratam de toodlers. Segundo Piaget, as crianças até aos 4 anos de idade encontram-se numa fase pré-operatória pelo que utilizam o pensamento mágico para dar significado às coisas. Assim, a brincadeira terapêutica consiste num instrumento terapêutico fundamental na redução da ansiedade, ao permitir a exteriorização de sentimentos negativos vivenciados e ao facilitar aprendizagens sobre o ambiente, assumindo-se como elemento crucial no desenvolver da relação entre o enfermeiro e a criança (Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo, 2010).

Assim, com a criança entre o 1 e os 3 anos de idade, com quem tive mais oportunidades de intervir, as principais actividades de brincar variam gradualmente evoluindo de um jogo repetitivo simples para o jogo simbólico do faz-de-conta, permitindo à criança exprimir as suas imagens mentais das suas emoções, desejos e necessidades (Brazelton & Greenspan, 2009). Brincamos no Serviço de Internamento geral de Pediatria com puzzles, fazer colagens, manipular tintas e massas, jogos de imitação e faz-de-conta utilizando bonecas. A brincadeira terapêutica permite momentos de distração que possibilitam a focalização da atenção da criança num estímulo que não o doloroso. “Todas as estratégias de distração se baseiam no racional da competição de estímulos, na extraordinária

capacidade da criança para aderir e se deixar conduzir por estímulos lúdicos, e da forma centrada no aqui e agora que a criança tem de viver as suas experiências.” (Barros, 2003)

As crianças em idade escolar encontram-se na fase operatória de Piaget. O desenvolvimento intelectual e da linguagem, através das capacidades de classificar, seriar, organizar, aprender a ler e a escrever, determinam também muitas das suas actividades lúdicas preferidas. Brincámos a pintar, a desenhar e jogar jogos preferidos, durante os quais foi possível compreender melhor o modo como a criança se estava a sentir, as suas necessidades de cuidados, nomeadamente com as intervenções relativas à redução dos medos associados à situação. Também na idade escolar a distração é um método eficaz na gestão da dor. Recorremos à televisão e aos jogos de telemóvel como forma da criança desviar a sua atenção do estímulo doloroso e se concentrar numa atividade do seu interesse. No fundo, o que se pretendeu foi, “... propor ou sugerir à criança e jovem uma situação suficientemente atraente e envolvente para conseguir concentrar a sua atenção, de modo a que os estímulos nódicos fiquem em segundo plano e sejam esquecidos ou a sua perceção seja menos intensa e central.” (Barros, 2003)

Várias estratégias para preparar a criança para procedimentos, de forma a proporcionar o cuidado não traumático, foram já estudadas e referidas na literatura. Estas estratégias envolvem: incluir os pais nos cuidados, informá-los do seu papel, avaliar o nível actual de compreensão, dos pais e da criança, planear o procedimento de acordo com a idade da criança e do seu desenvolvimento, reforçar os benefícios do procedimento e enfatizar os eventos positivos posteriores. (Hockenberry, M, J 2006, p. 709). Estas orientações estão contempladas no artigo 4º da Carta da Criança Hospitalizada. Seria importante que estas medidas se tornassem sistemáticas nesta área pela mais-valia que trariam à melhoria dos cuidados prestados. A minha prestação de cuidados teve uma base desenvolvimentista, minimizando sempre que me foi possível, intervenções desnecessárias, dor e desconforto na criança e no jovem.

2.2. A Prevenção do Erro Terapêutico nos Processos de Cuidados nos diferentes contextos de Ensino Clínico

“Os Enfermeiros Pediátricos deveriam ser líderes na redução de erros clínicos e eventos adversos com medicamentos em crianças, uma vez que não são apenas responsáveis por alguns deles, mas principalmente porque os enfermeiros são como a última linha de defesa”

(PNAE, 2012)

Este subcapítulo procura ilustrar as experiências vivenciadas nos diferentes estágios, e o modo como estas contribuíram para a construção do Programa de Intervenção que se encontra em processo de implementação.

Procuraremos descrever/analisar o que se observou sobre o circuito do medicamento, os fatores associados à ocorrência de erros, o funcionamento e organização das unidades e dos cuidados de enfermagem, os métodos de distribuição de distribuição de trabalho no sentido do seu contributo relativamente à prevenção e ocorrência do erro. Esta informação recolhida e posteriormente trabalhada promove a segurança das práticas, nas dimensões éticas e deontológicas promovendo competências de enfermeiro especialista (EE) (RCC, O.E., 2010, p.6).

Antes de nos dirigimos ao processo do medicamento, é necessário abordar duas questões, a organização do serviço e a existência de guias que orientem os profissionais de saúde para as boas práticas. Verificou-se a existência de guias de boas práticas no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e nas Unidades de Cuidados Neonatais (UCIN).

O número de doentes por enfermeiro e um fator que pode levar a que haja erro. O método do enfermeiro de distribuição individual em cada turno, ao atribuir um determinado número de doentes a cada enfermeiro, permite manter nesse turno a continuidade dos cuidados contribuindo para uma maior segurança e qualidade na prestação de cuidados. Em todos os locais de estágio foi possível constatar que este é o método selecionado, podendo variar o número de doentes por enfermeiro.

Quanto à avaliação das dimensões e procedimentos de maior fragilidade que podem estar na causa do maior número de incidentes, faremos a sua apresentação pelas diferentes fases do processo do medicamento.

Assim surge como primeiro domínio o *armazenamento*. Neste verificou-se a existência de situações opostas no que diz respeito à organização dos medicamentos. Dos quatro locais de estágio, o serviço de urgência pediátrica, revelou estar na vanguarda da segurança e qualidade da prestação de cuidados uma vez que é utilizado um sistema de distribuição automatizado designado de Pyxis. Este aparelho permite estabelecer, a partir da prescrição em sistema informático, um sistema seguro e eficaz de armazenamento e distribuição de medicamentos, além de promover uma maior disponibilidade ao enfermeiro pois é aos serviços farmacêuticos que é atribuída a responsabilidade pela seleção, aquisição, conservação, dispensação e distribuição dos medicamentos. De seguida de modo a levantar a terapêutica, o enfermeiro executa um procedimento de segurança padrão, passa em primeiro lugar em se identificar, por um sensor biométrico ou em caso de alguma avaria deste, o número mecanográfico, este procedimento dá-lhe acesso a consola do Pyxis. No interface deste, aparece a identificação da criança, com o seu número de inscrição e a respectiva terapêutica escrita pelo médico da urgência que a observou, informação esta que foi transmitida ao Pyxis pelo programa informático ALERT-ER®. O enfermeiro confirma a sua identificação novamente e abre-se uma gaveta com a terapêutica, simultaneamente é impressa uma etiqueta que contém a identificação da criança para ser anexa a terapêutica,

No lado oposto encontra-se umas das UCINs onde estagiou, pois pôde verificar a não existência de sinalização e a devida separação da medicação, acrescentando o risco de erro, porque alguns desses medicamentos são considerados de alto risco ou potencialmente perigosos. No que diz respeito às restantes unidades pelas quais passou, a segunda UCIN apesar de não possuir um sistema considerado de excelência, face às práticas atuais, tem já implementado um sistema de sinalética baseado nas linhas orientadores da JCI em funcionamento num tipo de "armário padrão. Tal como sucede na SUP, os serviços farmacêuticos são os responsáveis pela reposição das terapêuticas. No Internamento Pediátrico Geral vigora um

sistema que recorre à utilização do carro terapêutico para armazenamento das terapêuticas de cada doente, e também um tipo “armário padrão”, no entanto não está implementado o sistema de sinalética acoplado a ambos, relativamente aos medicamentos de alto risco.

Na Unidade de Saúde Familiar não houve nada de significativo para o Programa, no que diz respeito ao domínio do armazenamento. Na sala de tratamentos, normalmente os utentes levam as terapêuticas, injectáveis consigo com as respectivas guias de tratamento. Prestam cuidados de saúde primários. Como tal, não se verifica medidas no domínio do armazenamento.

Em segundo lugar no processo do medicamento, temos a *prescrição*. Dos sistemas menos falíveis estudados, apenas o serviço de urgência possui o sistema de prescrição electrónica. Nos restantes locais o sistema que vigora é o de prescrição manual, embora posteriormente o circuito que esses registos assumem seja diferente.

No Internamente Pediátrico Geral cada folha terapêutica individual de cada criança é preenchida por um enfermeiro pelo método de transcrição das prescrições que constam nos diferentes processos clínicos correspondentes a cada criança respectivamente para a folha terapêutica da respectiva criança que fica arquivada no Kardex. Ainda neste contexto as requisições de medicação correspondentes a cada criança são colocadas em local próprio no serviço e são recolhidas diariamente pelos assistentes operacionais do serviço que as transportam até aos serviços farmacêuticos da instituição. Dependendo da urgência da terapêutica, se for de carácter não urgente, esta acumula juntamente com outras, se for de carácter urgente, é enviada de imediato para a farmácia.

Na UCIN, a prescrição dos medicamentos é feita manualmente no verso das folhas de registo de enfermagem de cada bebé, daqui são transcritas para os respetivos cartões de medicação., estes por sua vez são guardados nas gavetas até serem necessários para a preparação das terapêuticas. As folhas de registo de enfermagem são guardadas juntos às incubadoras dos bebés, presas numa prancheta. No que se reporta às prescrições médicas efetuadas manualmente, constatou nas passagens de turno, por momentos informais com os enfermeiros do

locais por onde estagiou ou por observação pessoal a existência de prescrições rasuradas, não perceptíveis e por isso suscetíveis de dúvida, prescrições incompletas com abreviaturas não universais. Um tipo de erro frequente que se constata está relacionado com falhas de comunicação entre a equipa.

Os dois últimos domínios do processo do medicamento abordados neste relatório são o da preparação e administração da terapêutica.

Do que pudemos experienciar destes dois passos na USF, estes apenas se verificam aquando da preparação de vacinas e/ou situações de urgência como por exemplo choque anafilático, situações que foram referidas já terem acontecido

Primando uma vez mais por apresentar um sistema de excelência a SUP recorre ao Pyxis. Este sistema possui um interface que lhe permite estar ligado ao sistema de registos (ALERT-ER®), historial médico de cada doente, assim aquando da preparação, o enfermeiro identifica-se no sistema, e obtém a terapêutica, correta para o doente certo na dose correta. Ou seja o sistema de registos (ALERT-ER®) envia a informação sobre a terapêutica adequada, dose, método de administração, e aquando da identificação por parte do enfermeiro, abre-se uma gaveta correspondente a essa prescrição.

No serviço de internamento geral de pediatria, é utilizado o sistema de administração de terapêutica, designado por sistema unidose. Este é um método que implica a intervenção de um grande número de elementos da equipa multidisciplinar. O carro terapêutico contém os módulos com as gavetas individuais de cada doente (identificadas) e com separações pelas horas de administração dos fármacos. Na UCIN onde agiu com membro observador, observou que cada enfermeiro, pega na folha da terapêutica, e prepara, identifica e administra toda a terapêutica dos bebés pelos quais é responsável, rotula e assina na folha terapêutica desse mesmo bebé.

Na UCIN, onde é prestadora de cuidados, observou em relação à preparação e administração de terapêuticas que o sistema utilizado é um sistema considerado envelhecido.

A terapêutica é preparada num ambiente propício à ocorrência de erros, não só por ser um espaço reduzido mas também porque não existem protocolos que estipulem o número máximo de enfermeiros simultaneamente no preparo de medicação no fluxo laminar. O enfermeiro, vai buscar às gavetas os cartões anteriormente escritos com a terapêutica correta e para o bebé certo com a hora correta a administrar, e leva esse cartão para o fluxo laminar de modo a proceder à preparação da terapêutica. Após a terapêutica estar preparada, esta é levada em conjunto com o cartão para ser administrada ao bebé. Após a terapêutica ser administrada, o cartão regressa à respetiva gaveta de modo a que possa ser guardado e/ou ser reutilizado. Observou também que não existem etiquetas identificativas nos medicamentos de uma forma completa.

Em todos os domínios descritos como aprendizagens positivas e negativas no que diz respeito ao processo de prevenção de incidentes terapêuticos, todos os locais de estágio podem vir a apresentar uma melhoria das suas práticas. A implementação de sistemas de notificação de erros nas unidades, trazem a possibilidade de o profissional de saúde notificar qualquer evento adverso que ocorra e as condições em que ocorreram. Por todos os locais de estágio por onde passou foi possível identificar que a notificação não é ainda uma prática sistemática de todos os profissionais de saúde, mesmo quando referem estar sensibilizados.

Em todos os locais por onde estagiou, com a exceção da UCIN onde agiu como enfermeiro-observador, a notificação baseia-se numa tradicional caixa de sugestões/reclamações, onde os profissionais de saúde, inserem uma folha específica, anónima criada pelo Gabinete de Gestão de Risco, onde reportam o tipo de erro registado. A UCIN onde esteve como enfermeiro-Observador possui um método moderno de notificação dos erros, com recurso a uma plataforma informática. Este sistema é igual ao do método tradicional, mas a possibilidade de reportar um erro pelo sistema do hospital em relação a todos os outros locais de estágio é maior, pois este está inserido num computador com um programa designado de "HER". Este programa tal como no sistema de folhas, permite anonimato, destaca-se do método tradicional uma vez, que no método tradicional a recolha das folhas é feita por um funcionário do hospital podendo levar um tempo

indeterminado até ser entregue ao GGR, no programa “HER” esse envio é imediato tornando assim mais rápido este tipo de notificação.-

Ainda é de salientar que em todos os locais de estágio onde passou, para além da temática que se propunha a trabalhar, lhe foi solicitada colaboração em aspetos em que nos contextos era reconhecida necessidade de actualização. Assim comprometeu-se no serviço de internamento pediátrico, a realizar uma acção de formação após a implementação do Programa de Intervenção, que consta neste relatório, na UCIN onde presta cuidados.

Na Urgência Pediátrica elaborou um dossier a que denominou de “Gestão do Risco” onde constam, de uma forma organizada e sequencial, os documentos fundamentais para uma correta prática de preparação e administração de medicamentos, tais como formulários, normas circuito/tratamentos da informação, objectivos, princípios e competências relativos à política de gestão do risco, e ainda a lista de verificação dos fatores contributivos/adjuvantes à ocorrência de incidentes com medicamentos. Elaborou também um outro dossier, neste caso para a USF, que contém as últimas normas e directrizes de atuação emitadas pela Direção Geral de Saúde. Com recursos aos Protocolos de Urgência Pediátrica (Departamento da Criança e da Família, 2011), adicionou também protocolos com as corretas dosagens de terapêutica a administrar e os restantes procedimentos ajustados a cada idade pediátrica. Estas normas, directrizes, protocolos foram publicados com a colaboração e validação dos médicos na USF em questão.

Decorrente da sua experiência como Formadora do Centro de Formação da instituição em que trabalha, na USF realizou uma acção de formação e elaborou dois posters com os últimos algoritmos de Reanimação Cárdio-Respiratória (RCP) de acordo com a “European Resuscitation Council” (ERC) 2010, um para afixar na sala de tratamentos, no caso de PCR no Adulto, e outro para afixar na sala de SI no caso de PCR na criança. A sessão de formação teve como título “Intervenções de Enfermagem em SBV Adulto e Pediátrico e em situação de OVACE”. (Apêndice III). Esta sessão foi facilitada com o requisito de um manequim de pediatria para cursos de reanimação pediátrica por parte da formanda, ao director do serviço onde presta cuidados. Uma vez que, da sessão realizada e dos resultados dos questionários aplicados, podemos afirmar que o grau de satisfação por parte dos formandos foi de

“Muito Bom ” (Fig.1, Apêndice IV). Quanto aos resultados da Avaliação Geral (Fig.2 Apêndice IV), obteve igualmente um grau de satisfação compreendido no “Muito Bom a Excelente”, pelo que se pode inferir que a formação teve uma apreciação positiva.

A formanda considera que o conjunto destas sínteses reflexivas enquanto partilha de experiência, lhe foi útil em termos de consolidação das aprendizagens feitas e que possa vir a ser útil ao leitor, uma vez que por norma, as partilhas de experiências e de pontos de vista faz-nos crescer enquanto profissionais e pessoas rumo a excelência do cuidar. A qualidade exige reflexão sobre a prática, para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir sobre os cuidados prestados.

3. Construção do Programa de Intervenção para a Prevenção do Risco de Ocorrência de Incidentes Terapêuticos numa UCIN

Neste capítulo pretende-se espelhar o caminho percorrido pela discente para a elaboração do Programa de Intervenção na sua unidade. Este foi realizado em paralelo com o percurso formativo concretizado nas experiências de estágio clínicos referenciadas anteriormente.

A construção deste Programa tem-se revelado incessantemente desafiadora, a sua implementação um estímulo permanente pois engloba uma constante atualização de conceitos e práticas sobre esta matéria.

O início do processo de construção do Programa surgiu em simultâneo com o clarificar da problemática em estudo, que brotou do diagnóstico de situação realizado anteriormente na Unidade Curricular de Opção II.

Dos estudos feitos na UCIN a partir de 2010, após a implementação do sistema de notificação de eventos de risco, e que se apresentam no diagnóstico de situação do Projeto, (APENDICE I) foram o reconhecimento da importância atribuída pelos profissionais desta unidade às questões do erro para a segurança e qualidade dos cuidados que prestam aos recém-nascidos.

A implementação de estratégias para a diminuição da ocorrência de erros de medicação em todas as dimensões/etapas do processo do medicamento não seria uma tarefa concretizável durante o curso, por questões de ordem temporal, e pela própria dimensão da tarefa em si, pelo que optámos por trabalhar neste Programa as dimensões de maior realce sentidas, notificadas e vivenciadas de forma menos positiva, neste momento, pela equipa da UCIN, ficando as restantes para trabalhar posteriormente em serviço. Estas últimas serão as dimensões da transcrição e da monitorização da terapêutica.

Partindo do conhecimento adquirido, das experiências acumuladas e da reflexão relativa à responsabilidade profissional, ética e legal, tornou-se exequível a criação deste Programa de Intervenção para a equipa da UCIN, com a ambição de diminuir

a ocorrência de incidentes terapêuticos relacionados com os erros de medicação, através da implementação de estratégias relativas a quatro fases do processo do medicamento: i) armazenamento (criação de uma sinalética de segurança); ii) prescrição (registo da prescrição e o circuito desses registos); iii) preparação (implementação de alguns procedimentos e normas de segurança e qualidade); iv) administração (incentivo ao cumprimento de protocolos de segurança).

A estrutura do Programa está patente no seu índice, de forma a permitir uma consulta rápida do mesmo. Neste capítulo vamos, de forma sucinta, enunciar as etapas mais significativas do percurso metodológico que conduziram à elaboração do mesmo. É um programa que se pretende que seja um instrumento de trabalho operativo para a UCIN, capaz de dar resposta aos objetivos propostos no nosso projeto e com resultados significativos na diminuição do risco de ocorrência de incidentes terapêuticos.

Após uma profunda pesquisa bibliográfica sobre a problemática em estudo, assente numa lógica sistemática, decidiu-se que seriam implementadas estratégias de prevenção do erro de medicação, com os devidos reajustes necessários, de acordo com as características particulares desta UCIN, baseadas nas *guidelines* das Metas Internacionais de Segurança dos Doentes emanadas pela *Joint Commission Accreditation* (JCI) desde 2008.

Da bibliografia consultada escolhemos a JCI por diversos motivos: i) por reconhecidamente ser uma organização de acreditação com grande experiência e credibilidade no mundo, com a missão específica de melhorar a qualidade da saúde na comunidade internacional, dando uma acreditação mundial aos serviços, através de uma avaliação regular e sistemática destes (hospitais e outras organizações de saúde), dentro e fora dos Estados Unidos, inclusive em Portugal; ii) o pressuposto de fundo do modelo apresentado por esta organização ser a segurança do doente segundo a *International Patient Safety Goals*, sendo este, o principal enfoque das suas metas; iii) o seu modelo exigir a definição e a utilização sistemática e consistente de indicadores de qualidade, associados a técnicas de melhoria contínua da qualidade.

Podemos dizer que o manual da JCI ([JCI,2011](#)) se divide em 3 capítulos: o primeiro corresponde às *Políticas e Procedimentos da JCI*; o segundo diz respeito aos *Padrões Centrados no Doente*; e por fim, o terceiro corresponde aos *Padrões relativos à Gestão de Organizações prestadoras de Cuidados de Saúde*.

Neste Programa vamos focar-nos particularmente, nos *Padrões Centrados no Doente* e, dentro destes, nas “Metas Internacionais de Segurança do Paciente” (IPSG) e na “Gestão e Utilização da Medicação” (MMU).

É ainda forçoso referir que o desejo e a motivação para iniciar a criação deste Programa emergiram da compreensão de que, a melhoria da qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos bebés internados na UCIN passa pelo reforço de uma cultura de segurança não punitiva, mas antes de excelência e responsabilidade no seio da equipa.

O Programa que designámos por - “Programa de Intervenção para a Prevenção do Risco de Incidentes Terapêuticos” está organizado em seis etapas: i) Clarificação de Conceitos; ii) Finalidade do Programa; iii) Objetivos do Programa; iv) Princípios Orientadores; v) Estratégias de Prevenção dos Incidentes Terapêuticos a implementar na UCIN e vi) Estratégias de Monitorização do Programa. No seu conjunto representam as linhas orientadoras do Programa.

A documentação referente ao Programa de Intervenção está disponibilizada para consulta na secção de Apêndice deste relatório. (Apêndice II)

Embora no início da apresentação do Programa seja feita uma breve abordagem a alguns dos seus conceitos centrais (etapa i), e se mobilize parte da revisão da literatura sobre a problemática em questão, à medida que o estudo foi sendo aprofundado emergiram outros conceitos e classificações relativas ao erro, como as categorias de gravidade, as suas tipologias e determinantes, a classificação e os fatores contributivos dos erros de medicação que, pela sua pertinência e para uma melhor e mais ampla compreensão da problemática pela equipa de saúde e de enfermagem, foram inseridos em anexo ao Programa. (Apêndice II))

Um dos objetivos que foi delineado no Projeto da Unidade Curricular – Opção II (Apêndice I) foi a partilha do conhecimento adquirido ao longo deste percurso formativo com a equipa da UCIN. Sendo esta problemática um processo inerente a toda a equipa, procurámos numa primeira etapa, sensibilizar e mobilizar a mesma, na participação da identificação dos fatores de risco. Em vários momentos, durante aproximadamente dez meses, lançou-se no seio da equipa, reflexões e questionamentos com intencionalidade, em reuniões com pequenos grupos de colegas, em conversas nas passagens de turno, durante os momentos de pausa com os elementos da equipa, e em momentos formais com a Enfermeira Coordenadora e com a Enfermeira Chefe. A partir, dos dados obtidos nestes momentos e das observações realizadas, foi formalizando o diagnóstico de situação nos diferentes domínios do processo do medicamento.

Assim, foram identificados, entre outros, os fatores de risco que a seguir se elencam. No que se reporta ao domínio do *Armazenamento* constatou que os medicamentos não se encontravam organizados segundo qualquer padrão ou sinalética, não existindo, de igual modo, normas para a separação dos medicamentos de alto risco. No domínio da *Prescrição* observou quanto às prescrições manuscritas a sua ilegibilidade, o estarem rasuradas e abreviadas, bem como a existência de prescrições de caráter verbal e/ou as efetuadas por via telefónica em situações de emergência. No domínio da *Preparação* constatou o recurso ao – sistema de cartões – para verificação da terapêutica a preparar, bem como o fato de não existir nenhuma norma relativamente ao número de enfermeiros a executar simultaneamente esta atividade no fluxo laminar, acrescentando assim o risco associado aos fatores ambientais (ex. interrupções e distrações). Ainda neste domínio apurou a incompleta identificação dos fármacos a administrar, bem como a inexistência da prática de dupla verificação (*double-checking*). Por fim, na *Administração de terapêutica* observou entre outros fatores, os riscos associados a esquecimentos, distrações, e atrasos. Após este diagnóstico preparámos o nosso programa que se encontra no apêndice (II) deste relatório. Nele consta uma nota introdutória onde se destaca a importância do estudo desta temática para o estado da arte da disciplina e da profissão de Enfermagem, uma vez que este estudo privilegia a excelência na qualidade da prestação de cuidados de saúde, bem como

a preocupação relativamente à segurança do doente. Fazemos ainda, uma breve descrição do decurso de edificação do Programa mencionando as dimensões do processo do medicamento que serão abordadas nesta primeira fase e nas seguintes.

No segundo momento clarificamos o conjunto de conceitos com base na bibliografia. Embora em algumas obras seja referido o conceito de processo de medicação, neste trabalho optou-se pela utilização do conceito de processo do medicamento, dado que por definição assumem a mesma significância.

Os conceitos estão organizados dos mais abrangentes para os mais específicos, e foram utilizadas como fontes, desde artigos científicos a dados fornecidos pelo Gabinete de Gestão de Risco da Instituição. Neste ponto reporta-se ainda para anexo um conjunto de quadros relativos às tipologias e classificações do fenómeno.

Destacamos da finalidade o fato de ser um programa que se funde na evidência científica e que pretende contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados. Salienta-se o seu objetivo mais abrangente que consiste na implementação de um conjunto de medidas relativas a este fenómeno, e um outro, já mais dirigido para a formação da equipa neste âmbito.

O programa reforça ainda os seus princípios orientadores desde o respeito da pessoa cuidada, da criança, dos valores profissionais, dos normativos, à grande responsabilidade dos profissionais e da própria organização.

As Estratégias de Prevenção dos Incidentes Terapêuticos a implementar na UCIN foram organizadas de acordo com as etapas do processo do medicamento, tal como preconizado nos seguintes padrões relativos à “Gestão e Utilização da Medicação” (MMU): Armazenamento de Medicamentos; Prescrição, Administração e Transcrição; Preparação e Dispensa; Administração de Medicação e Monitorização dos efeitos e Erros de Medicação. Na sua abordagem serão consideradas as seis metas definidas pela JCI, nomeadamente as relativas à: Melhoria da Comunicação Eficaz e da Segurança dos Medicamentos de Alto Risco.

Baseando-nos nos normativos da JCI (2011), no domínio do *armazenamento*, destacamos: i) a separação e identificação dos Medicamentos de Alto Risco (Concentrados de Electrólitos; Medicamentos “*Look Alike*” e “*Sound Alike*”; Medicamentos com Diferentes Doses; Hemoderivados; Medicamentos de Alerta); ii)

a introdução da sinalética preconizada para os diferentes grupos de Medicamentos de Alto Risco iii) e por último, a apresentação de algumas particularidades adicionais sobre cada um desses grupos, aumentando desta forma a Melhoria da Segurança dos Medicamentos de Alto Risco.

No domínio da *prescrição* pretende-se uma uniformização: i) da forma e da ordem de registo das prescrições manuscritas, e do posterior circuito das mesmas; ii) das condições a assegurar nas prescrições verbais e/ou telefónicas em situações de emergência; iii) das abreviaturas permitidas, conforme está explanado na lista de termos a NÃO USAR (*Do Not Use*) e termos a USAR (*Use*) em substituição (Quadro 4, do Programa), de modo a garantir uma Melhoria da Comunicação Eficaz entre a equipa.

Na etapa de *preparação de medicação*, pretende-se implementar estratégias para boas práticas de atuação, normas, protocolos, bem como o novo sistema de verificação da terapêutica a assegurar neste domínio.

No domínio da *administração de medicação*, tenciona-se adotar uma sequência de procedimentos que visem a confirmação dos protocolos implementados no domínio anterior, assegurando em ambos os domínios uma Melhoria da Segurança dos Medicamentos de Alto Risco.

O programa não explora, nesta fase inicial, as estratégias relativas aos domínios da transcrição e da monitorização do processo do medicamento por questões de ordem temporal relativas à duração do estágio, no entanto prevê-se que as mesmas sejam concluídas posteriormente em serviço.

O programa tem a sua ultima fase na formulação das *Estratégias de Monitorização* preconizadas. Estas mostram como se pretende supervisionar a evolução ocorrida já durante o segundo semestre deste ano, através da elaboração de um relato síntese onde conste a evolução verificada até à consolidação das práticas, definindo assim quais as estratégias a manter, e quais as que devem ser melhoradas. Os relatos síntese serão realizados semestralmente.

Para podermos definir estratégias de monitorização teremos que primeiramente definir um líder/responsável pelas mesmas. Este articular-se-á com as chefias, bem como com os restantes elementos da equipa. As estratégias de comunicação deste

com a equipa terão que ser eficazes de modo a que esta se sinta motivada e esclarecida relativamente à implementação e execução do Programa. De acordo com, Schaubhut (2009), foram efetuadas pesquisas para quantificar o impacto que o ambiente de trabalho e a liderança em enfermagem produzem nos resultados de qualidade dos cuidados, verificando-se que a qualidade está relacionada com o estilo de comunicação e colaboração.

A monitorização deste Programa será da responsabilidade do Coordenador da Unidade, da Enfermeira Chefe, e das Médicas deste serviço que participam no levantamento estatístico do número de registos de eventos adversos notificados na UCIN “ O enfermeiro chefe é, pois, o elemento-chave dentro de um grupo de trabalho de enfermagem hospitalar enquanto gestor da liderança. É decisivo para o funcionamento eficaz da organização e motivador da equipa que lidera.” (Fradique e Mendes, 2013)

Para além destes elementos, participarei neste processo de forma ativa e empreendedora, garantindo uma estreita ligação entre a Enf^a Chefe e os outros enfermeiros que chefiam as diferentes equipas de enfermagem.

A formação e uma prática de excelência face ao erro são uma exigência ética, elemento que Benner reconhece essencial na disciplina de Enfermagem. Centrando-me nos objetivos deste trabalho e relacionando-os com o contributo desta teórica, pode-se afirmar que se tornou imperativo o desenvolvimento de competências em dois grandes domínios: administração e monitorização de protocolos terapêuticos e vigiar e assegurar a qualidade dos cuidados prestados, garantindo assim a segurança e prevenção de ocorrência de erros terapêuticos. O desenvolvimento pessoal e profissional nestes domínios esteve na base da construção e implementação do Programa.

O EE assume um papel fundamental na área da formação em serviço pelo que, para alcançar um desempenho de qualidade nesse seu papel procurou segundo o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (O.E, 2010) mobilizar as competências comuns, nos domínios de gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para que a sua implementação seja exequível, toda a equipa deve ter conhecimento das linhas orientadoras do Programa, as quais serão apresentadas numa primeira parte, numa lógica de formação/ação. O Programa ficará disponível para consulta na UCIN em dossier próprio. Ficarão igualmente disponíveis um dossier aberto a consulta, e à atualização pela equipa sempre que possível, onde constam artigos, estudos, revisões sistemáticas da literatura, decretos de lei, normas, com as últimas evidências científicas sobre a problemática em vigor.

Posteriormente reunirá com os diferentes chefes de equipa para tomar conhecimento das opiniões, das sugestões e questões verbalizadas pelos enfermeiros dessas equipas. Assim, pretende-se que a equipa mantenha presente uma visão crítica e reflexiva sobre o processo do medicamento durante implementação e monitorização do programa de forma a melhorar a *praxis* resultante na redução da ocorrência de incidentes terapêuticos através do cumprimento das estratégias de prevenção.

Suportada nos contributos de (Fradique e Mendes, 2013), seguindo uma lógica de liderança capaz de motivar a equipa e de seguir estratégias partilhadas, a monitorização passará pela verificação do cumprimento das estratégias inscritas no Programa, através de reuniões periódicas do grupo de monitorização que integro, nas quais se analisará, em cada domínio, a presença dos fatores de risco atrás referidos. Será ainda realizado o acompanhamento dos registos e a análise dos incidentes terapêuticos notificados. O acompanhamento da requisição do material proveniente da farmácia e as suas condições de armazenamento na unidade deverá continuar a merecer atenção.

Será ainda criado um guião de observação que permita:

- i) Identificar, através da observação-participante, as atividades que estão ou não a ser realizadas, tais como: a) o acompanhamento e verificação do cumprimento das normas de armazenamento segundo a sinalética preconizada; b) o cumprimento das normas instituídas no Programa para as prescrições manuais; c) a verificação da etiquetagem adequada dos medicamentos e substâncias químicas utilizadas para a preparação de medicamentos de acordo com as normas preconizadas;
- ii) identificar os fatores ambientais que estão a ser dificultadores e/ou promotores da implementação, tais como: a) sobrecarga de trabalho; b) fatores stressantes; c) nível de ruído; d) nível de luminosidade; e) interrupções e/ou distrações.

A monitorização implicará ainda a verificação de fontes adequadas de informações sobre fármacos disponíveis para a equipa; a aplicação de questionários de opinião à equipa para identificação das dificuldades sentidas e das necessidades de formação permanente. Far-se-á ainda o acompanhamento da inclusão de novas práticas baseadas na evidência.

Tal como referido no início, o presente Programa apresenta já algumas medidas iniciadas de curto/médio prazo, mas pretende-se a médio/longo prazo continuar a implementar medidas que visem modernizar e melhorar, no sentido de diminuir a ocorrência de erros de medicação na UCIN. Assim, para além das já implementadas e que constam no Programa, estão já previstas as seguintes: i) no domínio do armazenamento é previsto que a unidade venha a ter um armário único, próprio de armazenamento de terapêutica que dispõe de uma organização exclusiva, previamente estudada e concebida de forma a prevenir a ocorrência de erros terapêuticos; ii) no domínio da prescrição deixará de existir uma folha diária onde constam as prescrições terapêuticas de cada bebé e passará a vigorar um sistema informático de prescrição que estará inserido num interface em rede com uma plataforma automatizada de dispensa de medicação denominada de “*Pyxis MedStation*” iii) a dupla verificação será alargada gradualmente a todos os grupos farmacológicos; iv) No domínio da preparação e administração de terapêutica pretende-se adquirir e implementar a plataforma automatizada de dispensa de medicação, denominada de “*Pyxis MedStation*”¹ (sistema automatizado de dispensa de medicação com elevado índice de sucesso na Prevenção de Ocorrências de Erros de Medicação). Prevê-se que este sistema seja instalado na UCIN a longo prazo Pela sua natureza tratam-se de medidas que, na sua grande maioria são efetivamente complexas porque implicam diferentes níveis de decisão, envolvendo práticas relativas às chefias de diferentes setores e à própria direcção. Por estas razões representam no seu conjunto as metas futuras onde se almeja chegar.

¹ O “*Pyxis MedStation*” possui um sistema de leitura de código de barras que ajuda a obter o medicamento correto. Este sistema implica a utilização de um aparelho, um armário informatizado, e é gerido por uma consola central localizada nos serviços farmacêuticos da instituição hospitalar. Estes armários possuem diversos tipos de gavetas, consoante a segura desejada, facilitando a cedência de medicamentos controlados como os estupefacientes e as substâncias psicotrópicas.

4.Considerações Finais

A elaboração deste trabalho teve como objectivo major a aquisição e desenvolvimento de competências na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Foi um processo contínuo e integrado ao longo de todo o percurso, acolhendo uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva, centrada nas necessidades de aprendizagem individual.

A disponibilidade e a recepção manifestadas pelos diferentes elementos das equipas pluridisciplinares dos contextos de estágio contribuíram para valiosos momentos de partilha que se reflectiram numa aprendizagem diversificada, quer em termos de conhecimentos clínicos, quer em termos de gestão da relação e do trabalho em equipa.

No decurso de todo o processo de aprendizagem procurou em conformidade com as suas necessidades e a dos diferentes contextos clínicos, desenvolver intervenções de enfermagem especializada em SIP sustentadas na evidência científica, bem como em actividades educativas e pedagógicas adequadas à sua formação. Contemplando todos os campos de estágio é de destacar a actividades de prestação de cuidados que surgiram como uma mais-valia, particularmente ao nível da mobilização de saberes obtidos ou potenciados. Atendendo ao facto de possuir um saber e experiência profissional, sentia no entanto, uma necessidade de novas experiências, e de nelas se tornar perita, de forma a poder contribuir para uma melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem e nessa procura sustentou-se no modelo de “De Principiante a Perito” de Patricia Benner. Salienta-se ainda, o desenvolvimento de competências de reflexão crítica tendo como finalidade uma melhor prestação e gestão de cuidados.

De modo a dar resposta à explosão tecnológica das últimas décadas, os cuidados de enfermagem necessitam de uma prática mais rigorosa, competente, eficaz e segura.

Benner (2001), afirma que “um perito deve possuir um conhecimento não só perceptivo, mas fundamentado e aprofundado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada, que lhe permita prestar cuidados individualizados e numa perspectiva holística”. Nunes (2007) confirma ao dizer-nos “que o desafio

futuro da enfermagem passa pela consciência e desenvolvimento de saberes e competências próprias”.

No decurso destas aprendizagens, constatou que estes processos foram muito estimulantes e exigentes, tornando-se assim num processo aliciante e motivador. Nos diferentes contextos clínicos desenvolveu competências comuns do EE, nos domínios da conceção, gestão, supervisão de cuidados, formação e do uso da investigação. Desenvolveu ainda competências específicas do domínio do EE em SIP, nomeadamente, nas necessidades de saúde da criança, do jovem e respetivas famílias, nas várias fases do ciclo de vida, nos diferentes contextos.

O caminho escolhido teve também como objetivo a construção de um Programa de Intervenção para uma UCIN. Este Programa teve especial atenção na implementação de estratégias que possam contribuir para a diminuição do risco de ocorrência de incidentes terapêuticos, especificamente os relacionados com os erros de medicação.

A prevenção destes deve procurar partir das suas determinantes, que estão muito para além de factores individuais ou psicológicos, sendo fundamental assumir o erro como parte integrante de um sistema. Somente através do diagnóstico da dimensão dessa questão, se torna exequível agir sobre a mesma, almejando reduzir a sua ocorrência, obstruindo o alinhamento dos diferentes tipos de falhas, a que Reason chama modelo de risco do “queijo suíço”, obtendo assim as barreiras e estratégias de proteção.

Uva *et al* (2010) reiteram que “(...) a qualidade da prestação de cuidados de saúde necessita ser, nessa perspectiva, segura, efectiva, centrada no doente, atempada, eficiente e vulnerável” (...) referem que é positivo uma abordagem em que se aprende com o erro, uma vez que, as situações negativas permitem compreendê-lo, preveni-lo e transformá-lo numa oportunidade de contribuir para melhores práticas de prevenção, adoptando mecanismos de gestão do risco tendo em conta todas as características inerentes ao processo (Uva, *et al*, 2010).

Apesar de aparentemente concluído, devo salientar que este projeto não é estático, mas um instrumento de trabalho dinâmico e flexível, passível de reajustes no

decorrer do período em que se pretende concretizar (sempre que se considere oportuno e vantajoso).

Ousa afirmar, que continuará a ser agente de mudança dentro da sua equipa, como elemento de referência, participando na implementação e monitorização do programa, potenciando a melhoria da prestação de cuidados, visando uma maior qualidade dos mesmos. Também ao nível da formação pretende continuar a desempenhar o papel de formador, identificando necessidades formativas no âmbito do erro, da segurança e da qualidade e respondendo a essas necessidades; na área da investigação pretende participar activamente com o Gabinete de Gestão de Risco desta instituição, de forma a poder continuar a contribuir para a diminuição da ocorrência de incidentes terapêuticos. Apesar das limitações de ordem pessoal e temporal, que não permitiram o aprofundamento de análise que desejava ter dado a este relatório, considera que os objectivos e as metas deste projecto foram atingidos.

Considerou este trabalho um contributo para a sua valorização pessoal e profissional, tendo permitido uma melhor e mais completa compreensão desta problemática, existindo simultaneamente uma aprendizagem não só a nível de conhecimentos teóricos, como também na prática de cuidados. Sente que se tornou uma enfermeira mais competente, capaz de gerir e prestar cuidados de saúde especializados e de excelência, com uma maior capacidade de reflexão. Tavares (2011) diz, “no cuidar da criança doente, o enfermeiro deve ambicionar atingir a excelência da arte de cuidar, com sentimento, emoção e brincadeira, tal como um artista, que pode ser caracterizado pela capacidade de criar e realizar ações que evoquem o seu sentimento e o dos outros, com a sensibilidade necessária para escolher o instrumento adequado para satisfazer as necessidades do outro.”

No final deste projeto, o sentimento que a acompanha é o de orgulho por o ter realizado, e espera que a sua proposta de intervenção em enfermagem venha a constituir-se uma real contribuição na melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados prestados ao RN/família, mas também contribuir para a valorização da intervenção da enfermagem, através da diminuição do risco de ocorrência de erros no âmbito do processo do medicamento.

5. Bibliografia

Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa (PNAE) (2012 Mar). Erros de Medicação em Neonatologia e Pediatria Tomada da Posição. Acedido em 01-05-2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2012/Tomada_Posicao_Erros_PNAE%202012.pdf

APAV, (2011). Manual Crianças e Jovens Vítimas de Violência: Compreender, Intervir e Prevenir. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

http://www.apav.pt/pdf/Manual_Criancas_Jovens_PT.pdf

Ballard, K. (2003). Patient Safety: A Shared Responsibility. Online Journal of Issues in Nursing, 3, Vol. 8. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TabelleofContents/Volume82003/No3Sept2003/PatientSafety.aspx>

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva desenvolvimentista*. (2ª Ed). Lisboa: Climepsi Editores.

Barros, P., Bilbao, M., Ferreira, S., Fragata, I., Fragata, J., França, M., ... Santos, S. (2006), *Risco Clínico - Complexidade e Performance*, Coimbra: Almedina.

Barroso, R.; Botelho, T.; Cadete, A.; Carreiro, H.; Cunha, M.; Ferreira, L... Machado, M. (2006). Estudo da Morbilidade no Neurodesenvolvimento em recém-nascidos de muito baixo peso. *Saúde Infantil*. 28(3), p. 25-37

Barroso, Ricardo G.; Machado, Carla (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

<http://hdl.handle.net/10316.2/3447>

Benner, P. (2001) – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

Benner, P. (1982). Issues in Competency-Based Testing. *Nursing Outlook*. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6919865>

Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schwed, K., & Jamison, D. (2002). Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: a taxonomy. *Nursing Outlook*. Acedido em 01-05-2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12394596>

Benner, P. (2001) – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. 22, 1058-1062

Blackburn, S. & Vandenberg (1993). Assessment and management of neurobehavioral development. In C. Kenner, A. Brueggemeyer, & I. Gunderson (Eds.). *Comprehensive Neonatal Nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Boterf, G. (2005). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ªed.), São Paulo: Editora Artmed.

Brazelton, T. (1988) - *O desenvolvimento do apego, uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Brazelton, T., Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.

Burnard (1997). *Learning human skills. An experiential and reflective guide for nurses*. (3ª ed), Oxford: Butterworth-Heinemann.

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

http://samples.jbpub.com/9780763765705/65705_CH03_V1xx.pdf

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. 22, 1058-1062

Casey, A. (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In: E. Glaster, A. Tucker (Ed.). *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari.

Carvalho, M., Vieira, A. (2002). Erro médico em pacientes hospitalizados, *Jornal de Pediatria*. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000400004

Carvalho, V., Cassini, S. (2002). Erro na medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório, *Revista Latino americana de Enfermagem*. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400009

Cassiani, S., Fakh, F, Grou, C., Miasso, A., Oliveira, R., Silva, A. (2006). O Processo de Preparo e Administração de medicamentos: Problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação, *Revista Latino americana de Enfermagem*. Acedido em 01-05-2014. Disponível em

http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12525/1/ARTIGO_ProcessoPreparoAdministracao.pdf

Collière, M. (1999). *Promover a Vida* (Tradução). Lisboa. Lidel

Corrigan, J., Donaldson, M., Kohn, L. (2000). To err is human: building a safer health system. *The national academies press*. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728

Collière, M. (2003). *Cuidar...A Primeira Arte da Vida*. Loures: Lusociência.

Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa n.º 9/DGCG. 2003 – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.

Curtis, S. [et al] (2007) - A randomized controlled trial of sucrose and/or pacifier as analgesia for infants receiving venipuncture in a pediatric emergency department. *BMC*

Darryl, R. (2004). New JCAHO medication management standards for 2004. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

<http://pharmacy.auburn.edu/barkebn/2005/Spring/PYPC7810/LitSearch/New%20JCAHO%20medication%20management%20standards%20for%202004.pdf>

Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro (1991). DR I Série - A. 257 (08-11-1991) 5723-5741.

Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro (1996). D.R. I Série 205/96 SÉRIE I-A (04-09-1996) 2959-2962.

Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa n.º 9/DGCG. 2003 – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.

Diogo, P. (2006) - *A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

Departamento da Criança e da Família (2011). *Protocolos de Urgência em Pediatria*, (3ª Edição). Lisboa.

Elliott, M., Liu, Y. (2010). The nine rights of medication administration: an overview, *British Journal of Nursing*. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20335899>

Espiney, L. (1997). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In R. Canário (Ed.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 169-188.

Fradique, M., Mendes, L., (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832013000200006&script=sci_arttext&tlng=pt

Fragata, J., Martins, L. (2005). *O Erro em Medicina: Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Almedina.

Fragata, J., (2011). *Segurança dos Doentes. Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Edições Técnicas, Lda.

Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P., Fitzpatrick, J. (2001). On Nursing Theories and Evidence. *Journal of Nursing Scholarship*. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11419305>

Fleury, A., Fleury, M. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-65552001000500010&script=sci_arttext

Gaspardo, C., Linhares, M., Martinez, F. (2005) - A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da Literatura. *Jornal de Pediatria Pediatrics*. Vol. 727 (2007). Vol. 81 nº6 (2005).

Gomes et al (2009) - Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. In: *Revista Referência*. Coimbra.

Hockenberry, M. (2006). *Wong - Fundamentos de enfermagem pediátrica*. (7ª edição). S.Paulo, Mosby, 2006.

Hockenberry, M., Wilson, D. (2007) – *Wong's Nursing Care of Infants and Children*. 8th Edition. Philadelphia: Mosby Elsevier.

Hockenberry, M.; Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed). Lisboa: Lusociencia

Hodgkinson, B., Koch, S., Nay, R. (2006). Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21631752>

Institute of Medicine (2004). *Keeping Patients Safe, Transforming the work environment of nurses*. National Academy Press. Washington.

Joint Commission International (2005). Center for Patient Safety Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve the questions [Internet]. Oak Brook, IL: Center for Patient Safety. JCI. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>

Joint Commission on Accreditation of healthcare Organization (2008). Preventing pediatric medication errors. Acedido em 04-12-2014. Disponível em:

http://www.jointcommission.org/sentineleventsalert/sea_39.htm

Joint Commission International. (2011). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals: Standards Lists Version*. (4ªed.). USA

Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.

Leal, M. (2006). *A CIPE e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades*. Camarate. Lusociência

Leape [et al]. (1995) - *Systems analysis of adverse drugs events*. *JAMA*. 35-42

Leape Lucian - *A system analysis approach to medical errors*. In COHEN Michael - *Medication errors: causes, prevention and risk management*. Washington: American Pharmaceutical Association, 1999. p.1-14.

Macedo, A., (2011). *Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar* - Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier: Educação e Aprendizagens

Martins, A., (2002). *A comunicação na Equipa de Enfermagem*. Sinais Vitais. Coimbra, nº45, p.43-46

MacGrath, J.; Kenner, C., (2010). *Developmental Care of Newborns & Infants: A guide for health professionals*. (2ª Ed.) United States of America: Mosby.

Moorey, S. (2010). Unplanned hospital admission: supporting children, young people and their families. *Paediatric Nursing* , 22 (10), 20-23. Acedido em 01-05-2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21294498>

Mueller, C. – Spirituality in Children: Understanding and Developing Interventions. In: *Pediatric Nursing*, Vol. 36, N.º4 (2010), p. 197-208. Acedido em: 21/10/2010, de MEDLINE with Full Text. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20860259&site=ehost-live>

National Patient Safety Agency (2007). Safety in doses. Medication safety incidents in the NHS. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=61626&type=full&service=...>

Nilsson, S., Enskar, K. (2012). Active and Passive Distraction in Children Undergoing Wound Dressings. *Journal of Pediatric Nursing*, p. 1-9. Acedido em 01-05-2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22819747>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2005) - Criando Pontes, Ordem dos Enfermeiros. 19,2005, p. 1-72. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_19_Dezembro_2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2005) - Segurança do doente. Ordem dos Enfermeiros. 17, p. 1-64. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_17_Julho_2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2006) - Tomada de posição sobre a Segurança dos Doentes. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 01-05-2014. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2007c) – A proteção de Crianças – Enunciado de Posição. Acedido em 01-05-2014. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007_2.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2008) – *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série I, Número I, Acedido em 01-05-2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009a) – *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem/ Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Autor

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Consultado a 2-04-2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros – *Código Deontológico* - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Consultado a 15-07-2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I. Nº 3.

Ordem dos Enfermeiros (2011c). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista da Criança e Jovem*. Consultado a 15-03-2013. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Acedido a 15-06-2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdeidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011), *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2013), *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Série 1 - Número 6

Schauynhut, R. (2009). - *Nurses' perception of unit quality and policy involvement in three Louisiana Hospitals*. Fairfax: College of Health and Human George Mason University.

Organização Mundial Saúde. (2007). Patient safety workshop, Learning from error. Acedido a 08-07-2013. Disponível em: <http://proqualis.net/files/2013/03/Oficina-de-seguranca-do-paciente-final.pdf>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures. Lusociência.

Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S., Diogo, P., (2010), “Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria”, Lisboa, Pensar Enfermagem, Vol. 14 N.º 1

Pires, Ana L. de Oliveira. (2001). O reconhecimento e validação das aprendizagens dos adultos no contexto europeu. Revista formar nº41, Lisboa: IEFPP.

Programa do XVIII Governo – Saúde um Valor para Todos. Acedido a 1 de Junho 2013. Disponível em:

http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Governo/ProgramaGoverno/Pages/Programa_Governo13.aspx

Ramos, M., Ferreira, M.– Pais como os primeiros prestadores de cuidados a um RN de pré-termo. *Enfermagem*. Lisboa IV:2/3 (1988) p.24-28

Ramos. S.,Trindade. L. (2001) *Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar tecno hospital*, 48, Portugal (NOV /DEZ 2011), p.16-20

Reason, J. (1990). *Human error*. 13ª Edição. New York: Cambridge University Press, 1990.

Setevenson, O. (1993) – La atención ai nino maltratado: Política pública y práctica profesional. Barcelona: Paidós.

Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência.

TAVARES, PATRÍCIA P. S.(2011) – Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada. Loures: Lusociência,

UVA, António Sousa [et al], (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. vol10, p.89.

Walsh, K. E. et al. (2005). How to avoid pediatrics medication errors: a user’s guide to the literature. *British Medical Journal*. 90. p. 698-702. Acedido a 12-07-2013. Disponível em: <http://adc.bmj.com/cgi/content/abstratc/90/7/698>

White, J. (1995). Patterns of knowing: review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), p.73-86.

Wing, A., Hill-Taylor, B., Sketris, I., Smith, J., Steward, S., Hurleu, K.,(2012) “ *Medication Records in the Emergency Department: Agreement Between Paper-Based Charts and Automated Dispensing Device*” Canada Can J Hosp Pharm. 2012 Jul-Aug; 65(4), p.265–271

Wood, J., (2004). Clinical supervision, British Journal of Perioperative Nursing, 14, (4), p.151-156

World Health Organization, (2008.) - Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems. Copenhagen, Disponível em www.who.org

Wolfe, D. (1995). Pompe disease: Update and search literature. Revista de enfermagem UFPE. 2010 abr./jun.;4 (esp):1188-194 Acedido a 12-07-2013. Disponível em: <http://www.oalib.com/paper/2371740>

ANEXO I – CARACTERIZAÇÃO DA USF FORTE

Ano 2012



USFFORTE

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

PELA SAÚDE, RESISTIR À DOENÇA!



RELATÓRIO DE ATIVIDADES

INDICE

| | |
|--|----|
| 0 - INTRODUÇÃO..... | 5 |
| 1 - CARATERIZAÇÃO DA USF FORTE..... | 7 |
| 1.1 - IDENTIFICAÇÃO DA USF..... | 7 |
| 1.2 - CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA..... | 8 |
| 2 - AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA USF FORTE 2011..... | 10 |
| 2.1 – ATIVIDADES ASSISTENCIAIS..... | 10 |
| 2.1.1 – Resultados dos Indicadores Contratualizados..... | 10 |
| 2.1.2 – Análise e Comentários dos Dados..... | 12 |
| 2.2 – ATIVIDADES NÃO ASSISTENCIAIS..... | 13 |
| 2.2.1 – Avaliação da Qualidade..... | 13 |
| 2.2.1.1 – Resultados dos Inquérito Sobre a Satisfação dos Utentes Utilizadores..... | 13 |
| 2.2.1.2 – Avaliação da Comunicação Intra Equipa da USF Forte..... | 14 |
| 2.2.1.3 – Rastreios Visuais..... | 16 |
| 2.2.1.4 – Investigação..... | 16 |
| 3 – APRESENTAÇÕES PÚBLICAS EM REUNIÕES CIENTIFICAS..... | 18 |
| 4 – FORMAÇÃO NA USF FORTE..... | 21 |
| 4.1 – Sessões Clínicas Multidisciplinares..... | 21 |
| 4.2 – Formação a Alunos e Internos..... | 22 |
| 5 – GABINETE DO CIDADÃO..... | 24 |
| 6 – COMUNICAÇÃO COM OS UTENTES..... | 25 |
| 7 – CONCLUSÃO..... | 27 |
| ANEXOS..... | 30 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| ANEXO 1: Inquérito de Satisfação..... | 31 |
| ANEXO 2: Resultados do Inquérito sobre Satisfação dos Utentes | |
| Utilizadores da USF FORTE..... | 34 |
| ANEXO 3: Poster “Avaliação da Melhoria da Qualidade do Funcionamento em Equipa numa USF”..... | 37 |
| ANEXO 4: Plano de Formação e a Formação Interna da USF FORTE em 2012..... | 39 |
| ANEXO5: Cursos e Formações Externas frequentadas pela Equipa USF FORTE..... | 42 |

INDICE DOS QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro I – Constituição das Equipas de Família da USF FORTE em dezembro de 2012..... | 8 |
| Quadro II – Resultados dos indicadores contratualizados em 2012..... | 10 |
| Quadro III – Apresentações Públicas em Reuniões Científicas..... | 18 |
| Quadro IV – Sessões Clínicas Multidisciplinares..... | 21 |
| Quadro V – Formação dos Alunos de Enfermagem em 2012..... | 23 |
| Quadro VI – Sessões Educação para a Saúde a grupos de utentes utilizadores da USF FORTE..... | 26 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Distribuição Etária por sexo dos utentes da USF FORTE..... | 9 |
| Figura 2 - Perceção do grupo sobre os 5 Pilares do Funcionamento em Equipa..... | 15 |

0. INTRODUÇÃO

Os centros de saúde (CS) são a base institucional dos cuidados de saúde primários (CSP) e o *pilar central de todo o sistema de saúde*. Constituem um património institucional, técnico e cultural que é necessário preservar, modernizar e desenvolver, porque continuam a ser um meio acessível e eficaz para proteger e promover a saúde da população.

A concretização técnica do Programa do XVII Governo Constitucional para os CSP abrange um conjunto de áreas e medidas, sendo uma delas a formação de pequenas *Unidades de Saúde Familiar*.

A criação da Unidade de Saúde Familiar - **FORTE** foi o ponto de partida para iniciar um trabalho em equipa multiprofissional, que sintoniza todas as ações com o Plano Nacional de Saúde.

Neste contexto muitas têm sido as dificuldades que têm surgido. A sustentabilidade desta USF assenta, entre outros fatores, na motivação, competência técnica e capacidade de desenvolvimento dos seus profissionais. É imprescindível assegurar que os profissionais envolvidos tenham à sua disposição condições de formação profissional que lhes permitam enfrentar desafios com confiança, segurança e satisfação.

O grande objetivo dos profissionais de saúde visa melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes. Porém tal desafio é alcançado através da transformação e da inovação.

É mais fácil continuar e repetir do que modificar e inovar. A inovação é considerada a mais importante vantagem competitiva, motor dos avanços em qualquer profissão ou contexto. A limitação de recursos não deve ser sinónimo de impedimento à criatividade e imaginação; pelo contrário pode servir de alavanca a soluções inovadoras.

Para Pisco (2005)¹ “*A mudança e a inovação pressupõe uma gestão empreendedora, criativa, dinâmica, que aproveita as oportunidades*”.

¹ - Pisco, Luís Augusto in “Linhas de Ação Prioritária para o desenvolvimento dos CSP”, 2005

Segundo Ana Jorge² (2008) Inovar “... é criar valor num contexto de mudança, é criar valor na sociedade do conhecimento e das inter-relações. Valor que acrescenta melhor saúde, mais qualidade de vida e crescimento económico.”

Em termos de valor acrescentado, a melhoria da comunicação facilita uma maior equidade no acesso, um agendamento de consultas e tratamentos mais criterioso, fomenta a capacitação e participação do cidadão, promove a adesão terapêutica e a continuidade dos cuidados.

Acreditamos estar em condições de marcar a diferença nesta evolução natural, de forma a conseguir uma maior satisfação dos utentes e dos profissionais envolvidos. Neste sentido a equipa da USF decidiu apresentar a candidatura a Modelo B, tendo iniciado os procedimentos burocráticos para o efeito em julho de 2012.

O presente documento pretende descrever e fazer a análise crítica das atividades desenvolvidas pela equipa de trabalho da **USF FORTE** durante o ano de 2012.

A **USF FORTE** integra o ACES Estuário do Tejo.

A **USF FORTE** situa-se na freguesia do Forte da Casa e partilhou o espaço físico com a Unidade de Saúde Pública. Tem boa acessibilidade: a pé; por transporte próprio ou público.

A 31/12/2012 a equipa da **USF FORTE** era constituída por 7 médicos (de 8 propostos no documento de candidatura), 8 enfermeiros e 6 assistentes técnicos.

² - Jorge, Ana in “Intervenção da Ministra da Saúde Dra. Ana Jorge, na sessão de abertura do XIX Encontro Nacional da Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública – “Inovação em Saúde” – 05/06/2008

1. CARACTERIZAÇÃO DA USF FORTE

1.1 IDENTIFICAÇÃO DA USF

A USF FORTE integra o ACES Estuário do Tejo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP.

Fica situada na freguesia do Forte da Casa, rua 25 de Abril, 2625 - Forte da Casa.

Iniciou a sua atividade em 2 de Dezembro de 2009, sendo a proposta inicial de constituição da equipa: 8 Médicos, 8 Enfermeiros e 6 Assistentes Técnicos.

No entanto, a equipa médica está incompleta desde o início da sua atividade, tendo funcionado em 2010 com menos um elemento. Em todo o ano de 2011 e no primeiro trimestre de 2012 funcionou com menos dois elementos médicos. Em março de 2012 entrou um médico e em novembro de 2012 com a entrada de mais um elemento médico a equipa ficou completa. Contudo, no mês de Dezembro reformou-se um médico, voltando a equipa a ficar com 7 elementos.

Mantendo-se a ausência de uma assistente técnica, por doença, desde o segundo semestre de 2011 até março de 2012, foi feita a sua substituição por outro elemento no início desse mês. Em novembro de 2012 com a reforma de uma assistente técnica, foi acionado o seu pedido de substituição de acordo com o Dec. Lei nº 298/2007 de 22 de agosto que mereceu despacho favorável da Diretora Executiva do ACES, tendo a equipa administrativa ficado completa em dezembro 2012.

A situação descrita em relação aos recursos humanos da unidade tem constituído uma dificuldade acrescida para os profissionais em atividade, por forma a cumprirem e garantirem a adequada prestação de cuidados.

Os profissionais estão organizados em “equipa de família” (médico, enfermeiro e assistente técnico) no sentido duma prestação de cuidados mais personalizados e de intervenção familiar, conforme mostra o Quadro I.

Quadro I - Constituição das Equipas de Família da USF FORTE em dezembro de 2012

| MÉDICO DE FAMÍLIA | ENFERMEIRA DE FAMÍLIA | ASSISTENTE TÉCNICO | EQ. |
|-------------------|-----------------------|--------------------|-----|
| Ana Serrão | Joaquina Moreira | Fátima Ribeiro | E |
| Dulce Abreu | Ana Marques | Teresa Gonçalves | A |
| Eva Micoló | Isabel Rosa | Ana Fernandes | D |
| José Afonso | Paula Marques | Teresa Cadete | G |
| Cláudia Silva | Débora Avelar | Ana Amaral | F |
| Fátima Rabaçal | Susana Rocha | Carla Matos | H |
| Guilherme Mendes | Guilhermina Costa | Fátima Ribeiro | B |
| Lista sem médico* | Paula Gomes | Ana Amaral | C |

*- Lista de utentes do Médico que saiu

1.2 CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INSCRITA

A **USF FORTE** dirige a sua atividade prioritariamente para a população residente na freguesia do Forte da Casa, tendo contratualizado até um limite de 14 000 utentes.

A população abrangida em 31 de Dezembro de 2012 era de 12917 inscritos³, o que corresponde a um *ratio* de 1845 utentes/médico em virtude de estarem em exercício apenas 7 dos 8 médicos previstos no documento de candidatura da **USF FORTE**.

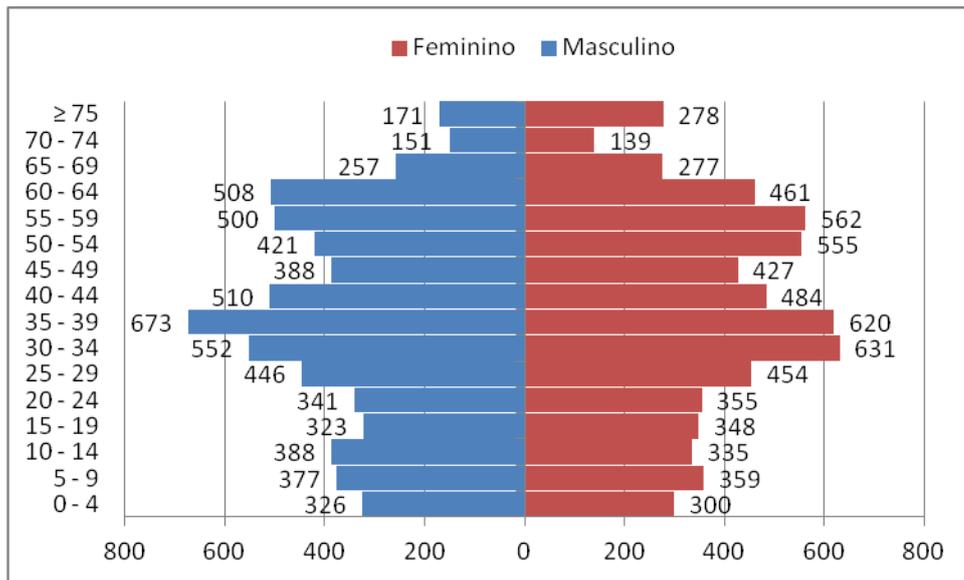
A distribuição etária por sexo dos utentes inscritos na USF reflete uma elevada percentagem de população ativa—77,1%⁴ e maioritariamente jovem: o índice de envelhecimento⁵ é de 60,86% e o índice de dependencia de idosos⁶ é de 13,01% (Fig.1).

³ Dados do SINUS a 31/12/2012

⁴ 15-64 anos- 9959 utentes

⁵ População idosa (>65 a /pop 0-14 anos *100)

⁶ População >65anos/pop ativa *100



FONTE: Programa SINUS dados de 31/12/2012

Figura 1 – Distribuição etária por sexo dos utentes da USF Forte

2. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS - USF FORTE 2012

2.1 ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

As atividades assistenciais estão organizadas pelas seguintes áreas de intervenção:

- ✓ Saúde do Adulto e do Idoso
- ✓ Vigilância de Doenças Cardiovasculares e Metabólicas: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial
- ✓ Saúde Sexual e Reprodutiva
- ✓ Saúde Infantil e Juvenil
- ✓ Cuidados Continuados e Visitação Domiciliária
- ✓ Rastreio Oncológico
- ✓ Vacinação

2.1.1 Resultados dos Indicadores Contratualizados

De acordo com os dados fornecidos pelo Performance Monitor, os Indicadores de desempenho estabelecidos para 2012 encontram-se descritos no Quadro II.

Quadro II – Resultados dos indicadores contratualizados em 2012 ⁷

| Área | N.º S.I. | Indicador | Valor Contratualizado 2012 | Valor Realizado 2012 | % Execução face ao Contratualizado | Pontos |
|--------|----------|---|----------------------------|----------------------|------------------------------------|--------|
| ACESSO | 3.12 | Percentagem de consultas ao utente pelo próprio médico de família | 85% | 82,2% | 96,70% | 2 |
| | 3.15 | Taxa de utilização global de consultas | 65% | 50,78% | 78,12% | 0 |

⁷ Indicadores previstos no artigo 2º. N.º2, alínea a) da Portaria N.º 301/2008, 18 de Abril – Anexo I

| | | | | | | |
|-------------------------|-------|--|------|---------|--------|----------|
| | 4.18 | Taxa de visitas domiciliárias médicas por mil inscritos | 20% | 17,49% | 87,45% | 1 |
| | 4.30 | Taxas de visitas domiciliárias de enfermagem por mil inscritos | 130% | 121,32% | 93,32% | 2 |
| DESEMPENHO ASSISTENCIAL | 5.2 | Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada | 50% | 43,19% | 86,38% | 1 |
| | 5.1M | Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com registo de mamografias nos últimos dois anos | 70% | 55,55% | 79,36% | 0 |
| | 5.4M | Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres | 85% | 84,01% | 98,84% | 2 |
| | 5.10M | Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre | 85% | 79,97% | 94,06% | 2 |
| | 6.1M | Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos | 98% | 93,53% | 95,43% | 2 |
| | 6.1M | Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos | 98% | 87,86% | 89,65% | 1 |
| | 6.12 | Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias | 90% | 93,75% | 104,2% | 2 |

| | | | | | | |
|------------------------|-----|--|------|-----|------|----------|
| | 6.9 | Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre | 90% | 90% | 100% | 2 |
| SATISFAÇÃO DOS UTENTES | - | Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito --- classificação final) | -% | --- | --- | 2 |
| EFICIÊNCIA | 7.6 | Custo médio de medicamentos prescritos por utilizador | 120€ | | | ? |
| | 7.7 | Custo médio com MCDT prescritos por utilizador | 60€ | | | ? |

Fonte: Dados fornecidos pelo Performance Monitor em 30 de Janeiro 2013 referentes à atividade terminada a 31/12/2012

TOTAL DE PONTOS para obtenção de INCENTIVOS INSTITUCIONAIS

19 ?

2.1.2 Análise e Comentários dos Resultados

Por impossibilidade de acesso aos resultados dos indicadores pelo Programa SIARS, os dados da tabela acima descrita foram obtidos pelo Performance Monitor, em 30 de janeiro de 2013. Pode verificar-se que, de um total de 15 indicadores contratualizados, conseguiram alcançar-se as metas definidas em 8 indicadores, tendo sido atribuída a pontuação máxima - **2 pontos**.

3.12 Percentagem de consultas ao utente pelo próprio médico de família

4.30 Taxas de visitas domiciliárias de enfermagem por mil inscritos

5.4M Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres

5.10M Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre

6.1M Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos

6.12 Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias

6.9 Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre

Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos

Foram atingidas parcialmente as metas para 3 indicadores, tendo sido atribuída a pontuação de **1 ponto**:

6.1M Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos

4.18 Taxa de visitas domiciliárias médicas por mil inscritos

5.2 Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em três anos)

Não foram atingidas as metas para os seguintes indicadores:

3.15 Taxa de utilização global de consultas

5.1 M Percentagem de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos dois anos

A Equipa USF FORTE continua a aguardar, os resultados dos indicadores pelo programa SIARS, para eventual posterior reformulação do Quadro II e respectiva contabilização do total de pontos para obtenção de incentivos institucionais. De acordo com os resultados obtidos no programa SIARS assim será feita a respectiva análise crítica dos mesmos.

2.2 ATIVIDADES NÃO ASSISTENCIAIS

2.2.1 Avaliação da Qualidade

2.2.1.1 Resultado do Inquérito sobre a Satisfação dos Utentes Utilizadores

Tendo em vista a melhoria da prestação de cuidados assistenciais à população servida pela USF FORTE e tendo por base um indicador de satisfação “Percentagem de

utilizadores satisfeitos/ muito satisfeitos (aplicação de inquérito- score final) ” deu-se continuidade ao estudo para avaliar este parâmetro. Assim, entre o dia 19/03/2012 e 06/04/2012 aplicaram-se 260 “Inquéritos de satisfação” **Anexo 1**, analisados informaticamente no SPSS18, cujos resultados estão representados no **Anexo 2**.

Esta avaliação, mostrou resultados globalmente positivos, com **79,82%** de respostas a incidirem no nível Suficiente, Bom e Muito Bom. As maiores limitações, sentidas pelos utentes, dizem respeito ao tempo de espera para atendimento, seja de consulta médica, enfermagem ou ato administrativo, bem como aspetos organizacionais da unidade em que consideram haver dificuldade na marcação de consultas, sobretudo por via telefónica.

Estas limitações podem dever-se ao facto de existir um horário restrito para marcação de consultas médicas por telefone e a equipa medica permanecer incompleta.

2.2.1.2 Avaliação da Comunicação Intra-equipa USF Forte

Considerando que as USF devem ser um espaço de formação e inovação, e que para o seu sucesso é requisito indispensável o desenvolvimento profissional contínuo dos seus elementos, a equipa desta USF identificou a Comunicação Intra Equipa como uma área a ser melhorada.

Este tema de trabalho tem sido desenvolvido no âmbito do Plano de Acompanhamento Interno (Art. 7º da Portaria 301/2008, 18 de Abril).

Assim, deu-se inicio a um estudo com base no modelo The Five Dysfunctions of a Team (Patrick Lencioni), com o objetivo de avaliar a qualidade do funcionamento da Equipa USF FORTE. Em Julho de 2011, foi aplicado um inquérito confidencial e por escrito⁸ aos 20 elementos da USF. Após a análise dos inquéritos obteve-se os resultados de acordo com a fig. nº2.

⁸ Tradução de *Team Assessment da The Table Group*, validado em mais de 50 000 indivíduos desde 2004 disponível no site www.tablegroup.com».

Figura 2- Perceção do grupo sobre os 5 pilares do funcionamento em Equipa



Como se pode observar, a qualidade global do funcionamento em Equipa na **USF FORTE** é percecionada como “média” pelos seus elementos. Identificou-se grande heterogeneidade de perceções em relação aos pilares do funcionamento da Equipa, nomeadamente ao da responsabilidade. Assim sendo, o resultado qualitativo do funcionamento em Equipa poderá ser melhorado mediante uma atuação pró-ativa de melhoria continua.

Em 2012 foram implementadas algumas estratégias que permitiram um aperfeiçoamento da área temática, tais como:

- Discussões/ reuniões /trabalhos de grupo;
- Divisão de responsabilidades;
- Análise e discussão de reclamações de utentes;
- Participação em formações externas à USF envolvendo os vários grupos profissionais;
- Envolvimento da equipa de profissionais nos aniversários de cada elemento;
- Comemoração em equipa de datas/épocas festivas – aniversário da USF, Natal e outras.

Em agosto de 2012 voltou a aplicar-se o mesmo inquérito. Por motivos institucionais a amostra avaliada em 2011 é diferente da sujeita à avaliação um ano depois.

A melhoria significativa na pontuação média global verificada com a realização da sessão educacional e sugestão de várias estratégias para a superação dos desafios enfrentados pela equipa, sugere utilidade e eficácia da intervenção realizada. Contudo o resultado global Médio atingido, mesmo após a realização da intervenção, motiva a necessidade de serem instituídas e monitorizadas as estratégias propostas para a melhoria da qualidade do funcionamento em equipa na USF.

O resultado da avaliação de qualidade global e para cada um dos critérios avaliados foi Médio, antes e depois da intervenção, observando-se uma melhoria na pontuação média de todos os critérios, mais acentuada no desafio 3). A melhoria na pontuação média global atribuída à qualidade do funcionamento em equipa foi estatisticamente significativa (valor $p = 0,0018$) após a realização da intervenção (ver Anexo 3).

2.2.1.3 Rastreios Visuais

Durante o ano de 2012, colaboraram com a USF FORTE, 5 Técnicos de Optometria da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa. Realizaram rastreios à acuidade visual dos utentes (crianças e adultos) da USF FORTE. À data da elaboração deste documento não foi possível obter, junto destes profissionais, a descrição e análise dos resultados obtidos pela intervenção que realizaram, no entanto, está agendada uma apresentação oral dos mesmos para o dia 4 de Fevereiro de 2013.

2.2.1.4 Investigação

“O benefício último da investigação reside não só na geração de novo conhecimento, como também na tradução do conhecimento em estratégias, tecnologias e intervenções que são efetiva e adequadamente administradas para beneficiar as pessoas, em particular, as mais pobres e outros grupos mais vulneráveis.” (Organização Mundial da Saúde, 2005).

Cada vez mais é necessário aproximar o conhecimento científico da tomada de decisão e da intervenção em saúde, no sentido de dar resposta às reais necessidades e problemas

de saúde das populações. Assim sendo, a Equipa da USF FORTE sente como indispensável a participação e/ou realização de actividades nesta área.

Como tal, de julho a dezembro de 2012 a USF colaborou no estudo realizado pelo Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Lisboa. Realizou recrutamento de participantes no Programa de Vigilância Epidemiológica Ambiental da Central de Incineração de Resíduos Sólidos Urbanos de São João da Talha – Projeto de Monitorização de Chumbo em Grávidas e Projeto de Monitorização de Dioxinas no Leite Materno.

3. APRESENTAÇÕES PÚBLICAS EM REUNIÕES CIENTÍFICAS

Os elementos da Equipa da USF FORTE, incluindo os Médicos Internos de MGF em formação na **USF FORTE**, têm realizado e apresentado trabalhos que contribuem para a promoção institucional desta unidade de saúde – Quadro III.

Quadro III – Apresentações Públicas em Reuniões Científicas

| Data | Apresentações públicas em reuniões científicas | Local | Preletores |
|-----------------------|--|---|-------------------------|
| Janeiro 2012 | “Imunodeficiência comum Variável – Um desafio diagnóstico em Imunologia Clínica – relato de um caso” | Reunião de Equipa integrada de Orientadores e Internos (EIO), na USF Villalonga | Dr. André Garcia |
| Fevereiro 2012 | “Um olhar sobre a Fibromialgia” | Reunião de Equipa integrada de Orientadores e Internos (EIO) na USF FORTE | Dra. Ana Neto |
| Março 2012 | “Intervenção Psicológica em Contexto Médico” | Reunião de Equipa integrada de Orientadores e Internos (EIO) na USF FORTE | Dra. Inês Dr. Flávio |
| | “O Luto” | Reunião de Equipa integrada de Orientadores e Internos (EIO) na USF FORTE | Dra. Inês Dr. Flávio |
| Maió 2012 | “Disfunção Sexual Erétil” | Reunião de Equipa integrada de Orientadores e Internos (EIO), na USF Villalonga e no Serviço de Endocrinologia do Hospital Curry Cabral | Dra. Ana Neto |
| | “Caso Clínico – Quando a Depressão não vem só” | Reunião clínica da clinica psiquiátrica IV CHPL | Dra. Inês Dr. Flávio |
| Junho 2012 | “Conceito de Família MGF – Fundamentos Teóricos Essenciais” | Reunião de Equipa integrada de Orientadores e Internos (EIO), na UCSP da Povia | Dr. André Garcia |
| | “Obstipação funcional no Idoso” | 6º Congresso Nacional do Idoso em Lisboa e na Reunião de Equipa integrada de Orientadores e Internos (EIO) | Dra. Ana Neto |

| Data | Apresentações públicas em reuniões científicas | Local | Preletores |
|----------------------|---|---|--|
| Setembro 2012 | “Avaliação e melhoria da qualidade em funcionamento numa USF” | USF FORTE | Dra. Inês Dr. Flávio |
| | “Recém-nascido de Risco – e depois da alta?” | III Jornadas de Neonatologia do Hospital de Vila Franca de Xira | Enf ^a Especialista Paula Gomes |
| Outubro 2012 | Estudo caso – “Historias de Adolescentes” | XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de atualização” | Dra. Fátima Rabaçal Enf ^a . Especialista Susana Rocha |
| | “Avaliação e Melhoria da Qualidade do Funcionamento em Equipa numa USF” | UCSP Póvoa de Santa Iria | Dra. Inês Dr. Flávio |
| | “Caso Clínico- Quando a ansiedade vem com uma digestão difícil” | UCSP Póvoa de Santa Iria | Dra. Inês Dr. Flávio |
| | Exposição de Poster “Para além da Galactorreia... Um caso de Saúde Mental” | XXVII Jornadas de Coimbra da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar | Dra. Inês Dr. Flávio |
| | Exposição do Poster “Avaliação e Melhoria da Qualidade do Funcionamento em Equipa numa USF” | XXVII Jornadas de Coimbra da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar | Dra. Inês Dr. Flávio |

| Data | Apresentações públicas em reuniões científicas | Local | Preletores |
|----------------------|---|--|-------------------------|
| Outubro 2012 | Exposição de Poster “Farmacoterapia do Síndrome das Pernas Inquietas – Revisão Baseada na Evidência” | XVII Jornadas do Interno Médico de MGF da Zona Sul e no 17º Congresso Nacional de Medicina Geral | Dra. Inês Dr. Flávio |
| | Exposição de Poster “Ginkgo biloba no Tratamento dos Acufenos: Revisão Baseada na Evidencia | XXVII Jornadas de Coimbra da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar | Dra. Inês Dr. Flávio |
| | Exposição de Poster “Quando a ansiedade vem com uma digestão difícil” | 17º Congresso Nacional de Medicina Geral | Dra. Inês Dr. Flávio |
| Novembro 2012 | “Guia de Referenciação para MGF em Saúde Mental/Psiquiatria” | USF FORTE | Dra. Inês Dr. Flávio |
| | “Doente Adulto com Vertigem – Competências Diagnósticas da MGF” | Estágio Opcional de ORL, no Hospital Vila Franca Xira | Dr. André Garcia |
| Dezembro 2012 | “Osteodensitometria na Mulher Pós-menopáusic – Quando Solicitar?” | Estágio de Ginecologia/Obstetrícia | Dr. André |

4. FORMAÇÃO NA USF FORTE

A equipa considera o plano de formação como um instrumento fundamental para o desenvolvimento das competências individuais de cada elemento, permitindo melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, apostando assim na motivação e satisfação dos profissionais desta unidade.

A apresentação dos dados do diagnóstico de necessidades formativas, foi realizada em contexto de formação em serviço no dia 25/3/2011 e o Plano de Formação para o Triénio 2011-2013 foi aprovado em reunião de Conselho Geral no dia 27/5/2011.

Em anexo encontra-se o Plano de formação e a Formação interna realizada na USF no ano 2012 (Anexo 4).

Os Cursos e Formações externas frequentados pela equipa encontram-se descritos em anexo (Anexo 5).

4.1 SESSÕES CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARES

No decorrer do 2012 realizaram-se sessões clínicas multidisciplinares, onde foram discutidos casos e temas considerados pertinentes e prioritários pela equipa num rumo ao atendimento/prestação de cuidados de excelência.

Quadro IV – Sessões Clínicas Multidisciplinares

| Data | SESSÕES CLÍNICAS (multidisciplinares) | Caso/Tema | Reunião |
|-------------------|--|---|----------------|
| 24/02/2012 | Discussão de Caso | Utente adolescente iniciou vida sexual sem proteção ... Como proceder do ponto de vista técnico e ético?! | Conselho Geral |
| 25/05/2012 | Discussão de Tema | “Articulação entre USF Forte e ECCI” | Conselho Geral |
| 01/06/2012 | Discussão de Tema | “Apresentação do estudo Satisfação dos utentes” | Conselho Geral |

| Data | SESSÕES CLINICAS (multidisciplinares) | Caso/Tema | Reunião |
|-------------------|--|---|----------------|
| 31/08/2012 | Discussão de Caso | Utente a residir fora da área de assistência domiciliária mas a necessitar de cuidados de enfermagem diários no seu domicílio | Conselho Geral |
| 28/09/2012 | Discussão de Tema | “Normas Asma” | Conselho Geral |
| 30/11/2012 | Discussão de Tema | “Auditoria de Candidatura a Modelo B das USF” | Conselho Geral |

4.2 FORMAÇÃO A ALUNOS E INTERNOS

Além das atividades formativas frequentadas pelos profissionais da **USF FORTE** e com vista à atualização de conhecimentos e melhoria da prestação assistencial da equipa, é de referir que a **USF FORTE** trabalha ativamente na formação de profissionais da área médica e de enfermagem.

Assim, no que diz respeito à área médica, a 31 de Dezembro de 2012, faziam, na USF, a sua formação específica em MGF, cinco médicos do Internato Médico de MGF, sob a orientação dos três médicos orientadores de formação pertencentes à equipa. Estes orientadores trabalham sob a Coordenação do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar Zona Sul, de que é responsável a Dr.^a Ricardina Barroso, sob a Direção do Internato de Lisboa, da responsabilidade da Dr.^a Paula Broeiro, e fazem parte de uma Equipa Integrada de Orientadores (EIO) e internos que inclui outros profissionais médicos do ACES Estuário do Tejo (USF Villalonga; UCSP Póvoa Santa Iria; USF Terras de Cira).

Relativamente à área de enfermagem foram orientados e avaliados alunos do Curso de Licenciatura de Enfermagem das Escolas, conforme descrito no Quadro V.

Quadro V – Formação dos Alunos de Enfermagem em 2012

| Ensino Clínico | Universidade | Ano | Nº de Formandos |
|-----------------------|---|------------|------------------------|
| 2011 a 11/02/2012 | Universidade Católica Lisboa | 4º | 1 |
| 1/01 a 10/02/2012 | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | 4º | 1 |
| 23/02 a 20/06/2012 | Universidade Católica Lisboa | 4º | 1 |
| 27/02 a 30/03/2012 | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | 3º | 2 |
| 23/02 a 20/06/2012 | Universidade Católica Lisboa | 4º | 2 |
| 10/04 a 11/05/2012 | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | 3º | 2 |
| 14/05 a 22/06/2012 | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa | 3º | 2 |

5. GABINETE DO CIDADÃO

Durante o ano de 2012 a **USF FORTE**, recebeu 9 reclamações que foram respondidas atempadamente e encaminhadas para o gabinete do cidadão do então ACES Grande Lisboa XII Vila Franca de Xira. Comparativamente com o ano de 2011 (27 reclamações), objetivou-se uma descida do seu número. O trabalho de acompanhamento interno que tem sido desenvolvido assim como a entrada de alguns elementos em falta na equipa médica e administrativa são alguns dos fatores que poderão ter contribuído para a diminuição do número de reclamações.

Como em 2011 não foi deixada qualquer mensagem/reclamação na caixa de sugestões, houve a preocupação, em 2012, de reestruturar a sua apresentação e acessibilidade. Apesar desta mudança, em 2012 não houve mensagens deixadas na caixa de sugestões.

6. COMUNICAÇÃO COM OS UTENTES

A todos os utentes inscritos na **USF FORTE** e que recorreram pela primeira vez a uma consulta com o seu médico de família, foi dado o Guia do Uteute que inclui, de forma resumida, informação sobre o funcionamento e acessibilidade da USF.

Existe divulgação de vários assuntos exposta nos diferentes espaços da USF, nomeadamente:

- ✓ Horários da USF Forte;
- ✓ Carta da Qualidade;
- ✓ Direitos e Deveres;
- ✓ Consulta de Saúde Materna e Puerpério;
- ✓ Suspensão do pagamento de reembolsos diretos aos utentes;
- ✓ Banco de Leite Humano;
- ✓ Apoio Psicológico em situação de divórcio (iniciativa da Junta Freguesia do Forte da Casa);
- ✓ Informação sobre as Taxas Moderadores;
- ✓ Segurança no 1º ano de vida – Alguns conselhos para evitar acidentes;
- ✓ Febre, vómitos e diarreia – Triagem em casa;
- ✓ Informação sobre Diabetes;
- ✓ Informação sobre Hipertensão Arterial;
- ✓ Roda dos Alimentos;
- ✓ Informação sobre Consulta do Viajante;
- ✓ Informação sobre Vacina da Gripe;
- ✓ O frio;
- ✓ Ondas de Calor;
- ✓ Cancro do Colo do Útero – como prevenir;
- ✓ Exposição Publica do resultado do estudo “Satisfação dos Utentes da USF FORTE ” (afixado de setembro a dezembro de 2012);
- ✓ Saúde da Visão – rastreios visuais;
- ✓ Contactos de entidades / parcerias.

Foram revistos e elaborados diversos documentos informativos (folhetos) que foram colocados nas respetivas salas de atendimento dos diferentes programas.

Durante o ano de 2012 foram ainda realizadas sessões de Educação para a Saúde a grupos de utentes da **USF FORTE**, descritas no Quadro VI:

Quadro VI - Sessões de Educação para a Saúde a grupos de utentes utilizadores da **USF FORTE**

| DATA | TEMA | PRELECTOR | FORMANDOS |
|-------------------|---|---|----------------------------|
| 26/01/2012 | “Amar a Alimentar – Aleitamento” | AE Maria João | 6 |
| 22/03/2012 | “ Parentalidade/ Perturbações Psicológicas” | AE Ana Laura Santos AE João Viana | 4 |
| 11/05/2012 | “Cólicas. Febre e choro do bebé” | AE Susana Santos AE Daniel Silva | 7 |
| 15/06/2012 | “Viver o parto com Confiança” | Enf. Helena Almeida + Enf. ^a . Laura | 6 Gravidas e acompanhantes |
| 06/07/2012 | “Alimentação Saudável no diabético” | AE Daniela Lopes AE Filipa Marques | 10 |

7. CONCLUSÃO

No ano de 2012 a equipa da **USF FORTE** empenhou-se no cumprimento dos objetivos delineados no Plano de Ação e contratualizados com o, então, ACES Grande Lisboa XII Vila Franca de Xira.

Com grande esforço de toda a equipa, desenvolveram-se estratégias para dar resposta a duas listas de utentes sem médico: uma até março de 2012 e outra até novembro de 2012. O que, por um lado, se revelou um desafio atendendo aos resultados que se conseguiram obter – cumprimento de muitos dos indicadores contratualizados mas, por outro lado, se mostrou num fator determinante para o não cumprimento de outros.

A população inscrita na **USF FORTE** é maioritariamente uma população ativa o que obriga a uma gestão da prestação que se adapte a este facto. Apresenta algumas características que condicionam e dificultam o contacto com a USF: multiculturalidade; emigração; imigração; dupla residência (residem durante uma parte do ano no estrangeiro ou noutra zona do país) e mudanças frequentes de residência.

Tendo em conta estas características da população, a equipa tem desenvolvido, com sucesso, estratégias de atuação para colmatar esta dificuldade, nomeadamente: visitas domiciliárias, convocações telefónicas em diferentes horários, anotação de todas as famílias inscritas na **USF FORTE** que não residem no Forte da Casa.

A mudança da composição de alguns elementos da equipa médica, desde o início da constituição da **USF** tem gerado instabilidade e perturbado a dinâmica do funcionamento da equipa. Este facto tem exigido uma readaptação constante dos profissionais, devido à necessidade de: integração de novos profissionais; reajustamento de horários e dinâmicas de programas; intersubstituição de elementos ausentes e redefinição de estratégias para assegurar o atendimento dos utentes sem médico atribuído.

O inquérito de avaliação da satisfação dos utentes, apesar de ter tido um resultado globalmente positivo, veio mostrar a necessidade de um maior investimento e reflexão por parte da equipa em alguns aspetos, nomeadamente os referentes à acessibilidade à **USF FORTE**.

O tema de trabalho para o Plano de Acompanhamento Interno - Comunicação Intra Equipa na USF - veio permitir-nos fazer um diagnóstico de situação e delinear estratégias para um aperfeiçoamento nesta área. A implementação destas estratégias durante o ano de 2012 e a reaplicação do inquérito utilizado para diagnóstico de situação permitiu que se verificasse uma melhoria significativa na pontuação média global. Deste modo, considera-se que a intervenção foi eficaz. Ainda assim, o resultado global Médio atingido motiva a necessidade de dar continuidade ao trabalho desenvolvido e avançar para um patamar superior.

A equipa investiu nas áreas da Qualidade e Desenvolvimento Profissional, assim como na formação externa de profissionais de saúde, essenciais para o desenvolvimento de um atendimento que procura a excelência.

Houve uma vontade sentida e trabalhada, num rumo à melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e da motivação de todos os profissionais, pelo que foi apresentada uma candidatura da **USF FORTE** a Modelo B. Neste momento a equipa encontra-se em reestruturação de documentos para posterior reapreciação pela entidade competente.

Forte da Casa, 31 de Janeiro de 2012

A Coordenadora da USF Forte

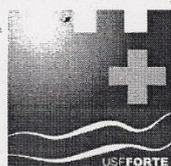
Dulce Cristina Morgado de Abreu (Dra.)

O Diretor do ACES Estuário do Tejo

Carlos Agostinho Santos (Dr.)

ANEXOS

ANEXO 1: Inquérito de Satisfação



Questionário de Satisfação

"Qual a sua opinião sobre esta Unidade de Saúde?"

Com este questionário pretende-se inquirir a Satisfação dos Utentes relativamente ao funcionamento e capacidade de actuação desta Unidade de Saúde satisfazendo as necessidades dos seus utilizadores. Por conseguinte, a sua opinião é fundamental para que possamos criar novas alternativas e oferecer um atendimento cada vez mais eficaz.

Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer um dos itens, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera. Este questionário é **confidencial e anónimo**.

Ao preencher o questionário tenha em conta o grau de satisfação em algumas das questões.

A sua colaboração é fundamental para a prestação de um serviço de Qualidade

1. Entrevistado

1.1. Sexo: M F

1.2. Idade:

18 – 24

35 – 44

55 – 64

25 – 34

45 – 54

≥ 65

1.3. Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever 2º Ciclo Ensino Básico Licenciatura

Só sabe ler e escrever 3º Ciclo Ensino Básico Mestrado

1º Ciclo Ensino Básico Ensino Secundário Doutoramento

2. Utilização

2.1. É a primeira consulta que realiza nesta unidade de saúde:

Sim

Não

2.2. Quantas consultas médicas realizou nos últimos seis meses, nesta unidade de saúde:

Nenhuma

4-6

Não Sabe

1-3

Mais de Seis

2.3. Quantas consultas de enfermagem realizou nos últimos seis meses, nesta unidade de saúde:

Nenhuma

4-6

Não Sabe

1-3

Mais de Seis

3. Satisfação Global

Tenha em conta o grau de satisfação:

1 = Mau; 2 = Suficiente; 3 = Bom; 4 = Muito Bom; NS/NR = Não sabe ou Não responde

3.1. Unidade de Saúde Familiar

| Indicador | Grau de Satisfação | | | | |
|--|--------------------|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | NS |
| 1. Como Classifica, as instalações da Unidade de Saúde Familiar: | | | | | |
| 2. Qual é o seu nível de satisfação relativamente à assistência médica prestada. | | | | | |
| 3. Qual o seu nível de satisfação relativamente à assistência prestada pela equipa de enfermagem | | | | | |
| 4. Qual o seu nível de satisfação relativamente à assistência prestada pelas administrativas | | | | | |
| 5. Como Classifica, cada um dos elementos da Unidade que utilizou: | | | | | |
| Limpeza da Unidade de Saúde | | | | | |
| Conforto da Unidade de Saúde | | | | | |
| Estado de conservação das Instalações e Equipamentos | | | | | |
| Acessibilidade a esta unidade de saúde | | | | | |
| Horário de atendimento | | | | | |
| Tempo de espera para iniciar a consulta médica | | | | | |
| Tempo de espera para iniciar tratamento/atendimento de enfermagem | | | | | |
| Tempo de espera para marcar consulta/atendimento administrativo | | | | | |
| 6. Como Classifica a Organização da Unidade | | | | | |
| Facilidade de Marcação de Consultas. | | | | | |
| Facilidade em falar pelo telefone para a Unidade para marcação de consultas ou obtenção de informações | | | | | |
| 7. Como Classifica os profissionais que o acompanham nesta Unidade de Saúde | | | | | |
| Médicos | | | | | |
| Trataram-no/a com cortesia e respeito | | | | | |
| Ouviram-no/a com Atenção | | | | | |
| Mostraram Interesse e respeito pelas suas opiniões | | | | | |
| Explicaram-lhe as coisas de forma que lhe permitiu entender | | | | | |
| Enfermeiros | | | | | |
| Trataram-no/a com cortesia e respeito | | | | | |
| Ouviram-no/a com Atenção | | | | | |
| Mostraram Interesse e respeito pelas suas opiniões | | | | | |
| Explicaram-lhe as coisas de forma que lhe permitiu entender | | | | | |
| Administrativos | | | | | |
| Trataram-no/a com cortesia e respeito | | | | | |
| Ouviram-no/a com Atenção | | | | | |
| Mostraram Interesse e respeito pelas suas opiniões | | | | | |
| Explicaram-lhe as coisas de forma que lhe permitiu entender | | | | | |

ANEXO 2: Resultados do Inquérito sobre Satisfação dos Utentes Utilizadores da USF FORTE

| Inquérito sobre Satisfação aos utentes da USF FORTE | Muito Bom | Bom | Suficiente | Mau | Não sabe ou não responde |
|--|-----------|--------|------------|--------|--------------------------|
| Satisfação Global | | | | | |
| Classificação das Instalações da USF | 20,58% | 54,15% | 11,91% | 3,61% | 9,75% |
| Nível de Satisfação da Assistência Médica | 23,45% | 47,29% | 14,80% | 3,97% | 10,47% |
| Nível da Satisfação da Assistência Enfermagem | 37,55% | 49,79% | 6,14% | 2,17% | 13,36% |
| Nível da Satisfação da Assistência dos Administrativos | 17,69% | 35,02% | 26,35% | 6,14% | 14,80% |
| Classificação de cada um dos elementos da Unidade que utilizou | | | | | |
| Limpeza da USF | 28,88% | 45,13% | 12,64% | 2,53% | 10,83% |
| Conforto da USF | 18,77% | 48,38% | 16,97% | 1,08% | 14,80% |
| Estado de conservação das instalações e equipamentos da USF | 25,6% | 48,7% | 13,0% | 2,17% | 10,47% |
| Acessibilidade à USF | 22,38% | 45,85% | 16,97% | 3,61% | 11,9% |
| Horário de Atendimento da USF | 12,27% | 38,63% | 27,44% | 10,11% | 11,5% |
| Tempo de espera para início de Consulta Médica | 7,94% | 29,24% | 37,55% | 11,91% | 13,36% |
| Tempo de espera para início de Tratamento/Atendimento de Enfermagem | 15,52% | 41,16% | 22,74% | 3,97% | 16,61% |
| Tempo de espera para marcar Consulta/Atendimento Administrativo | 7,22% | 29,60% | 35,38% | 15,52% | 12,27% |
| Organização da Unidade | | | | | |
| Facilidade de Marcação de Consultas | 7,22% | 24,55% | 30,69% | 24,19% | 13,36% |
| Facilidade em falar pelo telefone para Marcação de Consultas | 6,14% | 24,91% | 28,88% | 24,55% | 15,52% |
| Classificação dos profissionais que o acompanham nesta Unidade de Saúde | | | | | |
| Médicos | | | | | |
| Prestação dos Médicos quanto ao tratamento com cortesia e respeito | 29,60% | 36,46% | 14,08% | 5,05% | 14,80% |
| Prestação dos Médicos quanto a ouvirem-no com atenção | 28,88% | 36,46% | 13,72% | 4,69% | 16,25% |
| Prestação dos Médicos quanto a mostrarem interesse e respeito pela sua opinião | 27,80% | 35,02% | 15,52% | 4,33% | 17,33% |
| Prestação dos Médicos quanto à | 28,52% | 37,18% | 16,61% | 3,61% | 14,08% |

| | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| explicitação da situação | | | | | |
| Enfermeiros | | | | | |
| Prestação dos Enfermeiros quanto ao tratamento com cortesia e respeito | 38,63% | 35,38% | 9,03% | 2,89% | 14,08% |
| Prestação dos Enfermeiros quanto a ouvirem-no com atenção | 37,18% | 33,94% | 10,97% | 4,69% | 13,72% |
| Prestação dos Enfermeiros quanto a mostrarem interesse e respeito pela sua opinião | 35,02% | 34,66% | 10,47% | 3,97% | 15,88% |
| Prestação dos Enfermeiros quanto à explicitação da situação | 39,71% | 35,02% | 7,94% | 4,33% | 13,00% |
| Administrativos | | | | | |
| Prestação dos Administrativos quanto ao tratamento com cortesia e respeito | 23,83% | 32,85% | 24,55% | 7,22% | 11,55% |
| Prestação dos Administrativos quanto a ouvirem-no com atenção | 21,30% | 30,69% | 26,35% | 9,03% | 12,64% |
| Prestação dos Administrativos quanto a mostrarem interesse e respeito pela sua opinião | 20,94% | 30,69% | 25,27% | 10,47% | 12,64% |
| Prestação dos Administrativos quanto à explicitação da situação | 23,10% | 30,69% | 24,19% | 10,11% | 11,91% |

ANEXO 3:Poster “Avaliação da Melhoria da Qualidade do Funcionamento da Equipa numa USF

Avaliação e Melhoria da Qualidade do Funcionamento em Equipe numa USF

Inês Diaz (irjdzia@hotmail.com), Flávio M. Carvalho, USF Forte – ACES Grande Lisboa XII



Introdução

Numa Unidade de Saúde Familiar (USF), é importante o desenvolvimento de competências de trabalho em equipa, no sentido de se consolidar e reforçar a coesão, a participação e a responsabilização dos membros de uma mesma equipa. Patrick Lencioni identificou no seu modelo *Os Cinco Desafios de uma Equipa*, as alterações comportamentais que têm que ser trabalhadas de forma contínua, com coragem e disciplina, para tornar uma equipa funcional e coesa (vide Figura 1).

Objetivo

Avaliar e garantir a qualidade do funcionamento em equipa numa USF.



Figura 1. Modelo dos cinco desafios de uma equipa!

| | |
|--------------------------------------|---|
| Focar nos Resultados | <ul style="list-style-type: none"> Declaração pública de resultados Recompensas baseadas nos resultados |
| Prestação de Contas | <ul style="list-style-type: none"> Publicação de objetivos e prazos Revisões da progressão simples e regulares Recompensas da equipa |
| Compromissos | <ul style="list-style-type: none"> Mensagens em cascata Praxias Tarefa da pesquisa de baixo risco |
| Assumir e Resolver o Conflito | <ul style="list-style-type: none"> Estilos/práticas de gestão de conflitos naturais dos elementos da equipa Alargas consenso de base para gestão de conflitos |
| Construir a Confiança | <ul style="list-style-type: none"> Carreiras com histórias pessoais Careceção sobre a eficácia da equipa Careceção de experiências da equipa |

Figura 2. Sumário da intervenção realizada oralmente pelos autores, baseada no modelo *Os Cinco Desafios de uma Equipa*, com suporte de Microsoft® Office POWERPOINT 2007.

Referências Bibliográficas: I. Lencioni, P. *Os cinco desafios de uma equipa - uma fábula sobre liderança*. 1ª edição. Lisboa: Smartbook, 2009. p.155-184. The Table Group. *The five dysfunctions of a team: teamwork solutions*. Disponível em: <http://www.tablegroup.com/dysfunctions/> (acedido a 24 de Julho de 2011).

Metodologia

Dimensão estudada: qualidade do funcionamento em equipa.

Unidades de estudo: administrativas, enfermeiras e médicos de família ao serviço de uma USF.

Tipo de avaliação: avaliação interna e retrospectiva

Amostra: base institucional e não aleatória.

Tipo de dados: perceção individual de cada membro da USF sobre o funcionamento intragrupal da equipa de trabalho.

Fonte de dados: Inquérito confidencial e por escrito aplicado a todos os membros da USF.

Colheita de dados: realizada presencialmente pelos autores na USF Forte em Julho de 2011 e em Agosto de 2012. A determinação da perceção sobre o funcionamento intragrupal da equipa de trabalho foi operacionalizada através de 38 itens pontuados numa escala de cinco pontos de acordo com frequência de ocorrência de determinadas situações na USF.

Tratamento dos dados: Cálculo da média da pontuação atribuída pelos profissionais a cada desafio da equipa e aplicação do teste *t* de Student à pontuação média global obtida nos dois momentos de avaliação com Microsoft® Office EXCEL 2007.

Intervenção educacional realizada em Agosto de 2011: informação dos resultados obtidos aos elementos da USF e sensibilização com sugestão de estratégias para melhoria do funcionamento em equipa (vide Figura 2).

CrITÉRIOS: pontuação média atribuída pelo pessoal de serviço de acordo com a sua perceção sobre os cinco desafios da equipa.

Padrão de qualidade: Baixa: <3; Média: 3-4,4; Alta >4,5.

Resultados

Caracterização da amostra:

| | |
|--|---|
| 28 de Julho de 2011 (N=28) 8 médicos de família, 8 enfermeiros, 8 administrativos; 85% do sexo feminino; Idades entre 28 e 51 anos (média de idade 40,2 anos); tempo médio ao serviço na USF Forte 48 meses (7 a 28 meses). | 31 de Agosto de 2012 (N=45) 8 médicos de família, 8 enfermeiros, 3 administrativos; 87% do sexo feminino; Idades entre 28 e 57 anos (média de idade 45,2 anos); tempo médio ao serviço na USF Forte 27 meses (6 a 33 meses). |
|--|---|

Resultado da avaliação de qualidade global e para cada um dos critérios avaliados foi **Média**, antes e depois da intervenção (vide Quadro 1).

Quadro 1. Pontuação média obtida para critérios avaliados.

| Desafio | Média e Desvio Padrão 2011 | Média e Desvio Padrão 2012 |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Construir e fortalecer | 3,58 ±0,4580 | 3,76±0,4853 |
| Assumir e Resolver o Conflito | 3,58 ±0,5810 | 3,75±0,3907 |
| Compromissos | 3,34 ±0,5680 | 3,68±0,4497 |
| Prestação de Contas | 3,50 ±0,5076 | 3,80±0,7180 |
| Focar nos Resultados | 3,81 ±0,5776 | 3,75±0,4873 |

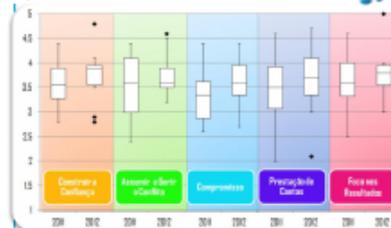


Figura 3. Distribuição da pontuação média obtida.

A melhoria na pontuação média global atribuída à qualidade do funcionamento em equipa foi estatisticamente significativa (valor $p = 0,0018$).

Discussão

Assinalam-se como viés: assente na perceção individual subjetiva sobre os cinco desafios da equipa, baseada na memória, de carácter histórico e a não inclusão ou consideração de barreiras intragrupais, nomeadamente relacionadas com a atividade profissional. Por motivos institucionais a amostra avaliada em 2011 é diferente da sujeita à avaliação um ano depois.

A melhoria significativa na pontuação média global verificada com a realização da sessão educacional e sugestão de várias estratégias para a superação dos desafios enfrentados pela equipa, sugere utilidade e eficácia da intervenção realizada. Contudo o resultado global **Média** atingido, mesmo após a realização da intervenção, motiva a necessidade de serem instituídas e monitorizadas as estratégias propostas para a melhoria da qualidade do funcionamento em equipa na USF.

ANEXO 4: Plano de Formação e Formações Internas da Equipa USF FORTE

| DATA | TEMA | PRELECTOR | FORMANDOS |
|------------|--|---|--|
| 27/1/2012 | “Asma - Questionário Carate” | Prof. Dr. Luís Miguel Borrego | Toda a Equipa |
| 24/2/2012 | “Fármaco- Economia sobre Diabetes” | Dr. Caldeira H. Sta Maria | Toda a Equipa |
| 16/3/2012 | “Alergia em Pediatria- Controlo em Ambulatório e Critérios de Referenciação” | Dr. Cândida Mendes HVF Xira | 3 Médicos ? 2 Internos de Med. 5 Enfermeiros, 2 AE |
| 23/03/2012 | “Espirometria” | Dr. Paula Rosa | 7 Médicos ? 1 Internos de Med. 6 Enfermeiros, 2 AE |
| 17/4/2012 | “Aplicação de Ligaduras” | AE Filipa e Daniela | 8 Enfermeiros 2 AE Enf. |
| 11/5/2012 | “Reabilitação Neurológica” | Fisio. Natália Alegria H. Polido Valente | 3 Médicos 6 Enfermeiros, 4 AE |
| 2/11/2012 | “Farmacovigilância” | Centro de fármaco vigilância zona sul | Toda a Equipa |
| 9/11/2012 | “Protocolo de Referenciação em Saúde Mental” | Internos Dr. Flávio e Dr. Inês | Toda a Equipa |
| 16/11/2012 | “Recém-nascido de risco – e depois da alta?” | Enf. Paula Gomes | Toda a equipa |
| 23/11/2012 | “O que precisamos de saber para Prevenir o AVC” | Dr. Carlos Mendonça | Toda a Equipa |
| 14/12/2012 | “Fasceíte Plantar” | Dr. Hugo Cardoso | Toda a Equipa |

ANEXO 5: Cursos e Formações Externas da Equipa USF FORTE

| DATA | TEMA | PRELECTOR/LOCAL/ LABORATÓRIO | FORMANDOS |
|--------------------|--|--|--------------------------|
| 14/01/2012 | Módulo II “Feridas Crónicas e Feridas Agudas” | Convatec | 1 Enfermeiro |
| 9 a 12/02/2012 | 6º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global | Sociedade Portuguesa Hipertensão | 2 Médico |
| 16 a 18/2/2012 | “19º Curso pós Graduado de Endocrinologia- NEDO” | NEDO (Núcleo de Endocrinologia Diabetes e Obesidade) | 2 Médico |
| 14 a 17/03/2012 | 29º Encontro Nacional MGF | Tivoli Marina – Vila Moura | 1 Médico |
| 22-23 /03/2012 | “XII Jornadas de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo” | Hospital Egas Moniz | 2 Enfermeiras |
| 24/3/2012 | “Cuidados a pele a hipertensão arterial” | Barral | 5 Enfermeiros |
| 30- 31/03/2012 | III Congresso Internacional Gestão de “Feridas Complexas – Uma abordagem de boas Práticas” | Formasau – Formação em Saúde, Lda. ESEL | 2 Enfermeiro |
| 11/04/2012 | “Reunião Cuidados Continuados Integrados” | ACES – UCSP Alverca | 1 Médica 1 Enfermeira |
| 11/4/2012 | “Nutrição Infantil” | Nestlé | 3 Enfermeiros |
| 13-14/4/2012 | “10ª Reunião Pediatria” | H.S. Francisco Xavier | 2 Enfermeiros |
| 19 a 21/4/2012 | “XI Jornadas em Endocrinologia e a Medicina Geral e Familiar” | Serviço de Endocrinologia do Hospital de Sta Maria | 2 Médicos |

| DATA | TEMA | PRELECTOR/LOCAL/ LABORATÓRIO | FORMANDOS |
|--------------------|--|---|----------------------------|
| 3-4/05/2012 | “V Jornadas da Família” | Clinica Gerações – Universidade Católica | 3 Enfermeiras |
| 8/5/2012 | “Emergências Pediátricas” | H.Sta Maria | 4 Enfermeiros 3 Médicos |
| 10 – 11/05/2012 | “13ª Jornadas Pneumologia em Medicina Familiar” | Gasin Médica | 1 Médica |
| 2 a 5/5/2012 | “Curso Básico de Cuidados Paliativos” | Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar | 1 Médico |
| 3-4/5/2012 | “5ª Jornadas da Família” | Universidade Católica “Clinica gerações” | 3 Enfermeiros |
| 8/05/2012 | “Formação Profissional de Emergências Pediátricas em Cuidados de Saúde Primários” | Hospital de Santa Maria | 3 Médicos 4 Enfermeiros |
| 17/5/2012 | “ Vacina Prevenar - Pn 13) | Hotel Sana-Lisboa | 3 Enfermeiros |
| 24/5/2012 | “Reunião Informativa sobre Segurança da Criança Passageiro” | Hospital Beatriz Ângelo APSI | 1 Médico |
| 3 a 6/05/2012 | “UPDATE em Medicina 2012” | Hotel Grande Real Santa Eulalia - Albufeira | 1 Médico |
| 14 – 15/06/2012 | “Curso de Formação em Auditoria Clínica” | Secção Regional no Centro da Ordem dos Médicos Coimbra | 1 Médico |
| 21-22/ 06/2012 | “Idoso- 6º Congresso Nacional do Idoso” | Centro de Congressos de Lisboa | 1 Médica |
| 25/06/2012 | “RNU – Registo Nacional de Utentes” | ARSLVT, IP | 1 Assistente Técnico |

| DATA | TEMA | PRELECTOR/LOCAL/ LABORATÓRIO | FORMANDOS |
|---------------------|---|---|----------------------------|
| 15/09/2012 | “ Insulinoterapia” | Hotel VIP Povoia Santa Iria | 5 Médicos 5 Enfermeiros |
| 21/09/2012 | “III Jornadas de Neonatologia | Hospital de Vila Franca de Xira | 1 Enfermeira |
| 28/09/2012 | “I Curso de Formação em Boas Práticas clínicas” | Laboratório de Farmacologia clínica e terapêutica faculdade de medicina de lisboa | 1 Médico |
| 12-13/10/2012 | “25ª Jornadas de Cardiologia do Hospital Egas Moniz” | Hotel Vila Galé Opera Lisboa | 1 Médica |
| 23-24/10/2012 | XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de atualização” | Hospital Militar da Estrela | 1 Médico 1 Enfermeiro |
| 4 a 6/11/2012 | “2012 Primary Care Update | American Academy of Family Physicians | 1 Médico |
| 8-9-15 e 16/11/2012 | “Auditoria Interna” | USF-AN (Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional) | 2 Enfermeiras |
| 16-17/11/2012 | “Curso de Atualização em Medicina” | UPDATE em Medicina 2012 Norte | 1 Medico |
| 19/11/2012 | “SIADAP 3 – Carreira Especial de Enfermagem” | ACES – Vila Franca de Xira | 1 Enfermeira |
| 21/11/2012 | “Fórum Cuidados de Saúde Primários” | Reitoria da Universidade de Lisboa | 1 Médica |
| 22-23/11/2012 | “32º Jornadas de atualização e avanços em Reumatologia” | Laboratório MSD - Porto | 1 Médico |

| DATA | TEMA | PRELECTOR/LOCAL/ LABORATÓRIO | FORMANDOS |
|----------------------------|---|---|---|
| 29- 30/11/2012 | “Jornadas Internacionais de Pneumologia” | Instituto Português de Pneumologia | 1 Médico |
| 14 – 15/12/2012 | “Formação MSD- Comunicação Assertiva” | MSD-Laboratórios | 2 Médicas 2 Enfermeiras 2 Assistente Técnico |

ANEXO II – CERTIFICADO

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO

Certifica-se para os devidos efeitos que:

Enfermeira Sofia Paulino

realizou, em reunião multidisciplinar, a apresentação:

“Intervenções de Enfermagem em SBV Adulto e Pediátrico e em situação de OVACE”

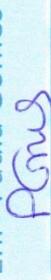
com a duração de 60 minutos, no dia 10 de Janeiro de 2014.

Forte da Casa, 10 de Janeiro de 2014
Conselho Técnico

Dr. Guilhermé Mendes



Enfa Paula Gomes



USFFORTE

ANEXO III –GABINETE DE GESTÃO DO RISCO



Gabinete de Gestão de Risco

POLÍTICA DE GESTÃO DO RISCO

Data: 20/07/2010

Pág. 1/10

Resumo das revisões:

| Nº da revisão | Descrição da alteração | Data de entrada em vigor | Emissor |
|---------------|------------------------|--------------------------|--|
| 00 | Documento inicial | | Órgão/Cargo: Conselho de Administração Nome: Assinatura: |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Elaborado por: | Verificado por: | Aprovado por: |
|--------------------|-----------------|--|
| Serviço/Órgão: GGR | Serviço/Órgão: | Serviço/Órgão: Conselho de Administração |
| Nome: | Nome: | Nome: |
| Assinatura | Assinatura | Assinatura |
| Data: Julho 2010 | Data: | Data: |



PREÂMBULO

A segurança do doente é considerada actualmente uma disciplina no sector dos cuidados de saúde, que aplica métodos científicos, com o objectivo de estabelecer um sistema confiável nessa prática de cuidados. Pode dizer-se que é também um sistema sistemas de cuidados de saúde que minimiza a incidência e o impacto dos adversos maximizando a recuperação, caso estes ocorram.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a segurança do doente consiste na redução dos actos inseguros nos processos assistenciais, na utilização das melhores práticas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis e na redução, para um mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde. Este nível de risco refere-se ao que é consensualmente aceite como boa prática à luz do conhecimento científico actual, dos recursos disponíveis e do contexto em que decorre a prestação dos cuidados de saúde.

O risco consiste na possibilidade de acontecer algo com impacto sobre indivíduos ou organizações e mede-se em função da sua probabilidade de ocorrência e da gravidade das suas consequências.

Os danos que resultam duma intervenção clínica, e não directamente da patologia do doente, são reconhecidos actualmente como um importante problema de saúde, dada a dimensão que atingem e, consequentemente, pelas questões éticas e financeiras que colocam. A gestão do risco defensiva sucede-se uma visão actual, preventiva, que procura colocar o doente no centro, preocupando-se acima de tudo com a sua segurança e como tal, com a promoção duma cultura de segurança nas organizações de saúde, em que todos sem excepção estejam implicados em alcançar este objectivo.

Os profissionais devem estar sensibilizados para o facto da gestão do risco proactiva reduzir e controlar os riscos identificados para níveis aceitáveis, promovendo a segurança de todos os intervenientes. Uma cultura organizacional de cooperação e apoio em detrimento de uma cultura culpabilizadora e recriminatória é determinante para o sucesso desta política.

Todos os eventos de risco comunicados constituirão uma oportunidade de reflectir e aprender com o passado/presente, com o objectivo de melhorar a segurança no desempenho futuro.

| | | |
|--|---|--|
| CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE. EPE |  H O S P I T A L D E SANTAMARIA |  Hospital PulidoValente |
| Gabinete de Gestão de Risco | POLÍTICA DE GESTÃO DO RISCO | |
| Data: 20/07/2010 Pág. 3/10 | | |

1 - OBJECTIVOS

Objectivo Geral

Integrar de forma efectiva a componente da gestão do risco em todo o processo de cuidados de saúde.

Objectivos Específicos

- Promover uma cultura de segurança do doente no CHLN;
- Implementar uma metodologia de avaliação e gestão do risco clínico;
- Implementar um sistema de notificação de eventos de risco;
- Definir os princípios e a metodologia subjacentes ao processo de gestão do risco;
- Garantir a sensibilização e formação de todos os profissionais, neste domínio;
- Monitorizar o processo de gestão do risco;

2 - ÂMBITO

Com esta política, o Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) pretende definir uma estratégia de Gestão do Risco, através da qual assegura a melhoria continua da qualidade dos cuidados de saúde.

A Gestão do Risco tem subjacente uma abordagem sistematizada e metódica do risco, no sentido de identificar, reportar, prevenir, reduzir e/ou limitar os riscos potencialmente existentes e os danos causados no hospital, de natureza clínica e não clínica, a todos os utilizadores internos e externos, nomeadamente doentes, profissionais, visitantes e público em geral, em todos os sectores de actividade.

3 - DESCRIÇÃO

3.1 - PRINCÍPIOS

- A gestão do risco é componente fundamental da prática de cuidados de saúde;
- Todos os profissionais e todos os doentes/utentes, independentemente da idade, sexo, raça, religião, têm direito a beneficiar do processo de gestão do risco;
- A gestão do risco é um processo contínuo, desenvolvido de forma sequencial e estruturada ao longo de todo o processo de cuidados (internamento e/ou ambulatório);
- Toda a informação relativa ao processo de gestão do risco é registada em impressos próprios pelos profissionais de saúde envolvidos nesse processo e é suportada por adequados sistemas de gestão da informação;
- Qualquer mudança de nível estratégico ou operacional será suportada por uma avaliação sistemática do risco.

| | |
|--|--|
| <p>CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE</p>  <p>HOSPITAL DE SANTAMARIA</p>  | <p>Gabinete de Gestão de Risco</p> <p>POLÍTICA DE GESTÃO DO RISCO</p> <p>Data: 20/07/2010</p> <p>Pág. 4/10</p> |
|--|--|

3.2 - PROCESSO DE GESTÃO DO RISCO

3.2.1 - IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO

O Centro Hospitalar é detentor de uma metodologia própria que implica a utilização de instrumentos de identificação e avaliação do risco, para a sua efectiva gestão.

Os dados recolhidos são documentados e avaliados, sendo os riscos hierarquizados, por nível de probabilidade de ocorrência, consequência e gravidade. Esta avaliação permite a adopção de medidas preventivas e/ou correctivas a serem asseguradas pelos Responsáveis de Serviço, com o apoio do Gabinete de Gestão de Risco.

Será gradualmente implementado um sistema de avaliação do risco a todo o Centro Hospitalar.

3.2.2 - NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS DE RISCO

O relato de situações de risco, erros, práticas inadequadas, incidentes, eventos adversos, acidentes com os profissionais e reclamações dos doentes, permite ter um conhecimento da realidade e agir após a sua análise, numa óptica de prevenção e correcção, constituindo uma componente fundamental da gestão e controlo do risco.

A investigação e acompanhamento destas situações é fundamental na identificação de aspectos a melhorar.

Para uma gestão eficaz do risco, o Centro Hospitalar dispõe de:

- Mecanismos de comunicação de eventos de risco, clínicos e não clínicos;
- Sistema de registo e análise de eventos de risco;
- Programas de formação para o pessoal.

3.2.3 - GESTÃO DO RISCO CLÍNICO

A gestão do risco clínico pretende prevenir os mesmos e promover abordagens sistemáticas que identifiquem os factores que causam ou contribuem para a ocorrência dos eventos de risco, que comprometem ou podem comprometer a segurança do doente, no que se refere especificamente à prática clínica. Estabelece pois uma metodologia de recolha e tratamento da informação relativa aos problemas clínicos e de promoção das mudanças necessárias à sua gestão.

Baseia-se na identificação, análise e tratamento de factores de risco clínico, através de:

- Políticas e procedimentos específicos;



- Um sistema de indicadores de qualidade clínica que permita identificar áreas de risco;
- Um sistema de relato de eventos de risco, que permita estudar eventos clínicos adversos, inesperados e evitáveis.

Os gestores de risco local dos serviços clínicos são os responsáveis pela identificação e a análise de riscos clínicos e pela implementação do sistema de notificação de eventos de risco a nível local, em articulação com o Gabinete de Gestão do Risco.

4 - GABINETE DE GESTÃO DO RISCO - DEFINIÇÃO E COMPETÊNCIAS

4.1 - DEFINIÇÃO

O Gabinete de Gestão do Risco (GGR) do CHLN é um órgão de apoio técnico integrado na Comissão de Qualidade e Humanização.

4.2 - COMPETÊNCIAS

- Coordenar a gestão do risco com todos os intervenientes;
- Contribuir para a estruturação dos sistemas de informação relativos à identificação dos riscos no CHLN;
- Propor medidas específicas para a prevenção do risco e minimização das suas consequências;
- Promover o envolvimento, a formação e a participação dos profissionais em acções de gestão do risco

4.3 - ESTRUTURA DE GESTÃO DO RISCO

Esta estrutura é formada por um gabinete, constituído por uma Coordenadora e seis profissionais das diversas áreas de actuação, nomeados pelo Conselho de Administração (CA).

À Coordenadora do Gabinete de Gestão de Risco compete a gestão da implementação da política e procedimentos aprovados, os quais incluem o desenho da estrutura organizacional, a especificação dos recursos necessários, das necessidades formativas e os mecanismos de articulação com o nível operacional, bem como com comissões e serviços de segurança existentes.

Pretende-se que em cada Serviço sejam nomeados dois profissionais, pelos respectivos superiores hierárquicos (de acordo com o sector de actuação), designados Gestores de Risco Local, com a responsabilidade de desenvolver e monitorizar a operacionalização da política ao nível local e de colaborar na formação em serviço, neste âmbito. Estes profissionais devem ter tempo afecto a esta função.

| | |
|---|--|
| <p>CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE</p>  <p>HOSPITAL DE SANTAMARIA</p>  <p>Hospital Pulido Valente</p> | <p>Gabinete de Gestão de Risco</p> <p>POLÍTICA DE GESTÃO DO RISCO</p> <p>Data: 20/07/2010</p> <p>Pág. 6/10</p> |
|---|--|

4.4 - ARTICULAÇÃO COM OUTRAS ESTRUTURAS

No exercício das suas funções o Gabinete de Gestão do Risco articula-se com todos os serviços do Centro Hospitalar. Entendendo-se a segurança numa perspectiva global, que inclui o risco clínico e não clínico, a coordenadora do Gabinete de Gestão do Risco articula-se reunindo pelo menos trimestralmente, com:

- Serviço de Saúde Ocupacional;
- Comissão de Controlo de Infecção;
- Gabinete de Segurança;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviços de Logística e Stocks - Unidade de Gestão Hoteleira;
- Serviço de Dietética e Nutrição;
- Serviço Social - Gabinete do Utente.

5 - FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL

O conhecimento dos riscos e sua natureza contribui para a consciencialização dos actores clínicos. O seu desconhecimento contribui para o aumento inadvertido da probabilidade da sua ocorrência.

O Centro Hospitalar Lisboa Norte desenvolve um programa contínuo de formação sistematizada a todos os profissionais. A formação na área de gestão do risco é operacionalizada através do Centro de Formação e entidades suas colaboradoras, em estreita articulação com o Gabinete de Gestão de Risco.

6 - RESPONSABILIDADES

6.1 - RESPONSABILIDADE PELA ELABORAÇÃO DA POLÍTICA

Gabinete de Gestão de Risco

6.2 - RESPONSABILIDADE PELA REVISÃO FUTURA

A revisão futura desta política cabe ao Gabinete de Gestão de Risco, num prazo de três anos após a sua aprovação.

6.3 - APROVAÇÃO, DIVULGAÇÃO E EXPLICITAÇÃO

A aprovação da Política de Gestão do Risco e a sua divulgação a todos os Serviços do CHLN é da competência do Conselho de Administração.

| | | |
|--|---|--|
|  <p>CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE</p> |  <p>HOSPITAL DE SANTAMARÍA</p> |  <p>Hospital Pulido Valente</p> |
| <p>Gabinete de Gestão de Risco</p> | <p>POLÍTICA DE GESTÃO DO RISCO</p> | |
| <p>Data: 20/07/2010</p> | | <p>Pág. 7/10</p> |

A explicitação da Política de Gestão do Risco junto dos Serviços é da responsabilidade do Gabinete de Gestão do Risco, cabendo-lhe ainda a monitorização de todo o processo em estreita articulação com a Comissão da Qualidade e Humanização do Hospital.

6.4 - IMPLEMENTAÇÃO E PLANEAMENTO

A implementação da Política de Gestão do Risco é da competência do Gabinete de Gestão do Risco.

A implementação do processo de gestão do risco nos Serviços é promovida pelos Directores de Serviço, Coordenadores, Responsáveis de Unidade, Enfermeiros Chefes e Gestores de Risco Local.

7 - PROCEDIMENTOS ASSOCIADOS

Esta Política é operacionalizada através de formação específica e dos seguintes procedimentos:

- Identificação e avaliação do risco;
- Notificação de eventos de risco.

8 - ANEXOS

ANEXO 1 - Composição do GGR

ANEXO 2 - Definição de Conceitos

| | | |
|--|--|--|
| CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE |  HOSPITAL DE SANTAMARIA |  Hospital PulidoValente |
| Gabinete de Gestão de Risco | POLÍTICA DE GESTÃO DO RISCO | |
| Data: 20/07/2010 Pág. 8/10 | | |

ANEXO 1 - Composição do Gabinete de Gestão do Risco

Enf.^a Paula Portela de Almeida - Coordenadora
 Enf.^a Amélia Matos
 Dr.^a Anabela Oliveira
 Técnica Isabel Diegues
 Enf.º Francisco Barros
 Dr. João Paulo Cruz
 Dr. Menezes da Silva

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE |  HOSPITAL DE SANTAMARIA |  Hospital Pulido Valente |
| Gabinete de Gestão de Risco | POLÍTICA DE GESTÃO DO RISCO | |
| | | Data: 20/07/2010 Pág. 9/10 |

ANEXO 2 – Definição de Conceitos

Evento de risco (*event/risk*) - É qualquer acontecimento ou ocorrência claramente definida, que envolva o doente, o público, os profissionais ou a organização, em que há ou poderá haver probabilidade de ocorrer um incidente.

Factor de risco (*hazard*) - É a circunstância, agente, acção ou conjunto de circunstâncias com potencial de aumentar o risco, de causar dano e aumentar a gravidade do mesmo.

Incidente (*incident*) - É o evento ou circunstância do qual resultou ou poderia ter resultado, um dano desnecessário. Pode ser uma situação relevante a notificar, um quase incidente (*near miss*), um incidente que não causa dano ou um incidente que causa dano (evento adverso). Pode ser intencional ou não intencional.

Quase incidente (*near miss*) - É um incidente ocorrido no decurso da prestação de cuidados de saúde, que não atingiu o doente, público, profissionais ou organização, porque foi detectado a tempo.

Incidente sem dano (*no harm incident*) - É um incidente ocorrido no decurso da prestação de cuidados de saúde, que atingiu o doente, público, profissionais ou organização, mas não lhes causou dano.

Evento adverso (*harmful incident*) - É um incidente ocorrido no decurso da prestação de cuidados de saúde, do qual resulta dano para o doente, público, profissionais ou organização.

Incidente clínico (*clinical incident*) - É um incidente ocorrido numa instituição de saúde, causado por procedimentos clínicos, dos quais resultou ou poderia ter resultado dano inesperado para o doente.

Incidente não clínico (*non clinical incident*) - É um incidente não causado por procedimentos clínicos, ocorrido numa instituição de saúde, do qual resultou ou poderia ter resultado dano (ex: queda).

Dano (*harm*) - Implica a afecção temporária ou permanente da estrutura ou função do corpo e qualquer efeito prejudicial dele resultante, incluindo, lesão física, social ou



psicológica, doença, sofrimento, incapacidade ou morte. Requer uma intervenção orientada. O dano pode também ser material, ambiental, ou de bom-nome/imagem.

Erro (error) - É a falha na implementação de uma acção de acordo com o planeado, ou a utilização dum plano incorrecto, errado ou inapropriado, para atingir um objectivo. Por definição o erro não é intencional. O erro pode corresponder a: fazer algo errado (comissão), ou não fazer o correcto/recomendado (omissão). Pode conduzir ao incidente.

Adaptado do Relatório técnico final do Quadro conceptual para a Classificação Internacional para a Segurança do Doente, da OMS - versão 1.1, de Janeiro de 2009.
www.who.com



psicológica, doença, sofrimento, incapacidade ou morte. Requer uma intervenção orientada. O dano pode também ser material, ambiental, ou de bom-nome/imagem.

Erro (error) - É a falha na implementação de uma acção de acordo com o planeado, ou a utilização dum plano incorrecto, errado ou inapropriado, para atingir um objectivo. Por definição o erro não é intencional. O erro pode corresponder a: fazer algo errado (comissão), ou não fazer o correcto/recomendado (omissão). Pode conduzir ao incidente.

Adaptado do Relatório técnico final do Quadro conceptual para a Classificação Internacional para a Segurança do Doente, da OMS - versão 1.1, de Janeiro de 2009.
www.who.com



GABINETE DE GESTÃO DO RISCO DOCUMENTAÇÃO

Orientações para facilitar a investigação de eventos

No sentido de facilitar a investigação de eventos de risco, uma vez que por enquanto não é possível alterar o próprio impresso de notificação, e que se aproxima o período de férias, em que decorrerá algum tempo entre a sua notificação e a respectiva investigação, o Gabinete de Gestão de Risco vem solicitar a vossa colaboração no sentido de:

- Sempre que a pessoa exposta ou lesada seja um doente, seja colada etiqueta identificativa do mesmo, no espaço disponível; (Anexo 2)
- Se for utente ou profissional, registar dados identificativos - nome, CHLN ou n.º mecanográfico, data de nascimento;
- A descrição e cronologia do evento seja o mais detalhada possível, escrevendo no verso da folha se necessário;
- Referir as consequências do evento se as houver;
- Sendo possível, apontar *causas possíveis* ou *factores contributivos* (factores de **comunicação** - verbal, não verbal e escrita; factores relacionados com a **tarifa** - existência de *guide-lines*, procedimentos/normas, actos pouco seguros; factores de **equipamento e recursos** - facilidade de utilização, condições de funcionamento; factores relacionados com as **condições de trabalho** - ambiente físico, factores administrativos, sobrecarga de trabalho; factores **organizacionais**; factores do **doente**, factores **individuais** do profissional - stress, fadiga; factores **sociais e de equipa** - competências claras, liderança, reacção da equipa a conflitos e incidentes;(Anexo 1))
- Referir as intervenções correctivas ou preventivas efectuadas;
- Quando pertinente, documentar o evento e juntar essa documentação à notificação (põe ex: disfunções na prescrição online - impressão da folha de prescrição ou administração; perdas de produtos - cópia do pedido ou do diário médico em que é referida a sua solicitação; disfunções no fornecimento de roupa - cópia da folha de entrega anterior); disfunção com dispositivo médico ou medicamento - guardá-lo como prova e para se saber lote e outras informações;
- Sugestões de solução, caso seja possível dá-las.

Anexos :

1. **Lista de verificação de factores adjuvantes/contributivos**
2. **Impresso de Notificação de Eventos Adversos - IMP-002.01-07**



**GABINETE DE GESTÃO DO RISCO
DOCUMENTAÇÃO**

Factores de Comunicação

| Factores de comunicação | Componentes |
|-------------------------|---|
| Comunicação Verbal | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Indicação verbal não ambigua<input type="checkbox"/> Tom de voz e estilo de comunicação adequado à situação<input type="checkbox"/> Uso correcto da linguagem<input type="checkbox"/> Comunicação às pessoas adequadas<input type="checkbox"/> Canais de comunicação adequados |
| Comunicação escrita | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Registos fáceis de ler<input type="checkbox"/> Registos guardados no mesmo local e sempre disponíveis<input type="checkbox"/> Registos completos e actualizados<input type="checkbox"/> Comunicações escritas circulam por toda a equipa<input type="checkbox"/> Comunicações dirigidas às pessoas adequadas |
| Comunicação não verbal | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Problemas com linguagem corporal (fechada, aberta, agressiva) |

Factores da Tarefa

| Factores da tarefa | Componentes |
|---|--|
| Procedimentos e Políticas | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Actualizadas<input type="checkbox"/> Acessíveis em localização adequada<input type="checkbox"/> Perceptíveis, uteis<input type="checkbox"/> Relevantes, claras, concretas, correctas, simples<input type="checkbox"/> Desactualizadas, inacessíveis, inexistentes, irrealistas<input type="checkbox"/> Boa aderência<input type="checkbox"/> Dirigidas aos profissionais certos |
| Ajudas à decisão | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Disponibilidade de apoios (ex.CTG, computador para acesso análises, instrumentos de avaliação de risco)<input type="checkbox"/> Acesso a apoio de sénior ou especialista<input type="checkbox"/> Árvores de decisão claras nos protocolos<input type="checkbox"/> Informação completa |
| Desenho dos procedimentos e das tarefas | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Permitem chegar facilmente a uma decisão<input type="checkbox"/> Os profissionais concordam com o protocolo<input type="checkbox"/> Cada passo do protocolo é realista e pode ser realizado |



GABINETE DE GESTÃO DO RISCO
DOCUMENTAÇÃO

ANEXO

Lista de verificação de factores adjuvantes/contributivos

Factores individuais

| Factores Individuais | Componentes |
|-----------------------------|---|
| Questões físicas | <input type="checkbox"/> Saúde Geral (ex: nutrição, dieta, exercício, forma) <input type="checkbox"/> Deficiência física (ex. problemas de visão, dislexia) <input type="checkbox"/> Fadiga |
| Questões psicológicas | <input type="checkbox"/> Stress (ex. distração / preocupação) <input type="checkbox"/> Doença mental específica (ex. depressão) <input type="checkbox"/> Alteração consciência (ex. doença, drogas, álcool, dor) <input type="checkbox"/> Motivação (ex. aborrecimento, complacência, insatisfação) <input type="checkbox"/> Factores cognitivos (ex. Defice de atenção, distração, preocupação, excesso de trabalho) |
| Social Domésticas | <input type="checkbox"/> Problemas Domésticos / Estilo de vida |
| Questões de personalidade | <input type="checkbox"/> Baixa auto-confiança / Alta autoconfiança <input type="checkbox"/> Gregário / interactivo, introvertido <input type="checkbox"/> Cauteloso / Aventuroeiro |

Factores Sociais e de Equipa

| Factores de Equipa | Componentes |
|---------------------------------|---|
| Coerência profissional | <input type="checkbox"/> As competências estão claramente compreendidas <input type="checkbox"/> As tarefas de cada profissional estão definidas |
| Liderança | <input type="checkbox"/> Há liderança clínica eficaz <input type="checkbox"/> Há liderança de gestão eficaz <input type="checkbox"/> O líder sabe liderar <input type="checkbox"/> As responsabilidades do líder são claras <input type="checkbox"/> O líder é respeitado |
| Factores culturais e de suporte | <input type="checkbox"/> Existem redes de suporte para os profissionais <input type="checkbox"/> Reacção da equipa aos incidentes <input type="checkbox"/> Reacção da equipa aos conflitos <input type="checkbox"/> Reacção da equipa aos novos elementos <input type="checkbox"/> Abertura da equipa |


**GABINETE DE GESTÃO DO RISCO
DOCUMENTAÇÃO**
Factores relacionados com as condições de trabalho

| Ambiente de trabalho | Componentes |
|--------------------------------------|--|
| Factores Administrativos | <input type="checkbox"/> Eficiência geral dos sistemas administrativos, ex fiabilidade <input type="checkbox"/> Sistemas para pedir processos clínicos <input type="checkbox"/> Sistemas para prescrever / obter medicação <input type="checkbox"/> Fiabilidade do apoio administrativo |
| Desenho do ambiente físico | <input type="checkbox"/> Desenho dos gabinetes: ex. Cadeiras do computador. Altura das mesas, ecrans, ecrans de segurança, botões de pânico, zonas de armazenamento <input type="checkbox"/> Desenho das áreas: comprimento, forma visibilidade, apertado, espaçoso. |
| Ambiente | <input type="checkbox"/> Limpeza <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Iluminação <input type="checkbox"/> Nivel de ruído |
| Profissionais | <input type="checkbox"/> Mistura de áreas de conhecimento / técnica <input type="checkbox"/> Relação profissional / doente <input type="checkbox"/> Volume de trabalho/Avaliação de dependência <input type="checkbox"/> Liderança <input type="checkbox"/> Utilização de funcionários temporários <input type="checkbox"/> Retenção do pessoal/rotatividade de pessoal |
| Volume de trabalho/horas de trabalho | <input type="checkbox"/> Fadiga relacionada com o turno de trabalho <input type="checkbox"/> Intervalos durante o trabalho <input type="checkbox"/> Dotação adequada de pessoal aos doentes e suas características <input type="checkbox"/> Tarefas irrelevantes/desadequadas às funções <input type="checkbox"/> Relaxamento social, descanso e recuperação |
| Horários | <input type="checkbox"/> Atrasos causados por falhas no sistema ou desenho das tarefas <input type="checkbox"/> Pressão temporal |



**GABINETE DE GESTÃO DO RISCO
DOCUMENTAÇÃO**

Factores de educação e treino

| Educação e treino | Componentes |
|-------------------------------------|--|
| Competência | <input type="checkbox"/> Conhecimentos adequados <input type="checkbox"/> Capacidade técnica adequada <input type="checkbox"/> Experiência (tempo) <input type="checkbox"/> Qualidade da experiência <input type="checkbox"/> Familiaridade com a tarefa <input type="checkbox"/> Avaliações feitas |
| Supervisão | <input type="checkbox"/> Supervisão adequada <input type="checkbox"/> Tutorado de forma adequada <input type="checkbox"/> Integração adequada |
| Disponibilidade / acessibilidade | <input type="checkbox"/> Formação em serviço <input type="checkbox"/> Treino em emergência <input type="checkbox"/> Treino em equipa <input type="checkbox"/> Treino das capacidades técnicas essenciais <input type="checkbox"/> Cursos de actualização |
| Adequação | <input type="checkbox"/> Conteúdo <input type="checkbox"/> Audiência alvo <input type="checkbox"/> Tipo de apresentação <input type="checkbox"/> Altura do dia |

Factores de Equipamento e Recursos

| Equipamento | Componentes |
|----------------------|--|
| Monitor / Informação | <input type="checkbox"/> Correcta <input type="checkbox"/> Informação consistente e clara <input type="checkbox"/> Legível <input type="checkbox"/> Feedback apropriado <input type="checkbox"/> Sem interferências |
| Integridade | <input type="checkbox"/> Em boas condições <input type="checkbox"/> Tamanho apropriado <input type="checkbox"/> Fidedigno <input type="checkbox"/> Características de segurança eficazes <input type="checkbox"/> Bom programa de manutenção |
| Posicionamento | <input type="checkbox"/> Posicionado de forma correcta para uso <input type="checkbox"/> Correctamente armazenado |
| Utilitarismo | <input type="checkbox"/> Mecanismo de controlo de fácil interpretação <input type="checkbox"/> Manual de utilização <input type="checkbox"/> Equipamento familiar <input type="checkbox"/> Equipamento novo <input type="checkbox"/> Uniformização |



GABINETE DE GESTÃO DO RISCO DOCUMENTAÇÃO

Factores Estratégicos e Organizacionais

| Factores organizacionais | Componentes |
|--------------------------------|--|
| Estrutura organizacional | <input type="checkbox"/> Estrutura hierárquica que não propicia discussão, partilha de problemas, etc. <input type="checkbox"/> Limites apertados de responsabilidade e obrigações <input type="checkbox"/> O modelo clínico versus o administrativo (directivo) |
| Prioridades | <input type="checkbox"/> Reforço na Segurança <input type="checkbox"/> Enfoque na avaliação externa, por exemplo, pontuações estrela <input type="checkbox"/> Realce no equilíbrio financeiro |
| Riscos importados externamente | <input type="checkbox"/> Substitutos temporários / política de agenciamento e de emprego <input type="checkbox"/> Empreiteiros/fornecedores <input type="checkbox"/> Aluguer equipamento <input type="checkbox"/> PFI |
| Cultura de segurança | <input type="checkbox"/> Segurança / equilíbrio da eficiência <input type="checkbox"/> cumprimento de regras <input type="checkbox"/> termos e condições de contratos <input type="checkbox"/> Exemplo do líder - comprometimento evidente com a segurança <input type="checkbox"/> Cultura aberta |

1.1. FACTORES DO DOENTE

| Factores do doente | Componentes |
|--------------------|---|
| Condição clínica | <input type="checkbox"/> Comorbidade pré existente <input type="checkbox"/> Complexidade da situação/condição <input type="checkbox"/> Gravidade da situação <input type="checkbox"/> Tratabilidade (rastreadibilidade, manejabilidade) |
| Factores sociais | <input type="checkbox"/> Cultura/crenças religiosas <input type="checkbox"/> Estilo de vida(hábitos tabágicos, alcoólicos, consumo de drogas, dietas) <input type="checkbox"/> Linguagem/expressão verbal <input type="checkbox"/> Condições de habitação <input type="checkbox"/> Redes de suporte |
| Factores físicos | <input type="checkbox"/> Condição física - deficiente estado nutricional, padrão de sono comprometido, etc. |



GABINETE DE GESTÃO DO RISCO

DOCUMENTAÇÃO

| | |
|---------------------------------|--|
| Factores mentais e psicológicos | <input type="checkbox"/> Motivação (agenda, incentivos) <input type="checkbox"/> Stress (pressão familiar ou financeira) <input type="checkbox"/> Existência de um distúrbio mental <input type="checkbox"/> Trauma |
| Relações interpessoais | <input type="checkbox"/> Entre profissionais e pacientes <input type="checkbox"/> Entre doentes <input type="checkbox"/> Entre a família - irmãos, pais, filhos |

Elaborado por Gabinete de Gestão do Risco
Julho 2011

ANEXO IV – Casuística

DIAGNÓSTICO SITUAÇÃO

ERROS MAIS COMUNS EM NEONATOLOGIA: QUESTIONÁRIO E RESULTADO INCIDENTES

- **Desde 2010** foi implementado na UCIN do HSM o sistema de notificação de eventos adversos também designados incidentes críticos;
- A casuística mostra que num **período de 11 meses** entre (21/01/2010 a 23/12/2010) foram reportados **81 relatos de incidentes críticos**;
- **Os mais frequentes prendiam-se com a medicação** e identificaram-se **algumas causas**, esquematizadas no seguinte quadro:

| FALHAS ACTIVAS | FALHAS LACTENTES OU SUBJACENTES | FACTORES ADJUVANTES |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ◆ Lapsos ou enganos ◆ Violação de normas ou procedimentos | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Falta de pessoal e horas a mais ◆ Equipamento insuficiente ou defeituoso ◆ Tempo de integração longo, inexperiência, falha na supervisão ◆ Procedimentos e tecnologia demasiado complexos | <ul style="list-style-type: none"> ◆ Doenças graves e doentes frágeis ◆ Internamentos longos e monitorização continua. ◆ Situações clínicas imprevisíveis ◆ Trabalho de equipa ◆ Interrupções frequentes |

Registo de Incidentes na UCIN

Tipo de incidente (21-01-10 a 31-10-11)

- ❖ N=150
- ❑ **Medicação: 37.3% (42,9% erros de prescrição)**
- ❑ Via intravenosa/transusão: 18% (18,5% saída accidental de CVC)
- ❑ Vias aéreas e ventilação: 8% (33,3% extubações accidentais)
- ❑ Alimentação: 7,3%
- ❑ Equipamento: 0,7%
- ❑ Políticas, procedimentos e rotinas: 19,3%
- ❑ Exames: 2,7%
- ❑ Segurança e relações interpessoais: 6,0%
- ❑ Outros: 0,7%

Tipo de incidentes (01-11-11 a 8-02-12)

- ❖ N=19
- ❑ **Medicação: 31.6%**
- ❑ Via intravenosa/transusão: 10.5%
- ❑ Vias aéreas e ventilação: 5,3%
- ❑ Alimentação: 10.5%
- ❑ Equipamento: 0%
- ❑ Políticas, procedimentos e rotinas: 21.1%
- ❑ Exames: 0%
- ❑ Segurança e relações interpessoais: 10,5%
- ❑ Outros: 10,5%

ERROS MAIS COMUNS EM NEONATOLOGIA: QUESTIONÁRIO E RESULTADO INCIDENTES

- **Em Setembro de 2011** aplicou-se um questionário de opinião aos profissionais de saúde da UCIN a fim de perceber as **principais causas de erro de medicação apontadas pelos profissionais da UCIN** bem como as expectativas dos mesmos nas estratégias de redução dos erros.

- Das **causas de erro** mais relevantes:
 - **90,24** Medicamento enviado com rótulo errado;
 - **85,37%** Prescrição terapêutica ilegível e Cálculo errado da perfusão respectivamente;
 - **78,05%** Falha na identificação do paciente bem como a Falha na execução técnica;
 - **75,61%** Falha de comunicação entre Equipa Médica e Enfermagem;

- As situações de **Interrupções aquando da prescrição e Interrupções durante a preparação da terapêutica e o Atraso no envio da medicação á unidade** reúnem consenso como **factores Muito relevantes e relevantes** para a ocorrência de erros;

- Quanto à **diminuição da ocorrência dos eventos adversos relacionados com a medicação** esta é realizável para **56%** e totalmente realizável para **44%** dos inquiridos.

Registo de Incidentes na UCIN

Março a
Setembro de
2012

(7 meses)

❖ N=67

- ❑ **Medicação: 53,7 % (30 % erros de prescrição)**
- ❑ Via intravenosa/transusão: 16 %
- ❑ Vias aéreas e ventilação: 1 %
- ❑ Alimentação: 6 %
- ❑ Equipamento: 3 %
- ❑ Políticas, procedimentos e rotinas: 12 %
- ❑ Exames: 0 %
- ❑ Segurança e relações interpessoais: 3 %
- ❑ Outros: 4,5 %

**APÊNDICE I- PROMOVER A QUALIDADE E A SEGURANÇA
DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO
PEDIÁTRICO**

4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

1ºAno 2ºSemestre

Unidade Curricular Opção II

**PROMOVER A QUALIDADE E A SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM EM CONTEXTO PEDIÁTRICO**

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO RISCO DE INCIDENTES TERAPÉUTICOS NUMA
UCIN

Discente

Ana Sofia Jorge Paulino nº4779

LISBOA

JULHO 2013

4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

1ºAno 2ºSemestre

Unidade Curricular Opção II

PROMOVER A QUALIDADE E A SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO PEDIÁTRICO

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO RISCO DE INCIDENTES TERAPÉUTICOS NUMA
UCIN

Docente Orientadora

Prof. Sónia Colaço

Discente

Ana Sofia Jorge Paulino nº4779

LISBOA

JULHO 2013

"Eu não me envergonho de corrigir meus erros e mudar as opiniões, porque não me envergonho de raciocinar e aprender."

Alexandre Herculano

LISTA DE SIGLAS

ANSP – Association National Safety Pediatrics

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CMEAEESIP – Curso Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CMEESIP – Curso Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

CMESIP – Curso Mestrado Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria

CS- Centro de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

EBSCOhost – Bases de Dados de Pesquisa EBSCOhost®

EESIP – Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GRC – Gestão de Risco Clínico

HDE – Hospital Dona Estefânia

HSM – Hospital de Santa Maria

ICN – International Council of Nurses

INEM RN – Instituto Nacional de Emergência Médica de Recém-Nascidos

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI – Joint Commission International

NCC MERP – National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAE - Pediatric Nursing Associations of Europe

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

SAV Pediátrico – Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|-----------|
| 0. INTRODUÇÃO | 8 |
| 1. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA | 11 |
| 1.1 Diagnóstico De Situação | 11 |
| 1.2 Linha De Trabalho Projeto | 14 |
| 2. PATRÍCIA BENNER: EM BUSCA DA EXCELÊNCIA NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM | 16 |
| 3. O ERRO TERAPÊUTICO EM PEDIATRIA: CONCEITOS RELACIONADOS COM A PREVENÇÃO | 18 |
| 3.1 Qualidade Dos Cuidados Em Enfermagem e Segurança do Cliente | 18 |
| 3.2 O Impacto Do Conceito De Gestão Do Risco Clínico | 19 |
| 3.3 Classificação Do Erro Terapêutico: Etiologia e Tipologia Do Erro | 20 |
| 3.4 Erros De Medicação em Pediatria | 21 |
| 3.5 Estratégias De Prevenção Do Erro Terapêutico | 21 |
| 3.6 O Erro à Luz Das Considerações Éticas | 23 |
| 4. PLANIFICAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO | 24 |
| 4.1 Objetivos a Atingir | 24 |
| 4.2 Atividades e Competências a Desenvolver | 25 |
| 5. LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO | 35 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 37 |
| ANEXOS | |
| ANEXO I – CARATERIZAÇÃO DA UCIN DO HSM | |
| ANEXO II – CRONOGRAMA DOS LOCAIS DE ESTÁGIO | |

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 -

Causas de Incidentes Críticos relacionados com a Medicação na UCIN 13

0. INTRODUÇÃO

A elaboração deste Projeto de Formação surge no âmbito da unidade curricular Opção II, do segundo semestre do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (CMEAEESIP), a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no ano letivo 2013/2014.

Este trabalho consiste no planeamento dos estágios a realizar no terceiro semestre, cujo principal objectivo será aprofundar conhecimentos nas áreas clínica, de formação, gestão e investigação e desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que me permitam cuidar da criança/jovem e sua família em situações de grande complexidade, sustentando-me na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família e, no Modelo da Aquisição e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus desenvolvido por Patrícia Benner.

Após uma reflexão sobre as abrangentes áreas desta especialização, a temática escolhida para o projecto é “Promover a Qualidade e a Segurança dos Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico: Programa de Intervenção para a Prevenção do Risco de Incidentes Terapêuticos numa UCIN”.

O meu interesse por esta área provém da minha prática diária, pelo que desejo aprofundar conhecimentos sobre este tema e desenvolver competências, que me permitam prestar cuidados de enfermagem seguros e de elevado nível de qualidade. A experiência foi um dos elementos enfatizados por Benner (2005) como essencial para o desenvolvimento de competências. Segundo a mesma autora, só os enfermeiros que participam na prática dos cuidados têm noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado.

Até à década de 70, os erros humanos eram considerados inevitáveis. Quando ocorriam, a falibilidade humana era a justificação – “errar é humano”. Errar é humano, mas quando há pessoas envolvidas a leitura de tal expressão é que a desejada desculpabilização que a mesma encerra, não se aplica.

Considerando a falibilidade humana para a organização, a solução é a modificação dos sistemas de trabalho, criando sistemas de maior segurança e qualidade para minimizar o erro.

De acordo com Fragata e Martins (2004, p.48), num universo de um milhão de pessoas internadas anualmente em hospitais portugueses, cerca de três mil morrem na sequência de erros cometidos pelos profissionais de saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (2006) refere que os erros relacionados com a administração de terapêutica são o tipo de erro mais frequente. As estratégias de prevenção devem incluir medidas que visem assegurar a administração de medicamentos com segurança. A existência de normas de procedimento e protocolos contribui para minimizar o erro.

A UCIN do HSM onde exerço funções, desde 2005, foi acreditada pela entidade Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia em Junho de 2012. A norma nove do Manual de Acreditação estabelece o essencial sobre a gestão do risco, e define-a como “uma abordagem estruturada à gestão do risco no hospital/ unidade, que resulta em sistemas de trabalho, práticas e premissas mais seguras e maior consciência do pessoal acerca do perigo e da responsabilidade” (Oliveira 2005, p.13).

De acordo com a análise dos incidentes terapêuticos registados na UCIN do HSM no período de Janeiro de 2010 a Setembro de 2012, o cenário é pouco tranquilizador no que diz respeito à ocorrência de erros relacionados com a medicação, uma vez que se verificou um aumento percentual significativo. Na última análise houve um pico de 53,7% de ocorrência deste tipo de incidentes.

O objetivo central deste projeto surge da necessidade de compreender a importância da gestão do risco clínico, na promoção de cuidados de enfermagem seguros e de excelência na UCIN do HSM, através da identificação de estratégias para minimização do erro terapêutico e posterior implementação de um programa de intervenção de enfermagem concorrente para a redução desta faixa percentual.

Numa revisão sistemática da literatura, Snijders et al. (2007) avaliaram os registos de incidentes numa unidade de cuidados intensivos neonatais e detectaram que os erros relacionados com a medicação foram os mais frequentes. Os erros/eventos

adversos são indicadores da qualidade da assistência e contribuem para a evolução do quadro de saúde dos recém-nascidos internados na UCIN.

Os setores com maiores possibilidades de ocorrência de erros de medicação são os cuidados intensivos neonatais e pediátricos, porque envolvem um grande número de intervenções e pela imprevisibilidade das situações de emergência/urgência (Carvalho, 2006).

No desenho do projeto contemplei numa fase inicial, a contextualização e fundamentação da problemática escolhida, onde se insere o diagnóstico de situação, descrevendo a realidade vivenciada e apresentando a justificação do tema. Segue-se um breve capítulo de apresentação do Modelo de Enfermagem que será o “pano de fundo” ao longo de todo o projeto. Posteriormente surge o capítulo do quadro concetual, onde são abordados aspectos / conceitos relacionados e necessários à compreensão da temática do projeto.

O capítulo seguinte diz respeito ao desenvolvimento do projeto. É aqui que são apresentados os objetivos a que me proponho, as actividades que pretendo realizar para atingir os objetivos delineados, bem como as competências que pretendo desenvolver, de uma forma genérica. Os campos de estágio foram criteriosamente seleccionados tendo em conta a temática em questão. A concluir, as considerações finais, as referências bibliográficas e os anexos.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Neste capítulo pretende-se situar o tema, desenvolvendo os conceitos mais relevantes.

1.1 Diagnóstico de Situação

O investimento na área da qualidade em relação à gestão do risco, nomeadamente no que respeita aos incidentes críticos, teve uma atenção especial por parte da comunidade clínica quando nos anos 90, nos Estados Unidos, o *Institute of Medicine* publicou os resultados de uma análise de incidentes críticos onde revelou que morriam, por ano, entre 4800 a 9800 pessoas por incidentes que podiam ser prevenidos, sendo que a grande maioria relaciona-se com erros terapêuticos (Khon et al, 2000).

Em 2002, o *International Council of Nurses* (ICN, 2005) redige um parecer a referir que “o desenvolvimento da segurança envolve a tomada de um conjunto de medidas, com largo espectro de acção, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco”.

Ao analisar estudos recentes, nacionais e internacionais, sobre incidentes críticos podemos perceber que o erro terapêutico se encontra numa posição de destaque. Snijders, C. et al (2009), num estudo longitudinal de um ano em que analisou uma amostra de 5225 incidentes críticos, encontrou uma prevalência de 27% de erros terapêuticos. Também em 2008, o Hospital Dona Estefânia (HDE) emite resultados de um estudo acerca de incidentes críticos, que decorreu entre Agosto de 2003 e Setembro de 2008, com uma amostra de 266 relatos, onde identifica 87 notificações de erros terapêuticos.

Apesar de o erro terapêutico ter condicionantes multifactoriais, pois envolve vários profissionais para além dos enfermeiros, estes são, por excelência, quem faz a triagem, a preparação e a administração da terapêutica. O exercício destes

profissionais insere-se dentro de um contexto multiprofissional, sendo que a preparação e administração terapêutica se encontram nas intervenções interdependentes. Ou seja, a prescrição parte do médico e é implementada pelo enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade, 2010).

Nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) este quadro não é diferente. Vincer et al. (1989) demonstraram, por meio de pesquisa, que aproximadamente, 15% dos internamentos em 22 Unidades Neonatais eram seguidas de erros na administração de drogas.

Os eventos adversos aumentam a permanência da criança na UCIN, elevando os custos de internamento e reduzindo a quantidade de vagas. É importante considerar que devido à rotina atribulada de uma UCIN não há tempo para que todos os procedimentos realizados sejam reavaliados, a fim de detectar possíveis erros. Assim, a maioria destes erros passa despercebida, dando a impressão de serem pouco frequentes. Tal justifica a importância da realização de incidentes críticos / notificação eventos adversos.

Reconhecendo que os eventos adversos são indicadores que permitem a mensuração da qualidade da assistência e contribuem decisivamente para a evolução do quadro de saúde dos recém-nascidos internados é fundamental: a implementação de um programa para a redução dos eventos adversos relacionados com os erros de terapêutica na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN); instituir a notificação de incidentes críticos de modo regular; conceber uma cultura de segurança na UCIN, no que respeita a utilização de medicação; protocolar e uniformizar procedimentos no seio da Equipa que presta cuidados.

Cruzando uma análise meticulosa às competências que tenho vindo a adquirir no âmbito da Enfermagem Pediátrica na UCIN do HSM, onde exerço funções como enfermeira há oito anos, desde que terminei a licenciatura, com as características da UCIN (Anexo I), inicialmente verifiquei que existem várias áreas onde gostaria de aprofundar os meus conhecimentos, e que constituem áreas problemáticas da prática dos cuidados de enfermagem dentro da Unidade.

O erro terapêutico, para além de ser uma das áreas com características particulares e sensíveis a trabalhar, integra uma área de interesse e satisfação pessoal.

Desde 2010 foi implementado na UCIN do HSM o sistema de notificação de eventos adversos, também designados incidentes críticos. A casuística mostra que num período de 11 meses entre (21/1/2010 a 23/12/2010) foram reportados 81 relatos de incidentes críticos. Os mais frequentes prendiam-se com a medicação e identificaram-se algumas causas, esquematizadas no quadro seguinte:

| FALHAS ATIVAS | FALHAS LATENTES OU SUBJACENTES | FALHAS ADJUVANTES |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Lapsos ou enganos • Violação de normas e procedimentos | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de pessoal e horas a mais • Equipamento insuficiente ou defeituoso • Tempo de integração longo, inexperiência, falha na supervisão • Procedimentos e tecnologia demasiado complexos | <ul style="list-style-type: none"> • Doenças graves e doentes frágeis • Internamentos longos e monitorização contínua • Situações clínicas imprevisíveis • Trabalho de equipa • Interrupções frequentes |

Quadro 1 – Causas de Incidentes Críticos relacionados com a Medicação na UCIN

Em Setembro de 2011 aplicou-se um questionário de opinião aos profissionais de saúde da UCIN a fim de perceber as principais causas de erro de medicação apontadas pelos profissionais da UCIN, bem como as expectativas dos mesmos nas estratégias de redução dos erros. Da análise deste questionário verificou-se que das causas de erro apontadas como mais relevantes foram: 90, 24% por medicamento enviado com rótulo errado; 85,37% devido a prescrição de terapêutica ilegível e cálculo errado da perfusão respectivamente; 78,05% por falha na identificação do cliente bem como por falha na execução técnica; e 75,61% devido a falha de comunicação entre a equipa médica e de enfermagem. As situações de interrupções aquando da prescrição e interrupções durante a preparação da terapêutica, bem como o atraso no envio da medicação à unidade reuniram consenso enquanto factores muito relevantes e relevantes para a ocorrência de erros. Quanto à diminuição da ocorrência dos eventos adversos relacionados com a medicação, esta é realizável para 56% e totalmente realizável para 44% dos inquiridos.

Da análise dos registos dos incidentes na UCIN verificou-se que: de Janeiro de 2010 a Outubro de 2011, a percentagem de erros relacionados com terapêutica rondou os

37,3%; de Novembro de 2011 a Fevereiro de 2012 esteve na ordem dos 31,3%; e, de Março de 2012 a Setembro de 2012 os resultados foram de 53,7%.

Face ao descrito, que decorre da realidade da Unidade onde trabalho, é necessário referir que estas crianças exigem cuidados especializados. Têm internamentos em geral bastante prolongados e a indecisão clínica e/ou familiar na aplicação de determinados protocolos terapêuticos relacionados com a sobrevivência das mesmas são uma realidade diária. Apesar da reunião de todos os esforços da Equipa Multidisciplinar e da acreditação desta Unidade, as medidas de prevenção do erro terapêutico não foram eficazes e é emergente reduzir estes valores percentuais. É este o objetivo central do meu Projeto.

1.2 Linha de Trabalho Projeto

Um Projecto pode definir-se como a passagem de um desejo à intenção e desta à acção. Para tal, torna-se necessária uma planificação, como um processo importante para encontrar a direcção do caminho a seguir. Mais do que planear a acção, é prioritário planear o sentido da acção, construindo-se então, o Projecto.

Para Thirés citado por Castro e Ricardo (1998), o trabalho de projecto é um método que possibilita a elaboração de um trabalho, determinado, planeado e organizado. Permite deste modo: prática de competências sociais; ligação entre teoria e prática; desenvolvimento de múltiplas capacidades; aprendizagem na resolução de situações pertinentes, tendo como ponto de partida o contexto e os recursos existentes.

A finalidade deste projeto está relacionada com a metodologia preconizada para o Curso de Mestrado de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria (CMESIP) estando também em conformidade com o Plano de Estudos (Regulamento de Mestrado, 2011).

De acordo com os últimos estudos e com o diagnóstico de situação descrito anteriormente, é cada vez mais evidente a necessidade de mudança na abordagem atual sobre o erro terapêutico.

O erro aparenta ser um conceito inerente, intrínseco, indissociável ao processo cognitivo, tal como errar é a ação análoga à índole humana. Seguindo a mesma

ordem de ideias, a preparação e administração de terapêutica é de igual forma, uma atividade inerente ao processo de cuidar da profissão de enfermagem, que exige uma maior atenção e responsabilidade pelo impacto negativo que eventualmente um erro desta ordem possa provocar no agravamento do estado clínico do cliente, comprometendo a sua segurança e a necessidade da mobilização de recursos, traduzindo-se posteriormente em maiores gastos.

A elaboração e execução deste projecto pretende ser uma das estratégias para divulgar este flagelo, ajudar no seu combate e assim contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Nas competências a desenvolver, há duas premissas (Phaneuf, 2005): mobilização das competências pessoais e mobilização dos saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem.

Todos os enfermeiros desempenham um papel importante no compromisso de diminuir a ocorrência de erros terapêuticos em pediatria, na medida em devem cumprir as directrizes institucionais referentes à administração terapêutica bem como conhecer os seus limites e reportar o erro de forma construtiva. Ao especialista de enfermagem acresce a responsabilidade da supervisão da equipa, no sentido de a tornar mais capaz no cuidar do doente, bem como o fazer parte de equipas que procedam à análise dos incidentes críticos de forma a se “identificarem as condições que levam a um erro real ou ao risco de errar, assim como dos fatores que contribuíram para tal, sendo que a comunicação de retorno e a divulgação da informação podem sensibilizar e levar à compreensão dos erros que ocorrem no sistema e uma melhoria na sua estrutura de forma a reduzir ou eliminar os erros de medicação” (O.E., 2010).

2. PATRÍCIA BENNER: EM BUSCA DA EXCELÊNCIA NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM

A investigação específica de uma disciplina e a exploração de desenvolvimento de teorias são vitais para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem.

“A teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos (...) conduz à autonomia profissional orientando a prática, o ensino e a investigação dentro da profissão.” (Tomey e Alligood 2004, p.12).

A Enfermagem é uma disciplina com uma perspetiva particular e um domínio definido. Mas o domínio da enfermagem não envolve somente resultados de investigação, teorias de enfermagem ou prática de enfermagem.

O principal objetivo do desenvolvimento teórico em enfermagem é o de desenvolver teorias que delimitem o cuidado que os enfermeiros fornecem aos clientes.

No âmbito deste projeto, saliento a teoria de Patricia Benner, cuja primeira publicação ocorreu em 1984, *De Principiante a Perito Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* e sob a qual o desenvolvimento do mesmo se sustentará.

Procuro com a execução deste projeto refletir sobre a minha prática, identificar os aspetos a melhorar, as atitudes e os métodos a mudar, de forma a atingir o grau de perícia máximo e, conseqüentemente uma maior realização profissional.

Para Benner é através da experiência que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado.

A temática do erro terapêutico, ou da prevenção dos incidentes terapêuticos relacionados com a medicação está intimamente relacionada com a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem, logo com o desenvolvimento de uma cultura de segurança e de prevenção destes incidentes, o que implica um vasto conjunto de práticas, com especial destaque para as de registo e notificação.

Benner (2005) moldou o Modelo Dreyfus da Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus à prática da enfermagem clínica. O

padrão é situacional e descreve cinco níveis de aquisição e desenvolvimento de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. À medida que o enfermeiro ganha experiência, o conhecimento clínico torna-se numa fusão de conhecimento teórico e prático. Poderemos afirmar que o enfermeiro se torna competente quando toma consciência das suas ações, fazendo uma análise das situações vivenciadas, estruturando e priorizando as suas intervenções de modo adequado.

Na perspetiva da autora os enfermeiros desenvolvem competências e boas práticas que se relacionam com os objetivos da sua práxis e, no que diz respeito à segurança e prevenção de ocorrência de erros terapêuticos, Benner (2005, p.148) refere “é necessário mostrar mais consideração por esta competência, tomando a sério os nossos conhecimentos no domínio da administração dos protocolos terapêuticos e da sua vigilância”.

Benner (2005, p.147) refere que, de acordo com os avanços tecnológicos constantes, bem como os revelados na indústria farmacêutica “a responsabilidade da enfermeira em matéria de segurança e de vigilância das respostas terapêuticas aos medicamentos cresceu”. Neste domínio, a responsabilidade do enfermeiro centra-se em “administrar medicamentos de forma apropriada e sem perigo: vigiar os efeitos secundários, as reacções, as respostas ao tratamento, a toxicidade e as incompatibilidades”.

Centrando-me nos objetivos máximos deste projeto e relacionando-os com este modelo teórico, posso afirmar que se torna imperativo o desenvolvimento de competências em dois grandes domínios: administrar e monitorizar os protocolos terapêuticos e vigiar e assegurar a qualidade dos cuidados prestados, garantindo assim a segurança do cliente, através da gestão do risco associado à terapêutica.

«A enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas que ela já viveu e vai directamente ao centro do problema sem ter em conta um grande número de considerações inúteis (Benner, 2005). É exactamente aqui que almejo chegar.

3. O ERRO TERAPÊUTICO EM PEDIATRIA: CONCEITOS RELACIONADOS COM A PREVENÇÃO

3.1. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e Segurança do Cliente

Hoje em dia a melhoria da segurança dos clientes constitui uma prioridade em todos os sistemas de saúde preocupados com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O enfermeiro, como profissional integrante destas unidades deve assegurar a eficácia desse indicador.

A OMS (2007) considera que a segurança dos clientes consiste em “não expor os doentes inutilmente a perigos reais ou potenciais no decurso da prestação de cuidados de saúde”.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro tem a responsabilidade de assegurar cuidados de qualidade no sentido da maior manutenção da saúde e prevenção da doença.

A Joint Commission International (JCI) define qualidade em saúde como “o modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a probabilidade de obter os resultados desejáveis e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejáveis.”

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001, p.11-15) visam englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão, e definem 6 categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional do enfermeiro: (1) satisfação do cliente, (2) promoção da saúde, (3) prevenção de complicações, (4) bem-estar e autocuidado, (5) readaptação funcional, (6) organização dos cuidados de enfermagem.

A filosofia, na qual assenta a melhoria da qualidade conduz a uma reflexão e mudança de atitudes e métodos, tendo em vista uma prática de cuidados mais

qualificada, conduzindo a uma maior realização profissional (Heesben 2001, p.10). Sendo uma mais-valia tanto para quem está a ser cuidado, como para quem cuida. Os programas de acreditação hospitalar exigem a comprovação de um sistema de garantia da qualidade. A inexistência de erros na medicação é um indicador da qualidade dos cuidados prestados aos clientes hospitalizados, porque as pesquisas efetuadas demonstram que a maioria dos eventos adversos pode ser evitada. Sendo a população pediátrica mais suscetível ao erro do que o adulto, pelas especificidades que lhes são inerentes, o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria deverá ter especial atenção na formação e supervisão de pares durante a manipulação da terapêutica, prevenindo desta forma a ocorrência de erros, aumentando a segurança do cliente e conseqüentemente a qualidade dos cuidados. Assim, a gestão do risco clínico em geral, e a gestão do erro terapêutico em particular, constitui uma área de extrema relevância na prestação de cuidados.

3.2 O Impacto do Conceito de Gestão do Risco Clínico

Em qualquer sistema de gestão da qualidade a meta é, como nos diz Oliveira (2005, p.13) proporcionar “serviços ao melhor nível possível e oferecer cuidados segundo um padrão de qualidade elevado. O subproduto obtido é uma redução do risco”.

Risco é definido por Fragata (2006, p.41) como “a probabilidade de ocorrência de um qualquer efeito adverso”. Sendo que, evento adverso é para o mesmo autor “qualquer ocorrência negativa ocorrida para além da nossa vontade”.

Segundo Fragata citado por Campos (2009, p.75) “a gestão de risco clínico (GRC) corresponde a um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, logo assim, a qualidade de prestação de cuidados de saúde, mediante a identificação prospetiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela atuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos. A GRC tem como duplo objetivo limitar a ocorrência de eventos adversos (prevendo) e minimizar os danos que provocam (recuperando).”

Os órgãos de gestão têm um papel muito importante na dinâmica da organização, já que, como diz Oliveira (2005, p. 12) “qualquer política de gestão do risco, está condenada, à partida, se não conseguir envolver todos os seu colaboradores”. Para

tal, devem promover um intercâmbio de opiniões entre os seus operacionais (enfermeiros, médicos, técnicos...) de forma a sensibilizá-los para os objectivos (missão, valores, metas...) da organização e tentar compreender o porquê de alguma resistência à mudança que possa existir (Chiavenato 1987, p.277).

Na gestão do risco a vertente de gestão do risco clínico é uma das mais sensíveis, porque está vocacionada para a prevenção dos incidentes clínicos, e para a promoção de abordagens sistemáticas que identifiquem os factores que ocasionam ou contribuem para a ocorrência dos incidentes que podem comprometer a segurança do cliente, no que se refere especificamente à prática clínica.

3.3 Classificação do Erro Terapêutico: Etiologia e Tipologia do Erro

O erro de medicação é definido pelo National Coordinating Council For Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP, 2001) como:

“(...) qualquer evento prevenível que pode ser causado pela utilização incorrecta ou falta de uma medicação, causando prejuízo (dano ou injúria) ao utente, enquanto a medicação está sob o controlo dos profissionais de saúde, utentes ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos para o cuidado na saúde, aos procedimentos e sistemas, incluindo a prescrição, a comunicação da prescrição, o rótulo do produto, a embalagem e nomenclatura; à composição, distribuição, administração; educação, monitorização e utilização”.

A problemática do erro terapêutico é algo em que os profissionais de enfermagem devem deter grande atenção no sentido de identificar que tipos de erro existem por forma a desenvolverem estratégias de prevenção de ocorrência dos mesmos.

Com base no NCC MERP, Otero López [et al] (2003, p.140) apresentam a seguinte classificação dos tipos de erro na medicação: Erro na prescrição; Erro de omissão; Erro no horário; Erro relativo à preparação; Erro na administração de medicamento não prescrito; Erro devido à técnica incorrecta de administração; Erro de via; Erro de dosagem; Erro na forma farmacêutica; Erro com medicamentos deteriorados; Erro da não-adesão do utente.

3.4 Erros de Medicação em Pediatria

A população pediátrica é mais susceptível ao erro que o adulto. Walsh *et al* (2005, p.698) referem que “os erros de medicação potencialmente causadores de prejuízo podem ser 3 vezes mais comuns na população pediátrica do que nos adultos”. O utente pediátrico é mais frágil, nem sempre consegue comunicar qual a sua identificação ou reacções adversas que possa estar a sentir. As prescrições são adequadas ao peso e preparadas a partir de posologias de adultos, o que leva a um maior número de diluições de fármacos que muitas vezes são administrados em doses muito pequenas. Por outro lado, perante o erro terapêutico, o utente pediátrico tem mais probabilidades de complicações uma vez que o seu estágio de desenvolvimento cursa com uma imaturidade renal e hepática que exacerba os efeitos colaterais da terapêutica (JCAHO, 2008).

Segundo a Associação de Enfermagem Pediátrica da Europa (PNAE) (2012), citando King *et al* (2003), Frey *et al* (2002), os erros terapêuticos acontecem nas várias etapas que se encontram compreendidas entre o momento da prescrição (3-37%), até ao momento da administração (72-78%), havendo uma prevalência das falhas activas e das condições latentes. Os erros em pediatria estão, na maior parte das vezes, associados a erros no cálculo das doses, ao desconhecimento dos profissionais e ao não seguimento dos protocolos (falhas activas), bem como relacionados com inexperiência, fadiga pessoal e equipamentos desadequados (condições latentes).

3.5 Estratégias de Prevenção do Erro Terapêutico

É cada vez mais importante que a prevenção dos erros seja baseada em dados reais, mais do que em dados empíricos, pelo que cada instituição e cada serviço, devem procurar conhecer bem o seu sistema de organização, a sua implementação e perceber: o que está bem e deve ser mantido, o que está mal, e o que é passível de ser melhorado, e desta forma propor estratégias de gestão do risco terapêutico adequadas e realistas, com o envolvimento da própria equipa.

Culturalmente, os profissionais vêem a identificação do erro e a sua notificação como uma medida de exposição perante a equipa, receando represálias. “A assunção da perspectiva punitiva centrada no individuo, na gestão do erro, nas instituições de saúde, dificulta severamente as reais e efectivas melhorias na segurança dos utentes nos serviços de saúde” (Lobo, 2008).

É necessário desenvolver uma cultura de crescimento e aprendizagem, uma vez que a análise do erro possibilita o desenvolvimento de estratégias que previnam a ocorrência de mais erros. “A notificação do erro de medicação deve ser incentivada sendo que o relato voluntário do erro está no centro de qualquer estratégia de melhoria da segurança” (ANSP, 2007).

A JCI (2008) recomenda várias estratégias no sentido de minimizar o erro na população pediátrica, nas quais se destacam: “Normalizar e identificar a medicação, bem como todo o processo de identificação de fármacos; As prescrições devem incluir a dose calculada bem como a dose por quilo ou superfície corporal por forma a ser possível a dupla confirmação por outros profissionais; Os profissionais de saúde da área da pediatria devem ser treinados e experientes, devendo ser-lhes facultados programas de formação sobre este assunto”.

Também a PNAE (2012) defende tais estratégias ao enumerar as seguintes directrizes para minimizar a ocorrência de erros terapêuticos: Estabelecimento e normas para o armazenamento e infusão de medicamentos, preparação e administração; Adopção de políticas e protocolos para controlo simples e duplo de medicamentos; Formação e treino (formação específica para enfermeiros que cuidam de recém-nascidos e crianças) e para o uso de dispositivos de infusão.

Se analisarmos as diretrizes das duas entidades percebemos que ambas colocam em destaque a importância da formação e supervisão dos profissionais de enfermagem no decurso da manipulação da terapêutica.

“Os Enfermeiros Pediátricos deveriam ser líderes na redução de erros clínicos e eventos adversos com medicamentos em crianças, uma vez que não são apenas responsáveis por alguns deles, mas principalmente porque os enfermeiros são como a última linha de defesa para a sua protecção” (PNAE, 2012).

3.6 O Erro à Luz das Considerações Éticas

Os profissionais de saúde ao desenvolverem as atividades no seu âmbito de competência, devem procurar efectuá-las com destreza e precisão, tendo por finalidade uma prestação de cuidados em benefício do cliente, com altos padrões de qualidade e excelência. O ato de cuidar, tão característico e simbolizador da nossa profissão, pressupõe o estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipa de enfermagem e o cliente. Quando o erro ocorre, é esta relação de confiança que é comprometida.

A responsabilidade atribuída ao enfermeiro na terapia medicamentosa é uma realidade relatada por diversos autores, Coimbra e Cassiani (2001, p.57) citando o United Kingdom Council for Nursing referem em relação à administração de medicamentos pela equipa de enfermagem que “não é somente uma tarefa mecânica a ser executada em complacência rígida com a prescrição médica. Requer pensamento e o exercício de juízo profissional”.

O enfermeiro, embora não seja responsável pela prescrição, deve estar na posse de conhecimentos que lhe permitam garantir a administração de substâncias terapêuticas em segurança (O.E., 2006). Quando o erro ocorre é sobre o enfermeiro que recai, na maioria das vezes, a responsabilidade e a punição.

Porque a ocorrência de erro na medicação pode dar-se em qualquer fase do sistema e, envolver qualquer elemento do processo terapêutico (o médico que prescreve; o farmacêutico que fornece; o enfermeiro que prepara e administra), a responsabilidade é de todos os elementos, e do sistema em que estão inseridos.

Lamentavelmente, os erros terapêuticos são uma realidade demasiado frequente nos serviços de saúde, trazendo consequências indesejáveis e nefastas tanto para a vítima do erro, como para o profissional que o cometeu, instituição de saúde e sociedade.

4. PLANIFICAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Na elaboração do plano de Projeto pretende-se, face às evidências analisadas nos capítulos anteriores e às dimensões do problema identificado, com base num breve diagnóstico da situação e levantamento das necessidades dos recém-nascidos/família e da equipa de enfermagem da UCIN do HSM, traçar os objetivos para os Ensinos Clínicos programados para o 3º semestre, fazendo o planeamento das atividades a desenvolver e recursos a utilizar na construção dos alicerces desta caminhada formativa e pessoal.

4.1 Objetivos a atingir

Foram definidos dois objetivos gerais e os respetivos objetivos específicos do processo ensino-aprendizagem e do programa de intervenção em enfermagem que irá ser desenvolvido. Para a calendarização dos objetivos foi elaborado um cronograma, que surge em anexo (Anexo II).

Objetivos:

1. Desenvolver competências de Enfermeira Especialista de SIP, assentes na prestação de cuidados de Enfermagem Avançada à criança/ao jovem nos diferentes contextos de saúde e integrando a prevenção do erro terapêutico nos cuidados de Enfermagem com vista à maximização da saúde e melhoria da qualidade dos cuidados.

1.1 Analisar a dinâmica dos diferentes contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional para a identificação do risco de ocorrência de erro terapêutico.

1.2 Prestar cuidados de Enfermagem especializados à criança/ao jovem e sua família em diferentes contextos de doença/hospitalização.

1.3 Prestar cuidados de Enfermagem especializados à criança/ao jovem e sua família no âmbito dos cuidados de saúde primários integrados no programa de saúde infantil e juvenil, para a assistência de Enfermagem Avançada na promoção da saúde e prevenção da doença.

2. Propor um programa de intervenção de enfermagem, com a equipa da UCIN do HSM, na prevenção do risco de ocorrência de erros terapêuticos na prestação de cuidados especializados ao RN.

2.1 Identificar as condições facilitadoras da prática de risco e os recursos adequados para a prestação de cuidados de Enfermagem seguros, pela equipa de Enfermagem da UCIN do HSM.

2.2 Promover, no seio da equipa de Enfermagem, uma conduta preventiva de ocorrência de erros terapêuticos na prestação de cuidados ao RN, através da implementação de estratégias preventivas e uniformização de procedimentos relacionados com a preparação e administração de terapêutica.

2.3 Elaborar um documento escrito onde seja explanado o programa de intervenção de Enfermagem para a prevenção do risco de ocorrência de erros terapêuticos nos cuidados de Enfermagem.

4.2 Atividades e Competências a desenvolver

A competência é “uma área interpretativamente definida do desempenho competente identificada e descrita pelo seu intuito, funções e significados” (Tomey & Alligod, 2004, p.193).

“A perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas.” (Benner, 1984; 2001).

Como futura enfermeira especialista, ambiciono desenvolver competências comuns atribuídas ao enfermeiro especialista e, específicas em SIP, que permitam tornar-me perita nesta área.

No que reporta às competências comuns do enfermeiro especialista gostaria de destacar algumas das mais relevantes, de acordo com os objectivos e actividades que tracei para este projeto. Estas competências, bem como as respectivas unidades de competência, incluem-se nos quatro domínios preconizados pela O.E. e são as seguintes:

“A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade;

B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática;

B2. Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro;

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados;

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.” (O.E., 2010, p. 10).

Relativamente às competências e respetivas unidades de competência específicas do enfermeiro especialista em SIP, emanadas pela O. E., que pretendo desenvolver com a implementação deste projecto são as seguintes:

“E1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;

E1.1 Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;

E1.2 Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;

E2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

E2.1 Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados;

E3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;

E3.1 Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;

E3.2 Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais;

E3.3 Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.” (O.E., 2010, p. 6).

De forma a facilitar a leitura, na tabela seguinte serão descritas as atividades, recursos e respetivos indicadores de avaliação de acordo com os objetivos específicos anteriormente descritos para este projeto.

1.1 - Analisar a dinâmica dos diferentes contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional para a identificação do risco de ocorrência de erro terapêutico.

| ATIVIDADES | RECURSOS | INDICADORES DE AVALIAÇÃO |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> -Elaboração de um guião de entrevista; -Realização de uma entrevista com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador para colheita de dados sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Área geográfica do campo de intervenção; • Tipo de população a que dá assistência; • Horário de funcionamento; • Articulação com a comunidade, intra e inter-hospitalar; • Valências; -Visita guiada com a enfermeira orientadora; -Identificação de causas, fatores predisponentes e da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e a sua relação com o risco de ocorrência do erro terapêutico; -Diagnóstico e colaboração na prevenção do erro terapêutico nos diferentes contextos clínicos; -Levantamento do risco de ocorrência do erro terapêutico, nos vários contextos clínicos, através da observação participante e da consulta dos incidentes | <ul style="list-style-type: none"> •Físicos: <ul style="list-style-type: none"> -HSM; Hospital Dona Estefânia; -USF do Forte da Casa; - Biblioteca; •Humanos: <ul style="list-style-type: none"> -Equipa de Enfermagem; -Enfermeiras Especialistas/Peritas na área; •Materiais: <ul style="list-style-type: none"> -Processos Clínicos; -Normas e protocolos dos serviços; •Temporais: <ul style="list-style-type: none"> -Cronograma de Actividades (07/11/2013 a 14/02/2014); | <ul style="list-style-type: none"> -Análise do guião de observação dos diferentes métodos de trabalho; -Monitorização da análise de conteúdo posterior da entrevista; -Construção de um documento escrito com a síntese dos diagnósticos observados e as respetivas intervenções (diários de campo); |

| | | |
|--|--|---|
| <p>registados pelas diferentes equipas; -Avaliação da necessidade de formação de pares sobre medidas preventivas do erro terapêutico; -Elaboração de um guião de observação;</p> | | |
| <p>1.2 - Prestar cuidados de Enfermagem especializados à criança/ao jovem e sua família em diferentes contextos de doença/hospitalização.</p> | | |
| <p>-Estudo dos conceitos centrais à prestação de cuidados de enfermagem pediátricos seguros e de qualidade e, mobilização da melhor prática baseada na evidência para as estratégias adotadas; -Mobilização dos princípios inerentes à filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos (Cuidados Centrados na Família; Parceria de Cuidados; Cuidados Não Traumáticos; Empowerment) para a prática; -Criação de um documento escrito onde constem os critérios de seleção para a reflexão posterior (Ciclo de Gibbs) das situações mais específicas da prática que sejam reveladoras de novas aprendizagens; -Elaboração de um jornal de aprendizagem, ao longo das diferentes experiências de estágio; -Leitura das normas instituídas pelas equipas de enfermagem nos diferentes contextos clínicos; -Estudo e mobilização na prática dos conceitos ministrados sobre as patologias pediátricas mais frequentes e, sobre as estratégias de comunicação e de relacionamento interpessoal a adotar nos diferentes estádios de desenvolvimento e do ciclo de vida da criança e do jovem; -Procura sistemática de oportunidades</p> | <p>•Físicos: -HSM; -Hospital Dona Estefânia (HDE); -Biblioteca; •Humanos: -Equipas Multidisciplinares; -Crianças/Jovens e Famílias; •Materiais: -Processos Clínicos; -Normas e protocolos dos serviços; -Livros; -Plano de Actividades dos Serviços; •Temporais: -Cronograma de Actividades (07/10/2013 a 29/11/2013; 13/01/2014 a 17/01/2014; 20/01/2014 a 14/02/2014);</p> | <p>-Avaliação do impacto da doença na resposta humana nas situações seleccionadas para posterior reflexão; -Avaliação final dos diferentes campos de estágio;</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>para trabalhar com a família e criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde;</p> <p>-Estabelecimento de parcerias com os pais durante a prestação de cuidados aos seus filhos através do suporte informativo, emocional e instrumental;</p> <p>-Reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte prestando cuidados de enfermagem apropriados;</p> <p>-Identificação e análise da prática de situações problemáticas relacionadas com a ocorrência de possíveis erros terapêuticos;</p> <p>- Identificação das estratégias utilizadas pelas equipas de enfermagem para a minimização do erro terapêutico ocorrido;</p> <p>-Discussão dos resultados obtidos com a docente orientadora;</p> | | |
| <p>1.3 - Prestar cuidados de Enfermagem especializados à criança/ao jovem e sua família no âmbito dos cuidados de saúde primários integrados no programa de saúde infantil e juvenil, para a assistência de Enfermagem Avançada na promoção da saúde e prevenção da doença.</p> | | |
| <p>-Estabelecimento de parcerias com os pais no contexto da comunidade;</p> <p>-Pesquisa/leitura sobre o exercício da parentalidade (autoperceção da confiança e das dificuldades);</p> <p>-Realização de consultas de Saúde Infantil e na Vacinação de crianças e jovens segundo o PNV;</p> <p>-Avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças através da aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento segundo Mary Sheridan/Growing Skills;</p> <p>-Promoção da presença dos pais na sala de vacinação;</p> | <p>•Físicos:</p> <p>-USF do Forte da Casa;</p> <p>-Biblioteca;</p> <p>•Humanos:</p> <p>-Equipa Multidisciplinar;</p> <p>-Crianças/Jovens e Famílias;</p> <p>•Materiais:</p> <p>-Directrizes da DGS;</p> <p>PNV;</p> <p>-Livros;</p> <p>-Plano de Actividades do CS;</p> <p>Escala de Desenvolvimento Mary</p> | <p>-Análise e reflexão de situações de cuidados na prática;</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>-Adequação dos cuidados e das orientações antecipatórias de acordo com a fase do ciclo de desenvolvimento;</p> <p>-Criação de fichas/folhetos informativos sobre os possíveis efeitos adversos de cada vacina no imediato, a médio e longo prazo e quais devem ser os cuidados/as medidas a adotar para cada situação específica;</p> | <p>Sheridan/Growing Skills</p> <p>•Temporais:</p> <p>-Cronograma de Atividades (02/12/2013 a 19/12/2013 e de 06/01/2013 a 10/01/2013);</p> | |
| <p>2.1 - Identificar as condições facilitadoras da prática de risco e os recursos adequados para a prestação de cuidados de Enfermagem seguros, pela equipa de Enfermagem da UCIN do HSM</p> | | |
| <p>-Identificação das causas e fatores predisponentes para a ocorrência do erro de medicação pelos enfermeiros, no serviço da UCIN do HSM;</p> <p>-Planeamento de uma reunião com o Coordenador do gabinete de gestão de risco do CHLN (Prof. Dr. José Luís Soares) em data a definir;</p> <p>-Planeamento e realização de três entrevistas: uma com o Prof. Paulo Sousa, da Escola Nacional de Saúde Pública da UNL no dia 28/06/2013; outra com o Dr. José Fragata, do Hospital de Santa Marta no dia 10/07/2013; e outra com o Coordenador do Gabinete do Risco do Hospital D. Estefânia, em data a combinar;</p> <p>-Revisão crítica e sistemática da Literatura sobre estudos relacionados com a prevenção do erro terapêutico tais como: gestão risco clínico; segurança do cliente; qualidade dos cuidados de enfermagem; estratégias de prevenção do erro terapêutico em pediatria;</p> <p>-Análise dos incidentes críticos registados durante o ano 2013;</p> <p>-Elaboração de um guião de observação (check list) participante e aplicação do</p> | <p>•Físicos:</p> <p>-UCIN;</p> <p>-Gabinete do Risco do Hospital de Santa Maria;</p> <p>-Gabinete do Risco do Hospital D. Estefânia;</p> <p>-Biblioteca;</p> <p>•Humanos:</p> <p>-Equipa Multidisciplinar da UCIN;</p> <p>- Equipa de Enfermagem da UCIN do Hospital D. Estefânia;</p> <p>•Materiais:</p> <p>- Artigos científicos de investigação e de revisão sistemática da literatura com pesquisa na plataforma EBSCOhost;</p> <p>-Processos Clínicos;</p> <p>-Normas e protocolos da UCIN;</p> <p>-Manual de Boas Práticas para reduzir eventos adversos relacionados com a medicação da UCIN;</p> | <p>-Análise de conteúdo das respostas dos questionários e das entrevistas;</p> <p>-Apresentação dos resultados do guião de observação participada;</p> <p>-Aplicação de um novo questionário posteriormente para avaliação da eficácia do programa de intervenção;</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>mesmo durante os horários de preparação da terapêutica (1x em cada turno);</p> | <p>-Documento de registo de incidentes críticos da UCIN; -Livros; -Formulário dos Incidentes Críticos da UCIN; -Documento escrito com o Programa de Intervenção; •Temporais: -28/06/2013 (Entrevista com o Prof. Paulo Sousa); -10/07/2013 (Entrevista com o Dr. Fragata Martins); -13/01/2014 a 17/01/2014 (Unidade de Neonatologia - Hospital Dona Estefânia); -20/01/2014 a 14/02/2014 (UCIN – HSM);</p> | |
| <p>2.2 – Promover, no seio da equipa de Enfermagem, uma conduta preventiva de ocorrência de erros terapêuticos na prestação de cuidados ao RN, através da implementação de estratégias preventivas e uniformização de procedimentos relacionados com a preparação e administração de terapêutica.</p> | | |
| <p>-Aprofundamento de estratégias formativas sobre assertividade; liderança; gestão de conflitos; gestão de recursos; -Elaboração de um questionário; -Aplicação do questionário aos enfermeiros da UCIN; -Levantamento e apreciação da percepção dos enfermeiros da UCIN sobre: erro terapêutico; tipos de erro mais frequentes; estratégias de atuação eficientes/adequadas à diminuição da ocorrência do erro terapêutico; razões que consideram contribuir para a</p> | <p>Físicos: -UCIN; -Gabinete do Risco do Hospital de Santa Maria; -Gabinete do Risco do Hospital D. Estefânia; -Biblioteca; •Humanos: -Equipa Multidisciplinar da UCIN; - Equipa de Enfermagem da UCIN do Hospital D. Estefânia;</p> | <p>Análise de conteúdo das respostas dos questionários e das entrevistas; -Apresentação dos resultados do guião de observação participada; -Aplicação de um novo questionário posteriormente para avaliação da eficácia do programa de intervenção</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>subnotificação dos erros de preparação e administração de terapêutica;</p> <p>-Mobilização da última evidência científica para promover e desenvolver as práticas profissionais da equipa, através do reforço positivo da atualização permanente de conhecimentos da mesma;</p> <p>-Conhecimento da funcionalidade do programa estruturado de registos e prevenção do erro de medicação no exercício dos cuidados de enfermagem neonatais vigentes no Hospital Dona Estefânia;</p> <p>-Implementação de estratégias preventivas do erro terapêutico com a equipa de enfermagem da UCIN do HSM;</p> <p>-Reforço positivo do reportamento de qualquer reacção no recém-nascido que se suspeite como reacção adversa à medicação, seguida da respectiva notificação do incidente crítico;</p> | <p>•Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artigos científicos de investigação e de revisão sistemática da literatura com pesquisa na plataforma EBSCOhost; -Processos Clínicos; -Normas e protocolos da UCIN; -Manual de Boas Práticas para reduzir eventos adversos relacionados com a medicação da UCIN; -Documento de registo de incidentes críticos da UCIN; -Livros; -Formulário dos Incidentes Críticos da UCIN; -Documento escrito com o Programa de Intervenção; <p>•Temporais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -28/06/2013 (Entrevista com o Prof. Paulo Sousa); -10/07/2013 (Entrevista com o Dr. Fragata Martins); -13/01/2014 a 17/01/2014 (Unidade de Neonatologia - Hospital Dona Estefânia); -20/01/2014 a 14/02/2014 (UCIN – HSM); | |
| <p>2.3 - Elaborar um documento escrito onde seja explanado o programa de intervenção de Enfermagem para a prevenção do risco de ocorrência de erros terapêuticos nos cuidados de Enfermagem.</p> | | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>-Determinação dos objectivos do programa de intervenção (no que respeita aos resultados esperados), das actividades a desenvolver e dos instrumentos a utilizar;</p> <p>-Elaboração do esquema de implementação, monitorização e avaliação do programa;</p> <p>-Discussão com a equipa de enfermagem sobre os pontos anteriores e esclarecimento da mesma;</p> <p>-Elaboração de um Guia (escrito) do Programa de Intervenção, com <i>guidelines</i> que sistematizem as intervenções de enfermagem;</p> <p>-Divulgação e discussão do Programa, antes da sua implementação, através de sessões com a equipa de enfermagem.</p> <p>-Implementação do programa de intervenção de enfermagem na prevenção do risco de incidentes terapêuticos na prática de cuidados especializados ao RN;</p> | <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -UCIN; -Gabinete do Risco do Hospital de Santa Maria; -Gabinete do Risco do Hospital D. Estefânia; -Biblioteca; <p>•Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Equipa Multidisciplinar da UCIN; - Equipa de Enfermagem da UCIN do Hospital D. Estefânia; <p>•Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artigos científicos de investigação e de revisão sistemática da literatura com pesquisa na plataforma EBSCOhost; -Processos Clínicos; -Normas e protocolos da UCIN; -Manual de Boas Práticas para reduzir eventos adversos relacionados com a medicação da UCIN; -Documento de registo de incidentes críticos da UCIN; -Livros; -Formulário dos Incidentes Críticos da UCIN; -Documento escrito com o Programa de Intervenção; <p>•Temporais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -28/06/2013 (Entrevista | <p>Análise de conteúdo das respostas dos questionários e das entrevistas;</p> <p>-Apresentação dos resultados do guião de observação participada;</p> <p>-Aplicação de um novo questionário posteriormente para avaliação da eficácia do programa de intervenção</p> |
|---|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>com o Prof. Paulo Sousa);</p> <p>-10/07/2013 (Entrevista com o Dr. Fragata Martins);</p> <p>-13/01/2014 a 17/01/2014 (Unidade de Neonatologia - Hospital Dona Estefânia);</p> <p>-20/01/2014 a 14/02/2014 (UCIN – HSM);</p> | |
|--|--|--|

5. LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

O estágio do 3º semestre terá início a 30 de Setembro de 2013 e terminará a 14 de Fevereiro de 2014.

Os locais foram selecionados, bem como os respetivos períodos, de acordo com os objetivos traçados. O cronograma encontra-se em anexo (Anexo II) e os contextos de estágio são os seguintes:

- **Serviço de Internamento de Pediatria Geral do HSM** - de 7 de Outubro a 1 de Novembro de 2013;
- **Serviço de Urgência Pediátrica do HSM** (incluindo 3/4 turnos no **INEM RN/SAV Pediátrico**) – de 4 de Novembro a 29 de Novembro de 2013;
- **USF do Forte da Casa** – de 2 de Dezembro de 2013 a 10 de Janeiro de 2014;
- **Unidade de Neonatologia do HDE** – de 13 de Janeiro a 17 de Janeiro de 2014;
- **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HSM** – de 20 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2014;

Os objetivos e as atividades a desenvolver nos diversos contextos estão a começar a serem estruturados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projecto de formação constitui o ponto de partida para o longo caminho que me proponho percorrer. É o “desenho” dos objetivos e das estratégias que quero desenvolver num futuro próximo, ao longo de um processo formativo, concordantes com as minhas necessidades de formação individuais e as identificadas na UCIN do HSM onde presto cuidados.

Deste modo, é minha convicção pessoal que a qualidade dos serviços de saúde faz-se depender de uma política de formação institucional que promova o desenvolvimento e crescimento profissional dos enfermeiros.

A realização deste projeto permitiu uma postura introspetiva e reflexiva acerca da minha prática de cuidados e sobre do desempenho. Incontestavelmente a qualidade dos cuidados de enfermagem é influenciada pelo desempenho individual e pela afirmação das nossas competências profissionais. A validação desta qualidade exige a utilização de instrumentos fidedignos, de monitorização e avaliação da nossa prática.

Ambiciono que a implementação do programa de intervenção de enfermagem para a diminuição de ocorrência de incidentes terapêuticos contribua, primeiramente, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos recém-nascidos e suas famílias internados na UCIN do HSM e, conseqüentemente, valorizar a intervenção de enfermagem.

A pesquisa bibliográfica sobre o tema confirma que, em grande medida, o erro terapêutico pode ser evitado através da formação especializada dos enfermeiros que trabalham em contextos de pediatria, bem como de uma prática de supervisão contínua dos mesmos. É fundamental que os serviços de pediatria disponham de uma política de gestão que fomente momentos de reflexão e aprendizagem.

O facto de o tema ser muito vasto exigiu um trabalho de síntese, que facilitou o desenvolvimento de capacidades pessoais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, Carla. (2009). *Erro de terapêutica em Pediatria: percepção dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Acedido 15-06-2013. Disponível em [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16196/2/Dissertao %20de%20mestrado.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16196/2/Dissertao%20de%20mestrado.pdf)
- Association National Safety Pediatrics (ANSP). (2007). Medication errors in pediatric care: a systematic review of epidemiology and na evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. USA: Johns Hopkins Children's Center.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Campos, L. et al. (2009). *Governança dos Hospitais*. Alfragide: Casa das Letras.
- Carvalho, M.; Vieira, A. A. (2002). Erro médico em pacientes hospitalizados. *Jornal de Pediatria*. 78 (4). p.261-268.
- Carvalho, W.B. (2006). Erros de medicação: Aspectos relativos à prática médica. In: Harada, M. J. C. S, Pedreira, M. L. G, Pereira, S. R. (Coords.). *Erro Humano e a Segurança do Paciente*. São Paulo: Atheneu.
- Castro, L., Ricardo, M. (1998). *Gerir o trabalho de projecto, um manual para professores e formadores* (5 Ed.). Lisboa: Texto Editora.
- Chiavenato, I. (1987). *Administração – teoria, processo e prática*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Coimbra, J. A. H., Cassini, S. H. B. (2001). Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. n.º 9. p. 56-60

Erros de Medicação em Neonatologia e Pediatria. (2012) Tomada da Posição das Associações de Enfermagem Pediátrica da Europa (PNAE). Acedido 25-06-2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2012/Tomada_Posicao_Erros_PNAE%202012.pdf

ESEL. (2011). Regulamento de Mestrado, Lisboa: Autor.

Fragata, J. (2006). *Risco clínico – complexidade e performance*. Coimbra: Edições Almedina.

Fragata, J.; Martins, L. (2004). *O erro em Medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra. Almedina.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.

International Council Of Nurses. (Julho de 2005). A enfermagem conta. Ordem dos enfermeiros. n.º17. p.44-46.

Joint Commission International (2008). *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Preventing pediatric medication errors*. Acedido 01-07-2013. Disponível em http://www.jointcommission.org/sentineleventsalert/sea_39.htm.

Joint Commission International. (2010). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals: Standards Lists Version. (4ªed.). USA

Keers, R. N. (2013). Prevalence and Nature of Medication Administration Errors in Health Care Settings: A Systematic Review of Direct Observational Evidence. *The Annals of Pharmacotherapy*. 47(2). p. 237-256

Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. (2000). *To Err is Human. Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press.

Lobo, A. (2008). *O Erro na Administração de Medicação - Causas e Factores Contributivos e Atitudes dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado.

Apresentada na Universidade Aberta, Lisboa. Acedido 17-06-2013. Disponível em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/714/1/LC444.pdf>

LOPE, R. et al. (2009). A quality assurance study on the administration of medication by Nurses in a neonatal intensive care unit. Singapore. *Med J.* 50(1). pp 68-72. Acedido 07-07-2013. Disponível em: www.medscape.com/viewarticle/779940 3

Mão-de-ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.

National Coordinating Council For Medication Error Reporting Prevention (NCC MERP). Rockville, United States Pharmacopoeia. (2001). Apresenta categorização de erros na medicação. Acedido a 18-07-2013. Disponível em: www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm.

Nunes, L. (2006). *Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oliveira, J. (Dezembro 2005). Gestão do Risco Hospitalar – perspectiva multiprofissional. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. nº 19. p.12-15.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Erros de medicação: a enfermagem conta*. Acedido a 01-07-2013. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do doente*. Acedido a 01-07-2013. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Autor

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Autor

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. Acedido a 15-06-2013. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf

Organização Mundial Saúde. (2007). Patient safety workshop, Learning from error. Acedido a 08-07-2013. Disponível em: <http://proqualis.net/files/2013/03/Oficina-de-seguranca-do-paciente-final.pdf>

Otero López, M.J.; Codina Jané, C.; Tamés Alonso, M.J.; Pérez Encinas, M. (Maio 2003). terminologia– Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. *Farmácia Hospitalaria*. Madrid.. 27(3). p.137-49.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência

Procedimento para Relato de Incidentes (2005). *Manual da Qualidade. Hospital de Dona Estefânia*. Lisboa.

Reason, J. (1990). *Human error*. (13ª ed.) New York: Cambridge University Press.

Snijders, C. et al. (2007). Incidents and errors in neonatal intensive care: a review of the literature. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.* 92 (5). pp.391-398.

Snijders, C.; Lingen, R.; Klip, H.; Fetter, W.; Schaaf, T.; Molendijk, H. (2009). Specialty-based, voluntary incident reporting in neonatal intensive care: description of 4846 incident reports. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.* 94. 210–215. Doi:10.1136/adc.2007.135020

Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: Lusociência.

Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. (1998). Framework for analysing risk and Safety in clinical medicine. *Br Med J*. 316. p.1154-7.

Walsh, K. E. et al. (2005). How to avoid pediatrics medication errors: a user's guide to the literature. *British Medical Journal*. 90. p. 698-702. Acedido a 12-07-2013. Disponível em: <http://adc.bmj.com/cgi/content/abstratc/90/7/698>

ANEXOS



ANEXO I – CARATERIZAÇÃO DA UCIN DO HSM



Caracterização da dinâmica de funcionamento e organizacional do Serviço de Neonatologia do HSM

O Hospital de Santa Maria (HSM) nasceu da necessidade de dotar Lisboa de um novo pólo hospitalar, devido ao aumento populacional na década de 30/40, e à evidente saturação dos Hospitais Civis de Lisboa.

O Governo delegou no Professor Francisco Gentil a criação de um novo Hospital-Faculdade, que substituísse o Hospital de Santa Marta como o mais moderno Centro Médico, de Assistência, Ensino e Investigação. Foi concebido, em 1938, pelo arquitecto alemão Hermann Distel, e iniciada a construção em 1940. Foi oficialmente inaugurado em 1954. Esta obra foi caracterizada como sendo uma das maiores realizações do estado Português de todos os tempos.

O **Serviço de Pediatria** foi inaugurado em Dezembro de 1954, e constitui o maior Serviço do Hospital. A vertente assistencial, a nível do internamento e Consulta Externa, desenvolveu-se desde a abertura do serviço. Em 1963 é feita a separação do Banco de Urgências Externas do Banco Central.

O Serviço de Neonatologia está integrado na área organizacional do Departamento da Criança e da Família que se localiza na ala norte do Hospital de Santa Maria, no Piso 7.

É uma Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado, dando assistência a todos os recém-nascidos de risco, incluindo a Cirurgia (excepto cirurgia cardíaca) e várias subespecialidades da Pediatria.

Desde a sua inauguração em 1955, o serviço foi sofrendo algumas alterações na sua estrutura física e organizacional, a nível de recursos materiais, com a aquisição de mais e melhores equipamentos, a nível das técnicas realizadas e relativamente à

preocupação dos profissionais quanto à humanização dos cuidados prestados ao recém-nascido e sua família.

Este serviço tem como **objectivos gerais**:

- ✓ Cuidar dos recém-nascidos que necessitam de cuidados especiais e/ou intensivos;
- ✓ Apoiar os pais e família dos recém-nascidos e incentivar a sua permanência junto deles;
- ✓ Procurar que os pais façam parte integrante da equipa de prestação de cuidados, com o objectivo da preparação da alta do recém-nascido;
- ✓ Procurar a colaboração integrada de uma vasta equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados ao recém-nascido.

O Serviço de Neonatologia procura dar resposta em termos de cuidados diferenciados de saúde a recém-nascidos até aos 28 dias de vida, abrangendo a Unidade Setentrional A da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e outras regiões, quer a sul quer mais a norte, até às Caldas da Rainha.

Quanto à sua **estrutura física** é constituída pela:

- ✓ **Unidade de Cuidados Intensivos** – com um total de oito incubadoras, admite recém-nascidos em estado crítico, directamente da Sala de Partos, transportados pelo INEM e do serviço de urgência pediátrica, que necessitem de vigilância contínua e/ou ventilação mecânica. O progresso tecnológico é evidente, demonstrado pela variedade de equipamento altamente sofisticado de apoio diagnóstico e de tratamento, possuindo quatro ventiladores, quatro CPAP, um ventilador de alta-frequência, um aparelho de pH e gases capilar e um ecógrafo. Cada unidade é composta por uma incubadora, monitor cardio-respiratório e dispõe de todo o material necessário para prestar cuidados de enfermagem ao recém-nascido;
 - ✓ **Unidade de Cuidados Intermédios** – com uma lotação de dez berços/incubadoras, esta unidade está destinada a receber o recém-
-

nascido proveniente da Unidade de Cuidados Intensivos, da Sala de Partos e dos serviços de urgência pediátrica. Apesar do seu estado ser hemodinamicamente mais estável, o recém-nascido vai necessitar de vigilância de forma a assegurar uma evolução favorável do seu estado clínico.

A Unidade de Cuidados Intensivos e a de Cuidados Intermédios formam uma sala em “U”, tendo uma área comum para a preparação de terapêutica (em câmara de fluxo laminar) e para a elaboração dos registos.

- ✓ **Sala de Pré-Saída** – é independente das outras unidades, situando-se à entrada do serviço. Tem capacidade para quatro berços e admite recém-nascidos, normalmente com peso superior a 1900 kg e principalmente para adquirirem autonomia alimentar e ganho ponderal;
- ✓ **Gabinete da Enfermeira Chefe** – é o local onde são realizadas as reuniões com a equipa de enfermagem, para a avaliação dos cuidados de enfermagem e para entrevistas de orientação na avaliação do desempenho;
- ✓ **Sala dos Médicos** – local onde são realizadas as visitas médicas;
- ✓ **Sala Polivalente** – destinada à equipa de saúde realizar refeições e para a concretização das reuniões mensais com os pais dos bebés e a equipa de enfermagem;
- ✓ **Arrecadação** - onde estão guardados os materiais mais utilizados na unidade;
- ✓ **Dois casas de banho** (uma para a equipa de saúde e outra para os pais);
- ✓ **Vestiário** (por necessidade de fardamento próprio dentro da unidade).

O Serviço de Neonatologia tem como Chefe de Serviço o Dr. Carlos Moniz e como Enf.^a Chefe, com a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a Enf.^a Ana Sequeira.

A equipa multidisciplinar que exerce funções no Serviço de Neonatologia é constituída pela equipa de enfermagem, equipa médica (director de serviço e duas equipas constituídas por 4 médicos neonatologistas), 11 auxiliares de acção médica, fisioterapeuta, terapeuta da fala, enfermeira de cinesiterapia, psicóloga, assistente social dietista e secretário de unidade.

A equipa de enfermagem é constituída por 37 enfermeiros (Enf.^a Chefe, 4 Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, 26 enfermeiros graduados e 9 enfermeiros de nível 1).

Existem equipas de enfermagem fixas com horário de *roulement* formadas por 6 enfermeiros, cujos elementos são distribuídos mensalmente pelos diferentes sectores. Cada turno é assegurado por três enfermeiros na Unidade de Cuidados Intensivos, dois na Unidade de Cuidados Intermédios e um na Sala de Pré-Saída. O método de trabalho em vigor é o individual.

As passagens de turno são realizadas individualmente em cada sector junto das unidades dos recém-nascidos. A Enf.^a Chefe e a Enf.^a Coordenadora assistem à passagem de turno na Unidade de Cuidados Intensivos e de Intermédios.

A equipa de enfermagem está empenhada na humanização dos cuidados ao recém-nascido e sua família, verificando-se como principais preocupações:

- A integração dos pais na equipa de saúde;
 - Condições físicas da unidade adequadas para os pais;
 - A dor no recém-nascido: medidas não farmacológicas e farmacológicas;
 - O impacto do ambiente no desenvolvimento do recém-nascido;
 - Planeamento e organização dos cuidados ao recém-nascido: comunicação interpessoal;
-

- Recursos humanos: rácio enfermeiro/doente;
- Recursos materiais e espaço da unidade;
- Ética em neonatologia: viabilidade, futilidade/encarniçamento terapêutico, comunicação e relações interprofissionais e com os pais.

Como unidade polivalente, do ponto de vista da multiplicidade de situações que assiste e dos cuidados que presta, admite recém-nascidos com as mais variadas situações, sendo as causas mais frequentes de internamento a prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória, hiperbilirrubinémia, malformações, infecção ou risco infeccioso, isomunização Rh ou ABO, asfixia neonatal, síndrome de abstinência e cardiopatia congénita.

O internamento do recém-nascido na unidade é previamente proposto, discutido e acordado entre os clínicos do serviço de origem e os da unidade (quando possível). Atendendo ao número de vagas existentes e à especificidade dos cuidados prestados, desde que reúna os critérios de admissão e haja vaga na unidade, o recém-nascido é admitido. É dado especial ênfase ao momento da admissão do recém-nascido na unidade, sendo função tanto do enfermeiro como do médico, avaliar rapidamente e objectivamente a situação clínica do recém-nascido, definir prioridades e actuar sempre com uma atitude calma, de confiança e disponibilidade. No momento da admissão é também realizado o acolhimento à família (sempre que o estado do bebé o permita).

Sempre que possível, e perante prematuros com menos de 30 semanas de idade gestacional, gravidezes gemelares e recém-nascidos com complicações graves, o médico neonatologista e a enfermeira da unidade dirigem-se à sala de partos para receber o bebé, sendo posteriormente transferido para a unidade através da incubadora de transporte.

Assim que a situação clínica do recém-nascido permita, procede-se à transferência para a Unidade de Cuidados Intermédios e por vezes para a Sala de Pré-Saída,

onde se mantém uma constante vigilância médica e de enfermagem, fundamental para a evolução favorável do seu estado de saúde.

Caso não hajam intercorrências, mantendo-se o recém-nascido estável em termos hemodinâmicos, tem alta para o domicílio ou é transferido para outro serviço do hospital ou para o hospital da área de residência (normalmente o transporte é realizado pelo Serviço Neonatologia, sempre com acompanhamento de uma enfermeira).

Quando o recém-nascido tem alta é sempre referenciado ao centro de saúde da área de residência, sendo enviada a respectiva carta de alta de enfermagem pelo correio e/ou realizado contacto telefónico.

Na Unidade é dado especial importância ao estabelecimento da relação precoce entre o recém-nascido e a sua família. Desta forma, os recém-nascidos podem ter um acompanhamento permanente pelos pais (24 horas por dia). As visitas ao bebé, por questões de saúde, são limitadas aos irmãos (visita rápida das 14 às 19 horas, sempre acompanhados pelos pais) e aos avós (acompanhados por um dos pais, durante 5 minutos, das 14 às 15 horas e das 19 às 20 horas). No entanto, a visita está dependente do estado do bebé e das actividades desenvolvidas pelas equipas médicas e de enfermagem.

São vários os serviços que prestam apoio ao processo terapêutico dos recém-nascidos internados na unidade:

- ✓ **Laboratório** – são realizadas colheitas de sangue para análises de rotina pelos médicos, de acordo as necessidades;
 - ✓ **Exames complementares de diagnóstico** – os recém-nascidos realizam geralmente todos os exames no serviço, excepto Ressonância Magnética Nuclear, Tomografia Axial Computorizada e por vezes Radiografias com contraste;
 - ✓ **Serviço Social** – perante casos de índole social, procede-se ao contacto com a Assistente Social;
-

- ✓ **Apoio religioso** – existe um capelão da religião católica no hospital. No entanto, se os pais do bebé praticar outra religião, é facilitada a presença do respectivo pastor;
 - ✓ **Farmácia** – a medicação é fornecida mediante o preenchimento das respectivas requisições;
 - ✓ **Serviço de aprovisionamento** – a reposição dos materiais é feito semanalmente por gestão de níveis;
 - ✓ **Fisioterapia e Cinesiterapia** – o seu apoio é fundamental para a prevenção, tratamento e recuperação dos recém-nascidos.
-

ANEXO II – CRONOGRAMA DOS LOCAIS DE ESTÁGIO



CRONOGRAMA DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

| | | ANOS | | 2013 | | | | | | | | | | | | 2014 | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|-----------------------|--|------|----|----|---------|----|---|----|----------|----|----|----|----------|------|---|----|----|---------|----|----|----|-----------|----|---|-----|
| | | MESES | | Set. | | | Outubro | | | | Novembro | | | | Dezembro | | | | | Janeiro | | | | Fevereiro | | | Mar |
| | | DIAS | | 30 | 7 | 14 | 21 | 28 | 4 | 11 | 18 | 25 | 2* | 9 | 16 | 20 | 6 | 13 | 20 | 27 | 3 | 10 | 17 | 24 | 3 | | |
| Saúde Infantil e Pediátrica | 3 se m e s t r e | Estágio com Relatório | | 4 | 11 | 18 | 25 | 1 | 8 | 15 | 22 | 29 | 6 | 13 | 19 | | 3 | 10 | 17 | 24 | 31 | 7 | 14 | 21 | 28 | 7 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- De 7 de Outubro a 1 de Novembro (4 semanas) – Internamento de Pediatria do Piso 6 do HSM;
- De 4 de Novembro a 29 de Novembro (4 semanas) – Serviço de Urgência Pediátrica do HSM (3/4 turnos em INEM RN/SAV PEDIÁTRICO);
- De 2 de Dezembro a 10 Janeiro (4 semanas) – USF do Forte da Casa;
- De 13 de Janeiro a 17 de Janeiro (1 semana) – Unidade de Neonatologia do Hospital Dona Estefânia;
- De 20 de Janeiro a 14 de Fevereiro (4 semanas) – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HSM;

APÊNDICE II- PROGRAMA DE INTERVENÇÃO
PARA A PREVENÇÃO DE INCIDENTES
TERAPÊUTICOS

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria**

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE INCIDENTES TERAPÊUTICOS

Discente:

Ana Sofia Paulino nº 4779

Lisboa

Março de 2014

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria**

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE INCIDENTES TERAPÊUTICOS

Discente:

Ana Sofia Paulino nº 4779

Professora Orientadora:

Prof. M^a. Teresa de Oliveira Marçal

Lisboa

Março de 2014

Lista de Abreviatura e Siglas

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM -Evento Adverso de Medicação

GGR – Gabinete de Gestão de Risco

GRC – Gestão de Risco Clínico

HSM – Hospital Santa Maria

IPSG - International Patient Safety Goals

ISMP - Institute for Safe Medication Practices

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI – Joint Commission International

LASA - Look-alike e sound-alike

NCC MERP – National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAE - Pediatric Nursing Associations of Europe

RAM - Reações Adversas de Medicação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Índice

| | |
|--|----|
| 1.Nota Introdutória | 8 |
| 2. Clarificação de Conceitos | 12 |
| 3. Finalidade do Programa | 14 |
| 4. Objetivos do Programa | 14 |
| 5.Princípio Orientadores | 15 |
| 6.Estratégias de Prevenção dos incidentes terapêuticos a implementar na UCIN | 16 |
| 6.1 Domínio do Armazenamento da Terapêutica | 17 |
| 6.2 Domínio da Prescrição Terapêutica | 25 |
| 6.3 Domínio da Transcrição da Terapêutica | 29 |
| 6.4 Domínio da Preparação da Terapêutica | 30 |
| 6.5 Domínio da Administração da Terapêutica | 34 |
| 6.6 Domínio da Monitorização da Terapêutica | 35 |
| 7 Estratégias de Monitorização do Programa | 36 |
| 8.Bibliografia | 38 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Fig. 1 – Armário de Armazenamento de Medicação | 17 |
| Fig. 2 – Exemplo de como deve ser feito o armazenamento das ampolas de Cloreto de Potássio a 7,5 % | 19 |
| Fig. 3 – Legenda da Sinalética dos Medicamentos com diferentes dosagens | 21 |
| Fig. 4 – Registo escrito e informático da prescrição terapêutica | 25 |
| Fig. 5 – A transcrição da terapêutica | 29 |
| Fig. 6 – A preparação da terapêutica | 30 |
| Fig. 7 - Etiqueta identificativa de soluções com concentrados de electrólitos e que contém Cloreto de Potássio | 33 |
| Fig. 8 – Etiqueta identificativa de soluções com concentrados de electrólitos | 33 |
| Fig. 9 – Etiqueta para rotular/identificar toda a medicação que se prepare à exceção das soluções com concentrados de electrólitos e Hemoderivados. | 33 |
| Fig. 10 – A Administração de Terapêutica | 34 |
| Fig. 11 – A Monitorização de Terapêutica | 35 |
| Fig.12 – Fatores Predisponentes para o Erro | 46 |

Índices de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Registo de Incidentes ocorridos na UCIN | 10 |
| Tabela 2 – Principais tipos de erro de terapêutica | 10 |

Índices de Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Medicamentos de Alto Risco: Designação e Sinalética | 17 |
| Quadro 2 - Medicamentos de Alerta | 23 |
| Quadro 3 – Exemplo de Etiqueta de Medicamento Via Oral | 24 |
| Quadro 4 – Lista de termos a NÃO USAR e termos a USAR em substituição | 26 |
| Quadro 5 – Conjunto de Procedimentos e Frequência que define a prescrição “ Cuidados Intensivos” | 27 |
| Quadro 6 - O esquema dos 9 certos a seguir na Preparação de Terapêutica | 31 |
| Quadro 7 – Horários de administração de terapêutica de acordo com as prescrições. | 32 |
| Quadro 8 - Categorias de gravidade dos Erros de Medicação | 44 |
| Quadro 9 - Tipos de Erros de Medicação | 38 |
| Quadro 10 – Determinantes dos Erros de Medicação | 45 |
| Quadro 11 - Lista de verificação de Fatores Contributivos | 47 |
| Quadro 12 – Cronograma | 53 |

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA A PREVENÇÃO DO RISCO DE INCIDENTES TERAPÊUTICOS

1.NOTA INTRODUTÓRIA

O erro é uma circunstância que decorre do nosso processo cognitivo, tal como errar é uma ação inerente à natureza humana sobre a qual a pessoa em questão agirá deliberadamente ou por omissão.

Os cuidados de saúde correspondem a uma série de processos, nos quais é significativa a possibilidade de ocorrência de erro. O processo do medicamento é um daqueles em que os riscos são mais significativos e estudados. Em qualquer etapa desse processo podem ocorrer falhas na implementação de uma, ou de várias ações planeadas, cometidas por qualquer um dos profissionais neles envolvidos.

Em algumas obras consultadas verificou-se a referência ao conceito de processo de medicação, no entanto, neste Programa optou-se pela utilização do conceito de processo do medicamento, dado que por definição assumem ambos a mesma significância.

O Cuidar do Outro característico da profissão de enfermagem exige uma atenção e responsabilidade próprias em todas as atividades desempenhadas. O impacto negativo que um erro neste domínio pode provocar no agravamento do estado clínico do cliente, pode ser quase impercetível, ou ter repercussões profundamente nefastas, levando ao perigo de risco eminente de vida.

Assim, uma preocupação que marca a prestação de cuidados de saúde, numa perspetiva de segurança do doente e de qualidade dos cuidados, é a problemática do erro. As soluções passam pela modificação dos sistemas de trabalho, criando sistemas de maior segurança e qualidade para o evitar e minimizar.

O papel dos enfermeiros é de extrema importância dado que a segurança do cliente se enquadra em quase todos os aspetos da prestação de cuidados, incluindo assim os procedimentos relacionados com a terapêutica e consequentemente o risco associado aos erros de medicação.

De entre os possíveis erros que podem ocorrer durante o processo terapêutico de um doente, os erros relacionados com a medicação são talvez os mais frequentes. Fragata (2011) refere que “os erros de medicação ocorrem com muita frequência (...) e podem acontecer em qualquer etapa do processo do medicamento e ser cometidos por qualquer profissional envolvido no processo, o que o transforma num problema multifatorial”.

Os enfermeiros são o grupo profissional que mais próximo está do cliente, realiza um variado leque de intervenções junto do mesmo, executa mais procedimentos diretos e invasivos, é portador de informação atualizada da sua situação clínica e tem um papel interventivo em todas as etapas do processo do medicamento (Cassiani *et al.*, 2006).

As unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos são reconhecidas com tendo maiores possibilidades de ocorrência de erros de medicação, porque envolvem um grande número de intervenções e pela imprevisibilidade das situações de emergência/urgência (Carvalho, 2006).

É importante considerar que, a multiplicidade e diversidade de procedimentos e de fatores que podem concorrer em simultâneo para a ocorrência de incidentes terapêuticos, têm particularidades que conferem às Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais uma singularidade própria, dificultando o acionar de todas as medidas de reavaliação a fim de se prevenirem e detetarem precocemente possíveis erros. Assim, a maioria dos erros pode passar despercebida, dando a impressão irreal de serem pouco frequentes. Tal justifica a importância da realização do registo de incidentes críticos / notificação eventos adversos.

Nesta unidade hospitalar, o gabinete de gestão do risco, implementou de forma gradual, um sistema de avaliação do risco designado *notificação de eventos de risco*. Este foi aplicado na UCIN em 2010.

Conforme se pode ver na tabela 1, dos incidentes notificados, o erro de terapêutica é aquele que obtém uma maior frequência relativa. Dentro desse grupo de erros podemos ver na tabela 2 os seus principais tipos.

Tabela 1 - Registo de Incidentes ocorridos na UCIN

| Período | Nº de Meses | Erros relacionados com a terapêutica / % | Nº de Casos |
|---------------------|-------------|--|-------------|
| Jan 2010 a Out 2011 | 21 | 37,3 | 150 |
| Nov 2011 a Fev 2012 | 4 | 31,3 | 19 |
| Mar a Set de 2012 | 7 | 53,7 | 67 |

Tabela 2 – Principais tipos de erro de terapêutica

| Tipo de Erro | Ocorrência / % |
|---|----------------|
| Medicamento enviado com rótulo errado | 90,24 |
| Prescrição terapêutica ilegível/ Calculo errado da perfusão | 85,37 |
| Falha na identificação do cliente/execução da técnica | 78,05 |
| Falha de comunicação entre Equipa médica e enfermagem | 75,61 |

A implementação do sistema de notificação, e o aumento significativo de ocorrências, alertou a equipa para a dimensão do problema e, como tal, para a necessidade de conhecer bem o seu sistema de organização do processo do medicamento, o que deve ser mantido e o que é passível de ser melhorado, procurando estudar as causas que estão na origem destes valores percentuais, e desta forma propor estratégias de gestão do risco terapêutico adequadas e realistas, com o envolvimento da própria equipa.

Reconhecendo que os eventos adversos são indicadores que permitem a mensuração da qualidade da assistência e contribuem decisivamente para a evolução do quadro de saúde dos recém-nascidos internados é fundamental a implementação de um programa para a redução dos eventos adversos relacionados com os erros de terapêutica na UCIN. Assente numa cultura de segurança na UCIN, este programa permitirá: i) protocolar e uniformizar os processos de gestão do circuito do medicamento na unidade; ii) os procedimentos no seio da Equipa que presta cuidados e iii) instituir, de modo regular, a notificação de incidentes críticos.

O desenho deste programa terá em consideração os fatores contributivos identificados no diagnóstico de situação.

Conjunto de fatores elencados são determinantes e confluem em simultâneo para a ocorrência de incidentes terapêuticos, em todas as dimensões do processo do medicamento (armazenamento, prescrição, transcrição, preparação, administração e monitorização).

Ainda nesta abordagem sistémica do erro pareceu-nos pertinente fazer referência aos fatores contributivos que foram identificados pelo gabinete de gestão do risco da instituição em Julho de 2011, demos a seguinte organização: (Anexo I)

- Individuais;
- Sociais e de Equipa;
- De comunicação;
- Da tarefa;
- De educação e treino;
- De Equipamento e Recursos;
- Relacionados com as condições de trabalho;
- Estratégicos e Organizacionais;
- Do Doente;

Da bibliografia consultada surgiram ainda outros fatores contributivos para esta problemática, tais como a análise do comportamento individual dos efetores clínicos e outros aspetos institucionais e de gestão.

As dimensões do processo do medicamento que irão ser abordadas neste programa são numa primeira fase, as relativas ao armazenamento (criação de uma sinalética de segurança), à prescrição (o registo da prescrição e o circuito destes registos) e à preparação e administração (implementação de alguns procedimentos e normas de segurança e qualidade).

O programa terá uma dinâmica evolutiva, acompanhando a realização e a monitorização das atividades e identificando as alterações e atualizações que venham a ser reconhecidas como necessárias á sua finalidade.

2. CLARIFICAÇÃO DE CONCEITOS

Segurança do doente - consiste na redução dos atos inseguros nos processos assistenciais, na utilização das melhores práticas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis e na redução, para um mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde. Este nível de risco refere-se ao que é consensualmente aceite como boa prática à luz do conhecimento científico atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que decorre a prestação dos cuidados de saúde.¹

Qualidade em saúde - “o modo como os serviços de saúde, com o actual nível de conhecimentos, aumentam a probabilidade de obter os resultados desejáveis e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejáveis.”² A qualidade em saúde expressa-se através de indicadores de qualidade.

O grau com que os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.³

Risco – consiste na possibilidade de acontecer algo com impacto sobre indivíduos ou organizações e mede-se em função da sua probabilidade de ocorrência e da gravidade das suas consequências.⁴

Gestão de risco clínico - “a gestão de risco clínico (GRC) corresponde a um conjunto de medidas destinadas a melhorar a segurança e, logo assim, a qualidade de prestação de cuidados de saúde, mediante a identificação prospectiva das circunstâncias que colocam os doentes em risco e pela actuação destinada a prever e a controlar esses mesmos riscos. A GRC tem como duplo objectivo limitar a ocorrência de eventos adversos (prevendo) e minimizar os danos que provocam (recuperando).”⁵

Processo do Medicamento – processo complexo que envolve várias etapas (armazenamento, prescrição, transcrição, preparação, administração e monitorização) que estão inter-relacionadas e interligadas por várias ações, desenvolvendo-se diferentes passos durante estas etapas, envolvendo sempre vários profissionais e

¹ Gabinete de Gestão de Risco, (2011), Política de Gestão do Risco, HSM, p.2

² *Joint Commission International* – (2011)

³ Relatório Técnico, “Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente” DGS, Lisboa 2011, p. 23

⁴ Gabinete de Gestão de Risco, (2011) Política de Gestão do Risco, HSM, Anexo 1

⁵ Campos, L. *et al*(2009) Governação dos Hospitais ,p. 75

múltiplas transferências de pedidos ou materiais, que podem conduzir a erros de medicação.⁶

Sistema de medicação – conjunto de processos que estão relacionados e interligados, visando um objetivo comum: uso de medicamentos de forma segura, efetiva, apropriada e eficiente ⁷ .

Erro de medicação – incidentes evitáveis, com possibilidade de causar dano cliente, inclusive danos secundários devido a utilização inadequado de medicamentos, sob a responsabilidade de profissionais de saúde ou de cliente consumidor. (JCI, 2010) ⁸.

Evento Adverso de Medicação (EAM) – “é um incidente ocorrido no decurso da prestação de cuidados de saúde, do qual resulta dano para o doente, público, profissionais ou organização”.⁹

Reações Adversas de Medicação (RAM) – é todo o efeito nocivo e não intencional e que ocorre após administração de um medicamento nas doses normalmente usadas para o homem para profilaxia, diagnóstico, tratamento de uma doença ou para modificação de funções fisiológicas.¹⁰

Nota: O estudo do erro tem hoje em dia tomado uma grande amplitude e profundidade assim, para além da clarificação destes conceitos, outras classificações são importantes para o problema em estudo, e que por isso, se reúnem num anexo (Anexo I). Nele se apresentam: i) as categorias relativas à gravidade do erro; ii) as tipologias do erro; iii) as suas determinantes; iv) os fatores contributivos do erro de medicação. Estas classificações são o resultado de um estudo bibliográfico aprofundado e dos dados produzidos pelo Gabinete de Gestão do Risco da Instituição aonde o programa será implementado.

⁶ *Joint Commission Quality, Leape LL et al. Reducing adverse drug events: lesson from a breakthrough series collaborative p. 321-331*

⁷ Nazdam, D.M. “A systems approach to medication use. In; Cousins DD. Medication use: a systems approach to reducing errors. Joint Commission (1998), p. 5.17

⁸ Joint Commission Internacional, 2010

⁹ Gabinete de Gestão de Risco, (2011) Política de Gestão do Risco, HSM, .

¹⁰ Organização Mundial da Saúde (2005) – Consultado Online

3. FINALIDADE DO PROGRAMA

O programa baseando-se na melhor evidência científica, tem como propósito disponibilizar esse conhecimento para a equipa da UCIN, de modo a contribuir para a diminuição de ocorrência de incidentes terapêuticos relacionados com a medicação inerente à prestação de cuidados aos RNs internados.

Tendo por fundamento as *International Patient Safety Goals* (IPSG) – Metas Internacionais Segurança Doentes defendidas pela JCI de acordo com o seu Manual de Acreditação para os Hospitais de Janeiro de 2011, pretende-se que acompanhe o desenvolvimento de soluções inovadoras e melhore a segurança e a qualidade dos cuidados.

4. OBJETIVOS DO PROGRAMA:

- Implementar um conjunto de boas práticas de prevenção de incidentes terapêuticos relacionados com processo do medicamento: armazenamento, prescrição, preparação e administração e a monitorização de terapêutica.
- Analisar vulnerabilidades no sistema do processo de medicação que permitam minimizar os riscos de ocorrência de erro, aumentando assim a segurança dos recém-nascidos;
- Avaliar os resultados do programa através da monitorização contínua do mesmo e da análise do relato dos incidentes críticos pós-implementação.
- Dotar a equipa da UCIN do conhecimento dos princípios científicos e normativos de garantia de uma prática segura e de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem aos recém-nascidos, nas diferentes etapas do processo do medicamento;
- Promover no seio da equipa uma cultura de segurança e de prevenção do erro, em detrimento de uma cultura punitiva e recriminatória;
- Promover o envolvimento, a formação e a participação de todos os profissionais da UCIN no programa;

- Fortalecer na equipa uma cultura de reporte do erro sem culpa, numa abordagem sistémica e multidisciplinar através do incentivo à prática da notificação/registo dos eventos adversos;

5.PRINCÍPIOS ORIENTADORES

Reconhecendo que:

- O erro é consequência de uma serie fatores, relativos ao profissional, à organização e à natureza do trabalho;
- O erro ocorre em sistemas cujo desempenho é insatisfatório;
- A segurança dos cuidados é uma preocupação e responsabilidade das organizações e dos profissionais de saúde

O presente programa sustenta-se nos princípios seguintes:

- Respeito pelo direito da criança e família a cuidados seguros;
- Respeito pelos valores da competência, confiança; responsabilidade e verdade;
- Respeito dos normativos nacionais e institucionais relativos ao processo do medicamento;
- Respeito dos normativos científicos e deontológicos dos profissionais envolvidos no processo do medicamento;
- Responsabilidade da organização e dos profissionais em assegurar as melhores práticas e condições, de acordo com o conhecimento disponível e o estado da arte;
- Responsabilidade da organização e dos profissionais na promoção de uma cultura organizacional de competência e segurança.

De acordo com o preconizado no estatuto da Ordem dos enfermeiros é dever dos enfermeiros “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (a referência

atual é a Lei 111/2009 de 16 de Setembro que republica o estatuto da Ordem dos Enfermeiros).

O programa possuirá fundamentos, recomendações que promovam a melhoria da prática de medicação apresentadas por organizações governamentais e não-governamentais, como por exemplo o *Institute for Safe Medication Practices (ISMP)* e a *Joint Commission International (JCI)*. O programa contribuirá na formação contínua da equipa da UCIN.

6. ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DO ERRO TERAPÊUTICO A IMPLEMENTAR NA UCIN

O processo de **intervenção para a prevenção de incidentes terapêuticos** implicará o recurso a um vasto conjunto de atividades que organizaremos em torno das seguintes áreas estratégicas:

6.1 Domínio do Armazenamento da Terapêutica



Fig. 1 – Armário de Armazenamento de Medicação

Estratégia: Separação e Identificação dos **Medicamentos de Alto Risco** segundo a classificação da JCI (2011)

O quadro seguinte mostra-nos a sinalética dos **Medicamentos de Alto Risco** que será implementada na UCIN segundo os normativos da JCI (2011):

Medicamentos de Alto Risco

Quadro 1 – Medicamentos de Alto Risco: Designação e Sinalética

| Designação | Sinalética |
|--|------------|
| 1. Concentrados de Electrólitos | |
| 2. Medicamentos <i>Look-Alike</i> e <i>Sound-Alike</i> (LASA) | |
| 3. Medicamentos com Diferentes Doses | |
| 4. Medicamentos Hemoderivados | |
| 5. Medicamentos de Alerta | |

ATENÇÃO!

Há medicamentos que serão sinalizados nos respectivos locais de armazenamento com mais do que uma sinalética devido às suas particularidades.

Posteriormente, apresentar-se-á para cada um dos grupos de medicamentos supracitados, algumas considerações adicionais:

1. Concentrados de Electrólitos



Todos os locais de armazenamento dos concentrados de electrólitos têm

a sinalética  e  e são ainda acrescentados de um rótulo com a informação **TEM QUE SER DILUÍDO** exceção das ampolas de Água Destilada estéril injetável (em volumes <100mL) e do Cloreto de Sódio a 0,9%.

 Estes medicamentos são armazenados separados de todas as outras ampolas injetáveis.



O local de armazenamento das ampolas de **Cloreto de Potássio 7,5%** (10meq K) Sol. Inj., para além da sinalética respetiva deve ser a gaveta superior alocada dos demais concentrados de electrólitos, e ao seu lado só podem ser armazenadas as ampolas de água destilada. O respectivo rótulo que identifica a gaveta de armazenamento destas ampolas tem que ter um aspeto semelhante á etiqueta exemplificada na figura ao lado.

Fig. 2 – Exemplo de como deve ser feito o armazenamento das ampolas de **Cloreto de Potássio a 7,5 %**

2. Medicamentos “*Look Alike*” e “*Sound Alike*”



Todos os locais de armazenamento dos medicamentos “*Look Alike*” e

“*Sound Alike*” são identificados através da sinalética



e outras sinaléticas quando aplicável.

3 Medicamentos com diferentes dosagens



Todos os medicamentos disponíveis em dosagens diferentes (ou medicamentos de alta vigilância) são armazenados na mesma gaveta que será identificada com a sinalética



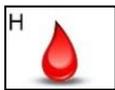
e outras sinaléticas quando aplicável.



Figura 3 - Legenda da Sinalética dos Medicamentos com diferentes dosagens.



Os Hemoderivados (ou medicamentos que requerem grandes cuidados), são identificados nos locais de armazenamento através da sinalética



e outras sinaléticas quando aplicável.

ATENÇÃO! O protocolo existente na UCIN relativamente a este grupo mantém-se em cumprimento.



Os medicamentos de alerta são identificados nos locais de armazenamento

através da sinalética . Estes pelas suas particularidades habitualmente já estão identificados com outras sinaléticas. O quadro que se segue elenca os medicamentos que integram este grupo. (Tabela 4).

Quadro 2 - Medicamentos de Alerta

| Medicamentos de Alerta |
|--|
| Água estéril injectável para inalação e irrigação em embalagens de 100 ml ou volume superior. |
| Agonistas adrenérgicos intravenosos (ex. epinefrina, fenilefrina, norepinefrina) |
| Anestésicos gerais, inalatórios e intravenosos (ex. propofol, cetamina) |
| Analgésicos opióides intravenosos, transdérmicos e de uso oral |
| Antagonistas adrenérgicos intravenosos (ex. propranolol, metoprolol) |
| Antiarrítmicos intravenosos (ex. lidocaína, amiodarona) |
| Antitrombóticos (anticoagulantes): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Varfarina ▪ Heparina não fracionada e de baixo peso molecular (ex. enoxaparina, dalteparina) ▪ Fator de coagulação Xa ▪ Trombolíticos (ex. alteplase, tenecteplase) ▪ Inibidores da glicoproteína IIb/IIIa (ex. eptifibatide, tirofibana) |
| Bloqueadores neuromusculares (ex. suxametônio, rocurônio, vecurônio) |
| Cloreto de potássio concentrado injetável |
| Cloreto de sódio hipertónico injetável (concentração maior que 0.9%) |
| Contrastes radiológicos intravenosos |
| Fosfato de potássio injetável |
| Glicose hipertónica (concentração maior ou igual a 20%) |
| Hipoglicemiantes de uso oral |
| Inotrópicos intravenosos (ex. digoxina) |
| Insulina subcutânea e intravenosa |
| Lidocaína intravenosa |
| Medicamentos administrados por via epidural ou intratecal |
| Medicamento na forma lipossomal (ex. anfotericina B lipossomal) |
| Metotrexato de uso oral (uso não oncológico) |
| Nitroprussiato de sódio injetável |
| Ocitocina intravenosa |
| Prometazina intravenosa |
| Quimioterápicos de uso parenteral e oral |
| Sedativos moderados de uso oral em crianças (ex. hidrato de cloral) |
| Sedativos moderados intravenosos (ex. midazolam) |
| Solução cardioplégica |
| Soluções de diálise peritoneal e hemodiálise |
| Soluções de nutrição parenteral total |
| Sulfato de magnésio injetável |
| Tintura de ópio |
| Fontes: ISMP, 2008; JCI, 2010; Rosa et al, 2010. |

ESTUPEFACIENTES E SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS - Aspectos Específicos -



Ainda no domínio do armazenamento é de referir o que se apresenta no quadro seguinte:

Quadro 3 – Exemplo de Etiqueta de Medicamento Via Oral

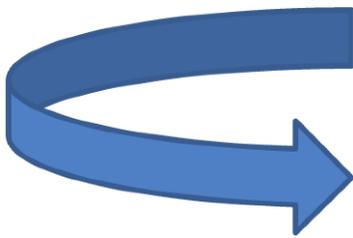
| Medicamentos por VIA ORAL | |
|---|--|
| Exemplo: | Os medicamentos administrados por via oral são armazenados separadamente de toda a medicação administrada por outras vias. O rótulo que os identifica é delimitado por linhas de cor azul e ao mesmo agrega-se um outro exemplificado na figura adjacente. |
|  | |

6.2 Domínio da Prescrição de Terapêutica



Fig.4 - Registo escrito e informático da prescrição de terapêutica

Estratégia: Uniformização da forma de registo das prescrições e do posterior circuito das mesmas, de modo a garantir uma comunicação eficaz entre a equipa reduzindo a ocorrência de erros.



É FUNDAMENTAL:

- i. **Comunicar** de forma clara, precisa, exata, universal, semi-universal, sem ambiguidades que derivem do desconhecimento de qualquer abreviatura.
- ii. Respeitar a **utilização da lista de termos “Do Not Use” e “Use”** preconizada pela JCI (2011).

Quadro 4 – Lista de termos a NÃO USAR (Do Not Use) e termos a USAR (Use) em substituição

| Não Usar | Usar |
|------------------|-----------|
| U | Unidade |
| Cc | mL |
| x,0mg | x mg |
| .xmg | 0,x mg |
| µg (microgramas) | Mcg |
| @ | At |
| l (litros) | L |
| > | maior que |
| < | menor que |
| 1000 | Mil |
| 10000 | 10 mil |
| 100000 | 100 mil |
| 1000000 | 1 milhão |

Nota - @, >, < podem ser usados em suporte informático mas não em escrita manual

iii. **Seguir a seguinte ordem na Prescrição:**



- iv. **Prescrever** todos os medicamentos pelo **princípio ativo**, em **letras maiúsculas e sem abreviaturas**.
- v. **Não rasurar** nenhuma prescrição; escrever **“SEM EFEITO”** e voltar a prescrever corretamente.
- vi. **Comunicar ao enfermeiro responsável** pelo RN sempre que realizar uma alteração/revisão terapêutica.

- vii. **A terapêutica de cada bebé** passa a ser **prescrita** de acordo com a ordem iii). Esta é prescrita no verso da folha de registos de cada bebé, e por isso, esta folha de registos é chamada igualmente de folha terapêutica individual de cada bebé.

Ainda na prescrição:

Quando prescrito **“CUIDADOS INTENSIVOS”** já pressupõe os cuidados referidos no quadro que se segue:

Quadro 5 – Conjunto de Procedimentos e Frequência que define a prescrição “Cuidados Intensivos”

| Procedimentos | Frequência |
|---|-------------------|
| Monitorização Córdio-Respiratória e Saturação de O ₂ | Continua |
| Avaliação de Pressão Arterial (Sistólica; Diastólica; MAP) | 1 Vez por turno |
| Medição de Diurese | Continua |
| Avaliação de Glicémia Capilar (Exceto no caso dos Bebés com patologias específicas; GIG; Hipotermia; RN de mães diabéticas, entre outros) | Uma vez por turno |

Quanto às indicações verbais ou por telefone para a administração de terapêutica, elas são:

Só aplicáveis a situações emergentes

Procedimentos:

O recetor também repete alto essa confirmação.

O Registo da prescrição ouvida e da confirmação é efetuado pelo recetor. O registo contém:

- Razão pela qual a prescrição foi feita por via verbal ou telefónica (motivo).
- Método de Contacto.
- Hora
- Quem estava Presente, e quem foi Informado.
- Resultados Obtidos

Não são permitidas para Medicamentos Administrados em Perfusão Contínua e/ou Medicamentos de Alto Risco

6.3 Domínio da **Transcrição**

da Terapêutica



Fig. 5 – A transcrição da terapêutica

Embora este domínio não possa ser abordado nesta primeira fase de uma forma aprofundada em tempo útil, é fundamental que para além dos cuidados sistemáticos da monitorização da terapêutica de cada criança haja uma sensibilização, e um esforço no sentido do registro das notificações do erro conforme prática da instituição ou preconizados no normativo desta. Deste modo as estratégias a definir para este domínio ficarão previstas para meados de 2015.

6.4 Domínio da **Preparação** da Terapêutica



Fig. 6 – A preparação da terapêutica

Estratégia: Implementar novas práticas de preparação de terapêutica.

- i. No fluxo laminar, local onde se prepara a terapêutica, só poderão estar presentes em **simultâneo dois enfermeiros** a executar esta função.
- ii. Cada enfermeiro responsabiliza-se pela verificação da prescrição, preparação, administração e monitorização de toda a terapêutica dos bebés que tem sob a sua responsabilidade nesse turno.
- iii. .No momento da preparação da terapêutica, o enfermeiro transporta consigo apenas **uma das folhas de terapêutica de cada vez** correspondente **a um só bebé**, que está sob a sua responsabilidade.
- iv. **Só após** ter preparado e administrado a terapêutica correspondente **a este bebé**, é que o mesmo enfermeiro faz o mesmo procedimento para outro bebé sob a sua responsabilidade.
- v. Aquando da preparação, fazer a verificação dos **9 certos**.

Quadro 6 - O esquema dos 9 certos a seguir na Preparação de Terapêutica

| | |
|---|---|
| 1. Bebê Certo | ✓ |
| 2. Medicamento Certo | ✓ |
| 3. Dose Certa | ✓ |
| 4. Via de Administração Certa | ✓ |
| 5. Horário/Tempo de Infusão Certos | ✓ |
| 6. Compatibilidade Medicamentosa Certa | ✓ |
| 7. Validade Certa | ✓ |
| 8. Orientação e Informação Certa aos Pais do Bebê | ✓ |
| 9. Registo Certo | ✓ |

- vi. O enfermeiro retoma o processo sistemático de verificação e revisão das suas ações, usando esta “*check-list*” dos nove certos., sempre que se verifique algum dos seguintes fatores: interrupções; distrações sobrecarga de trabalho, e um nível de ruído elevado ou qualquer outro fator stressante
- vii. A dupla verificação implica a presença de dois elementos da equipa de enfermagem.
- viii. O primeiro enfermeiro utiliza a “*check-list*” dos nove certos da medicação, e de seguida o segundo enfermeiro valida o procedimento do primeiro, seguindo a mesma boa prática. No fim, e antes da administração, ambos registam no caderno de registo de estupefacientes a verificação feita.
- ix. Esta **Dupla Verificação** será implementada na UCIN numa primeira fase para os Medicamentos de Alerta, nomeadamente **Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas** com o devido preenchimento **no caderno de registo de estupefacientes pelos dois profissionais responsáveis.**

- x. Os horários de administração de terapêutica serão os já preconizados na UCIN como referidos no Quadro 7.

Quadro 7 – Horários de administração de terapêutica de acordo com as prescrições.

| Prescrição | Horários adotados na Unidade |
|------------------------------|---|
| 1 vez dia/ Toma Única | 0H;6H;12;18H;22H ou apenas na hora em que é prescrito se for uma toma única. |
| 4H/4H | 0H-4H-8H-12H-16H-20H |
| 6H/6H | 0H-6H-12H-18H |
| 8H/8H | 6H-14H-22H |
| 12H/12H | 0H-12H ou 6H-18H |
| 18H/18H | De acordo com a hora que inicia a primeira toma e/ou posteriormente de acordo com o doseamento. |
| 24H/24H | 0H;6H;12H;18H ou 22H |
| 36H/36H | De acordo com a hora que inicia a primeira toma e/ou posteriormente de acordo com o doseamento. |
| 48H/48H | De acordo com o dia da prescrição, assim ficará a fazer a medicação em dias pares ou dias ímpares e o horário será adaptado de igual forma como se fosse uma prescrição de uma vez dia. |
| 2 vezes por semana | Variável; habitualmente as segundas e quintas feiras igualmente adaptado ao horário escolhido como se fosse uma prescrição uma vez dia |

- xi. Quando ocorrerem **dúvidas** relativamente a algum fármaco, qualquer elemento da equipa **deve** consultar a **farmacêutica disponível 24h para a UCIN** para este efeito.
- xii. Identificar Todas as **soluções** preparadas com **concentrados de electrólitos**, a solução final deverá ser **sempre identificada** com uma das seguintes etiquetas:



Fig. 7 – Etiqueta identificativa de soluções com concentrados de electrólitos e que contém Cloreto de Potássio Fig. 8 - Etiqueta identificativa de soluções com concentrados de electrólitos.

- ✓ A estas etiquetas **deve acrescentar** a identificação do bebé (nome pelo qual é conhecido na UCIN e data de nascimento).
- ✓ As **alimentações parentéricas** bem como os medicamentos **Hemoderivados** são igualmente identificados com estas etiquetas.
- ✓ **Toda a restante terapêutica** terá de ser identificada com uma etiqueta semelhante a que será exemplificada de seguida:

| | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| Nome do Bebé: | Data de Nascimento: |
| Nome do Fármaco: | Dose Prescrita: |
| Via de Administração: | |
| Reconstituição Realizada: | Volume Total: |
| Ritmo de Perfusão: | Data e Hora de Preparação: |
| Enfermeiro que Preparou e Administra: | |

Fig. 9 Etiqueta para rotular/identificar toda a medicação que se prepare à exceção das soluções com concentrados de electrólitos e Hemoderivados

6.5 Domínio **Administração** da Terapêutica

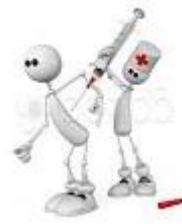


Fig. 10 – A Administração de Terapêutica

Estratégia: Implementar novos protocolos de segurança

- i) Aquando da administração, “ **Deve**” fazer a verificação dos **9 certos**, enumerados no quadro 6 respeitando os horários.
- ii) Os horários de administração de terapêutica serão os já preconizados na UCIN como referidos no Quadro 7.

6.6 Domínio da **Monitorização** da Terapêutica



Fig. 11 – A Monitorização de Terapêutica

Nota de Maio 2014

Neste documento não estão ainda contempladas as etapas do processo do medicamento referentes às dimensões da Transcrição e da Monitorização da terapêutica, pontos 6.3 e 6.6, que virão a ser posteriormente trabalhadas no serviço.

7. Estratégias de Monitorização do Programa

A monitorização é o seguimento de rotina dos elementos-chave do desenvolvimento do Programa, mediante a manutenção de registos, notificação de incidentes terapêuticos, informações periódicas, assim como através de observações na unidade (guias de observação) e/ou realização de inquéritos.

É fundamental definir os líderes deste tipo de processos, a quem compete “saber conduzir organizando o trabalho de equipa, visando um atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio da equipa, quer na educação ou na coordenação do serviço, estimulando a equipa para desenvolver plenamente o seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade da assistência “. (Gelbcke, et al, 2009, p.137). Aliada a esta definição, elencam-se os líderes deste Programa, o Coordenador da Unidade, a Enfermeira Chefe, as Médicas responsáveis pela notificação dos incidentes terapêuticos e a discente

Liderar este tipo de processos implica o recurso à meta de supervisão de estratégias de monitorização.

Meta: Supervisionar através das Estratégias de Monitorização, numa primeira fase a evolução ocorrida durante o segundo semestre deste ano (2014), através da elaboração de um relato síntese, onde conste a evolução adquirida pela equipa até à consolidação das práticas.

Tendo em consideração que a existência de estratégias de monitorização se trata de uma meta da JCI, , propomos desde já as seguintes medidas:

- i) Apresentação a todos os enfermeiros os elementos da equipa responsável pelas estratégias de monitorização;
- ii) Continuação o processo de formação em torno do programa proporcionando espaços de discussão sobre:
 - a. Os valores/princípios do Programa;
 - b. As estratégias e atividades preconizadas seus fundamentos e condições de Exequibilidade;
 - c. Erros e/ou dificuldades que forem surgindo durante o processo de implementação;
 - d. Os fatores da equipa que serão facilitadores e/ou dificultadores durante o processo de implementação;

- e. Os fatores da equipa sobre as práticas de notificação;

De modo a verificar se os objetivos do Programa estão a ser atingidos definem-se as seguintes estratégias:

- iii) Construção de um guião de observação que permita:
 - a. Identificar através da observação-participante as atividades que estão ou não a ser realizadas;
 - b. Identificar os fatores ambientais que estão a ser dificultadores e/ou promotores da implementação;
- iv) Partilha de informações pertinentes com os colegas durante as passagens de turno que possam revelar se os elementos da equipa estão ou não a identificar os riscos;
- v) Verificação das atividades/estratégias que precisam de ser reformuladas;
- vi) Acompanhamento do número de registos de notificação de incidentes terapêuticos que são realizados;
- vii) Criação de espaços de discussão e análise dos incidentes críticos notificados. Acompanhamento da requisição e do armazenamento da terapêutica proveniente da farmácia.
- viii) Elaboração de relatórios (semestrais) sobre os pontos atrás referidos

Nota: **Sempre** que houver uma informação pertinente, uma ocorrência de erro não notificado, uma evidência científica que implique a reformulação de uma estratégia do Programa, **deve** ser realizada uma reunião com os líderes responsáveis pelo Programa juntamente com os restantes elementos participativos nas estratégias de monitorização. O resultado da mesma deverá ser transmitido aos restantes elementos da equipa pelos respetivos chefes de equipa.

8. Bibliografia

- Campos, L. et al. (2009). Governação dos Hospitais. Alfragide: Casa das Letras
- Carvalho, W.B. (2006). Erros de medicação: Aspectos relativos à prática médica. In: Harada, M. J. C. S, Pedreira, M. L. G, Pereira, S. R. (Coords.). Erro Humano e a Segurança do Paciente. São Paulo: Atheneu
- Cassiani, S. et al (2006) – O Processo de Preparo e Administração de Medicamentos: Problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 14 (3). Acedido em 20/06/2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21127452>
- CASSIANI, S.H.B.; SILVA, A.E.B.C. Administração de medicamento: Uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. Rev. Eletrônica de enfermagem, v. 06, n. 02,2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acessado em 20/06/2013
- Coimbra, J. (2004), *Conhecimento dos conceitos de erros de medicação, entre auxiliares de enfermagem, como fator de segurança do paciente na terapia medicamentosa*. Tese de doutoramento. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Decreto – Lei nº 104/98. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I Série A. (98-04-21).
- Direção Geral de Saúde (2012), Decreto Regulamentar nº 14 de 30/07/2012 – Análise de Incidentes e de Eventos adversos. Acedido em 07/03/2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- Fragata, J; Martins, L. – *O Erro em Medicina – Perspectiva do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina, p.324.
- Fragata, J. (2006). Risco clínico – complexidade e performance. Coimbra: Edições Almedina
- Fragata, J. (2006). Risco clínico – complexidade e performance.

Coimbra: Edições Almedina.

- Fragata, J. (2011) – Segurança dos Doentes. Uma Abordagem Prática. Lisboa: Edições Técnicas, Lda
- Gelbcke, F. L. [et al.] (2009) – *Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasil, Vol. 62, nº1, p. 136-139
- Institute Safety Medication Patient (2012) – List of High Alert Medications. Acedido em 13/03/2014. Disponível em: <http://www.ismp.org>
- Instituto para Práticas Seguras no uso de Medicamentos (IMSP). Institute for Safe Medication Practices (2008). Acedido em 13/03/2014. Disponível em: http://www.ismrasil.org/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=2
- Joint Commission International (2008). Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: National Safety Goals. Acedido em 17-03-2014. Disponível em http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals/08_hap_npsgs.htm
- Joint Commission International (2008). Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Preventing pediatric medication errors. Acedido 01-03-2014. Disponível em http://www.jointcommission.org/sentinelevents/alert/sea_39.htm.
- Joint Commission International. (2011). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals: Standards Lists Version. (4ªed.). USA
- Leape LL, et al. (2000) Reducing adverse drug events: lesson from a breakthrough series collaborative. Joint Commission Quality Improve; 25(6), p. 321-331
- Nazdam, D.M. "A systems approach to medication use. In; Cousins DD. Medication use: a systems approach to reducing errors. Joint Commission (1998), p. 5-17
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP). Taxonomy of medication errors. 1998. Acedido

a 15/03/2014. Disponível em
<http://www.nccmerp.org/public/aboutmederror.html>

- National Coordinating Council For Medication Error Reporting Prevention (NCC MERP). Rockville, United States Pharmacopoeia. (2001). Apresenta categorização de erros na medicação. Acedido a 18-07-2013. Disponível em: www.nccmerp.org/aboutmederrors.htm
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Lisboa: Autor
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de posição sobre segurança do doente. Acedido a 01-03-2014. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Acedido a 15-03-2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2005) – A Importância da Farmacovigilância: Monitorização da Segurança dos Medicamentos. Acedido em 15/03/2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca.pdf>
- Pediatric National Associations of Europe (PNAE) - Erros de Medicação em Neonatologia e Pediatria. Acedido em: 26/07/2013. Disponível em: [Http://www.rcn.org.uk/development/communities/specialisms/children_and_young_people/forums/other_forums_and_groups/paediatric_nursing_associations_of_europe](http://www.rcn.org.uk/development/communities/specialisms/children_and_young_people/forums/other_forums_and_groups/paediatric_nursing_associations_of_europe)
- Programa do XVIII Governo – Saúde um Valor para Todos. Acedido em 13/06/2014. Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Governo/ProgramaGoverno/Pages/Programa_Governo_13.aspx.
- Raja L. (2009) A quality assurance study on the administration of medication by nurses in a neonatal intensive care unit. Singapore Med J.
- Regulamento Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), artigo 9º

de 1996

- Regulamento Interno (2011) – Política de Gestão do Risco – Gabinete de Risco; Hospital de Santa Maria
- Rosa, M.B. *et al* (2010) - *Erros de Medicação*. Acedido em: 15/03/2014. Disponível em: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/124/encarte_farmaciahospitalar.pdf.

ANEXO I

Quadro 8 – Categorias de gravidade dos Erros de Medicação

| ERRO | CATEGORIA | RESULTADO |
|---------------------|-----------|--|
| Sem Erro | A | Circunstâncias ou acontecimentos susceptíveis de originarem erro. |
| | B | Ocorreu um erro mas este não chegou ao doente. |
| Erro: Inócuo | C | Ocorreu um erro que chegou ao doente mas foi inofensivo para este. |
| | D | Ocorreu um erro com necessidade de aumentar a monitorização do doente mas foi inofensivo. |
| Erro: Nocivo | E | Ocorreu um erro com necessidade de tratamento ou intervenção que causou danos temporários ao doente. |
| | F | Ocorreu um erro com necessidade de hospitalização inicial ou prolongada e que causou danos temporários ao doente. |
| | G | Ocorreu um erro que resultou em dano permanente no doente. |
| | H | Ocorreu um erro que resultou num evento que quase causou a morte, necessitou de uma intervenção rápida para manutenção da vida (anafilaxia ou paragem cardíaca). |
| Erro: Morte | I | Ocorreu um erro que resultou na morte do doente. |

Tradução: National Coordinating Council for medication error reporting and prevention (2001) – Index for categorizing medication errors

Quadro 9 - Tipos de Erros de Medicação

| |
|--|
| 1. Medicamento errado - Seleção incorreta do medicamento prescrito |
| 1.1 Prescrição inadequada do medicamento |
| 1.1.1 Medicamento não indicado/ não apropriado para o diagnóstico que se pretende tratar |
| 1.1.2 História prévia de alergia ou reação adversa similar |
| 1.1.3 Medicamento inadequado para o paciente por causa da idade, situação clínica, etc |
| 1.1.4 Medicamento contra-indicado |
| 1.1.5 Interação medicamento-medicamento |
| 1.1.6 Interação medicamento-alimento |
| 1.1.7 Duplicidade terapêutica |
| 1.1.8 Medicamento desnecessário |
| 1.2 Transcrição/ dispensação/ administração de um medicamento diferente do prescrito |
| 2. Omissão de dose ou do medicamento – Falha na administração de uma dose prescrita; Exclui a recusa do cliente ou decisão clínica ou outra razão válida para não administrar. |
| 2.1 Falta de prescrição de um medicamento necessário |
| 2.2 Omissão na transcrição |
| 2.3 Omissão na dispensação |
| 2.4 Omissão na administração |
| 3. Dose errada – Qualquer dose, concentração ou quantidade que defira do que está prescrito |
| 3.1 Dose maior |
| 3.2 Dose menor |
| 3.3 Dose extra |
| 4. Frequência de administração errada – Administração do medicamento fora do intervalo de tempo predefinido no prontuário do cliente |
| 5. Forma farmacêutica errada – Qualquer forma farmacêutica dispensada/administrada que seja diferente do que está prescrito. |
| 6. Erro de preparo, manipulação e/ou acondicionamento - Medicamento incorretamente formulado ou manipulado antes da administração (reconstituição ou diluição incorreta, associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis); Distribuição incorreta do medicamento prescrito para o doente. |
| 7. Técnica de administração errada - Falha na técnica de administração do medicamento |
| 8. Via de administração errada |

| |
|---|
| 9. Velocidade de administração errada |
| 10. Horário errado de administração |
| 11. Paciente errado – Erro na administração do medicamento do paciente errado |
| 12. Duração do tratamento errada - O atraso ou adiantamento de mais de uma hora para medicamentos de ação prolongada (antibióticos, antiácidos). |
| 12.1 Duração maior |
| 12.2 Duração menor |
| 13. Monitorização insuficiente do tratamento - Não rever o tratamento prescrito para verificar a sua idoneidade e detetar possíveis problemas. |
| 13.1 Falta de revisão clínica |
| 13.2 Falta de controlos analíticos |
| 14. Medicamento deteriorado - Administração de um medicamento com validade expirada ou cuja integridade físico-química tenha sido alterada. Inclui medicamentos mal armazenados. |
| 15. Falta de adesão do paciente - Comportamento inadequado do doente e ou cuidador quanto a sua participação na proposta terapêutica. |
| Fontes: Cassiani & Silva, A., 2004; ISMP,2008; JCI, 2010; Rosa et al, 2010;. |

Quadro 10 – Determinantes dos Erros de Medicação

| | |
|---|--|
| Comunicação | Falta de comunicação verbal ou escrita, letra ilegível, uso de abreviaturas, palavras não lidas ou mal lidas, confusão com zero ou casas decimais, uso de medidas não métricas. |
| Confusão com nome do Medicamento | Confusão com o nome comercial, confusão com o prefixo ou sufixo, termo semelhante a outro nome comercial ou outro nome genérico (som ou palavra escrita). Erro de grafia, tamanho de letra que dificultam da leitura ou identificação podendo levar ao uso incorreto; rótulos de produto diferentes muito semelhantes a outros produtos da mesma linha; podem conter informação imprecisa, incompleta ou confusa. |
| Rotulagem errada ou confusa | Défice de conhecimento, défice de execução, erro de cálculo da dosagem ou velocidade de infusão, erro informático (seleção incorreta desde a lista fornecida pelo sistema, programação incorreta da base de dados, inadequada protecção para alergias ou interações medicamentosas), erro no armazenamento, erro na preparação, erro de transcrição, stresse, fadiga, necessidade de dormir, comportamento intimidatório ou conflituoso. |
| Fatores Humanos | Inapropriada, confusão relacionada com semelhança em cor, forma e/ou tamanho de outro medicamento ou do mesmo mas com dosagem diferente. |
| Desenho de Embalagem | Avaria, seleção errada do equipamento, uso de sistemas inapropriados, equipamentos de medida oral. |
| Equipamento | |

**1. Medicamento errado -
Seleção incorreta do
medicamento prescrito**

- 1.1 Prescrição inadequada do medicamento
 - 1.1.1 Medicamento não indicado/ não apropriado para o diagnóstico que se pretende tratar
 - 1.1.2 História prévia de alergia ou reação adversa similar
 - 1.1.3 Medicamento inadequado para o paciente por causa da idade, situação clínica, etc
 - 1.1.4 Medicamento contra-indicado
 - 1.1.5 Interação medicamento-medicamento
 - 1.1.6 Interação medicamento-alimento
 - 1.1.7 Duplicidade terapêutica
 - 1.1.8 Medicamento desnecessário
- 1.2 Transcrição/ dispensação/ administração de um medicamento diferente do prescrito

**2. Omissão de dose ou do
medicamento – Falha na
administração de uma dose
prescrita; Exclui a recusa do
cliente ou decisão clínica ou
outra razão válida para não
administrar.**

- 2.1 Falta de prescrição de um medicamento necessário
- 2.2 Omissão na transcrição
- 2.3 Omissão na dispensação
- 2.4 Omissão na administração

**3. Dose errada – Qualquer dose,
concentração OU quantidade que
difira do que está prescrito**

- 3.1 Dose maior
- 3.2 Dose menor
- 3.3 Dose extra

**5. Forma farmacêutica errada – Qualquer forma farmacêutica
dispensada/administrada que seja diferente do que está prescrito**

**6. Erro de preparo, manipulação e/ou acondicionamento - Medicamento
incorretamente formulado ou manipulado antes da administração (reconstituição
ou diluição incorreta, associação de medicamentos física ou quimicamente
incompatíveis); Distribuição incorreta do medicamento prescrito para o doente.**

**7. Técnica de administração errada - Falha na técnica de administração do
medicamento**

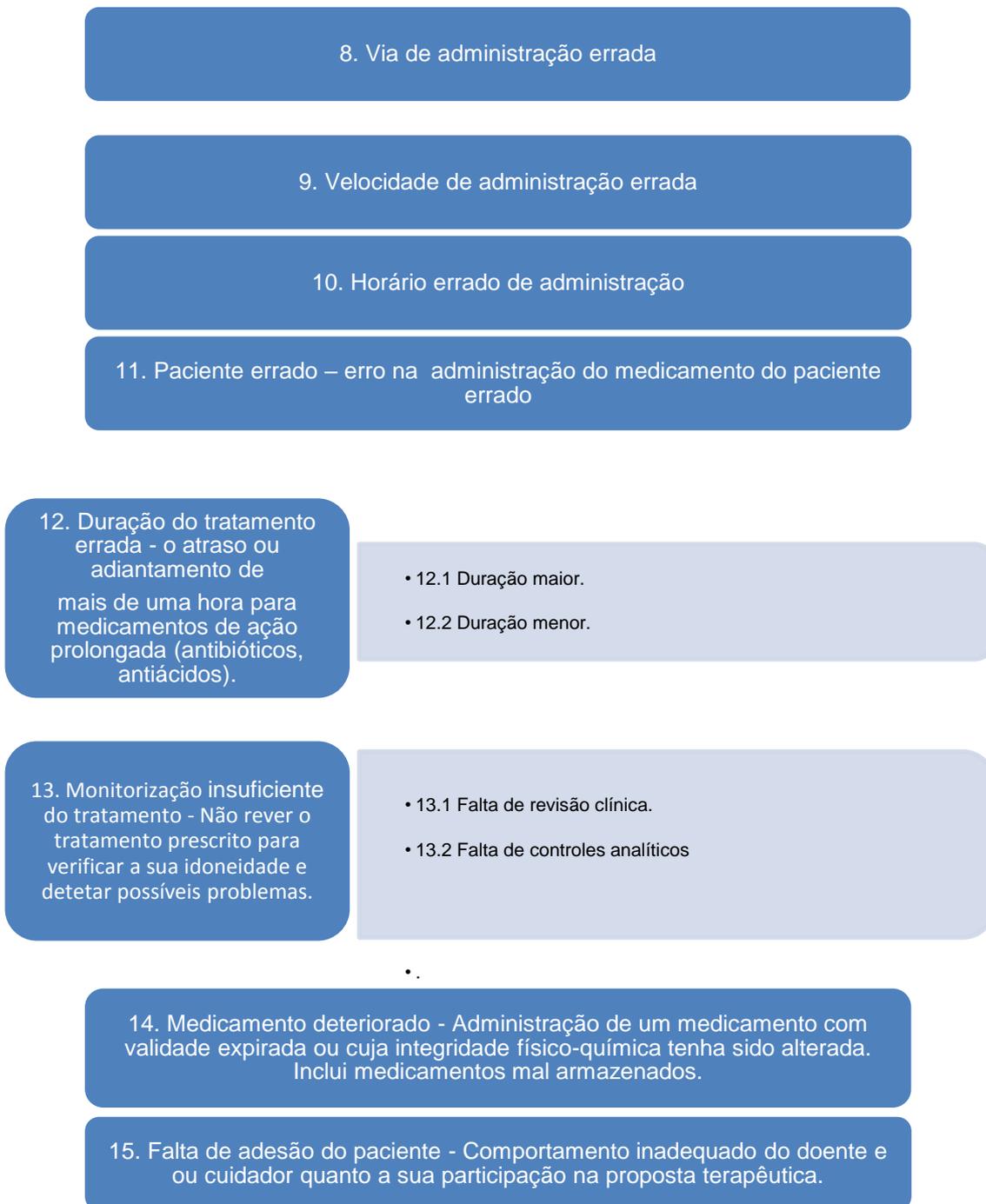


Fig.12 - Fatores Predisponentes para o Erro

Fontes: Cassiani & Silva, A., 2004; ISMP,2008; JCI, 2010; Rosa et al, 2010;.

Quadro - 11 - Lista de verificação de Fatores Contributivos

| | | Componentes |
|------------------------|--------------------------------|--|
| Fatores Individuais | Questões Físicas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde geral (ex: nutrição, dieta, exercício forma). ▪ Deficiência física (ex: problemas de visão, dislexia). ▪ Fadiga |
| | Questões Psicológicas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stresse (ex. distração / preocupação) ▪ Doença mental específica (ex. depressão) ▪ Alteração consciência (ex. doença, drogas, álcool, dor) ▪ Motivação (ex. aborrecimento, complacência, insatisfação) ▪ Factores cognitivos (ex. Défice de atenção, distração, preocupação, excesso de trabalho). |
| | Social Domesticas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas Domésticos / Estilo de vida |
| | Questões de Personalidade | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baixa autoconfiança / Alta autoconfiança ▪ Gregário / interactivo, introvertido ▪ Cauteloso / Aventureiro |
| Fatores de Equipa | Coerência Profissional | <ul style="list-style-type: none"> ▪ As competências estão claramente compreendidas. ▪ As tarefas de cada profissional estão definidas. |
| | Liderança | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Há liderança clínica eficaz. ▪ Há liderança de gestão eficaz ▪ O líder sabe [liderar. ▪ As responsabilidades do líder são claras. ▪ O líder é respeitado. |
| | Fatores culturais e de suporte | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Existem redes de suporte para os profissionais. ▪ Reacção da equipa aos incidentes. ▪ Reação da equipa aos conflitos. ▪ Reação da equipa aos novos elementos. ▪ Abertura da equipa. |
| | Comunicação verbal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indicação verbal não ambígua ▪ Tom de voz e estilo de comunicação adequado à situação ▪ Uso correcto da linguagem ▪ Comunicação às pessoas adequadas ▪ Canais de comunicação adequados ▪ |
| Fatores de Comunicação | Comunicação escrita | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registos fáceis de ler. ▪ Registos guardados no mesmo local e sempre disponíveis. ▪ Registos completos e actualizados. ▪ Comunicações escritas circulam por toda a equipa. ▪ Comunicações dirigidas às pessoas adequadas. ▪ |
| | Comunicação não verbal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas com [linguagem corporal (fechada, aberta, agressiva). ▪ |

| | | Componentes |
|-------------------|---|---|
| Fatores da Tarefa | Procedimentos e Políticas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atualizadas. ▪ Acessíveis em localização adequada. ▪ Perceptíveis, uteis. ▪ Relevantes, claras, concretas, correctas, simples. ▪ Desactualizadas, inacessíveis, inexistentes, irrealistas. ▪ Boa aderência. ▪ Dirigidas aos profissionais certos. |
| | Ajudas à decisão | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidade de apoios (ex.CTG, computador para acesso análises, instrumentos de avaliação de risco) ▪ Acesso a apoio de sénior ou especialista. ▪ Árvores de decisão claras nos protocolos. ▪ Informação completa. |
| | Desenho dos procedimentos e das tarefas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Permitem chegar facilmente a uma decisão. ▪ Os profissionais concordam com o protocolo. ▪ Cada passo do protocolo é realista e pode ser realizado. |
| Educação e Treino | Competência | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimentos adequados. ▪ Capacidade técnica adequada. ▪ Experiência (tempo). ▪ Quantidade da experiência. ▪ Familiaridade com a tarefa. ▪ Avaliações feitas. |
| | Supervisão | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Supervisão adequada. ▪ Tutorado de forma adequada. ▪ Integração adequada. |
| | Disponibilidade/acessibilidade | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formação em serviço. ▪ Treino em emergência. ▪ Treino em equipa. ▪ Treino das capacidades técnicas essenciais. ▪ Cursos de actualização. |
| | Adequação | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conteúdo. ▪ Audiência alvo. ▪ Tipo de apresentação. ▪ Altura do dia. |
| | Monitor / informação | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Correta. ▪ Informação consistente e clara. ▪ Legível. ▪ Feedback apropriado. ▪ Sem interferências. |
| | Integridade | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Em boas condições. ▪ Tamanho apropriado. ▪ Fidedigno. ▪ Características de segurança eficazes. ▪ Bom programa de manutenção. |
| Equipamento | Posicionamento | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posicionado de forma correcta para uso. ▪ Correctamente armazenado. |
| | Utilitarismo | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismo de controlo de fácil interpretação. ▪ Manual de utilização. ▪ Equipamento familiar. ▪ Equipamento novo. ▪ Uniformização. |

| | | Componentes |
|--------------------------|--------------------------------------|---|
| Ambiente de trabalho | Factores Administrativos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eficiência geral dos sistemas administrativos, ex: fiabilidade. ▪ Sistema para pedir processos clínicos. ▪ Sistema para prescrever / obter medicação. ▪ Fiabilidade do apoio administrativo. |
| | Desenho do ambiente físico | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenho dos gabinetes: ex. Cadeiras do computador. Altura das mesas, écrans, écrans de segurança, botões de pânico, zonas de armazenamento ▪ Desenho das áreas: comprimento, forma visibilidade, apertado, espaçoso. |
| | Ambiente | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limpeza. ▪ Temperatura. ▪ Iluminação. ▪ Nível de ruído. |
| | Profissionais | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mistura de áreas de conhecimento /técnica ▪ Relação profissional / doente ▪ Volume de trabalho/Avaliação de dependência ▪ Liderança ▪ Utilização de funcionários temporários ▪ Retenção do pessoal/rotatividade de pessoal |
| | Volume de trabalho/horas de trabalho | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fadiga relacionada com o turno de trabalho. ▪ Intervalos durante o trabalho ▪ Dotação adequada de pessoal aos doentes e suas características. ▪ Tarefas irrelevantes/desadequadas às funções. ▪ Relaxamento social, descanso e recuperação. |
| | Horário | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atrasos causados por falhas no sistema ou desenho das tarefas. ▪ Pressão temporal. |
| Factores Organizacionais | Estrutura organizacional | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrutura hierárquica que não propicia discussão, partilha de problemas, etc. ▪ Limites apertados de responsabilidade e obrigações ▪ O modelo clínico versus o administrativo (directivo) |
| | Prioridades | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforço na Segurança ▪ Enfoque na avaliação externa, por exemplo, pontuações estrela. ▪ Realce no equilíbrio financeiro |
| | Riscos importados externamente | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Substitutos temporários / política de agenciamento e de emprego. ▪ Empreiteiros/fornecedores. ▪ Aluguer equipamento ▪ PFI |
| | Cultura de segurança | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Segurança / equilíbrio da eficiência. ▪ Cumprimento de regras. ▪ Termos e condições de contratos. ▪ Exempto do líder - comprometimento evidente com a segurança. ▪ Cultura aberta. |

| Componentes | |
|-------------------|--|
| Fatores do Doente | <p>Condição clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comorbidade pré existente. ▪ Complexidade da situação/condição. ▪ Gravidade da situação. ▪ Tratabilidade (rastreadabilidade, maneabilidade). |
| | <p>Fatores sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cultura/crenças religiosas ▪ Estilo de vida (hábitos tabágicos, alcoólicos, consumo de drogas, dietas) ▪ Linguagem/expressão verbal ▪ Condições de habitação ▪ Redes de suporte |
| | <p>Fatores físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Condição física - deficiente estado nutricional, padrão de sono comprometido, etc. |
| | <p>Fatores mentais e psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motivação (agenda, incentivos). ▪ Stresse (pressão familiar ou financeira). ▪ Existência de um distúrbio mental. ▪ Trauma. |
| | <p>Relações interpessoais</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entre profissionais e pacientes. ▪ Entre doentes. ▪ Entre a família - irmãos, pais, filhos. |

Gabinete de Gestão do Risco (2011)

| Meses Dominios | Janeiro 2014 | Fevereiro | Março | Abril | Maior | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro | Janeiro 2015 |
|-------------------|-----------------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|-----------------|
| Armazenamento | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | |
| Prescrição | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Transcrição | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Preparação | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Administração | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Monitorização | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Quadro 12 - Cronograma

APÊNDICE III – GUIAS DE SUPORTE BÁSICO



Suporte Básico de Vida



---> **Está bem? Sente-se bem?**

- Abane a vítima suavemente
- Grite por ajuda



---> **Se NÃO responde**

Permeabilize a via aérea
A respiração é normal?

- Incline a cabeça para trás e levante o queixo
- Ver
- Ouvir
- Sentir
- Não demore mais de 10 seg.



---> **Se a respiração NÃO é normal**

Ligar 112
30 compressões torácicas

Coloque as mãos no centro do torax

Permeabilize a via aérea
Fazer 2 insuflações

- Selar os lábios com os da vítima
- Soprar em contínuo verificando se o tórax expande
- Insuflar de novo quando o torax voltar á posição normal

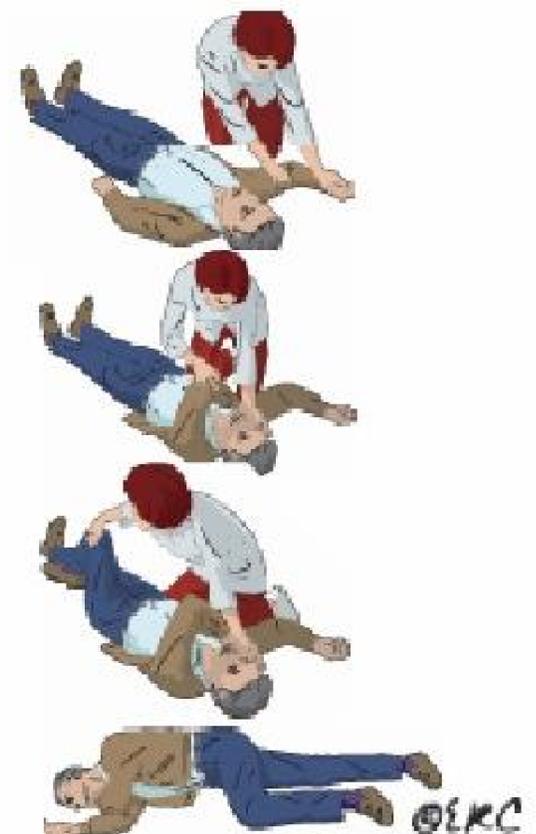
---> **Manter 30 compressões /
2 ventilações até chegar ajuda
diferenciada**

Se a vítima responde

- Observar regularmente
- Pedir ajuda, se necessário

Se respira normalmente

- Colocar a vítima em Posição Lateral de Segurança (PLS)
- Pedir ajuda
- Voltar a verificar a respiração





Suporte de Vida Pediátrico

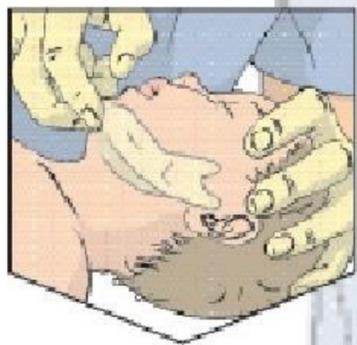
Suporte Básico de Vida

Lactente

Criança

**SEGURANÇA
ESTIMULAR
GRITAR por ajuda**

Responde? → **Observe**



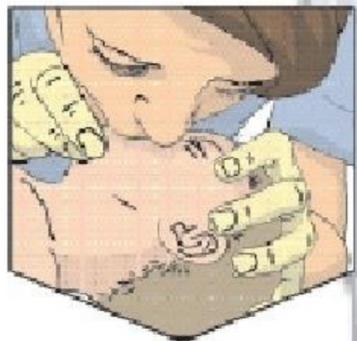
PERMEABILIZE A VIA AÉREA



Avaliar a RESPIRAÇÃO

A respirar

**Colocar a vítima em
Posição Lateral de
Segurança (PLS)**



5 INSUFLAÇÕES INICIAIS

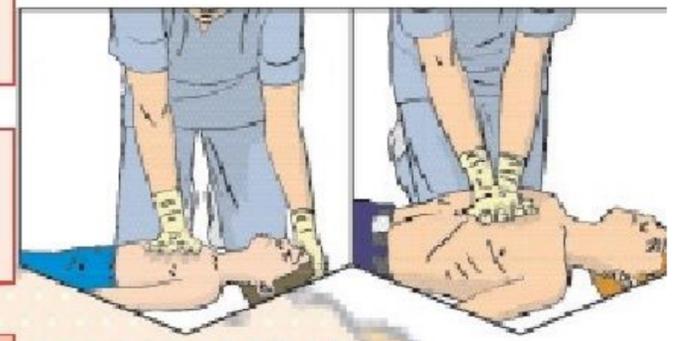
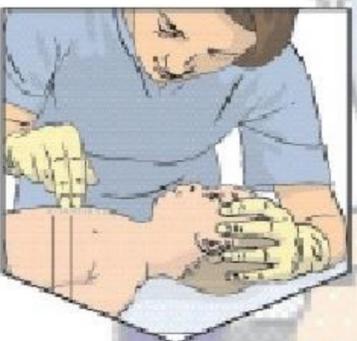
Sem expansão torácica
Repermeabilizar via aérea
Sem melhoria?
Não avaliar circulação



Avaliar CIRCULAÇÃO
Sinais de vida e/ou pulso central

Sem sinais de circulação

15 COMPRESSÕES TORÁCICAS
Alternadas com 2 insuflações



Manter SBV 1 minuto

REAVALIAR
Continuar consoante necessário

ACTIVAR SEM

APÊNDICE IV –INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
EM SBV ADULTO E PEDIÁTRICO E EM SITUAÇÃO
DE OVACE



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Ensino Clínico Cuidados de Saúde Primários
Centro de Saúde Póvoa de Santa Iria
USF Forte da Casa**

PLANO DE SESSÃO

**Intervenções de Enfermagem em SBV Adulto e
Pediátrico e em situação de OVACE**

Ana Sofia Paulino

Prof.^a Orientadora:

Prof.^a Sónia Colaço

Orientadora de Estágio:

Sr.^a Enf.^a Esp.^a Paula Gomes

LISBOA

Janeiro 2014

PLANO DE SESSÃO

TEMA:

Suporte Básico de Vida em Utente Adulto e em Utente Pediátrico nos diferentes estádios de desenvolvimento; Abordagem ao Utente Pediátrico em situação de Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho (OVACE)

OBJECTIVO GERAL:

→ Dar a conhecer as últimas directrizes de actuação (2010) nas situações de paragem cárdio-respiratória no adulto e na criança/jovem e obstrução da via aérea por corpo estranho na criança.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

No final da sessão, a audiência deve ficar esclarecida quanto às normas de actuação relativamente a:

- Como abordar uma vítima em PCR;
- Como executar correctamente compressões e ventilações;
- Como colocar uma vítima em Posição Lateral de Segurança;
- Como abordar o lactente/ a criança em situação de OVACE;

DESTINATÁRIOS:

Profissionais de Saúde da USF do Forte da Casa.

DATA E HORA:

10 de Janeiro de 2014 às 12h

LOCAL:

Sala de Reuniões da USF do Forte da Casa.

FORMADOR:

Enf.ª Sofia Paulino

DURAÇÃO PREVISTA:

45 Minutos

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Pretende-se com este questionário saber a sua opinião sobre a Sessão de Formação a que assistiu.

Perante as questões a seguir apresentadas, assinale com uma **X** o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

- ① Insuficiente ② Suficiente
③ Bom ④ Muito Bom ⑤ Excelente

É importante que responda a todas as alíneas

A – Como classifica a utilidade da sessão de formação para o desempenho das suas funções, designadamente, em situação de paragem cardíaco-respiratória ou de OVACE.

- ① ② ③ ④ ⑤

B – Como classifica a utilidade da sessão de formação para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados que presta

- ① ② ③ ④ ⑤

C – A forma como os conteúdos foram abordados foi:

- ① ② ③ ④ ⑤

D – No final da sessão, o grau de esclarecimento sobre as temáticas abordadas foi:

- ① ② ③ ④ ⑤

Obrigado pela participação!

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Pretendeu-se com este questionário saber a opinião dos formandos sobre a sessão de Formação:

Perante as questões a seguir apresentadas, mostram-se os resultados na fig. 1.

A - Como classifica a utilidade da sessão de formação para o desempenho das suas funções, designadamente, em situação de paragem cardíaco-respiratória ou de OVACE:

B – Como classifica a utilização da sessão de formação para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados que presta:

C – A forma como os conteúdos foram abordados foi:

D – No final da sessão, o grau de esclarecimento sobre as temáticas abordadas foi:

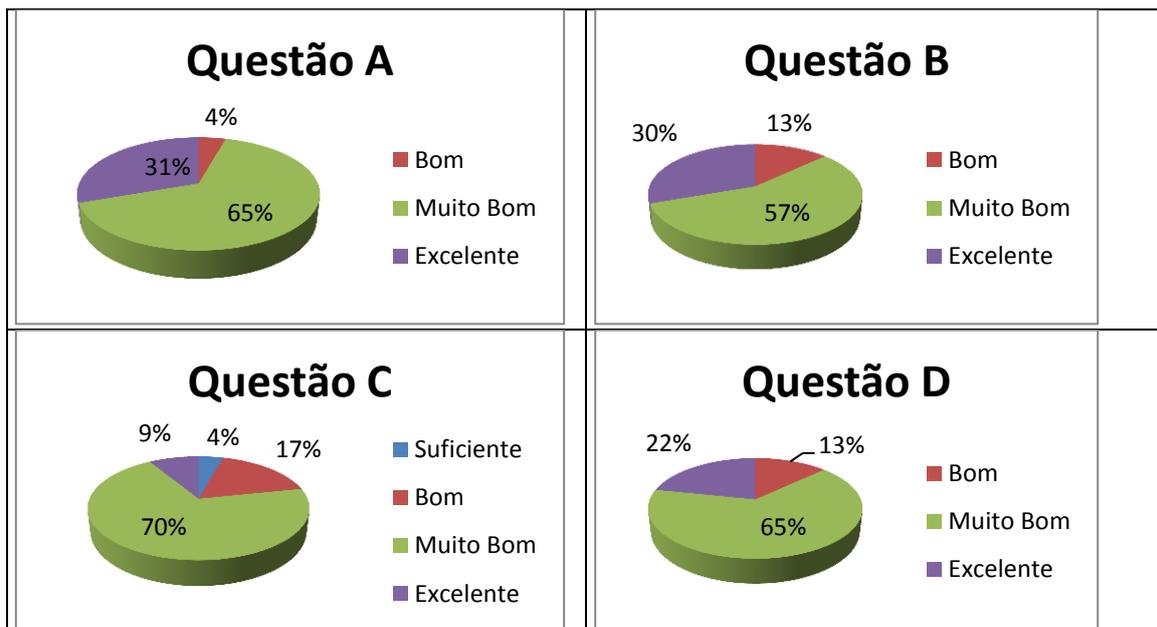


Fig. 1 – Opinião dos formandos em cada questão.

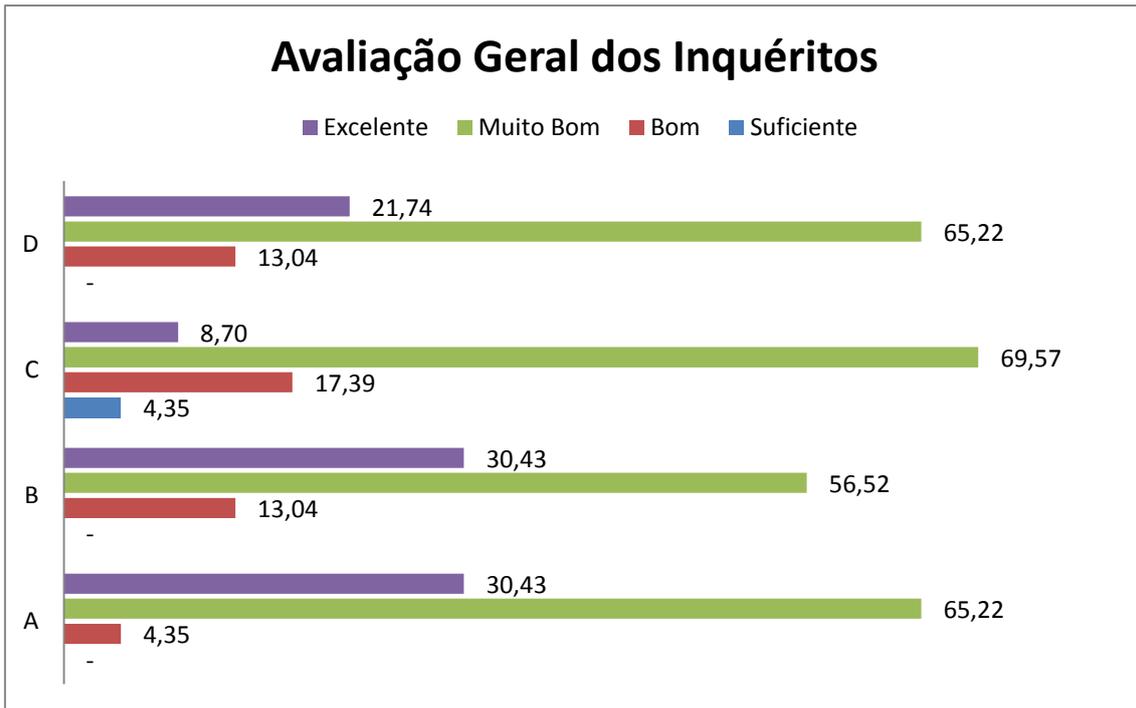


Fig. 2 – Avaliação Geral dos Inquéritos.

APÊNDICE V- CRONOGRAMA

| Meses Domínios | Janeiro 2014 | Fevereiro | Março | Abril | Maior | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro | Janeiro 2015 |
|-------------------|-----------------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|-----------------|
| Armazenamento | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | |
| Prescrição | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Transcrição | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Preparação | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Administração | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Monitorização | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Quadro 12 - Cronograma