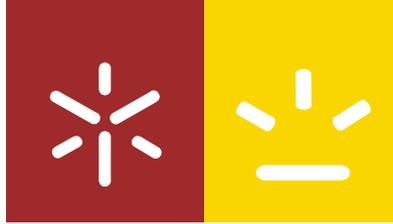


Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Joana Maria de Sousa Vieira

**Promoção da Segurança do Doente Crítico:
Práticas Terapêuticas Farmacológicas numa
Unidade de Cuidados Intensivos**

janeiro de 2015



Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Joana Maria de Sousa Vieira

Promoção da Segurança do Doente Crítico: Práticas Terapêuticas Farmacológicas numa Unidade de Cuidados Intensivos

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo
e do
Professor Mestre João Manuel Pimentel Cainé

janeiro de 2015

DECLARAÇÃO

Nome: Joana Maria de Sousa Vieira

Endereço Eletrónico: jmsousavieira@gmail.com

Telemóvel: 966843522

Número do Cartão de Cidadão: 12991532

Título do Relatório: Promoção da Segurança do Doente Crítico: Práticas Terapêuticas Farmacológicas numa Unidade de Cuidados Intensivos

Orientadora: Ana Paula Morais Carvalho Macedo

Coorientador: João Manuel Pimentel Cainé

Designação do Mestrado: Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Ano de Conclusão: 2015

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES RELATÓRIOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho: _____/_____/_____

Assinatura:

“...Sempre que puderes, tenta tu mudar a tua opinião aprendendo com aquilo que os outros te ensinam, em vez de tentares dominar as discussões e impores a tua opinião, porque aí não aprenderás nada...”

Forjaz, M. (Comunicação pessoal, 30, Janeiro, 2014)

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho contou com a cooperação, incentivo e compreensão de muitas pessoas que de forma direta ou indireta estiveram ao meu lado nesta grande caminhada da minha vida pessoal e profissional.

Um agradecimento particular aos meus pais, Olinda e Júlio, por serem os mentores e os principais responsáveis pela oportunidade de ingressar no Mestrado e pela possibilidade de construir o que construí até este momento da minha vida. Obrigada pelas constantes palavras encorajadoras que me permitiram continuar apesar de algumas contrariedades, sem nunca baixar os braços.

Um agradecimento especial ao meu irmão Luís, por todo o apoio, força, e exemplo de luta que sempre fez questão de me transmitir, mas que pelas vicissitudes da vida deixou de estar presente de forma física no decorrer deste Mestrado. No entanto, de uma forma mais vincada, sentida e profunda continua a estar presente no meu percurso de vida.

Um agradecimento ao meu namorado Hélder Silva, por todo o carinho, estímulo e ajuda, por toda a paciência que teve em muitos dos nossos momentos, por todos os agradáveis momentos que me proporcionou e proporciona e acima de tudo pelo apoio e presença incondicional nos diferentes momentos da minha vida.

Aos restantes elementos da minha família, que apesar de não serem mencionados de forma individual não deixam de ser importantes, pelos valores de força, de coragem, de luta que nas circunstâncias mais difíceis fizeram questão de me transmitir.

Quero agradecer também aos meus amigos, pela compreensão e pelas palavras de incentivo e estímulo que sempre me deram ao longo de toda esta caminhada e pedir-lhes desculpa pelo tempo que nos foi “roubado”.

A realização deste Mestrado e conseqüentemente deste relatório não seria possível sem a ajuda e apoio dos Professores orientadores e norteadores dos caminhos que fui percorrendo. Assim, aos professores Ana Paula Macedo e João Cainé, agradeço a ajuda, o apoio e a orientação prestados ao longo deste percurso académico.

Aos Profissionais da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Braga, um muito obrigada pela ajuda e constante transmissão de conhecimentos durante a realização do estágio nesta unidade.

Agradeço também aqueles que de forma indireta permitiram a realização deste relatório, nomeadamente: todos os elementos das Comissões de Ética da Universidade do Minho e do Hospital de Braga, Diretora de Enfermagem do Hospital de Braga, Diretor do Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos e Enfermeira de Gestão de Risco do Hospital de Braga. A todos eles um muito Obrigada!

E finalmente, mas não menos importantes, e porque esta caminhada não se faz sozinha, quero deixar um agradecimento às colegas Catarina Nogueira e Mariana Magalhães que partilharam comigo as preocupações e as vivências mais complexas. Pela amizade que sempre me demonstraram...Obrigada!

Termino com umas palavras de José Saramago,

Há aves que levam a vida a dizer: «Ah, se eu quisesse...» e nunca levantam voo, só andam. Provavelmente o melhor ainda será nascer sem asas e fazê-las nascer e alargar à nossa própria custa. Sonhar que voamos é sinal de crescimento.

RESUMO

O presente relatório intitulado “Promoção da Segurança do Doente Crítico – Práticas Terapêuticas Farmacológicas numa Unidade de Cuidados Intensivos” surge da realização de um estágio que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) do Hospital de Braga (HB), no âmbito do Estágio do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em parceria com a Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás – os – Montes e Alto Douro.

A realização deste relatório permite não só descrever e refletir acerca das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, mas também apresentar uma proposta de intervenção tendo em vista a mudança de atitudes e de práticas clínicas por parte dos Enfermeiros que trabalham na unidade de cuidados intensivos, cuja meta é a garantia da segurança do doente e da qualidade dos cuidados prestados ao doente.

Falar em segurança e qualidade é nos dias de hoje uma obrigatoriedade, dada a complexidade das práticas clínicas. A prática clínica, com o seu cariz multidisciplinar, faz-se dentro de uma rede de fatores humanos e organizacionais que fazem dela uma atividade de risco. No caso particular da UCIP onde foi realizado o estágio algumas práticas utilizadas pelos enfermeiros, no que diz respeito à preparação e administração da terapêutica farmacológica, levantam algumas dúvidas quanto à sua eficácia em termos de segurança do doente e qualidade de cuidados.

O presente relatório pretende, por um lado, elucidar sobre a existência de práticas clínicas suscetíveis de levarem à ocorrência de erros, e por outro, apresentar uma proposta de alteração de comportamentos de risco observados ao longo do estágio.

Tendo como referência a metodologia de Trabalho de Projeto foram realizadas entrevistas a treze enfermeiros da referida unidade, bem como, a observação direta das diferentes práticas clínicas lá executadas. Os discursos recolhidos foram submetidos à análise de conteúdo com o intuito de perceber a perspetiva de cada um dos entrevistados face ao tema exposto.

O resultado da análise evidencia que a maioria dos enfermeiros desvaloriza a necessidade de mudança sobre as suas rotinas diárias no que concerne à preparação e administração da

medicação, por considerarem que esta é uma prática correta e que dificilmente leva a ocorrência de erros. Por outro lado, estes profissionais não evidenciaram uma cultura de declaração do erro, que pode acontecer, por mais pequeno que seja.

Conclui-se que sendo a segurança do doente um tema transversal nos diversos contextos de saúde, particularmente em Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes, pela sua complexidade tecnológica, a sua abordagem torna-se de interesse para as equipas de profissionais e para os gestores das organizações de saúde, capazes de garantirem que as práticas terapêuticas possam ser refletidas, melhoradas e praticadas em segurança.

ABSTRACT

The present report, entitled “Promoção da Segurança do Doente Crítico – Práticas Terapêuticas Farmacológicas numa Unidade de Cuidados Intensivos”, follows the internship in the Intensive Care Unit (ICU) from Braga’s Hospital, in the context of the Internship of the Masters in Nursing in Critical Situation Person of the Superior School of Nursing from Minho’s University in partnership with the Superior School of Nursing from Trás-os-Montes and Alto Douro.

The realization of this report does not only allows to describe and reflect on the activities developed throughout the internship, as well as to present an intervention proposal for a change of attitudes and clinical practices made by nurses working in the ICU, all of this to ensure the safety and quality of care provided to the patient.

Speaking of safety and quality is nowadays mandatory given the complexity of clinical practice. Clinical practice with its multidisciplinary nature, is carried out within a network of human, team and organizational factors that makes it a risky activity. In the particular case of the ICU from the hospital where the internship occurred, some of the practices used by nurses, with regard to the preparation and administration of drug therapy, raises some doubts as to its effectiveness in terms of patient safety and quality care.

This report is intended, in one hand, to elucidate on the existence of clinical practices susceptible to the occurrence of errors, and on the other hand to make a proposal for changing risk behaviors observed throughout the internship.

Having as reference the project work methodology, interviews were conducted to thirteen nurses from the ICU, as well as direct observation of the different clinical practices performed there. The speeches collected were subjected to content analysis in order to understand the perspective of each one of the interviewed regarding the exposed theme.

The analysis results show that most of the nurses devalues the need for change on their daily routines with regard to the preparation and administration of medication, considering that this is a correct practice and that hardly leads to errors. On the other hand, such professionals have not yet evidenced error reporting culture, which may happen, however small they may be.

It is concluded that being patient safety a theme in different health contexts, particularly in Multipurpose Intensive Care Units, for its technological complexity, its approach becomes of interest to professional teams and managers of health organizations, able to ensure that the therapeutic practices can be reflected, enhanced and practiced safely.

LISTA DE ABREVIATURAS

p-	Página
ET	Entrevistado
E	Entrevista

LISTA DE SIGLAS

HB	Hospital de Braga
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
SNS	Serviço Nacional de Saúde
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
DGS	Direção Geral da Saúde
BiPAP	<i>Bi-level Positive Airway Pressure</i>
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
TCE	Traumatismo Crânio – Encefálico
PIC	Pressão Intracraniana
TVM	Traumatismo Vertebro – Medular
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats</i>
FMEA	<i>Failure Mode and Effect Analysis</i>
MAR	Medicamentos de Alto Risco
OMS	Organização Mundial de Saúde
CISD	Classificação Internacional sobre Segurança do Doente
EPT	Exercício Profissional Tutelado
DPT	Desenvolvimento Profissional Tutelado

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	vi
ABSTRACT.....	viii
LISTA DE ABREVIATURAS	x
LISTA DE SIGLAS.....	x
ÍNDICE GERAL.....	xi
0 INTRODUÇÃO	1
1 ESTÁGIO DESENVOLVIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO HOSPITAL DE BRAGA	6
1.1 CARATERIZAÇÃO FÍSICA DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO HOSPITAL DE BRAGA	6
1.2 ANÁLISE E REFLEXÃO DO ESTÁGIO DESENVOLVIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO HOSPITAL DE BRAGA	9
1.2.1 Objetivos Definidos para o Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente	10
2 PROJETO DE DESENVOLVIMENTO NA PRÁTICA CLÍNICA	15
2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
2.1.1 Gestão de Risco.....	16
2.1.2 Qualidade em Saúde.....	18
2.1.3 Segurança do Doente Crítico – Ocorrência de Erros de Terapêutica Farmacológica.....	19
2.2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	22
2.2.1 Metodologia de Trabalho de Projeto.....	23
2.2.1.1 Diagnóstico de Situação	24
2.2.1.1.1 Definição de Problema, Análise e Contextualização.....	29
2.2.1.1.1.1 Considerações Éticas.....	31
2.2.1.1.2 Análise e Interpretação dos Resultados das Entrevistas.....	33
2.2.1.1.3 Objetivos Gerais e Objetivos Específicos	45
2.2.1.2 Planeamento	46
2.2.1.2.1 Cronograma do Trabalho de Projeto.....	49
2.2.1.2.2 Recursos Humanos e Materiais	50
2.2.1.2.3 Previsão dos Constrangimentos.....	50
2.2.1.3 Execução.....	51
2.2.1.3.1 Proposta de Execução.....	51
2.2.1.4 Avaliação.....	54
2.2.1.5 Divulgação	55
3 CONCLUSÃO	56
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ANEXOS	64
ANEXO I – Carta de Apoio Institucional da Universidade do Minho – Escola Superior de Enfermagem	
ANEXO II – Requerimento dirigido ao Presidente da Comissão Executiva do Hospital de Braga	
ANEXO III – Requerimento dirigido à Presidente da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS)	
ANEXO IV – Requerimento dirigido ao Diretor do Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Braga	
ANEXO V – Formulário exigido pela Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga (CESHB)	
ANEXO VI – Modelo de Consentimento Informado	
ANEXO VII – Declaração de Compromisso e Confidencialidade	
ANEXO VIII – Parecer Favorável da SECVS – Universidade do Minho	
ANEXO IX – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica	
ANEXO X – Guião da Entrevista	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Arquétipo para a compreensão da Segurança do Doente Crítico.....	21
Figura 2 - Medidas para reduzir o risco conforme a Classificação Internacional para a Segurança do Doente.....	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I - Categoria 1: Formação Contínua sobre " <i>Patient Safety</i> " e sua importância em contexto de trabalho da UCIP.....	34
Tabela II - Categoria 2: Perspetiva do Enfermeiro acerca da Segurança do Doente Crítico no que respeita aos Riscos na preparação/administração da terapêutica farmacológica	36
Tabela III - Categoria 2: Perspetiva do Enfermeiro acerca da Segurança do Doente Crítico no que diz respeito às Consequências do Risco	36
Tabela IV - Categoria 2: Perspetiva do Enfermeiro acerca da Segurança do Doente Crítico quanto às medidas de Prevenção do Risco	37
Tabela V - Categoria 2: Perspetiva do Enfermeiro acerca da Segurança do Doente Crítico no que respeita à Prática atual na preparação e administração de medicamentos	39
Tabela VI - Categoria 2: Perspetiva do Enfermeiro acerca da Segurança do Doente Crítico quanto à prática atual na administração de medicamentos.....	43
Tabela VII - Objetivos Gerais e Específicos	45
Tabela VIII - Objetivos Gerais, Objetivos Específicos e Atividades a Desenvolver.....	46
Tabela IX - Cronograma do Trabalho de Projeto.....	49
Tabela X - Exemplo de Correspondência entre alguns grupos farmacológicos e cores de identificação.....	53

0 INTRODUÇÃO

O Trabalho de Projeto, segundo Lakatos (1992), *é uma das etapas componentes do processo de elaboração, execução e apresentação* de um tema do interesse do investigador. O tema por sua vez, transmite a ideia que é aquela que o investigador pretende desenvolver, ou seja, compromete o investigador “[...] *com ação e com a transformação do real*”, como refere Boutinet (1986).

A realização deste Trabalho de Projeto assenta em pressupostos de reflexão e crítica sobre o estágio desenvolvido, neste caso específico na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) do Hospital de Braga (HB), sendo esta a metodologia de avaliação da unidade curricular de Estágio e Relatório Final.

Esta unidade curricular integra o Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no período de 2013 – 2014, na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em parceria com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Deste modo, o Plano de Estudos do referido Mestrado preconiza que o aluno através da realização deste estágio e relatório: i) Explore uma temática que constitua uma base de trabalho para o relatório de estágio, utilizando como metodologia Trabalho de Projeto; ii) Aprofunde a reflexão sobre questões emergentes, no âmbito da pessoa em situação crítica; iii) Desenvolva competência de pesquisa sistemática e de reflexão crítica sobre resultados de investigação no âmbito das problemáticas inerentes à pessoa em situação crítica; iv) Promova o desenvolvimento de competências de trabalho em equipa; v) Promova o desenvolvimento de competências no âmbito da utilização de tecnologias de informação e comunicação.

Tornar-se Enfermeiro Especialista, conforme exposto no Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril de 1998, significa que o Enfermeiro reconhece *competência científica, técnica e humana para prestar, além dos cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica.*

Assim, a obtenção do grau de Mestre no ensino universitário, conforme exposto no Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, deve *assegurar que o estudante adquira uma especialização de*

natureza académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais.

O mestrando ver-se-á por isso sujeito à *realização de uma dissertação de natureza científica ou um Trabalho de Projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final consoante os objetivos específicos visados, nos termos que sejam fixados pelas respetivas normas regulamentares* (Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março de 2006).

A realização do presente relatório de estágio abordará uma temática de relevância na Gestão do Risco intitulado “Promoção da Segurança do Doente Crítico: Práticas Terapêuticas Farmacológicas numa Unidade de Cuidados Intensivos”, uma vez que a ocorrência de erros e acidentes no que respeita à terapêutica farmacológica (administração e/ou preparação) tem um particular enfoque na UCIP do HB.

Decorridos todos estes anos, observamos um desenvolvimento paulatino e gradual do exercício da prática clínica. No passado, a medicina era simples, pouco eficaz e carecia de meios avançados de diagnóstico que faziam dela uma prática mais segura.

Contrariamente, nos dias de hoje, com a complexidade e desenvolvimentos dos meios de diagnósticos e terapêuticos, ou outros meios mais invasivos para o doente, fazem do seu exercício uma prática tendencialmente mais perigosa e insegura.

A unidade de cuidados intensivos é uma unidade multidisciplinar das ciências médicas onde nela é necessário concentrar competências, saberes e tecnologias. Como estagiária detetei várias situações que me pareceram suscetíveis da ocorrência de erro e potencialmente graves para o doente. Neste sentido optei por realizar um Trabalho de Projeto focalizado nas questões relacionadas com a terapêutica farmacológica, no que concerne à sua preparação e administração, temática abordada em mais pormenor no decorrer do relatório.

Assim, o grande objetivo deste relatório é perceber de que forma a segurança e qualidade dos cuidados prestados ao doente crítico na UCIP do HB está assegurada no que diz respeito ao modo de preparação e administração da terapêutica farmacológica.

A atividade clínica, sendo uma atividade de grupo multidisciplinar com uma enorme complexa rede de relações humanas é suscetível a uma maior ocorrência de erros. Desta forma, torna-se uma prática de risco, quer para os doentes, quer para os profissionais.

Esta atividade implica uma série de riscos tripartidos, tendo no centro o doente, onde o erro se fará notar de forma mais imediata. Por este motivo é importante que a segurança do doente seja assunto de extrema importância e preocupação para todos os profissionais.

Por outro lado, falar em segurança nos dias de hoje implica obrigatoriamente falar em qualidade, já que não poderá existir qualidade nos serviços de saúde sem que exista segurança, tornam-se por isso elementos indissociáveis.

O *Institute of Medicine* estabeleceu em 2001 os componentes que considera essenciais para a qualidade em saúde, como sendo: a segurança, o acesso a tempo, eficácia, eficiência, equidade e resposta às necessidades dos doentes (Fragata, 2011).

Desta forma, segurança e qualidade tornam-se desagregáveis e a qualidade é um *continuum* que medeia a mediocridade e a excelência, estando esta em permanente evolução (Hesbeen, 2001).

Falar de segurança em contexto clínico, implica mais uma vez falar em qualidade e padrões que qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Como é possível verificar no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, é competência do Conselho de Enfermagem “*proceder à definição dos critérios para a determinação da idoneidade e capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde, no âmbito do exercício profissional de Enfermagem*” (Decreto-lei nº 111/2009 de 16 de setembro).

A determinação da idoneidade formativa, segundo o Conselho de Enfermagem, rege-se por enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo este o grande motor do desenvolvimento da prática tutelada em Enfermagem.

Estes enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional de Enfermagem, objetivam “*explicar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem*” (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem 2001, p.13) e constituem-se um importante instrumento para o enfermeiro no papel que desenvolvem juntos dos doentes, dos seus pares e outros órgãos sociais e políticos.

Assim sendo, tornam-se explícitos como padrões de qualidade do exercício profissional de enfermagem, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Curiosamente, a dimensão da qualidade foi abordada, pela primeira vez por Florence Nightingale, no século XIX, mas foi com Avedis Donabedian no final da década de 60 do século XX que essa mesma definição ganhou consistência com a tríade – resultado, processo e estrutura. Contudo, no final dos anos 90 surgia uma nova componente da qualidade – segurança (Kemp & Richardson, 1995).

Ainda com Florence Nightingale, o desenvolvimento da garantia da qualidade em Enfermagem, ocorreu durante a sua estadia na Crimeia. Na América do Norte por exemplo, foi criado a Comissão Conjunta para Reconhecimento de Valores dos Hospitais tendo como objetivo a criação de padrões aceitáveis de cuidados de saúde (idem, 1995). Anos mais tarde, no Reino Unido, a preocupação pela qualidade dos cuidados de Saúde era sentida e a eminência de criar padrões de qualidade era aceite pelos enfermeiros.

Comprova-se pela criação de um grupo de trabalho sobre padrões de cuidados de Enfermagem em 1978 por parte do *Royal College of Nursing*, onde apreciava que “*o Enfermeiro devia tomar sobre si a utilização da estruturação do processo de enfermagem para estabelecimento dos padrões para os seus próprios doentes, em função das suas necessidades e da sua situação*” (Kemp & Richardson, 1995). Ao fazer isso, consideravam que “*ele, como individuo, devia aceitar a responsabilidade profissional pela sua ação individual de enfermagem*” (idem,1995)

A matéria - Qualidade no Exercício da Enfermagem foi ganhando mais notoriedade tendo existido posteriores discussões para que este fosse sendo melhorado, e com a criação da Ordem dos Enfermeiros, existiu a preocupação em definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem para que os seus profissionais garantissem uma melhoria dos seus cuidados com a reflexão das suas práticas.

Sempre como fundamento deontológico de que *bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas*, espera-se do enfermeiro capacidade de decisão, devidamente fundamentada em aspetos científicos, técnicos e humanísticos inerentes à Profissão da Enfermagem (Padrões de Qualidade de enfermagem, 2001, p.13)

No seguimento do que até aqui foi exposto, é portanto pertinente refletir sobre este tema por meio da realização deste relatório de estágio, utilizando como metodologia o Trabalho de Projeto. Desta forma, o documento dividir-se-á em quatro capítulos. A presente introdução consiste especialmente numa pequena nota introdutória ao trabalho, os seus objetivos, a forma de organização e a razão da sua realização.

No primeiro capítulo far-se-á uma análise reflexiva ao estágio desenvolvido na UCIP, onde contará com uma breve caracterização física da referida unidade, os objetivos delineados para o estágio e uma reflexão crítica das competências desenvolvidas e adquiridas, bem como uma análise crítica das práticas terapêuticas que foram sendo observadas e realizadas.

A fundamentação utilizada para a realização deste projeto de investigação e da sua metodologia estará descrita no segundo capítulo onde constará também um enquadramento teórico dos principais temas relacionados a este projeto. Neste capítulo serão igualmente explicadas, descritas e analisadas as fases da metodologia de trabalho de projeto, desde o diagnóstico de situação até à sua divulgação.

A parte final deste documento é destinada à conclusão, correspondendo assim ao terceiro capítulo onde serão expostas possíveis dificuldades com a realização deste relatório, possíveis sugestões e uma reflexão crítica do que foi descrito no presente documento.

Para enriquecer este relatório e proporcionar uma fundamentação ainda mais sólida da pertinência do tema estudado em contexto do estágio na UCIP do HB, as referências bibliográficas apresentadas no quarto capítulo, seguida dos anexos.

1 ESTÁGIO DESENVOLVIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO HOSPITAL DE BRAGA

O estágio realizado na UCIP do Hospital de Braga (HB) decorreu no período de 13 de Março a 12 de Junho do ano 2014, perfazendo assim um total de três meses, equivalente a 400 horas.

O ponto seguinte contará com uma caracterização física da UCIP, onde se fará também um enquadramento estrutural e funcional do HB.

Em seguida, será feita uma reflexão do estágio com apresentação e análise dos objetivos delineados para o respetivo estágio.

1.1 CARATERIZAÇÃO FÍSICA DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO HOSPITAL DE BRAGA

O HB, inicialmente com o nome de Hospital de São Marcos fundado pelo Arcebispo D. Diogo de Sousa em 1508, sofre várias alterações desde então destacando-se atualmente em muitos países e sistemas de saúde, pela sua natureza e diferenciação técnico-científica e pelo impacto importante que este tem na comunidade no que respeita ao contributo assistencial, educação e investigação na saúde.

Este hospital, situado na zona Este da cidade de Braga, é integrado na rede de prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde, e tem como gestor a Escala Braga – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. nos termos do Contrato de Gestão celebrado no âmbito do Programa de Parcerias Público - Privadas nos termos do Decreto-Lei nº 86/2003, de 26 de Abril, alterado pelo Decreto-Lei nº 141/2006, de 27 de Julho e o Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de Agosto.

Como Hospital Central, o Hospital de Braga tem como área de influência os distritos de Braga e de Viana do Castelo, servindo como Hospital de primeira linha para os conselhos de Braga, Amares, Pova de Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho e Vila Verde e como Hospital de segunda linha para a área remanescente daqueles dois distritos. Colabora também com as

restantes unidades prestadoras de cuidados de saúde da rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS), conforme definido no Contrato de Gestão.

É Hospital de referência de primeira linha para as zonas de Braga, Famalicão, Barcelos e Esposende e de segunda linha para as zonas de Guimarães, Fafe e Alto Minho.

O HB tem como missão: i) Assegurar a realização das prestações de saúde que constituem a produção prevista para cada ano de duração do Contrato de Gestão de acordo com o perfil assistencial; ii) Assegurar a disponibilidade do Serviço de Urgência 24h por dia; iii) Realizar ações paliativas aos utentes em internamento e constituindo, formando e mantendo uma equipa intra-hospitalar de suporte em Cuidados Paliativos; iv) Promover a saúde, prevenir e combater a doença e colaborar no ensino e na investigação científica de forma a contribuir para o bem-estar físico, mental e social da pessoa humana; v) Garantir o acesso às prestações de saúde nos termos dos demais estabelecimentos integrados no SNS; vi) Prestar à população residente na região do Minho todos os cuidados de saúde de que venha a carecer no âmbito do seu perfil assistencial, tendo sempre como princípio norteador o primado do utente; vii) Assegurar as condições necessárias para o exercício da atividade de ensino médico pré- graduado e de investigação científica como Hospital de Ensino Universitário (HB, 2012).

Para além disso, o referido Hospital rege-se por valores como o Respeito pela Dignidade e Bem-Estar da Pessoa; Desenvolvimento Humano, Competência, Inovação e Responsabilidade, sendo a sua missão no que diz respeito à qualidade: “*Fazer bem à primeira tendo em conta o estado da arte e a maximização da sua efetividade ao menor custo, com a colaboração e a satisfação de todos*” (HB, 2012)

Neste sentido, o Hospital de Braga desenvolve um modelo de Gestão Integrado com o grupo José de Mello Saúde, que define uma boa prática na prestação de Cuidados de Saúde, uma Manutenção da Segurança do Doente, uma Proteção da Informação transmitida e/ou recebida, Eficiência Ambiental, a Segurança e Saúde no Trabalho, Cumprimento de Requisitos Legais e do Contrato de Gestão e uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, que consolida gestão dos processos, promove a eficácia do modelo de gestão integrado (HB, 2012).

A unidade de Cuidados Intensivos, está inserida no HB – Hospital Central, onde serve diretamente uma área de 275 000 habitantes, alargando esta área para cerca de 1 100 000 para especialidades como neurocirurgia, laboratório de hemodinâmica, entre outras.

Segundo o Ministério da Saúde (2003, p.8), a UCIP do HB é uma unidade de nível III, já que corresponde aos denominados serviços de medicina intensiva/unidades de cuidados intensivos, onde tem preferencialmente quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada por Intensivistas, com presença física nas 24 horas.

Considera ainda que estas unidades e com este tipo de designação pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessária, devendo por isso dispor de medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos.

A UCIP do HB, caracteriza-se por ser uma unidade multidisciplinar e bastante diferenciada, “*que aborda a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis*” (Ministério da Saúde, 2003 p.5).

O seu objetivo principal é o de recuperar as funções vitais de cada doente, proporcionando oportunidades para uma futura qualidade de vida, conjugando saberes, competências e tecnologias (Ministério da Saúde, 2003).

A UCIP do HB, acolhe doentes críticos com várias patologias, entre as quais, cirurgias de elevado risco do foro abdominal e vascular, politraumatizados, neurocirúrgicos, pós paragem cardiorrespiratória e todos aqueles que com dificuldade respiratória necessitam de suporte ventilatório.

Esta Unidade de Cuidados Intensivos situada no 4º piso do Pólo Tecnológico é constituída por uma sala ampla, contendo uma lotação total de 14 camas, estando apenas contratualizadas pelo contrato com a ARS, 12 camas, expostas em “círculo”, possuindo uma bancada de trabalho no centro.

As unidades são amplas, com cerca de 20 metros quadrados separadas com cortinas entre si, de modo a proporcionar a privacidade do doente e controlo ambiental na prevenção de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde - IACS (Ministério da Saúde, 2003). Nos quatro cantos do serviço estão situadas quatro unidades de isolamento de vidro, com existência de ante – camara para controlar o contacto com o exterior.

Estas unidades de isolamento acolhem, maioritariamente das vezes, doentes infetados de modo a evitar a propagação das IACS.

Estruturas como lavabos, salas de reuniões, copa, arrecadação, rouparia e sala de espera para familiares também fazem parte deste serviço.

O serviço de cuidados intensivos deste hospital possui ainda grandes janelas que permite a entrada de luz natural, permitindo aos doentes lá internados, a manutenção dos períodos de sono e repouso.

O rácio de enfermeiros é de 1 para cada 2 doentes nas 24 horas, indo de encontro com as normas apontadas pelo Ministério da Saúde e Direção-Geral da Saúde - DGS (Ministério da Saúde, 2003).

Os cuidados de Enfermagem prestados ao doente crítico de forma contínua, são altamente qualificados e passam pela observação, colheita e procura contínua de forma sistémica e sistematizada de dados, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa a cuidar, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

1.2 ANÁLISE E REFLEXÃO DO ESTÁGIO DESENVOLVIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO HOSPITAL DE BRAGA

Os cuidados intensivos primam por ser uma área complexa, específica e onde a interdisciplinaridade é constante e obrigatória, o que possibilita aos profissionais de saúde que lá exercem funções uma constante reavaliação e aquisição de conhecimentos e competências.

Exercer a profissão de Enfermagem implica que em determinados momentos da atividade profissional se procure novos desafios. A realização deste estágio permitiu conhecer uma realidade até então desconhecida de forma adquirir novos conhecimentos, novas competências e desenvolver competências técnicas e científicas de acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

De seguida, serão apresentados, descritos e analisados os objetivos norteadores do estágio clínico desenvolvido.

1.2.1 Objetivos Definidos para o Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

O primeiro objetivo visou gerir, interpretar e aplicar os conhecimentos recolhidos da formação inicial e da experiência profissional, bem como da formação proveniente das unidades curriculares pertencentes ao Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

Para a sua realização, foram pensadas e executadas atividades como: i) Aplicar conhecimentos teóricos e práticos conseguidos pela formação anteriormente adquirida; ii) Prestar cuidados de enfermagem de forma crítica e reflexiva fundamentando as decisões com os conhecimentos adquiridos, iii) Demonstrar capacidade de decisão com base em evidência científica.

No que diz respeito a este objetivo, estas atividades foram sendo continuamente desenvolvidas, visando a concretização do mesmo. Conhecedora dos limites dos meus conhecimentos na respetiva área, adotei sempre uma postura ativa no meu processo de reflexão sobre determinada situação pedindo colaboração a outros profissionais quando a situação o justificasse.

Ao longo do estágio foram sentidas dificuldades em diversas áreas, mas foi sempre minha pretensão colmatá-las, aperfeiçoar competências e adquirir outras com base em conhecimentos científicos. Foi sempre meu objetivo trabalhar continuamente na procura de bases científicas para perceber e justificar determinados procedimentos ou situação clínica do doente.

A equipa de profissionais que faz parte da UCIP, sempre se mostrou recetiva e acolhedora no esclarecimento de dúvidas com a realização de alguns procedimentos ou outra situação que verificasse necessária a sua ajuda.

Quis também com este estágio assegurar de forma contínua e autónoma o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Para o conseguir, realizei diferentes pesquisas bibliográficas sobre as diferentes situações clínicas com que me deparei, especificamente sobre patologias e fármacos, de forma a obter um pensamento crítico sobre a situação clínica de um doente ou que fosse de particular interesse.

Posteriormente, contrapunha a informação recolhida com outro profissional de saúde de forma a obter uma análise reflexiva sobre a situação clínica do doente, individualizando assim as necessidades de cada um.

Para fomentar o trabalho em equipa, e não só na qualidade de estagiária, foi sempre minha preocupação pedir a colaboração de outro profissional quando a situação o exigisse. Demonstrei por isso, zelar pela segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente e família.

Para além disso, as trocas de ideias com outros profissionais foram úteis como intercâmbio de experiências e aquisição de novos conhecimentos acrescentando a minha atividade profissional.

No decorrer do estágio pude observar e constatar um facto “curioso” mas que, na minha opinião, deixava algumas interrogações quanto à sua eficácia na prestação de cuidados de saúde de qualidade aos doentes internados: cada profissional não só preparava a terapêutica farmacológica para os doentes que tinha sob sua responsabilidade como também o fazia para outros doentes do serviço, utilizando como justificação facilitar a organização do trabalho de enfermagem.

Mas a questão que se colocava era a seguinte: Será que esta prática de preparação da terapêutica farmacológica utilizada na UCIP do HB garante a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de Enfermagem?

Por sentir necessidade de ver esta questão esclarecida considerei pertinente a sua abordagem por meio deste Trabalho de Projeto, tendo como principal propósito perceber de que forma a qualidade dos cuidados e a segurança do doente estão salvaguardadas no que respeita às práticas de preparação e administração da terapêutica nesta unidade de cuidados.

Comecei por fazer um levantamento da terapêutica existente para cada doente de modo a conhecer mais em pormenor as indicações das mesmas e os riscos da sua utilização, bem como discutir este aspeto com os restantes profissionais do serviço tais como a enfermeira chefe e as enfermeiras da gestão de risco da referida unidade e do hospital.

Outro objetivo delineado na realização deste estágio foi o controlo de infeção nos procedimentos invasivos e não invasivos utilizados na prestação de cuidados na UCIP, já que a unidade de cuidados intensivos é uma unidade altamente complexa, onde os doentes estão sujeitos a inúmeros procedimentos.

Ao nível dos procedimentos invasivos e não invasivos cito: cuidados com cateteres arteriais, cuidados com tubos endotraqueais, cateteres centrais, traqueostomias, sensores de Pressão

Intracraniana (PIC), ventilação mecânica invasiva e não invasiva (*Bi – level Positive Airway Pressure* (BiPAP) e *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP)) ou outras portas de entrada de microrganismos, foram salvaguardadas as medidas de assepsia e os equipamentos de proteção individuais devidamente utilizados.

Em situações mais especiais, como em doentes politraumatizados, e/ou com traumatismo crânio-encefálico (TCE) ou traumatismo vertebro-medular (TVM), ou em doentes em morte cerebral que exigiam cuidados específicos, esses cuidados foram também garantidos, individualizando as necessidades e as especificidades de cada um.

Um dos outros objetivos que planeei, foi participar em projetos de implementação de serviço como forma de otimizar a qualidade dos cuidados de enfermagem e para tal foi-me proposto, conjuntamente com outra colega de estágio, participar na realização de um inventário relativo aos materiais existentes na unidade de cuidados intensivos.

Na sequência deste objetivo e inserido num turno realizado com a Enfermeira Chefe, a atividade consistia em criar uma lista de todos os materiais existentes na unidade mediante o seu número de série para assim identificá-los como sendo daquela unidade em particular.

Devido a fatores intrínsecos do próprio serviço, não nos foi possível finalizar esta atividade assim como atingir na totalidade este objetivo.

Durante todo o estágio e não só na qualidade de profissional, mas também de aluna, e por inerência aos postulados do código deontológico, foi sempre minha preocupação e objetivo prestar cuidados de enfermagem, atendendo aos aspetos éticos e deontológicos, quer com o doente, quer com o seu familiar.

Atendendo ao respeito e à integridade biopsicossocial de cada doente, os cuidados de enfermagem foram prestados atuando de acordo com o código deontológico e recorrendo a técnicas de comunicação de forma a criar uma relação de ajuda com o doente e família para facilitar a inclusão destes no processo de doença e recuperação.

A comunicação com o doente, em algumas situações ficava comprometida, uma vez que, com o doente sedado, dificilmente se conseguia avaliar a necessidade premente deste. O doente, mesmo sedado, podia manifestar fácies de dor e havia necessidade de controlar mais de perto a analgesia, o que levava portanto a um maior conhecimento e à necessidade de conhecer em

pormenor a terapêutica instituída. Tudo isto só foi possível com pesquisa bibliográfica, com estudo, com reflexão, com crítica e discussão entre profissionais.

Uma das grandes finalidades deste estágio, inserido no mestrado em enfermagem da pessoa em situação crítica, foi a de poder desenvolver competências como enfermeira especialista na área, dada a variedade de situações clínicas que diariamente surgiam.

A UCIP, como unidade complexa que é e com características únicas e singulares está munida de equipamentos específicos, onde para o seu manuseamento há necessidade de um saber especializado. Distingue-se de outros serviços, pelo seu cariz técnico e especializado e pela abordagem ao tipo de doentes que acolhe.

A tipologia de situações clínicas exige a permanência contínua de profissionais experientes e especializados. Neste contexto, os enfermeiros exercem com autonomia e independência enquanto profissionais capazes de prevenirem as complicações, inerentes da pessoa em situação crítica, e implementarem as medidas corretivas adequadas. Estas correções podiam ocorrer no manuseamento de alguns fármacos de vigilância intensiva como os inotrópicos, sedativos e analgésicos.

Para isso, foram trabalhadas questões complexas e específicas como: associar as diversas patologias à pertinência de determinado fármaco; fundamentar atitudes, comportamentos e ações com base em dados científicos; conhecer as particularidades e importância de cada fármaco para determinada situação clínica; desenvolver destreza em procedimentos específicos e adequar os diferentes procedimentos às necessidades de cada doente sempre com uma postura de reflexão e discussão de situações clínicas com os outros profissionais.

A minha atitude como profissional de Enfermagem e aluna estagiária implicou que em cada abordagem ao doente crítico fosse aplicando o processo de Enfermagem na identificação de problemas, no planeamento, na implementação e na avaliação das intervenções, individualizando assim os cuidados prestados.

Pretendi também demonstrar capacidade para trabalhar em equipa, de forma multidisciplinar e interdisciplinar, uma vez que a unidade de cuidados intensivos, tal como foi sendo referido anteriormente, é bastante complexa e exigente.

Deste modo, foram estabelecidas relações de trabalho construtivas com os outros profissionais, relações de ajuda e um trabalho em equipa fornecedor de boas práticas, podendo traduzir-se numa óptima qualidade dos cuidados prestados.

Posto isto, tudo o que foi vivenciado e experienciado ao longo do estágio, incluindo aspetos positivos ou menos positivos, experiências boas ou menos boas contribuíram para a minha valorização pessoal e profissional.

De forma a dar resposta à questão levantada anteriormente em matéria de Segurança e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem perante as práticas terapêuticas farmacológicas seguidas na UCIP do HB, tornou pertinente a elaboração do presente Trabalho de Projeto, que no segundo capítulo do relatório terá particular enfoque.

Terminada a síntese-reflexiva daquilo que foi o estágio desenvolvido na UCIP e de forma dar início ao desenvolvimento do projeto de investigação, o próximo capítulo terá um enquadramento teórico das linhas que orientam esta realização, bem como a definição, desenvolvimento e análise das várias fases que compõem a metodologia de trabalho de projeto.

2 PROJETO DE DESENVOLVIMENTO NA PRÁTICA CLÍNICA

O presente capítulo começa por uma análise às questões que constituem a problemática do estudo, iniciando por explorar os conceitos-chave que fazem parte do modelo teórico de análise.

Inicialmente apresenta-se o enquadramento teórico dos temas que norteiam o estudo e de seguida serão desenvolvidas as fases da metodologia de Trabalho de Projeto.

2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As equipas de saúde são unidades funcionais que obrigam à existência de uma liderança e cultura organizacional de segurança sendo esta fundamental para os doentes.

Na promoção desta cultura de segurança e qualidades dos cuidados prestados, assiste-se a um interesse combinado entre fatores humanos isolados – *human technical skills* e fatores organizacionais – *human non-technical skills* (Fragata, 2011).

Acrescenta-se ainda a relação mútua e constante entre comunicação, supervisão, colaboração em equipa, coordenação e liderança.

O papel da liderança na melhoria da *performance* das equipas e na forma de influenciar a cultura destas vai depender de três fatores relacionáveis entre si: *inputs*, *process* e *output* (Fragata, 2011).

Input diz respeito às características dos membros das equipas e o contexto onde estas operam, *process* mais relacionado com os métodos de trabalho, com o modo como os membros da equipa integram entre si e como cooperam no trabalho que desenvolvem.

Output refere-se à eficácia e eficiência das equipas, satisfação dentro dela e ao nível de segurança em que se encontram (Fragata, 2011).

Para Fragata (2011, p. 81), existem elementos determinantes ao criar uma cultura de segurança, os quais destaco:

i) Valores partilhados (percepções e comportamentos sobre a segurança); ii) Valores individuais e de grupo; iii) Adoção da segurança como prioridade; iv) Comunicação aberta; v) Colaboração em equipa para fins de segurança; vi) Aceitação da falibilidade / Vulnerabilidade; vii) Consciência de risco e antecipação de erros; viii) Política de reporte e discussão de evento com uma aprendizagem em torno dos erros.

São estes valores que podem fazer de uma organização, uma organização de alta fiabilidade.

Neste sentido, é emergente que as medidas de promoção da segurança utilizem políticas de gestão de risco das organizações ditas de alta fiabilidade, onde acolhem medidas reativas, proativas e a promoção de uma cultura de segurança (Fragata, 2011).

Segundo Fragata (2011, p.161), a cultura de segurança define-se como “*o modo como se fazem as coisas num dado local de atuação, contemplando um coletivo de valores, percepções e de atitudes de um grupo no que respeita à segurança*”. Portanto não é mais do que uma cultura onde reúne os valores, as crenças e os comportamentos partilhados por um mesmo grupo de pessoas.

Torna-se, deste modo, o elemento fundamental para criar um clima de segurança aos doentes e consequentemente uma otimização da qualidade dos cuidados.

Para Fragata (2011, p.168), qualidade implica mudança cultural, sendo esta “*a última fronteira a vencer em qualquer iniciativa de segurança*”.

Os tópicos que seguidamente são apresentados e que já foram sendo mencionados anteriormente são agora explorados e descritos mais em pormenor. Neste sentido os conceitos-chave essenciais à compreensão do estudo desenvolvido em estágio clínico numa UCIP são: i) Gestão de Risco; ii) Qualidade em Saúde; iii) Segurança do Doente Crítico – Ocorrência de Erros de Terapêutica Farmacológica. Cada um dos tópicos é analisado e refletido em particular.

2.1.1 Gestão de Risco

Cardoso (2000, *cit in* Ferreira, 2006), considera que gerir as pessoas depende de vários aspetos, entre os quais, a cultura de organização, a estrutura, o contexto ambiental e as características tecnológicas. Por outro lado, e porque falamos em pessoas, a gestão vai depender da abertura destas e das suas interpretações permitindo que cada indivíduo ou organização se adapte ao modelo de acordo com a sua experiência e interesses.

Taylor (2011, p.140), um autor clássico e considerado o “Pai da Administração Científica” considera ainda que,

Todas as grandes realizações serão obtidas através do tipo de cooperação em que cada um desempenha a função para o qual está mais bem preparado, cada um preserva a sua individualidade e é superior na sua função específica, e nenhum deles perde a sua originalidade e iniciativa próprias adequadas, apesar de ser controlado e ter de trabalhar em harmonia com muitos outros homens.

Note-se o que afirma Fragata (2011, p.9), quando considera que a prestação de cuidados de saúde envolve riscos, quer para os doentes, quer para os profissionais: “*esta atividade de risco pode envolver a possibilidade de ocorrências incertas e indesejáveis ou “erros”, acreditando que alguns possam ser evitáveis enquanto outros não”*”.

Segundo o autor, a ocorrência destes erros pode depender fundamentalmente de fatores humanos envolvidos e do resultado final do trabalho de uma equipa.

A gestão moderna crê que é importante a sinergia do trabalho em equipa para que esta melhore o seu desempenho. E este desempenho depende da conjugação das competências técnicas com as interpessoais. É neste sentido, que a Gestão de Risco passa pela gestão das equipas.

Assim, para o autor, um bom trabalho em equipa depende do esforço coordenado, ou seja, “*os esforços individuais dos seus membros resultam num nível de desempenho, que é maior (em quantidade ou em qualidade) do que a soma dos esforços individuais”* (Fragata, 2011, p. 190).

Ainda acrescenta que para diminuir o erro humano, e manter a segurança do doente, “*o trabalho individual não pode ser contrário ao trabalho dos outros indivíduos, nem independente do trabalho dos outros membros da equipa”* (Fragata, 2011, p.192).

No que se refere ao trabalho em equipa em contextos clínicos, é importante que se criem equipas na resolução de problemas, onde partilhem a mesma responsabilidade, segurança, investiguem erros, recomendem soluções e empreendam ações corretivas. O ideal será que os membros destas equipas partilhem ideias, informação, conhecimento, e sugestões que considerem pertinentes de forma a resolver os problemas ou a impossibilitar a ocorrência de erros individuais ou de grupo (Fragata, 2011).

É neste sentido que se considera que as equipas de Gestão de Risco têm um papel preponderante neste campo.

Criar um sistema de gestão e risco e segurança implica que se criem sistemas de acreditação de qualidade (explicado posteriormente), obtendo-se assim uma melhoria contínua da qualidade, num trabalho multi e interdisciplinar das equipas e de aprendizagem permanentes.

2.1.2 Qualidade em Saúde

Definir qualidade, torna-se desafiante, já que é facilmente reconhecida, mas dificilmente é possível defini-la. Isto porque depende da perspetiva de quem a define, e/ou do objetivo a que se propõe atingir no que respeita à prestação de cuidados de saúde.

Para o *National Health Service* (1997) “*quality of care – doing the right things right, at the first time to be right people, at the right time in the right place, at the lower cost*”¹.

O *Institute of Medicine* (1990 cit in Direção Geral da Saúde 2012) define qualidade em saúde, como o “*grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o reconhecimento profissional corrente*”.

Por outro lado, Saturno *et al* (1990, cit in Direção Geral de Saúde 2012, p.2), define qualidade em saúde, como a “*prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga adesão e satisfação do cidadão*”.

Sendo esta uma acuidade particular devida a múltiplas razões, a adequação dos meios e a atuação do sistema de saúde, engloba a promoção de saúde e a prevenção da doença, num quadro de melhoria clínica da qualidade, na prestação de cuidados curativos, reabilitadores ou de cuidados paliativos.

A Direção Geral de Saúde, no Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016, enumera estratégias e recursos para o reforço da qualidade em saúde, das quais saliento duas que me parecem mais pertinentes e vão de encontro ao conteúdo referido neste documento: a primeira é a Segurança, uma das principais dimensões da qualidade, onde se pode ler:

- i) A complexidade dos tratamentos e das tecnologias, a interdependência das tarefas e as infeções são fatores que tornam a prestação de cuidados uma atividade de elevada complexidade e risco, incerteza e

¹ Qualidade de Cuidados: fazer bem a ação correta, à primeira vez, às pessoas certas, na altura certa e no local certo, com o menor custo.

insegurança que favorece a ocorrência de eventos adversos e erros, com possibilidade de indução de danos (Fragata & Martins, 2004 *cit in* Direção Geral de Saúde, 2012).

ii) A origem do erro é, geralmente, multifatorial, decorrendo de fatores associados à prática assistencial, envolvendo profissionais e organização, à complexidade do doente ou ainda, a todos esses fatores conjugados. A ocorrência de erros e eventos adversos representa uma oportunidade para aprendizagem e melhoria (Campos & Carneiro, 2010 *cit in* Direção Geral de Saúde, 2012).

O segundo recurso como reforço da qualidade em saúde apontada pela Direção Geral da Saúde é a Gestão de Risco, que serve de instrumento para garantir a segurança, como se pode ler:

iii) São instrumentos de gestão de risco e prevenção do erro: sistemas de notificação, sistemas de alerta, auditorias, protocolos, decisão em equipa multidisciplinar, sistemas de verificação redundante, reuniões de mortalidade e morbidade, discussão de evolução clínica inesperada, formação contínua.

2.1.3 Segurança do Doente Crítico – Ocorrência de Erros de Terapêutica Farmacológica

As medidas de promoção da segurança, e no caso específico do doente crítico, baseiam-se nas políticas da Gestão do Risco, estando incluídas medidas reativas e proativas na melhoria de uma cultura de segurança.

Fragata (2011) considera que os termos como *equipa, comunicação e aprendizagem* são fundamentais para esta cultura de segurança.

O mesmo autor considera ainda que, a prestação de cuidados de saúde envolve riscos que afetam os doentes, os profissionais de saúde e até mesmo os gestores, pondo em causa a prestação de cuidados de saúde seguros.

A prestação de cuidados de saúde como atividade de risco que é pode dar origem à "*possibilidade de ocorrências incertas e indesejáveis, por vezes danosas, e estas por sua vez, configuram desvios do esperado ou erros*", que em alguns casos podem ser evitáveis. (Fragata, 2011, p. 9).

Como já vem sendo descrito ao longo do presente trabalho a probabilidade da ocorrência de erros e acidentes numa unidade de cuidados intensivos é alta e multifatorial, dada a complexidade da própria unidade, severidade dos casos, do tempo de permanência, bem como complexidade terapêutica.

Contudo Fragata (2011) considera que estes erros podem ser evitados por iniciativas na área de cultura de segurança e na adoção de dinâmicas corretas de equipa. O autor dá exemplos de medidas de suporte, análise de eventos, estruturação da medicação, dupla verificação que também serão abordados no presente trabalho (Fragata, 2011, p.111).

Criar um sistema de gestão de risco e segurança dos doentes em meio hospitalar, implica que a este facto se associe uma prática de qualidade, não só porque a qualidade faz parte a segurança, mas porque a criação de um sistema de qualidade acabará por controlar a segurança (Fragata, 2011).

Neste sentido, e com vista a uma melhoria contínua da qualidade e aprendizagem permanentes, e inevitavelmente a uma melhoria da segurança, Fragata (2011), considera que devem ser criadas iniciativas, podendo estas ser *medidas de práticas locais, medidas de aprendizagem reflexiva e implementação de mudanças e ainda medidas tendentes a desenvolver uma cultura de segurança*, já que qualidade implica gerir mudança.

Para isto é necessário que se criem ferramentas essenciais na procura desta melhoria contínua da qualidade, entre as quais, definição e colheita de indicadores de segurança (transversais e por setor), e devem obedecer a determinados critérios e ter características bem específicas. Os indicadores que contemplam as vertentes da qualidade são: os processos, os resultados, a estrutura, a segurança e satisfação (Fragata, 2011).

Estes indicadores, sujeitos a processos de auditorias, são trabalhados, analisados, e refletidos para que os seus resultados sirvam para desenvolver uma cultura de segurança e façam parte das metas e recomendações adotadas pelos organismos de acreditação de unidades de saúde. Por exemplo, a *Joint Commission*, em tempos designada como *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, também conhecida como *Joint Commission International*, é um organismo de acreditação de unidades de saúde sediada nos Estados Unidos.

Para este organismo um hospital acreditado,

Demonstra um compromisso visível em melhorar a segurança e a qualidade do cuidado ao doente, garantir um ambiente seguro, trabalhar constantemente para reduzir os riscos para os doentes e profissionais. Acreditação tem sido apontada como uma ferramenta eficaz de avaliação e de gestão da qualidade (Fragata, 2011).

Para que isto possa acontecer “*Tell me and i Forget Show me and I remember... Involve me and I understand*”, ou seja, é necessário portanto um envolvimento de todas as partes (profissionais de saúde e gestores), num *continuum* trabalho em equipa, centralizado nas pessoas, para permitir que a segurança seja implementada na prestação de cuidados de saúde (Fragata, 2011).

De modo a facilitar a leitura dos dados, será apresentado de seguida um arquétipo por forma a organizar e a orientar o estudo empírico, identificando a situação que investigo. Por conseguinte, organiza a dinâmica da situação a ser investigada.

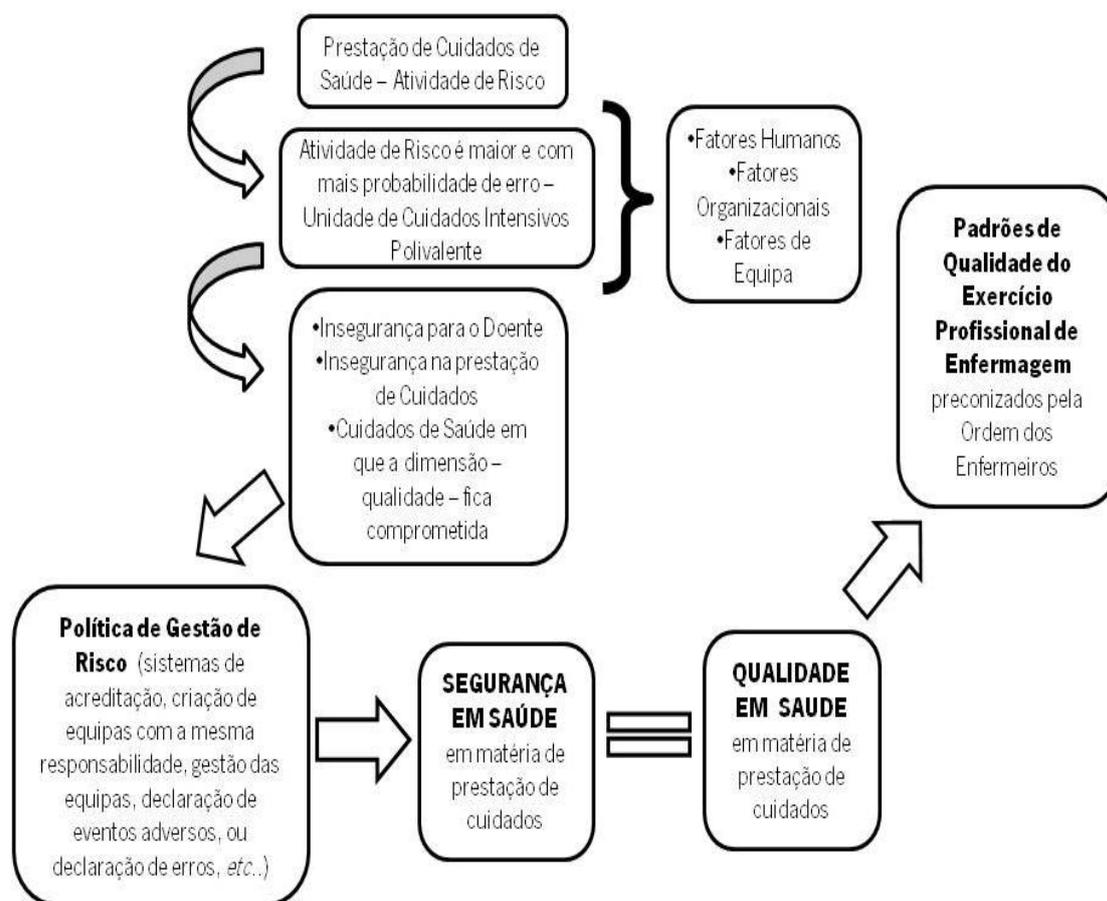


Figura 1 – Arquétipo para a compreensão da Segurança do Doente Crítico

De forma sucinta, e resumindo o que até aqui foi explicado, este esquema pretende elucidar o propósito deste relatório de estágio: Promoção da Segurança do Doente Crítico - Práticas Terapêuticas Farmacológicas numa Unidade de Cuidados Intensivos

A Prestação de Cuidados de Saúde é uma atividade de risco e pode envolver a ocorrência de alguns erros, mais quando se refere a uma unidade complexa como são os cuidados intensivos.

A ocorrência de erros depende de muitos fatores, entre eles: humanos, de equipa e organizacionais que podem comprometer a segurança do doente e a segurança e qualidade dos cuidados de saúde a ele prestados.

Hoje nas organizações está bem presente a ideia que uma boa política de gestão de risco (gestão das equipas, sistemas de acreditação, criação de equipas com a mesma responsabilidade, a declaração de eventos e erros, entre outros), leva a que se crie uma cultura de segurança em matéria de prestação de cuidados, o que equivale a uma qualidade nesses mesmos cuidados, permitindo atingir os padrões de qualidade do exercício profissional como preconiza o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Decreto- Lei nº 104/98 de 21 de Abril).

Seguidamente é apresentada e explicada a metodologia utilizada para a realização do presente relatório de estágio.

2.2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A preferência pela metodologia de Trabalho de Projeto prendeu-se primeiro com o facto de esta ser uma das opções para dar cumprimento ao preconizado no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, após terminado o estágio clínico na unidade de cuidados intensivos.

Por outro lado, e pela dimensão operatória do Trabalho de Projeto, por este ser dinâmico e adaptável a cada contexto, por ser redefinível mediante a prática ou o contexto onde o projeto possa ser abordado, possibilita atingir as competências comuns do enfermeiro especialista.

No artigo 6º do Regulamento nº 122/2011 referente às competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista "*Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*", conseguindo-o através da realização de um projeto que possa ser implementando num determinado contexto para que assim possa ter continuidade.

Com a realização de um Trabalho de Projeto, também pelos motivos anteriormente mencionados, o enfermeiro especialista "*Concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*", indo de encontro a outra das competências comuns do enfermeiro especialista como se vê exposto no artigo 6º do regulamento nº 122/2011.

Sendo esta uma metodologia ligada à investigação, a realização de um Trabalho de Projeto, pressupõe uma atitude de mudança, um processo de transformação do real, uma projeção multidimensional, em que a pessoa envolvida tem um papel basilar associado ao progresso.

Neste sentido, pretende-se ir ao preconizado para o enfermeiro especialista (no que diz respeito à sua intervenção na gestão dos cuidados) pela otimização da “*resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, da articulação na equipa multiprofissional e da adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados*” (Artigo 7º do Regulamento nº122/2011).

2.2.1 Metodologia de Trabalho de Projeto

O Trabalho de Projeto pressupõe relações entre o saber e a experiência. Permite deste modo, estudar qualquer aspeto da realidade social, prevendo, orientando e preparando o percurso que os intervenientes terão que executar para a sua realização. Centra-se na investigação, na análise e na resolução de problemas (Leite *et al* 2001, *cit in* Ruivo & Ferrito, 2012).

Segundo Ruivo & Ferrito (2010, p.2) a metodologia de Trabalho de Projeto, “*baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução*”, promovendo assim uma prática fundamentada e baseada em evidência.

O projeto necessita de ser planeado com rigor, para que o investigador e outros intervenientes não se dispersem no trabalho que desejam desenvolver. Tudo tem de ser previsto no momento da pesquisa, sendo portanto primordial que o projeto responda a questões *Como? Porquê? Para quê? Para quem? Onde? Com quê? Quando? Quanto? Quem?* (Lakatos & Marconi, 1992).

A metodologia de Projeto permite ainda a aquisição de capacidades e competências pessoais na elaboração e concretização de projetos numa situação real. Como *atividade intencional* que é, pressupõe a formulação de objetivos, em que, por meio de atividades e estratégias se procura chegar à resolução do problema levantado como resultado final (Ruivo & Ferrito, 2010).

Este tipo de metodologia cria no interveniente *iniciativa* e *autonomia*, na medida em que o autor do projeto é por si só o responsável por todo o trabalho que desenvolve ao longo das várias fases do seu desenvolvimento (idem, 2010).

Seguindo moldes idênticos a um projeto de investigação, espera-se desta metodologia de projeto alguma *autenticidade* e *originalidade* no problema detetado (idem, 2010).

A metodologia de Projeto para além de ser *complexa* e basear-se na *incerteza* possui um caráter *faseado* e *prolongado*, uma vez que se estende por um período de tempo, percorrendo as várias fases da metodologia (Idem, 2010).

De acordo com Lakatos & Marconi (1992) e Ruivo & Ferrito (2012), são cinco as etapas que compõem a metodologia de projeto: i) Diagnóstico da Situação; ii) Planificação; iii) Execução; iv) Avaliação; v) Divulgação.

É importante realçar que como referem Lakatos e Marconi (1992) os *estudos preliminares* deverão ser feitos quando é proposto a realização de um projeto. Estudos esses que permitem desenvolver sob o ponto de vista teórico o tema que se pretende estudar. Isto porque, qualquer tema a desenvolver necessita de uma integração teórica.

O tema é atual e a sua escolha prendeu-se por outros interesses como sendo: conhecimento limitado da prática clínica onde o estudo se insere, curiosidade científica, desafios encontrados no contexto de trabalho e na leitura de outros trabalhos científicos.

Seguidamente serão descritas e analisadas cada uma das etapas do trabalho de projeto.

2.2.1.1 Diagnóstico de Situação

A etapa do Diagnóstico de Situação, primeira etapa da metodologia de projeto, visa a elaboração de um mapa cognitivo e descritivo do problema identificado (Ruivo & Ferrito, 2010). Por outro lado, permite situar o problema identificado num quadro teórico e/ou de outros estudos e pesquisas já elaborados (Lakatos & Marconi 1992).

Nesta etapa, faz-se uma análise integrada das necessidades da população em estudo, de forma a desenvolver estratégias para as colmatar, já que não é possível formular uma política de intervenção sem uma boa colheita de informação (Lakatos & Marconi 1992).

Neste sentido, há conveniência em fomentar-se o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar, promovendo a motivação da população (Ruivo & Ferrito, 2010).

O diagnóstico de situação é dinâmico e portanto a caracterização da situação tem que ser contínua e com atualizações constantes (Ruivo & Ferrito, 2010).

As escalas de observação, os questionários, as entrevistas, análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*), FMEA³ (*Failure Mode and Effect Analysis*), Stream Analysis, constituem as ferramentas de diagnóstico para a análise da situação (idem, 2010).

No presente trabalho privilegiou-se a entrevista semiestruturada como método de recolha de dados, com o objetivo de obter “*dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo*” (Bogdan, 1994, p.134).

Neste tipo de entrevistas, o entrevistado fala espontaneamente do que sente, do que pensa a propósito de algo. Está por isso presente a subjetividade do sujeito entrevistado.

As entrevistas semiestruturadas, sendo um método flexível, encorajam o entrevistado a realçar o importante para ele, de forma livre. O investigador tem no entanto, que ter um guião de entrevista que o norteia no decurso da mesma (Anexo X).

Deste modo, foram realizadas treze entrevistas (com duração aproximada de 15 a 20 minutos), adotando como critério de inclusão apenas os enfermeiros responsáveis de turno do serviço de Cuidados Intensivos Polivalente, por corresponderem aos profissionais com maior qualificação e com uma vasta experiência profissional. Nesta unidade, trabalham 31 enfermeiros, divididos por 6 equipas, sendo que em cada equipa 2 a 3 elementos são responsáveis de turno, o que perfaz um total de treze entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e realizadas durante o estágio curricular realizado na unidade de cuidados, onde o acesso aos participantes coincidiu com o facto dos mesmos, estarem nesse turno, a exercer funções.

Cada entrevista constituía-se em duas partes. A primeira parte destinava-se à caracterização sociodemográfica dos participantes com uma breve introdução ao estudo a desenvolver. A segunda parte era composta por quatro questões em que se pretendia analisar a perspetiva que o enfermeiro tinha acerca da segurança do doente crítico.

² SWOT – Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças

³ FMEA – Modo de Falha e Análise de Efeitos

Dada abordagem qualitativa do estudo, a amostragem tem um caráter teórico, ou seja, o número de participantes não é predeterminada *a priori*, correspondendo a dimensão da amostra à saturação teórica dos dados resultantes da análise das entrevistas. Neste caso, não existe uma representatividade da amostra para a população, mas sim uma *qualificação teórica da amostra* tal como refere Ferreira (1986).

A concretização das entrevistas obedece a alguns cuidados, entre os quais, o clima de confiança em que decorre a entrevista e a familiaridade que o investigador tem com o seu conteúdo. Para evitar os enviesamentos verbais e não-verbais durante a entrevista, o investigador tem a *“responsabilidade de criar uma situação interpessoal com o entrevistado, destinado a influenciar o grau de motivação destes”* (Fortin 1999, p. 248 *cit in* Robert, 1988).

À medida que foi sendo analisada cada entrevista, procedeu-se à sua transcrição global em suporte de papel, tendo sido feito uma análise de conteúdo que Bardin (1995, p. 9) define como um *“conjunto dos instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”*.

Bardin (2003) não vê possível que no momento da análise de conteúdo, se estabeleça uma grelha categorial única e homogénea, pela complexidade e multidimensionalidade do material resultante das entrevistas.

Alguns autores divergem na sua opinião quanto aos fundamentos e objetivos da análise de conteúdo. Se por um lado, uns consideram que análise de conteúdo descreve, objetiva sistemática e quantitativamente o conteúdo manifesto da comunicação como refere Berelson (1952, *cit in* Vala, 1986), outros acreditam que a análise de conteúdo permite fazer inferências, válidas e replicáveis dos dados para o seu contexto (Krippendorf, 1980 *cit in* Vala, 1986).

Isto é, na ideia de Berelson a análise de conteúdo pode ficar apenas restrita a uma descrição e classificação dos factos enquanto na ideia de Krippendorf a análise de conteúdo utiliza a inferência, ou seja, permite a passagem da descrição à interpretação, enquanto atribuição de sentidos às características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas, tal como reforça Bardin (1979, *cit in* Vala, 1986).

Bardin (2003) diferencia análise quantitativa da análise qualitativa, prevendo que da primeira se obtenha dados descritivos, tornando-a mais objetiva, mais fiel, mais exata e mais rígida. Enquanto na abordagem não quantitativa, ou seja qualitativa, utiliza-se um procedimento mais intuitivo, mais maleável, mais adaptável. Não significa no entanto que não se possa utilizar as duas formas de abordagem numa análise de conteúdo.

Utilizando Bardin (2003, p.121) como referência, a análise de conteúdo das entrevistas tem como base três polos distintos: i) pré – análise; ii) exploração do material; iii) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A primeira fase da análise de conteúdo visa operacionalizar e sistematizar as ideias principais da entrevista, podendo por isso ser flexível (Bardin, 2003).

Esta fase caracteriza-se pela leitura fluante das entrevistas, o que significa “*estabelecer o contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações*” (Bardin 1995, p.95).

A fase de exploração do material, que seguidamente estão apresentadas em tabelas, baseia-se em processos de codificação, enumeração e categorização do conteúdo das entrevistas. A última fase consiste na identificação de subcategorias para cada categoria, facilitando a leitura de cada entrevista (Bardin 1995, p.95).

O processo de codificação corresponde a uma transformação dos dados em bruto do texto, sendo posteriormente agregados em unidades, que permitem caracterizar exatamente o conteúdo de cada entrevista.

Da codificação fazem parte as unidades de registo e as unidades de contexto.

Relativamente às unidades de registo, Bardin (2003, p.130) define-as como “*unidades de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial*”.

As unidades de registo segundo Vala (1986, p.114) definem-se como o “*segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria*”. Pode apresentar-se de duas formas: formais (onde incluem uma frase, palavra, personagem, intervenção de um locutor numa discussão, entre outros), e semânticas (tema ou unidade de informação).

As unidades de contexto dizem respeito às “*unidades de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo*” (Bardin, 2003, p.133). Portanto, não são mais do que excertos das palavras dos entrevistados.

Por outro lado, as unidades de contexto referem-se aos “*segmentos de conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo*” (Vala, 1986), sendo este ponto um importante elemento quanto à validade e fidelidade do trabalho do investigador.

A regra da enumeração refere-se ao modo de contagem, em que dela fazem parte a presença ou ausência de determinado elemento na entrevista.

A frequência também faz parte da regra da enumeração e diz respeito ao número de vezes que determinado elemento se repete ao longo das entrevistas. Uma unidade de registo é tao importante quanto maior a frequência da sua aparição.

No que concerne à categorização, esta reúne um grupo de elementos efetuado com base nas características comuns destes elementos. Tem por isso como principal objetivo, fornecer uma representação simplificada dos dados em bruto, ou seja, os dados em bruto passam a dados organizados (Bardin, 2003).

Categorizar é para Vala (1986, p.110), uma simplificação que permite potenciar a apreensão e explicação dos factos recolhidos, ou seja, “*envolve aspetos racionais e irracionais, conscientes e inconscientes, organizados num código a que o analista pretende aceder; são por isso elementos chave do investigador*”.

Vala (1986), considera ainda que, uma vez construídas as categorias, o investigador deve assegurar-se quanto à sua exclusividade e exaustividade.

A estas operações que Bardin considera fidedignas e válidas, Vala (1986, p.109), acrescenta a *quantificação*, podendo esta tomar três direções: análise de ocorrências, análise avaliativa e análise estrutural.

A mais simples é a análise de ocorrências objetivando determinar o “*interesse da fonte por diferentes objetos ou conteúdos, ou seja, quanto maior for o interesse do emissor por um dado objeto, maior será a frequência de ocorrência no discurso relativos aos indicadores desse objeto*” (Vala 1986,p. 118).

2.2.1.1.1 *Definição de Problema, Análise e Contextualização*

Entende-se por unidade de cuidados intensivos, uma unidade multidisciplinar e altamente diferenciada das ciências médicas, que aborda a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em situação crítica, ou seja, em falência multiorgânica, mas que são potencialmente reversíveis (Direção Geral da Saúde, 2003).

Pode definir-se pessoa em situação crítica, aquela “*cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*”, conforme o exposto no regulamento n° 124, de 2011 do Diário da República.

O mesmo considera que neste tipo de serviços, de modo a proporcionar uma ótima qualidade na prestação dos cuidados, exige-se aos profissionais, competências, saberes e tecnologias que os façam capazes de suportar e recuperar as funções vitais à pessoa em situação crítica, proporcionando-lhe desta forma uma maior qualidade de vida.

Nesta, como em outras unidades, os cuidados de enfermagem são altamente qualificados prestados de forma contínua ao doente crítico, assumindo o objetivo de excelência aquando da sua prestação.

Tendo em conta uma das competências do Conselho de Enfermagem, conforme descrito no regulamento n° 167/2011, do Diário da república, que visa “*proceder à definição dos critérios para a determinação da idoneidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde, no âmbito do exercício profissional de enfermagem*”, percebe-se que a mesma possibilita aos profissionais de Enfermagem garantir a qualidade do Exercício Profissional Tutelado (EPT) e/ou do Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT).

Pretende-se com a elaboração deste Trabalho de Projeto, contributos para a organização do trabalho dos profissionais de enfermagem junto dos seus pares bem como juntos dos doentes, garantindo-lhes a qualidade dos cuidados de Enfermagem. Neste sentido torna-se relevante a regulação profissional, e consequentemente dos instrumentos que comportam o desenvolvimento profissional na melhoria contínua dos cuidados prestados (Regulamento n° 167/2011).

A qualidade dos cuidados de Enfermagem engloba três vertentes: resultado (modificação do estado de saúde, determinada pelo tratamento), processo (forma de tratar) e estrutura (organização, equipamento, etc.) acrescentando uma nova vertente – segurança, que visa o tratamento de erros (Fragata, 2011).

Neste sentido, e em conformidade com o exposto no regulamento nº 124 de 2011, salientam-se as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica: i) Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica; ii) Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Como tem sido referido, a unidade de cuidados intensivos assume uma grande complexidade, o que pode possibilitar aos profissionais que nela prestam cuidados, alguma suscetibilidade na ocorrência de erros e acidentes, como comprovam (Leite & Vila, 2005). Não obstante, no exercício Profissional de Enfermagem, a segurança dos doentes (e neste caso específico do doente crítico), constitui-se como uma das suas grandes prioridades, em benefício do mesmo (World Health Professions Alliance, 2002).

A *World Health Professions Alliance* considera ainda, que a segurança combina “*processos, tecnologia e interações humanas sendo inevitável o risco de ocorrência de eventos adversos*”, definindo este último como “*dano ou prejuízo causado pela gestão da doença ou condição de um cliente por profissionais de saúde*”. Pode então dizer-se que a segurança e qualidade estão mutuamente relacionadas com a prestação de cuidados de saúde. (Fragata, 2011).

Alguns autores, como Garanhan *et al* (2008) chamam-nos atenção para outros fatores indutores de erros humanos que podem estar presentes nos contextos de trabalho tais como: a inexperiência dos profissionais, e/ou a imprevisibilidade de situações clínicas que possam surgir, bem como situações de *Burnout*.

Romero (2013) considera também que os erros na medicação são a maior limitação da eficácia e segurança dos doentes críticos, como partilham, Guillamet *et al* (2012), os quais apontam a documentação escrita, a manipulação de medicação, a falta de formação e a falta de reuniões multidisciplinares como sendo os principais riscos ocorridos numa unidade de cuidados intensivos.

Por tudo isto, vê-se a necessidade de elaborar um projeto definindo como problema geral: *A Ocorrência de Erros e Acidentes numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes na Preparação e Administração de Terapêutica Farmacológica.*

Segundo Fragata (2011, p.22), o erro é visto “*como involuntário, um desvio do pretendido*”.

Acidente define-se como “*ocorrência indesejável que afeta o decorrer do processo e que compromete, em definitivo, o resultado planejado final, provocando transtornos com consequências normalmente permanentes*” (Fragata, 2011, p. 25).

Como ferramentas de diagnóstico utilizou-se a observação direta e entrevistas aos intervenientes do estudo (enfermeiros do próprio serviço) e gestores de risco do hospital em estudo.

No que diz respeito à observação direta ela permitiu utilizar os sentidos na obtenção de aspetos da realidade, procurando examinar os fenómenos que se pretende estudar (Lakatos & Marconi, 1990), ou seja, através desta ferramenta pode-se presenciar os comportamentos diretamente podendo registar a sua frequência, duração, intensidade e condições de ocorrência (Carvalho, 1993, *cit in* Ruivo & Ferrito, 2010). É chamada a observação “desarmada”.

A “observação indireta” acontece por meio de entrevistas, já que com a análise posterior, pode-se retirar ilações sobre os comportamentos e significados que os atores atribuem ao fenómeno em estudo (Ruivo & Ferrito, 2010).

2.2.1.1.1.1 Considerações Éticas

A palavra Ética deriva da palavra grega *ethicos* e significa portador de bom costume, procurando fundamentar ações morais exclusivamente pela razão.

De acordo com Daniel Serrão (2004) “*O homem é um animal ético antes de ser um animal racional*”. Em diversas situações de tomada de decisão os valores emocionais ultrapassam os valores racionais e no que diz respeito às questões de saúde, e ao lidar com seres humanos, providos de valores individuais, sociais e comunitários, é importante falar de ética e no cumprimento de normas éticas.

No caso dos profissionais de Enfermagem, o cumprimento destas normas éticas é um dever social e profissional, assumindo portanto o estatuto de uma norma deontológica (Serrão, 2004).

Por este motivo, e para a concretização deste tipo de projetos de investigação, surge a necessidade de obter dos órgãos de Comissões de Ética para as Ciências da Vida pareceres favoráveis para a sua execução, já que estes órgãos tem por missão “*analisar problemas éticos suscitados pelos progressos científicos nos domínios da biologia, da medicina ou da saúde em geral e das ciências da vida*” (Regime Jurídico do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida exposto na Lei nº 24/2009 de 29 de Maio).

Deste modo, como primeira fase deste estudo e após ter obtido o Apoio Institucional da Universidade do Minho para a realização deste Projeto (Anexo I), foi apresentando um pedido formal ao Presidente da Comissão Executiva do Hospital de Braga (Anexo II) e Comissão de Ética para as Saúde do Hospital de Braga (Anexo V), onde foi preenchido o formulário exigido pela mesma. Foi feito outro pedido ao Presidente da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (Anexo III), bem como ao Diretor de Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (Anexo IV).

Obtido o parecer favorável destas entidades (Anexo VIII), deu-se então seguimento à realização das entrevistas aos enfermeiros da UCIP que aceitassem participar no estudo, tendo-lhes sido apresentado um consentimento informado livre e esclarecido, para desta forma receber a autorização dos mesmos (Anexo VI).

O consentimento informado, livre e esclarecido permite que os participantes recebam “*informações adequadas em relação à pesquisa, compreendem a informação e têm o poder da livre escolha, podendo assim participar voluntariamente na pesquisa ou declinar a participação*” (Pollit *et al.*, 2004, p.87). Obtém-se por isso uma decisão livre e informada.

As informações recolhidas e todo o processamento de aquisição, tratamento e transmissão dos dados tiveram em conta a privacidade de cada participante, utilizando o anonimato e confidencialidade na abordagem a cada enfermeiro.

Os resultados de cada entrevista são apenas analisados pela investigadora e os dados recolhidos destruídos após o seu devido tratamento (Anexo VII).

Como conclusão, todos os procedimentos éticos e deontológicos foram contemplados, obedecendo às exigências éticas na elaboração de projetos de investigação.

No ponto apresentado seguidamente, serão apresentadas e analisadas as entrevistas realizadas e as informações delas obtidas.

2.2.1.1.2 Análise e Interpretação dos Resultados das Entrevistas

Uma vez terminada a recolha e tratamentos dos dados, procede-se de seguida à análise dos mesmos. Uma vez que as respostas às questões levantadas foram variadas, e para uma melhor interpretação, foram sistematizadas pela categoria que representam, conforme as tabelas abaixo mencionadas.

Foram realizadas treze entrevistas adotando como critério de inclusão apenas os enfermeiros responsáveis de turno da unidade de cuidados intensivos polivalente por corresponderem aos profissionais com maior qualificação e com uma vasta experiência profissional.

Os entrevistados tinham idades compreendidas entre os 27 e os 46 anos possuindo um contrato laboral por tempo indeterminado. Dos treze inquiridos oito eram licenciados em Enfermagem sem qualquer especialização, dois eram Especialistas e os restantes três tinham uma pós-graduação.

De relembrar, que seguindo uma aproximação à linha de pensamento de Bardin (2013), a análise de conteúdo das entrevistas dividiu-se em duas categorias: Formação Contínua sobre Segurança do Paciente em contexto de trabalho da UCIP; e Perspetiva do Enfermeiro acerca da Segurança do Doente Crítico.

As subcategorias são: i) Importância de ações de formação sobre “*Patient Safety*” em contexto de uma UCIP, ii) Riscos na preparação e administração da terapêutica farmacológica, iii) Consequências do Risco, iv) Medidas de prevenção do Risco, v) Procedimento utilizado pelo profissional na preparação e administração da terapêutica farmacológica.

As entrevistas serão também divididas em subcategorias, indicadores ou unidades de registo e unidades de contexto, apresentadas nas tabelas seguintes.

Procedendo então à apresentação dos resultados obtidos, relembro que na investigação qualitativa estamos perante uma amostra não probabilística, ou seja, uma amostra que

⁴ Segurança do Paciente

responda a características precisas. Deste modo, o número de participantes é determinado pela saturação dos dados e por isso apresenta um carácter teórico, não se prevendo por isso uma representatividade para a população, mas sim, uma qualificação teórica da amostra (Sandelawski, 1995, *cit in* Fortin, 1999).

Tabela I - Categoria 1: Formação Contínua sobre "*Patient Safety*" e sua importância em contexto de trabalho da UCIP

SUBCATEGORIA	INDICADORES	UNIDADES DE CONTEXTO	ENTREVISTA
Importância de ações de formação sobre " <i>Patient Safety</i> " em contexto de UCIP	- Relembrar conteúdos	"... <i>Avivar a memória das pessoas que cá trabalham</i> "	E1
	- Forma de prevenção de erros	"... <i>Para prevenir os erros que possam ocorrer com maior frequência detetados pela equipa e discussão entre os mesmos</i> "	E2
	- Forma de proteção do doente e do profissional	"... <i>Todas as medidas que possa proteger tanto o doente como profissional acho que são importantes, ate porque temos aqui inúmeros procedimentos invasivos e a nível da medicação exigem-se práticas mais seguras</i> "	E3
	- Para reajustar pontos essenciais	"... <i>Pode sempre trazer-nos algo de novo e principalmente pontos importantes a relembrar e reajustar...</i> "	E4
	- Comentar assuntos essenciais na passagem de turno	"... <i>eu acho que é mais eficiente e eficaz que se aproveitem momentos como a passagem de turno para evidenciar os riscos e abordarmos as questões em concreto, do que numa sala, onde reunimos a equipa toda e dizemos um conjunto de enunciados teóricos mas que não tem uma tradução prática. (...)</i> "	E7
	- Necessidade formativa individual	"... <i>É uma situação muito individual que consentirá essa necessidade formativa ou não (...).</i>	E9
	- Relembrar conteúdos; - Refletir sobre as práticas; - Implementar medidas corretivas	"... <i>será sempre pertinente haver formação nessa área, muito embora o que é mais pertinente ainda, é refletir sobre as práticas e implementar medidas corretivas no fundo face aquilo que possam ser os incidentes que vão acontecendo.</i> "	E12

Para doze enfermeiros, a realização de ações de formação sobre segurança do doente crítico, é oportuno, já que estas servem para relembrar conceitos, revalidar conhecimentos e competências e "*para avivar a memória das pessoas que cá trabalham*" (ET1).

Por outro lado consideram que "*A formação é sempre importante. Pode sempre trazer-nos algo de novo e principalmente pontos importantes a relembrar e reajustar. Estamos sempre em constante evolução e a informação contínua é de valorizar*" (ET4).

Outros como forma de atualizar informação, conhecimentos e competências dada a *“complexidade aqui dos doentes e à manipulação de medicação que é elevada e ao número de manipulações, será sempre pertinente haver formação nessa área”*, e ainda *“implementar medidas corretivas no fundo face àquilo que possam ser os incidentes que vão acontecendo”* (ET12).

Curiosamente, um dos entrevistados considerou que estes temas deviam ser abordados nas passagens de turno, com situações muito concretas, como refere: *“Em termos de resultados eu acho que é mais eficiente e eficaz que se aproveitem momentos como a passagem de turno para evidenciar os riscos e abordarmos as questões em concreto, do que numa sala, onde reunimos a equipa toda e dizemos um conjunto de enunciados teóricos mas não tem uma tradução prática”* (ET7).

Outro entrevistado acredita que a divulgação destes temas, ou a realização de ações de formação depende da necessidade formativa de cada enfermeiro, não pondo no entanto de parte a sua pertinência ao serem realizados de forma contínua, como expõe: *“É uma situação muito individual que consentirá essa necessidade formativa ou não (...) mas penso que haverá todo o interesse na realização da mesma, visto que se um dos elementos falhar, enfim, envolve riscos para o doente e conseqüentemente responsabilidades para toda a equipa.”* (ET9).

Contrariamente a todos estes, um dos entrevistados, afirmou que uma vez tratando-se de uma Unidade de Cuidados Intensivos, este tipo de formações seria desnecessária, declarando que *“o erro será mais grave em enfermarias, em internamentos em que a vigilância, o leque de doentes é sempre maior, que numa unidade em que o rácio é de um para dois, eu acho que é mais seguro”*. (ET5).

No meu ponto de vista, penso ser oportuno pensar verdadeiramente nesta necessidade como obrigatória, imperativa, uma vez que falamos numa unidade altamente diferenciada onde, a quantidade e o tipo de medicação que se administra são significativos, pela complexidade das situações clínicas. Neste sentido, a discussão e reflexão destes temas tornam-se pertinentes em se realizar de forma regular.

A segunda categoria identificada, como resultado das entrevistas realizadas, teve como objetivo analisar a perspetiva que o enfermeiro tinha sobre a situação clínica do doente crítico, no que toca aos riscos na preparação e administração da medicação.

Tabela II - Categoria 2: Perspetiva do Enfermeiro acerca da Segurança do Doente Crítico no que respeita aos Riscos na preparação/administração da terapêutica farmacológica

SUBCATEGORIA	INDICADORES	UNIDADES DE CONTEXTO	ENTREVISTA
Riscos na preparação / administração da terapêutica farmacológica	- Comunicar ao médico apenas os erros considerados graves	"...em relação à medicação seria comunicar ao médico se achasse que era um erro grave (...)"	E1
	- Ocorrência de erros	"Varias vezes. Durante a minha prática profissional."	E3, E5, E7
		"... Já tive alguma ocorrência de erro terapêutico."	E9
		" (...) Já aconteceu algumas trocas de seringas (...)"	E10

Relativamente aos riscos possíveis de existirem respeitante à preparação e administração da medicação, oito entrevistados referem que a ocorrência de riscos é passível de existir, o que não quer dizer que da ocorrência de riscos possam surgir erros. Mas dada a complexidade e quantidade de medicação que é preparada na unidade e dada a situação clínica do doente, a probabilidade desses erros existirem é grande.

Contrariamente, cinco dos entrevistados pensam não existir qualquer risco em errar, no contexto onde exercem funções.

A tabela seguinte refere-se à perspetiva do Enfermeiro acerca da Segurança do Doente Crítico no que diz respeito às Consequências do Risco com a evidência ou ausência do erro.

Tabela III - Categoria 2: Perspetiva do Enfermeiro acerca da Segurança do Doente Crítico no que diz respeito às Consequências do Risco

SUBCATEGORIA	INDICADORES	UNIDADES DE CONTEXTO	ENTREVISTA
Consequências do Risco	- Evidência de Erro	"Sim. Aqui já houve uma troca de transfusão (...)"	E3,
		"Sim já me aconteceu."	E5, E9
		"Já aconteceu aqui. Não aconteceu comigo, mas aconteceu no meu turno (...)"	E6
		"No contexto de cuidados intensivos, o erro mais complexo (...) tem a ver com a troca de seringas (...)"	E7
		" (...) de certeza que já fiz erros durante a minha vida profissional."	E11
		"A mim não me ocorreu. Da minha experiência é o que posso falar"	E2
		"A mim não, que eu tivesse dado conta não, ou que alguém me tivesse chamado atenção não."	E4

		<i>"A mim para já ainda não me ocorreu, que eu desse por ela não, de algum erro medicamentoso, que tivesse em causa o doente, não."</i>	E8
--	--	---	----

Como consta Fragata (2011, p.9) *"A prestação de cuidados de saúde envolve riscos (...) e esta atividade de risco envolve a possibilidade de ocorrências incertas e indesejáveis, por vezes danosas, e estas, por sua vez, configuram desvios do esperado ou "erros" (...) "*

Neste sentido, sete dos entrevistados mencionaram ter protagonizado a ocorrência de alguns erros, entre os quais, a *"transfusão de sangue errada, ou seja administrada erradamente a uma doente um sangue que não seria dela, seria de outro paciente"* (ET12), a troca de seringas, no que respeita à administração das aminas e ainda administração de terapêutica pela via não adequada. Tal como referem os dois entrevistados *"No contexto de cuidados intensivos, o erro mais complexo e com impacto maior nas pessoas, nos pacientes, tem a ver com a troca de seringas, nomeadamente no que diz respeito às aminas (...) "* (ET7) *"Sim, já me aconteceu"* (ET5).

Contrariamente, seis dos enfermeiros entrevistados não referiram qualquer ocorrência de erro: *"Que eu me tivesse apercebido não (...) "* (ET13), *"A mim para já ainda não me ocorreu, que eu desse por ela não"* (ET8), *"A mim não, que eu tivesse dado conta não, ou que alguém me tivesse chamado atenção não"* (ET4).

Ainda no sentido de conhecer a perspetiva do enfermeiro acerca da segurança do doente crítico quanto às medidas que possam ser utilizadas para a prevenção do risco, é apresentada a seguinte tabela.

Tabela IV - Categoria 2: Perspetiva do Enfermeiro acerca da Segurança do Doente Crítico quanto às medidas de Prevenção do Risco

SUBCATEGORIA	INDICADORES	UNIDADES DE CONTEXTO	ENTREVISTA
Medidas de Prevenção do Risco	- Certificação do sangue do doente e da requisição entre dois enfermeiros	<i>" (...) Começou a ser obrigatório a certificação e a análise do sangue do doente e da requisição por dois enfermeiros"</i>	E3
		<i>" (...) surgir novo formulário em que obriga a dupla verificação pela existência de dois enfermeiros que confirmem o sangue e a existência de dois enfermeiros que confirmem que aquele sangue vai para aquele doente, fez-se assim alguma alteração."</i>	E6
		<i>" (...) verificação (...) por dois enfermeiros"</i>	E10, E12

	- Estar atento	<i>O que eu continuo a fazer, que é estar mais atento</i>	E5
	- Colocar etiquetas de diferentes cores nas seringas de perfusão	<i>"(...) colar etiquetas com diferentes cores nas seringas, nas próprias seringas, portanto alertava claramente que tipo de fármaco era (...)"</i>	E7
	- Alteração da localização de medicamentos semelhantes	<i>"(...) alterar a localização do medicamento ou de todos os medicamentos que fossem semelhantes em termos de embalagem, em termos de invólucro, que fossem muito semelhantes tentarem dispersa-los."</i>	E9
	- Discutir os erros em equipa	<i>"Acho bem que sejam discutidos porque isso vai tornar-nos mais atentos, fazer de forma a errarmos menos (...)"</i>	E11

Algumas medidas preventivas de erro foram anunciadas por aqueles que protagonizaram alguma circunstância de erro ou colocaram a possibilidade de este poder ocorrer. Assim sendo, nove dos entrevistados referiram como uma das medidas preventivas a *"certificação e análise do sangue do doente e da requisição entre dois enfermeiros"* (ET3, ET12, ET10). Já outros apontaram como medidas preventivas a *"alteração da localização do medicamento"* (ET9), pela semelhança do invólucro com outros, podendo este ser um fator preponderante na ocorrência de erro ou não.

Outra medida anunciada por alguns dos entrevistados, de forma a fazer distinguir as seringas que continham aminas seria *"Colocar nas seringas etiquetas de diferentes cores"* (ET7).

Curiosamente, dois dos entrevistados consideraram que o facto de haver ações de formação *"praticadas por formadores internos do hospital"* (ET8), era benéfico para os enfermeiros e este facto contribuía para prevenir o erro, assim como *"discutir os erros em equipa"*. A este propósito uma das falas diz o seguinte: *"isso vai tornar-nos mais atentos, e originar que o erro ocorra menos"* isto porque *"quando a gente não discute as coisas e se cala até parece que as coisas não existiram, esquece-se mais depressa"* (ET11).

Em contrapartida, e como consequência do facto de considerarem que o erro não ocorre, quatro dos enfermeiros entrevistados não referiram qualquer tipo de medida a adotar.

Nenhum dos entrevistados referiu a importância da declaração de eventos adversos como forma de prevenção do risco.

No período de 2012 até 2014, apenas foram declarados pela unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Braga, oito eventos adversos no que respeita à medicação e fluidos intravenosos, tal facto que contraria o que vem descrito na bibliografia ao referirem que a ocorrência de erros e eventos adversos numa unidade de cuidados intensivos é superior a este número.

Veja-se Moreno (2009, *cit in* Fragata, 2011) que refere que 1,7 erros por doente internado acontecem numa unidade de cuidados intensivos o que se reflete em 75 eventos ocorridos por cada 100 doentes /dia referente ao uso da medicação intravenosa.

Atente-se a outro autor, Valentin (2009, *cit in* Fragata, 2011), que estima que 30 a 40 eventos por cada 100 doentes/dia ocorram numa unidade de cuidados intensivos.

A tabela V, apresentada de seguida, visa perceber a perspetiva do enfermeiro acerca da segurança do doente crítico no que respeita à prática atual na preparação e administração de medicação.

Tabela V - Categoria 2: Perspetiva do Enfermeiro acerca da Segurança do Doente Crítico no que respeita à Prática atual na preparação e administração de medicamentos

SUBCATEGORIA	INDICADORES		UNIDADES DE CONTEXTO	ENTREVISTA
Prática Atual na preparação e administração de medicamentos: perspetiva dos riscos	Sem consequências	- Irrelevante na ocorrência de erros; - Otimização do trabalho de Enfermagem	<i>"Pode trazer, embora em termos de otimização no fundo do trabalho é o mais fácil, mas é claro que seria mais, teria muito menos riscos se cada um preparasse a sua medicação."</i>	E10
		- Aumenta o grau de vigilância	<i>" O facto de todos os enfermeiros prepararem medicação para todos os doentes, até pode aumentar o grau de vigilância (...)"</i>	E11
	Com Consequências	- Incumprimento de Protocolos	<i>" (...) agora há protocolos que não são cumpridos pela parte médica"</i>	E1
		- Etiquetas Pequenas, com informação muito reduzida	<i>"(...) as etiquetas não estarem muito bem definidas e determinadas observações que são colocadas no programa não aparecerem imprimidas (...)"</i>	E2
		- Incongruência entre o que está prescrito e o que vem colocado nas etiquetas	<i>"(...) Alguma medicação que não esta bem esclarecida em termos de dosagem e temos que decorrer muitas vezes ao médico para esclarecer essa situação, porque foge um bocadinho aos</i>	E2
		- Incongruência entre o que está prescrito e os protocolos instituídos		

			<i>protocolos que temos instituídos (...)</i>	
		- Incongruência entre o que está prescrito e o que se pretende	<i>"(...) por vezes existe as vezes alguma incongruência entre o que prescrevem e o que querem (...)"</i>	E3
		- Facilita a ocorrência de erros, na preparação de terapêutica para as 10 horas seguintes	<i>"(...) é muito suscetível, porque se prepara perfusões para pelo menos 10 horas (...) Acumula-se num tabuleiro se calhar 10 seringas, as etiquetas são pequenas, e é muito fácil errar na troca de uma seringa..."</i>	E6
			<i>"(...) já aconteceu por vezes em trocas de seringa, denotarmos alterações a nível neste caso tensional, portanto a nível hemodinâmico (...)"</i>	E9

No que diz respeito ao procedimento utilizado pelos profissionais de Enfermagem na preparação e administração da terapêutica foi curioso verificar a forma como este procedimento é realizado.

Neste contexto de UCIP, pelo menos no hospital onde o estudo foi realizado, a preparação da medicação é feita por todos os enfermeiros para todos os doentes internados na referida unidade.

Isto implica que cada enfermeiro ao preparar a terapêutica o faça para os doentes que tem ou não a seu cargo e para outros do qual não está responsável. Significa portanto que esta prática de preparação de terapêutica se afasta do princípio geral da administração da terapêutica – “quem prepara administra”.

Na alínea e) do ponto 4 do artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), referente às intervenções dos enfermeiros pode ler-se que os enfermeiros “*procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais*”, o que pode não se verificar com o método utilizado na preparação e administração da terapêutica empregado pelos enfermeiros da UCIP, já que em algumas situações administram terapêutica farmacológica e não têm conhecimento da forma como esta foi preparada.

Posto isto, e confrontando os enfermeiros entrevistados com este facto, um deles afirmou que isto não traz quaisquer consequências negativas quer para o doente e/ou serviço, já que “*A nível*

da UCIP acho que não há muito o erro de medicação, que me pareça, ... ou pelo menos poderá haver numa primeira fase (...)" (ET11).

No entanto, outro entrevistado considerou que o facto de a medicação ser preparada por mais do que uma pessoa, e ser administrada por outro "*até pode aumentar o grau de vigilância e em termos de otimização do trabalho é o mais fácil*" (ET10). Verifica-se contudo, uma dualidade de opinião, já que tem consciência de que "*teria muito menos riscos se cada um preparasse a sua medicação.*" (ET10).

Segundo o *Nursing and Midwifery Council*, (1992, cit in Coimbra & Cassiano, 2001) "*Administrar medicamentos prescritos é um papel fundamental às equipas de enfermagem. Não é somente uma tarefa mecânica a ser executada em complacência rígida com a prescrição médica. Requer pensamento e o exercício de juízo profissional*".

Partilhando ainda a ideia de Coimbra & Cassiano (2001), num artigo publicado em 2001 pela Revista Latino – Americana de Enfermagem intitulado "Responsabilidade da Enfermagem na Administração de Medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência", estes consideram que à administração da terapêutica estão vinculadas duas facetas: a responsabilidade jurídica e a responsabilidade ética e moral, sendo estes princípios legais do código deontológico de Enfermagem.

Acrescente-se ainda o facto de que se as atividades de Enfermagem estão intimamente relacionadas com o respeito pela dignidade humana, a administração de medicamentos com responsabilidade é encarada como um ato de "*extrema consciência social e humana, mais do que com uma atribuição técnica profissional*" como consideram. Para além disso a administração de terapêutica farmacológica com responsabilidade, traduz por parte da Enfermagem uma prática holística diminuindo a probabilidade de erros.

Visto isto, não considero este método eficaz nem viável, e com alguma fuga de responsabilidades no caso de algum evento negativo ocorrer. Mais, penso que esta situação não vai ao encontro do exposto no Código Deontológico do Enfermeiro Decreto-lei nº 104/98, artigo 88º da excelência do exercício, em que considera que o enfermeiro deve "*Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude*".

No caso específico do presente estudo, como não existe por parte de alguns entrevistados conhecimento de falhas que possam ter ocorrido na preparação, a probabilidade de errar na administração vai ser grande, e com este facto considero que não haverá uma mudança de atitudes neste grupo profissional, logo a probabilidade de diminuir o risco não existe.

Noutra linha de pensamento oposta, estão os restantes dez entrevistados que consideram que este método de trabalho, pode trazer consequências negativas. Para além disso apontam outros fatores como determinantes e/ou adjuvantes a uma maior ocorrência de erro.

Neste sentido, alguns entrevistados apontam o incumprimento de protocolos como medida adjuvante à ocorrência de erro: “(...) *nós tínhamos protocolos e seguíamos a rigor e agora há protocolos que não são cumpridos pela parte médica (...) se houvesse protocolos bem definidos a probabilidade de ocorrer um erro era muito menor.*” (ET1).

Bates (1995, *cit in* Fragata (2011), aponta as fases da prescrição e da administração como aquelas onde a ocorrência de erro é maior. O mesmo autor revela valores como 56% e 34%, respetivamente, de ocorrências de erros, concluindo que deve ser nestas fases que o investimento em segurança deve ser maior.

Neste sentido, dez dos enfermeiros entrevistados, consideraram que existe alguma incongruência nas prescrições relativamente ao que informaticamente está prescrito e ao que é impresso nas etiquetas como refere: “*Em termos de prescrição há essa dificuldade. E muitas das vezes acabamos pelo hábito dizer o doente por norma é este volume, são estes miligramas que faz. Em princípio é isto mais ou menos que se queria. E acaba muitas vezes por nem se perguntar quando a prescrição até nem é aquela, ou o pretendido até é aquilo mas a prescrição não está bem-feita. Outras vezes o pretendido é mesmo aquilo e acaba-se por se dar aquilo que é habitual dar-se.*” (ET9).

Existe também alguma incongruência entre o que está prescrito e os protocolos instituídos, levando a que muitas vezes esses protocolos não sejam cumpridos, como diz: “*No nosso sistema eletrónico por vezes existe alguma incongruência entre o que prescrevem e o que querem e nós se não tivermos com alguma atenção, se não formos meticolosos podemos cometer alguns erros*” (ET3), como aliás também já foi referido anteriormente.

Outro fator que alguns entrevistados consideram determinante para a ocorrência de erros, e seguindo ainda a política da terapêutica da medicação ser preparada por todos os enfermeiros, é o facto da mesma ser preparada para “10 ou 12 horas” (ET6). Um dos entrevistados considera no entanto, “que é uma prática insegura, só que é uma prática que é precisa, porque há muitas outras atividades para se fazer a seguir.” (ET6).

Relativamente a este facto, e reportando ao exposto no Código Deontológico do Enfermeiro Decreto-lei nº 104/98, artigo 88º da excelência do exercício, o enfermeiro deve “procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa”, ou seja, no caso da preparação da terapêutica para 10 ou 12 horas considero que não só não se individualizam as necessidades de cada doente, pelas alterações terapêuticas constantes que surjam, como em casos de alterações de terapêutica durante o turno poderão existir desperdícios e gastos em termos de recursos materiais.

Na tabela seguinte, analisa-se a perspetiva do enfermeiro acerca da segurança do doente crítico quanto à prática atual na administração de terapêutica farmacológica.

Tabela VI - Categoria 2: Perspetiva do Enfermeiro acerca da Segurança do Doente Crítico quanto à prática atual na administração de medicamentos

SUBCATEGORIA	INDICADORES		UNIDADES DE CONTEXTO	ENTREVISTA
Prática Atual na administração e medicamentos	Situação Emergente	-Administração da terapêutica sem prescrição, independente da situação - Confiança na atuação da Equipa	“(...) neste aspeto nunca tivemos problemas em dar a medicação e depois eles prescreverem”.	E1
			“(...) cumprir uma indicação verbal parte sempre do princípio de uma confiança entre profissionais de serviço que estão a trabalhar no mesmo local e partindo dessa confiança muitas das vezes não há uma prescrição na hora.”	E4
	Situação Não Emergente		“Administro sem prescrição (...) independentemente de ser emergência ou não, sim. Estamos a falar numa unidade em que os médicos estão permanentemente cá (...)”	E6
	“Em cuidados intensivos não me parece que faça muito sentido estar a espera de uma prescrição para depois administrar (...) portanto se tivéssemos a espera de formalizações de prescrições de terapêutica o		E7	

			<i>doente sairia prejudicado”</i>	
			<i>“(…) por norma e acreditando e conhecendo a equipa, administro porque sei sinceramente que depois a medicação vai ser prescrita (…)”.</i>	E9

A última questão colocada visou perceber qual a atuação dos enfermeiros no que toca administração da terapêutica quando esta é dada verbalmente, em situações emergentes e não emergentes, ou seja, se independentemente dessas situações a medicação é administrada com ou sem prescrição.

Das respostas obtidas, a grande maioria dos entrevistados respondeu que independentemente de se falar de uma situação emergente ou não, administram medicação sem que esta esteja prescrita de forma escrita, como afirma o seguinte entrevistado: *“É administrar e depois prescrever (...), porque por norma e acreditando e conhecendo a equipa, administro porque sei sinceramente que depois a medicação vai ser prescrita”* (ET9).

Todos os elementos da equipa constataram que o faziam, porque trabalhavam numa base de confiança com os restantes profissionais. Como consideram os dois seguintes entrevistados *“Tenho que confiar na médica”* (ET8) *“(…) cumprir uma indicação verbal parte sempre do princípio de uma confiança entre profissionais de serviço que estão a trabalhar no mesmo local e partindo dessa confiança muitas das vezes não há uma prescrição na hora.”* (ET4).

Apenas um afirmou que apenas administra medicação quando esta está prescrita e apenas em situação não emergente: *“Se for em caso de emergência não espero que a prescrevam. Senão espero que a prescrevam”* (ET3).

Após apresentação, análise e contextualização do problema identificado, e fazendo a interligação para a etapa seguinte, pretende-se com a realização deste trabalho de projeto alertar para alguns erros explicados anteriormente, e a forma de prevenir a ocorrência de erros e acidentes numa Unidade de Cuidados Intensivos e promover a segurança e a qualidade dos cuidados a prestar ao doente crítico.

A prevenção dá resposta ao que é hipotético e imprevisto. Precavê um risco *antes de*, ou seja, na imprevisibilidade do seu acontecimento (Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, 2006).

O conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2006), crê importante realçar que a precaução “*insta a agir, fazendo da incerteza a pedra de toque da proteção (...) por isso é importante a vigilância e uma pedagogia do risco*”.

De modo a concretizar a resposta ao problema geral, as atividades deste trabalho de projeto passaram por procurar fundamentação teórica, por realizar entrevistas informais com profissionais da área e da equipa do serviço em estudo, por pesquisar trabalhos e/ou documentos anteriormente desenvolvidos, por solicitar reuniões a profissionais da equipa com o objetivo de perceber as suas dúvidas e/ou estratégias que possam ser adotadas para dar resposta ao problema reconhecido.

No próximo ponto serão apresentados e descritos os objetivos gerais e específicos delineados para este estágio.

2.2.1.1.3 *Objetivos Gerais e Objetivos Específicos*

Os objetivos “*apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico*” (Mão de Ferro, 1999 *cit in* Ruivo & Ferrito, 2010).

O mesmo autor considera ainda que “*avaliação de um objetivo geral só é possível se este for traduzido em termos específicos, uma vez que garante maior objetividade aos resultados esperados, sob a forma de comportamentos observáveis*”.

Para Lakatos & Marconi (1990, p.210) o objetivo geral relaciona-se *com o “conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e dos eventos, quer das ideias estudadas”, e os objetivos específicos, tem “função intermediária e instrumental, permitindo atingir o objetivo geral e aplicá-lo a situações particulares*”. Assim, na esteira destes autores, esquematizamos os objetivos representados na Tabela VII.

Tabela VII - Objetivos Gerais e Específicos

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
i) Perceber a dinâmica da unidade de cuidados intensivos polivalente, no que respeita à preparação e administração de terapêutica farmacológica	i) Participar na Gestão de Risco referente aos erros e acidentes que ocorram na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
ii) Compreender de que forma os erros e acidentes na preparação e administração de terapêutica ocorrem	
iii) Conhecer o modo de atuação de cada enfermeiro na ocorrência de erros e/ ou acidentes na unidade em estudo	
iv) Perceber a atuação da equipa de Enfermagem da UCIP	

na ocorrência de algum erro e/ou acidente no que respeita à terapêutica farmacológica	
v) Promover a segurança dos cuidados de Enfermagem aos doentes críticos internados numa unidade de cuidados intensivos polivalente, no contexto de melhoria contínua da qualidade	i) Elaborar um projeto de investigação no âmbito da Gestão de Risco no que concerne à ocorrência de erros e acidentes na preparação e administração da terapêutica farmacológica, como forma de promover a segurança do doente Crítico
	ii) Cumprir regras profissionais, técnicas, ético-deontológicas, tendo em vista a não ocorrência de erros na administração da terapêutica farmacológica.
	iii) Adquirir competência no manuseamento dos diferentes equipamentos específicos duma unidade de cuidados intensivos e/ou outros (ventilador, bombas perfusoras, seringas perfusoras, entre outros)
	iv) Gerir o manuseamento de medicamentos de alto risco (MAR)

De forma a dar cumprimento aos objetivos delineados, foram planeadas algumas atividades que são apresentadas e descritas seguidamente.

2.2.1.2 Planeamento

A fase do Planeamento visa o levantamento dos recursos existentes e as limitações que podem condicionar o próprio trabalho. Nesta fase, definem-se as atividades a desenvolver pelos intervenientes do projeto na concretização dos objetivos previamente delineados, os métodos, técnicas de pesquisa e cronograma (idem, 2010).

Posto isto, na tabela VIII que se apresenta a seguir, são apresentadas as atividades a desenvolver para a concretização dos objetivos antes delineados.

Tabela VIII - Objetivos Gerais, Objetivos Específicos e Atividades a Desenvolver

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades a Desenvolver
i) Perceber a dinâmica da unidade de cuidados intensivos polivalente, no que respeita à preparação e administração de terapêutica farmacológica	i) Participar na Gestão de Risco referente aos erros e acidentes que ocorram na UCIP	i) Integrar uma equipa de enfermeiros da unidade em estudo;
ii) Compreender de que forma os erros e acidentes na preparação e administração de terapêutica ocorrem		ii) Observar a forma de preparação e administração da terapêutica
iii) Conhecer o modo de atuação de cada enfermeiro na ocorrência de erros e/ ou acidentes na unidade em estudo		iii) Participar na preparação e administração da terapêutica;
iv) Perceber a atuação da equipa de Enfermagem da UCIP na		iv) Rever as linhas e documentos orientadores
		v) Pesquisar em dados já divulgados sobre os erros e acidentes ocorridos na unidade no que concerne à terapêutica;
		i) Conhecer o papel da enfermeira responsável pela Gestão de

<p>ocorrência de algum erro e/ou acidente no que respeita à terapêutica farmacológica</p>		<p>Risco da UCIP</p> <p>ii) Conhecer as medidas adotar na ocorrência de erros e/ou acidentes de terapêutica;</p> <p>iii) Conhecer o papel da enfermeira responsável pela Gestão de Risco da UCIP no trabalho que executa quando se depara com um erro e/ou acidente;</p> <p>iv) Conhecer o papel da enfermeira responsável pela Gestão de Risco da UCIP na equipa da qual faz parte;</p> <p>v) Conhecer o trabalho da equipa de Gestão de Risco do Hospital de Braga.</p>
<p>v) Promover a segurança dos cuidados de Enfermagem aos doentes críticos internados numa unidade de cuidados intensivos polivalente, no contexto de melhoria contínua da qualidade</p>	<p>i) Elaborar um projeto de investigação no âmbito da Gestão de Risco no que concerne à ocorrência de erros e acidentes na preparação e administração da terapêutica, como forma de promover a segurança do doente Crítico</p>	<p>i) Pesquisar as causas da ocorrência de erros e acidentes;</p> <p>ii) Pesquisar os erros e acidentes mais frequentes na UCIP;</p> <p>iii) Apresentar proposta de implementação de medidas inovadoras ou outras no trabalho de Enfermagem de forma a controlar as causas;</p> <p>iv) Apresentar a proposta à enfermeira chefe do referido serviço;</p> <p>v) Realizar entrevistas aos profissionais de enfermagem da UCIP;</p> <p>vi) Recolher dados junto da enfermeira responsável pela Gestão de Risco do Hospital e da UCIP</p>
	<p>ii) Cumprir regras profissionais, técnicas, ético-deontológicas, tendo em vista a não ocorrência de erros na administração da terapêutica</p>	<p>i) Pesquisar protocolos da terapêutica do serviço;</p> <p>ii) Pesquisar protocolos de diluição da terapêutica;</p> <p>iii) Rever as linhas orientadoras</p> <p>iv) Propor a modificação do plano de trabalho de Enfermagem;</p> <p>v) Distribuir a proposta;</p> <p>vi) Validar a proposta com a equipa e coordenação da equipa;</p> <p>vii) Trabalhar em equipa</p>
	<p>iii) Adquirir competência no manuseamento dos diferentes equipamentos específicos duma unidade de cuidados intensivos e/ou outros (ventilador, bombas perfusoras, seringas</p>	<p>i) Participar em formações em serviço</p>

	perfusoras, entre outros)	
	iv) Gerir o manuseamento de medicamentos de alto risco (MAR)	i) Verificar doses corretas dos medicamentos a administrar; ii) Identificar medicamentos perigosos e não perigosos; iii) Efetuar a correta separação dos Resíduos Hospitalares no que respeita aos MAR

As atividades relativas aos três primeiros objetivos só foram possíveis mediante o contacto direto com cada situação em particular, nos diferentes dias de estágio realizado. O facto de também eu poder preparar e administrar a terapêutica permitiu-me estar mais por dentro da situação e perceber a obrigatoriedade e a necessidade da rotina implementada na unidade de cuidados intensivos no que respeita à preparação e administração da terapêutica. O apoio e ajuda de cada profissional foram essenciais nesta realização.

Durante o planeamento deste Trabalho de Projeto, e após escolha definitiva do tema abordar, considerei necessário perceber o que significava “gestão de risco”, ou o que é um gestor do risco, ou em que medida o risco acontecia, ou como é que os profissionais interpretavam uma situação de risco, ou até mesmo o modo como atuavam nessas situações ditas de risco.

Por meio de pesquisas realizadas e em conversas informais com os responsáveis da unidade, foi-me dado a conhecer a existência de uma enfermeira responsável da gestão de risco quer do hospital, quer da unidade de cuidados intensivos. Conhecer os seus papéis foi essencial para atingir o objetivo e perceber a dinâmica de atuação destas equipas face à ocorrência de um erro, acidente ou situação de risco.

A elaboração deste Trabalho de Projeto objetiva, entre outros, a melhoria contínua da qualidade relativa aos cuidados de Enfermagem prestados no que respeita à terapêutica, podendo constituir-se assim uma proposta de alteração no plano de trabalho da equipa de Enfermagem. Contudo, não se pretende mudança de hábitos ou rotinas, mas sim uma reflexão de pontos essenciais e que possam ser alterados.

Para isso, foram seguidas as atividades acima referidas, muitas delas conseguidas em “trabalho de campo” ou seja, no local onde ocorreu o estágio clínico, outras através de pesquisas com evidência científica.

2.2.1.2.1 Cronograma do Trabalho de Projeto

O cronograma foi construído numa fase inicial do Trabalho de Projeto e constitui-se como um instrumento importante na orientação do trabalho a desenvolver, sendo portanto flexível às possíveis alterações que ocorreram ao longo do estágio.

Isto porque, algumas das atividades dependiam de oportunidades que pudessem ocorrer e/ou da disponibilidade dos profissionais participantes no estudo. O cronograma apresentado foi revisto após o acerto das atividades envolvidas.

Tabela IX - Cronograma do Trabalho de Projeto

ATIVIDADES	2014												2015
	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO
Revisão da Literatura													
Elaboração do quadro teórico													
Apresentação do Projeto à Comissão de Ética da Universidade do Minho													
Apresentação do Projeto à Comissão de Ética do Hospital de Braga													
Pedido de Autorização à Instituição e Participantes do Projeto													
Elaboração dos Instrumentos de Recolha de Dados													
Recolha de dados por meio das Entrevistas													
Tratamento de Dados													
Implementação de Estratégias													
Análise e Interpretação dos Resultados													
Apresentação dos Resultados													
Elaboração do Relatório de Estágio													
Entrega do Relatório de Estágio													

2.2.1.2.2 *Recursos Humanos e Materiais*

Os recursos utilizados são determinados pelo investigador dependendo dos objetivos que este quer alcançar, podendo dividir-se em recursos humanos e materiais (Ruivo & Ferrito, 2010).

Os recursos humanos referem-se principalmente, e neste caso específico, aos profissionais de Saúde que trabalham na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Braga, à enfermeira Chefe dessa mesma unidade. Também aos supervisores clínicos e orientadores científicos que me ajudaram na concretização deste projeto.

Com todos estes participantes e como refere Ruivo & Ferrito (2010, p.22), foi possível estabelecer uma *“confiança traduzida em relações profissionais sinceras e autênticas, existe respeito recíproco entre cada elemento, reconhecimento das competências específicas e consenso quanto aos objetivos atingir (...)”*.

No que concerne aos recursos materiais, estes dizem respeito às entrevistas utilizadas, computador, fotocópias diversas, livros de leitura, gravador, internet, bases de dados, entre outros.

De forma simples, os recursos materiais utilizados, são considerados por Ruivo & Ferrito (2010, p.22) como *“os equipamentos e tecnologias utilizadas na realização do projeto”*.

Relativamente aos meios financeiros, e no caso particular deste Trabalho de Projeto, não houve necessidade que este fosse financiado.

2.2.1.2.3 *Previsão dos Constrangimentos*

Um Trabalho de Projeto tem previsto ainda três fases: Execução, Avaliação e Divulgação.

No caso específico deste projeto e por contingências externas de tempo disponível para a finalização do mesmo, não foi possível desenvolver as três fases conforme estava planeado desenvolver.

Fica no entanto uma proposta de execução, passível de ser retomada no futuro por mim ou pelos intervenientes deste estudo se assim o considerarem pertinente.

2.2.1.3 Execução

A fase de execução é a terceira fase da metodologia do projeto, que coloca em prática tudo o que foi previamente planejado. É a fase onde “*o esboço do desejo*” começa a tornar-se uma situação real construída como afirma Carvalho *et al*/2001 (*cit in* Ruivo & Ferrito, 2010).

Na fase de execução, os intervenientes vêm realizadas as suas vontades por meio de ações planejadas. Para isso, espera-se uma procura de dados, de informações e documentos que cooperem na resolução do problema detetado (Ruivo & Ferrito, 2010).

2.2.1.3.1 Proposta de Execução

Atualmente, o estudo do conceito de “*Patient Safety*” tem adquirido maior relevância, dada a sua complexidade e importância na área da saúde.

Matéria estudada e analisada por vários autores, torna-se pertinente a sua abordagem e as preocupações que ela causa na comunidade científica intensificam-se, e daí a necessidade de criar estruturas de apoio e/ou metas internacionais para sua contínua implementação e padronização.

Em 2003, o *Institute of Medicine* alertava para a necessidade de padronizar, uniformizar e criar estratégias por forma a reduzir a ocorrência de incidentes potencialmente evitáveis, e assim melhorar a gestão de informação no que diz respeito à segurança do doente.

Com o mesmo objetivo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), criou em 2004 a *World Alliance for Patient Safety* que por sua vez viria a desenvolver a Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD). Esta classificação permite a “*categorização da informação sobre a segurança do doente utilizando um conjunto de conceitos estandardizados com definições aceites, uma terminologia própria e as relações entre elas, baseados numa ontologia de domínio explícita*”.⁵

Para Fragata (2011, p. 256) a CISD “*representa um ciclo de aprendizagem e melhoria contínua, focando a identificação, a prevenção, a deteção, a redução de riscos, a recuperação dos*

⁵ Direção- Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Acedido em 21, Outubro, 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf

incidentes e a resiliência do sistema. Visa também uniformizar o método de análise, a linguagem, as definições e os conceitos”.

Os conceitos essenciais e no qual a CISD assenta são: i) Tipo de Incidente; ii) Resultados para o Doente; iii) Características do Doente; iv) Características do Incidente; v) Fatores/Perigos Contributivos; vi) Resultados para a organização; vii) Detecção; viii) Fatores Atenuantes; ix) Medidas de Melhoria; x) Medidas adotadas para reduzir o risco.

No seguimento das medidas adotadas para reduzir o risco segundo a CISD, conforme ilustrado a seguir⁶, serão posteriormente apresentadas algumas propostas de execução para este fim.

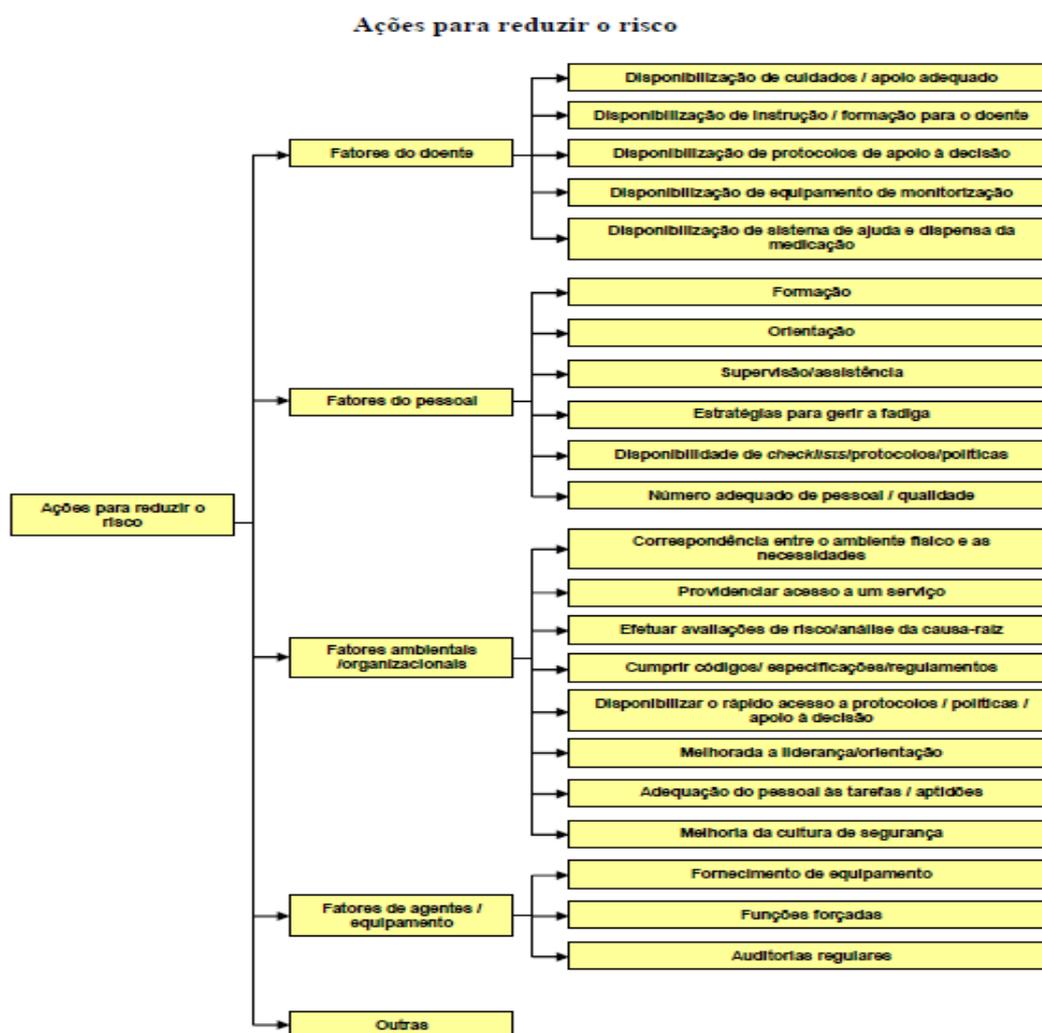


Figura 2 - Medidas para reduzir o risco conforme a Classificação Internacional para a Segurança do Doente

⁶ Direção- Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Acedido em 21, Outubro, 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoSegDoente_Final.pdf

Conforme o exposto na ilustração, as medidas pessoais para reduzir o risco no que respeita à terapêutica farmacológica, passariam por:

i) Formações mensais sobre o tema segurança do doente, análise e reflexão de situações vivenciadas, e análise de erros sinalizados pela equipa de gestão de risco, numa perspetiva de perceber como aconteceram, de que forma, e o que fazer para serem prevenidos;

De forma a melhorar a cultura de segurança, optar possivelmente por:

i) Preparar medicação para o momento específico de administração e não para 10 ou 12 horas conforme relatado nas entrevistas;

ii) Preparar perfusões conforme necessidade;

iii) Seguir protocolos instituídos;

iv) Distinguir as diferentes perfusões (dividir em grupos por exemplo) por cores, com colocação de etiquetas quer nas seringas com a terapêutica, quer nas bombas perfusoras, onde estejam bem visíveis aos profissionais, exemplificado na tabela X;

Tabela X - Exemplo de Correspondência entre alguns grupos farmacológicos e cores de identificação

Curarizantes - LARANJA	Inotrópicos - VERMELHO	Analgésicos/Sedativos - AZUL	Outras Perfusões - VERDE
Rocurónio	Noradrenalina Pura - com X	Fentanil	Insulina
Cisatrácuro	Noradrenalina Diluída - sem X	Midazolam	Furosemida
	Dobutamina	Propofol	
	Dopamina		

v) Colocar nas bancadas de trabalho (bem visíveis a todos os profissionais) e sob a forma de tabelas, as diferentes diluições de cada fármaco utilizado em contexto de UCIP.

Uma outra forma de reduzir o risco, e segundo a Classificação Internacional para a Segurança do Doente, passa por exemplo, pela melhoria da supervisão/orientação clínica.

O modelo de Desenvolvimento Profissional, desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros, integra o sistema de certificação de competências e sistema de individualização de especialidades.

Para efeitos de Certificação de Competências, a prática tutelada de Enfermagem diz respeito a dois períodos, como sendo o EPT e DPT.

Segundo o Conselho de Enfermagem, estes períodos devem ocorrer num quadro modelo de Supervisão Clínica para que assim precedam à validação de competências e à sua certificação (Conselho de Enfermagem, 2010).

O mais importante na supervisão clínica, não é optar por um ou outro modelo, mas sim as relações de que se criam através desses modelos de supervisão.

A existência de práticas de supervisão clínica colaborativa, por exemplo, pode assegurar e garantir uma qualidade dos cuidados de Enfermagem na medida em que implica todos os intervenientes no processo de supervisão e assenta em três eixos fundamentais: ação, reflexão e colaboração. Espera-se do supervisor uma adequação na sua forma de supervisionar e no estilo de supervisão que adota, tendo como princípio básico que este processo seja para o supervisionado um processo de aprendizagem e de mudança.

O supervisor torna-se um potencial gerador de uma ótima qualidade nos cuidados, quando a sua supervisão clínica é capaz de gerar novas dinâmicas e práticas profissionais. Facilita a compreensão mútua e o cruzamento de intersubjetividades.

2.2.1.4 Avaliação

A fase da Avaliação, sendo contínua, permite *“uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como análise dos resultados”* (Carvalho *et al* 2001, *cit in* Ruivo & Ferrito, 2010).

Possibilita melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre ação e os resultados) (Ruivo & Ferrito, 2010).

A avaliação operatória, permanente, participante, e formativa são os quatro tipos de avaliação que compõe a quarta fase da metodologia de projeto (Ruivo & Ferrito, 2010).

2.2.1.5 Divulgação

A última fase da metodologia de projeto passa pela Divulgação do projeto desenvolvido. Esta fase faz parte do desenvolvimento de um projeto, devendo ser devidamente planeada. O seu principal objetivo é informar a população de todo o trabalho que foi desenvolvido, através de *posters*, folhetos, vídeos, apresentações, artigos, entre outros (Ruivo & Ferrito, 2010).

Permite por isso, assegurar o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de analisar as estratégias adotadas na resolução do problema (Ruivo & Ferrito, 2010).

Como foi referido na introdução do presente documento, a realização deste projeto insere-se no estágio da Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital situado na Zona Norte de Portugal.

Como forma de divulgar este trabalho, e com vista a elucidar sobre aspetos essenciais dos cuidados prestados em unidades como os Cuidados Intensivos, prevê-se a sua apresentação aos Profissionais de Enfermagem e Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Braga.

O capítulo seguinte fica a cargo das considerações finais em que nela constam reflexões de todo o trabalho desenvolvido.

3 CONCLUSÃO

A realização deste relatório assenta em pressupostos de reflexão sobre uma situação particular de um estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Braga, tendo como tópicos essenciais os mesmos que devem constar para o desenvolvimento de um trabalho de projeto.

O estágio nesta unidade de cuidados permitiu não só desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, como também competências de observação de práticas clínicas desenvolvidas pelos enfermeiros, com o intuito de estudar as ocorrências originárias de acidentes, considerados de risco não só para este grupo profissional, como também para a pessoa em situação crítica. Neste sentido, a temática abordada para a sua realização foi escolhida no âmbito da gestão de risco, direcionado para a terapêutica farmacológica (preparação e administração), definindo como tema geral – Promoção da Segurança do Doente Crítico: Práticas Terapêuticas Farmacológicas numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Assim, o objetivo primordial do trabalho de projeto foi perceber de que forma a segurança e qualidade dos cuidados da pessoa em situação crítica internada numa unidade de cuidados intensivos polivalente estão asseguradas no que diz respeito aos procedimentos implícitos na preparação e administração da terapêutica farmacológica, utilizados pelos enfermeiros que aqui exercem funções.

No decorrer deste relatório foram descritos, analisados e discutidos três temas essenciais e que nortearam a sua realização: segurança, qualidade e gestão de risco. O presente relatório torna explícitos os vários autores e entidades governamentais que têm trabalhado os temas centrais do nosso trabalho de projeto. A comprovar este facto o *Institute of Medicine*, estabeleceu componentes essenciais para a qualidade, sendo uma delas a segurança, também a este respeito, o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, estabelece os padrões de qualidade para determinação de critérios de idoneidade formativa e finalmente o Código Deontológico que torna explícito o que se espera do enfermeiro especialista, ou seja, a capacidade de decisão, devidamente fundamentada nos aspetos científicos, técnicos e humanísticos inerentes à própria

profissão. Acrescentar um outro dado, que é a caracterização de nível III que o próprio Ministério da Saúde faz da UCIP do Hospital de Braga, o que significa que esta unidade deve dispor de medidas de controlo contínuo da qualidade e inevitavelmente de segurança.

Neste sentido, refletir sobre segurança e qualidade das práticas clínicas, é para os enfermeiros um imperativo da sua profissão, mais quando se refere a unidades tão complexas como são as unidades de cuidados intensivos polivalentes.

Ao longo do estágio e de forma a dar início ao processo de investigação, observei situações que considerei potencialmente de risco para a pessoa em situação crítica, pela grande probabilidade da ocorrência de erros, uma delas e a principal: a preparação da terapêutica farmacológica pelos enfermeiros, independentemente dos doentes que estes tinham a seu cargo. E perante tal facto a questão de partida foi perceber de que forma esta prática de preparação da terapêutica farmacológica na UCIP do HB garantia a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Depois de uma vasta pesquisa aos estudos realizados neste âmbito, além das conversas com peritos na área, iniciei a recolha de dados, tendo como principal instrumento a entrevista, realizada aos profissionais de enfermagem, com o objetivo de conhecer as suas perspetivas acerca das suas práticas de terapêutica farmacológicas.

Perante este facto, e das respostas obtidas foi curioso conhecer a diversidade de opiniões. Para alguns entrevistados, senão para a maioria, consideravam que esta forma de trabalhar permitia a otimização do trabalho de enfermagem e que segundo as suas opiniões, eram raras as vezes que essa metodologia adotada pudesse trazer alguma situação de erro. No entanto, alguns consideraram que se a terapêutica farmacológica fosse preparada por cada enfermeiro, a probabilidade de erro poderia diminuir.

Dos resultados obtidos através das entrevistas podem tirar-se algumas ilações, uma das quais o de parecer que a otimização do trabalho de Enfermagem é uma prioridade face à segurança do doente e à qualidade dos cuidados a ele prestados, tal facto evidencia a necessidade de serem proporcionados momentos de reflexão, organizados dentro do contexto da UCIP dada a sua complexidade (pelo tipo de patologias e pelo tipo de terapêutica farmacológica).

A outra ilação que se retira é que nenhum dos enfermeiros referiu a importância da declaração de eventos como uma importante forma de diminuir o erro, e os resultados assim o provam já que desde o ano de 2012 até 2014, foram declarados pela UCIP do Hospital onde ocorreu o estudo apenas oito eventos adversos. O que contraria em muito a bibliografia e outros dados científicos ao considerar-se que uma unidade de cuidados intensivos, sendo uma unidade complexa, a ocorrência de erros é bastante superior.

Moreno (2009, *cit in* Fragata, 2011) considera que os erros nos cuidados intensivos ocorrem com bastante frequência, dada a complexidade de procedimentos, patologias, tipo de medicação entre outros fatores inerentes a este tipo de unidades. Aponta ainda que, em regra, 1,7 erros por dia e por doente internado podem ocorrer numa Unidade de Cuidados Intensivos e relacionados com a terapêutica farmacológica cerca de 75 eventos por cada 100 doentes por dia.

Valentin (2009, *cit in* Fragata, 2011), refere que 30 a 40 eventos adversos graves por cada 100 doentes por dia ocorrem numa Unidade de Cuidados Intensivos distribuídos por diversos fatores, entre os quais, erros de terapêutica farmacológica.

Daí poder pensar-se que em algum momento e por algum motivo, os erros ocorridos naquela unidade podem não ter sido declarados.

A escolha da metodologia de Trabalho de Projeto para desenvolver o presente relatório de estágio, partiu do facto de este ser dinâmico, adaptável e redefinível o que permite uma maior flexibilidade às secções que o compõem. Um aspeto positivo da opção por esta metodologia e que não poderei deixar de referir nesta conclusão é que ela permite a sua implementação num outro contexto clínico, podendo levar a uma continuidade dos estudos nesta área e originar mudanças e melhorias das práticas dos profissionais de saúde. Por outro lado, considero que a sua adoção permite a utilização de estratégias e de intervenções eficazes na resolução de problemas reais, possibilitando aos intervenientes o desenvolvimento da autonomia e iniciativa.

E para finalizar este relatório, considero que o estágio realizado na UCIP proporcionou-me aprendizagens significativas ao nível pessoal, social e profissional, pelo aperfeiçoamento que ele gerou, quer ao nível das competências do Enfermeiro Generalista quer ao nível do Enfermeiro Especialistas em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

Como percurso de aprendizagem que este estágio representou foram sentidas algumas dificuldades, que foram sendo colmatadas com trabalho, esforço, pesquisa, estudo e momentos informais de aprendizagem com os restantes profissionais da unidade de cuidados.

A ajuda destes profissionais na integração ao serviço foi crucial para o meu processo de aprendizagem por ser geradora de autonomia, confiança, independência, segurança e qualidade aos cuidados prestados.

A concretização deste relatório utilizando a metodologia de Trabalho de Projeto, culmina agora. A utilização desta metodologia possibilitou-me não só adquirir competências na execução de trabalhos científicos e de investigação, como se tornou desafiadora pelo confronto com um terreno que me era pouco conhecido.

Termino com uma citação de Karl Popper, “(...) *Knowledge does grow here and there by accumulation, but far often knowledge grows by the recognition of error (...)*”.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- BARDIN, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- BOGDAN, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos* (p.134). Porto: Porto Editora.
- FERREIRA, M. (2006). *Organizações, Trabalho e Carreira*. Loures: Lusociência
- FORTIN, M. (1999). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência
- FRAGATA, J. (2011). *Segurança dos Doentes: Uma Abordagem Prática*. Lisboa: Lidel.
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência
- KEMP, N. & Richardson, E. (1995). A garantia da Qualidade no Exercício de Enfermagem (pp.4-11). Lisboa: ACEPS.
- LAKATOS, E. & Marconi, M. (1990). *Fundamentos de Metodologia Científica. Projeto e Relatório de Pesquisa* (pp. 207 – 225). 2º Edição Revista e Ampliada: Atlas.
- LAKATOS, E. & Marconi, M. (1992). *Metodologia do Trabalho Científico: Procedimentos básicos, Pesquisa Bibliográfica, Projeto e Relatório, Publicação e Trabalhos Científicos* (4ª Ed.). São Paulo: Atlas Editora
- PARREIRA, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau
- POLIT, D., Beck, C., & Hungler B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (A. Throrell, Trad.) Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original em Inglês publicado em 2001).
- RUIVO, M. & Ferrito, C. (2010). *Metodologia de Projeto – Coletânea Descritiva de etapas* (Ed. Rev.)
- RUIVO A. (2012, Dezembro). *Metodologia de Trabalho de Projeto*. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde
- SILVA, A. & Pinto, J. (1986). A metodologia das Ciências Sociais. *A Análise de Conteúdo* (pp. 101 – 128). Porto: Edições Afrontamento
- TAYLOR, F. (2011). (1ª ed.). *Princípios de Gestão Científica*. Lisboa: Edições Sílabo

- SERRÃO, D. (2004, Outubro 26). Ética das Ciências da Saúde. Acedido em 6, Novembro, 2014. Disponível em <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=113>
- COIMBRA, J. & Cassiani, S. (2001). Responsabilidade da Enfermagem na Administração de Medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9 (2) doi: 10.1590/S0104-11692001000200008. Acedido em 5, Dezembro, 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200008
- GARANHANI, M. Martins, J. Robazzi, M. & Gotelipe, I. (2008). O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem. *Revista Electrónica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 4 (2). Acedido em 6, Abril, 2014 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200007
- GUILLAMET, V., Estella M., Navais, S., Clavero, V., Agudo, F., Lloveras, G. (2012). Nurse perceptions of patient safety in ICU. *Revista de Enfermagem*, 35 (11), 34-41. Acedido em 8, Abril, 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23330330>
- LEITE, M. & Vila, V. (2005). Dificuldades vivenciadas pela equipa multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13 (2) doi: 10.1590/S0104-11692005000200003. Acedido em 6, Abril, 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000200003&script=sci_arttext
- ROMERO, C., Salazar N., Rojas, L., Escobar L., Griñén H., Berasáin M., Tobar E. & Jirón M. (2013). Effects of the implementation of a preventive interventions program on the reduction of medication errors in critically ill adults patients. *Journal of Critical Care*, 28, 451-460. Acedido em 6, Abril, 2014 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23337487>
- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2006, Junho 8). Tomada de Posição sobre segurança do cliente. Acedido em 14, Agosto, 2014. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf

- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2009). Regime Jurídico do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Acedido em 6, Novembro, 2014, em <http://www.cnecev.pt/legislacao.php>
- Conselho de Enfermagem. (2010). *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competência*. Acedido em 21, Outubro, 2014, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos1.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Acedido em 4 de Agosto, 2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção Geral da Saúde- Direção de Serviços de Planeamento (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento* (pp 5-20). Acedido em 2 de Fevereiro, 2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção- Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Acedido em 21, Outubro, 2014, em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
- Direção Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: Eixo estratégico – Qualidade em Saúde*. Acedido em 3 de Setembro, 2014. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024 - Qualidade em Sa%C3%BAde 2013-01-17 .pdf>
- Hospital de Braga. (2012). Acedido em 8 de Agosto, 2014. Disponível em <https://www.hospitaldebraga.pt/Section/O+Hospital/Hist%C3%B3ria/820>
- Hospital de Braga. (2012). Acedido em 8 de Agosto, 2014. Disponível em <https://www.hospitaldebraga.pt/Section/O+Hospital/O+Hospital/815>
- Hospital de Braga. (2012). Acedido em 8 de Agosto, 2014. Disponível em <https://www.hospitaldebraga.pt/Section/O+Hospital/Vis%C3%A3o%2c+Miss%C3%A3o+e+Valores/818>
- Hospital de Braga. (2012). Acedido em 8 de Agosto, 2014. Disponível em <https://www.hospitaldebraga.pt/Section/O+Hospital/Qualidade/880>

Institute for Safe Medication Practices (2012). *List of High – Alert Medications*. Acedido em 3, Fevereiro, 2014, em <http://www.ismp.org/tools/highalertmedications.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Acedido em 9 de Julho, 2014. Disponível no web site da Ordem dos Enfermeiros <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

World Health Professions Alliance (2002). *Patient Safety*. Acedido em 3, Fevereiro, 2014, em <http://www.whpa.org/factptsafety.htm>

Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril de 1998. *Diário da República nº 93 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa

Decreto – Lei nº 74/2006 de 24 de Março de 2006. *Diário da República nº 60 – I Série*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa

Decreto- Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. *Diário da República nº 180 – I Série*. Primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. Lisboa

Regulamento nº 167 de 2011. *Diário da República nº 47 de 8 de Março de 2011 – II Série*. Ministério da Saúde

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. *Diário da República nº 35 – IIª Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Regulamento nº 124 de 2011. *Diário da República nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011 – II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. *Diário da República nº 180 – Iª série*. 1ª Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto – Lei nº 104/98 de 21 de Abril

ANEXOS

ANEXO I

Carta de Apoio Institucional da Universidade do Minho – Escola Superior de
Enfermagem

UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM

Braga, 11 de Abril de 2014

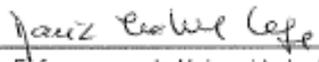
CARTA DE APOIO INSTITUCIONAL DA UM - ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM

Prezados(as) Senhores(as),

Na qualidade de Diretora de Curso do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, venho manifestar e atestar o apoio institucional da Escola Superior de Enfermagem, ao projeto de Joana Maria de Sousa Vieira, intitulado "Promoção da Segurança do Doente Crítico: Práticas Terapêuticas numa unidade de Cuidados Intensivos", orientado pela Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo e coorientado pelo(a) Professor(a) Doutor(a) João Manuel Pimentel Cainé, docentes e investigadores desta Escola.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Professora Doutora Isabel Lage 
Presidente da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho
Diretora de Curso do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Telefone: 253601300
E-mail: ilage@ese.uminho.pt

ANEXO II

Requerimento dirigido ao Presidente da Comissão Executiva do Hospital de Braga

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

EXMO. SR. PRESIDENTE DA COMISSÃO EXECUTIVA DO HOSPITAL DE BRAGA

Braga, 2014

Eu, **Joana Maria de Sousa Vieira**, aluna de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, a realizar estágio no serviço de Cuidados Intensivos, do Hospital de Braga, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo e coorientação do Professor João Manuel Pimentel Cainé, venho por este meio solicitar a vossa autorização, no sentido de poder realizar recolha de dados para fins de investigação tendo como intuito desenvolver um projeto denominado "Promoção da Segurança do Doente Crítico: Práticas Terapêuticas numa Unidade de Cuidados Intensivos".

Os dados recolhidos são confidenciais mantendo sempre o anonimato dos participantes, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento do serviço e instituição não será posto em causa.

Com os melhores cumprimentos,



(Joana Maria de Sousa Vieira)

ANEXO III

Requerimento dirigido à Presidente da Subcomissão de Ética para as Ciências da
Vida e da Saúde (SECVS)

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

EXMA. SRA. PRESIDENTE DA SUBCOMISSÃO DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE (SECVS)

Braga, 2014

Eu, **Joana Maria de Sousa Vieira**, aluna de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, a realizar estágio no serviço de Cuidados Intensivos, do Hospital de Braga, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo e coorientação do Professor e Mestre João Manuel Pimentel Cainé, venho por este meio solicitar a vossa autorização, no sentido de poder realizar recolha de dados para fins de investigação tendo como intuito desenvolver um projeto denominado "Promoção da Segurança do Doente Crítico: Práticas Terapêuticas numa Unidade de Cuidados Intensivos".

Os dados recolhidos são confidenciais mantendo sempre o anonimato dos participantes, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento do serviço e instituição não será posto em causa.

Com os melhores cumprimentos,



(Joana Maria de Sousa Vieira)

ANEXO IV

Requerimento dirigido ao Diretor de Serviço da Unidade de Cuidados Intensivos
Polivalente do Hospital de Braga

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO

EXMO. SR. DIRETOR DO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DO HOSPITAL DE BRAGA

Braga, 2014

Eu, **Joana Maria de Sousa Vieira**, aluna de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, a realizar estágio no serviço de Cuidados Intensivos, do Hospital de Braga, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Morais Carvalho Macedo e coorientação do Professor João Manuel Pimentel Cainé, venho por este meio solicitar a vossa autorização, no sentido de poder realizar recolha de dados para fins de investigação tendo como intuito desenvolver um projeto denominado "Promoção da Segurança do Doente Crítico: Práticas Terapêuticas numa Unidade de Cuidados Intensivos".

Os dados recolhidos são confidenciais mantendo sempre o anonimato dos participantes, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento do serviço e instituição não será posto em causa.

Com os melhores cumprimentos,



(Joana Maria de Sousa Vieira)

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me assegurado que os dados recolhidos apenas são utilizados para esta investigação com garantias de confidencialidade e anonimato dados pela investigadora. Desta forma, eu, abaixo-assinado, autorizo a realização do projeto de investigação de Joana Maria de Sousa Vieira.

Braga, 23 de Abril de 2014



(Dr. Luis Lencastre)

UCIP - UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS POLIVALENTE
Diretor

Dr. Luis Lencastre

ANEXO V

Formulário exigido pela Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de Braga
(CESHB)

A preencher pela CESHB

Projecto: ____ / ____ / ____

Relator: _____

Data de Recepção: ____ / ____ / ____

Data de Parecer da CESHB: ____ / ____ / ____

Projecto de Investigação Clínica

Lista de verificação da documentação enviada

(assinalar com X os Itens enviados)

Documentos	Enviado por correio eletrónico (Obrigatório!)			Entregue em suporte físico de papel (Obrigatório!)		
	Sim	Não	Não se aplica	Sim	Não	Não se aplica
Requerimento dirigido ao Presidente da Comissão Executiva do Hospital de Braga						Obrigatório!
Protocolo do estudo, incluindo os instrumentos de recolha de dados			Obrigatório!			Obrigatório!
Informação para o doente						
Modelo de Consentimento informado						
Informação do Director do Serviço em que decorrerá						
Informação do Orientador da Tese (se aplicável)						
Breve Curriculum Vitae do Investigador						
Acordo Financeiro (se aplicável)						
Apólice de Seguro (se aplicável)						

Contactos para envio dos projectos

Telefone	253 027 000	comissao.etica@hospitaldebraga.pt	Hospital de Braga
Fax	253 027 999	Aline.Vasconcelos@hospitaldebraga.pt	Apartado 2056 4701-901 BRAGA



1) **IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO / PROJECTO**

a) *Título do Estudo / Projeto de Investigação:*

Promoção da Segurança do Doente Crítico: Práticas Terapêuticas numa Unidade de Cuidados Intensivos

b) *Identificação do Investigador Principal:*

(Nome, Instituição, Serviço/Departamento, Grupo profissional e Contactos: e-mail e telefone ou telemóvel)

Joana Maria de Sousa Vieira, Enfermeira, Aluna de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.
jmsousavieira@gmail.com / 96 68 43 522

c) *Identificação do Orientador / Supervisor do Hospital de Braga:*

Não se aplica

(Nome, Serviço, Grupo profissional e Contactos: e-mail e telefone ou telemóvel)

Isabel Silva, Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.
isabelspsilva@gmail.com / 91 53 05 060

d) *Identificação do Orientador / Supervisor da Instituição de Ensino:*

O mesmo que em c)

Não se aplica

(Nome, Instituição, Departamento, Grupo profissional e Contactos: e-mail e telefone ou telemóvel)

- Ana Paula Morais Carvalho Macedo, Docente na Escola Superior de Enfermagem, - Departamento de Médico - Cirúrgica, Enfermeira amacedo@ese.uminho.pt / 96 67 45 485)
- João Manuel Pimentel Caine, Docente na Escola Superior de Enfermagem, - Departamento de Médico - Cirúrgica, Enfermeiro jcaine@ese.uminho.pt / 91 90 38 448)

e) *Classificação do Estudo / Projecto de Investigação:*

i) Trabalho Académico de Investigação

(1) Não conferidor de grau

(2) Conferidor de grau

(a) Licenciatura

(b) Mestrado

(c) Doutoramento

ii) Projeto de Investigação

iii) Ensaio Clínico

(1) Medicamentos

(2) Dispositivos médicos

(3) Outros produtos

Quais?

iv) Outro tipo de estudo

Qual?

f) *Versão:*

i) Novo

ii) Modificação / Adenda

iii) Prolongamento



g) Nome da Entidade Promotora (se aplicável):

Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

h) Serviço (s) hospitalar (es) onde será realizada a investigação:

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de Braga

i) Existem outros centros, nacionais onde a mesma investigação será efetuada?

- i) SIM
ii) NÃO

j) Descreva, sucintamente, os objetivos da investigação:

- Perceber a dinâmica da unidade de cuidados intensivos polivalentes no que respeita à preparação e administração de terapêutica farmacológica;
- Participar na gestão de Risco referente aos erros e acidentes que ocorram da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes;
- Assegurar aos doentes críticos internados numa unidade de cuidados intensivos polivalentes a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e de segurança

k) Data previsível de conclusão do Estudo / Projeto de Investigação:

31 de Setembro de 2014

(Após a conclusão do estudo / projeto de investigação deve comunicar à CESHB o seu término, bem como enviar cópia dos resultados obtidos)

2) RISCOS / BENEFÍCIOS

a) A investigação envolve doentes?

- i) SIM
ii) NÃO

b) A investigação envolve voluntários sãos?

- i) SIM
ii) NÃO

c) Que benefícios poderão advir para os participantes?

- Reforço das medidas já utilizadas pelos profissionais do serviço em estudo, de modo a obter uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados ao doente crítico;
- Procura, de forma sistemática e contínua, de dados que proporcionem aos profissionais prevenir e detetar precocemente complicações, assegurando uma intervenção segura e eficiente ao doente crítico;
- Avaliação sistemática da prática de cada profissional, permitindo um exercício seguro, responsável com consciência das atitudes e práticas que desenvolve;
- Conscientizar para os valores éticos e deontológicos que defende;
- Contribuir para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e valorização profissional.



d) *Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?*

Não são esperados quaisquer riscos ou incómodos para os participantes do estudo.

e) *A investigação envolve indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, pessoas com incapacidade temporária ou permanente do exercício de autonomia)?*

i) SIM Em caso afirmativo, quais?

Que razões justificam este envolvimento?

ii) NÃO

3) **CONFIDENCIALIDADE**

a) *Serão realizados questionários aos participantes?*

i) SIM

ii) NÃO

b) *Indique como será garantida a confidencialidade dos dados obtidos?*

- Não serão revelados dados pessoais dos intervenientes do estudo (anonimato dos participantes);
- Os dados serão apenas utilizados para fim de estudo, não havendo como tal registo de dados de identificação;
- Aspectos éticos e deontológicos assegurados, assumindo o compromisso de devolver no final do estudo os resultados obtidos no decorrer da investigação.

c) *Está previsto o acesso aos dados do processo clínico do doente?*

i) SIM

Quem terá acesso ao processo clínico?

ii) NÃO

4) CONSENTIMENTO INFORMADO

a) *Está prevista a obtenção de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, contemplando a disponibilização de informação escrita para o participante, clarificadora dos objectivos, dos riscos e dos benefícios decorrentes da sua participação no estudo/projecto de investigação, explicitando a sua inteira liberdade para decidir aceitar ou para decidir recusar a participação, garantindo que esta última opção está isenta de retaliação, afirmando idêntico grau de liberdade para, em qualquer momento do decorrer do estudo, poder anular uma decisão inicial de aceitação de participação – sem que lhe seja pedida justificação – com efeitos imediatos e sob a mesma garantia?*

- i) SIM
- ii) NÃO
- iii) NÃO APLICÁVEL

5) PROPRIEDADE DOS DADOS

a) *Havendo Promotor, os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva desta entidade?*

- i) SIM
- ii) NÃO

b) *Estão definidos critérios de publicação dos resultados da investigação?*

- i) SIM
- ii) NÃO

6) CUSTOS E FINANCIAMENTO

a) *A investigação proposta envolve exames complementares?*

- i) SIM Quem suportará os seus custos?

- ii) NÃO

b) *A investigação proposta envolve prescrição terapêutica?*

- i) SIM Quem suportará os seus custos?

- ii) NÃO

c) *Este projeto é financiado?*

i) SIM *Qual é a entidade financiadora?*

ii) NÃO

d) *Está contemplado qualquer ressarcimento ou remuneração aos doentes?*

	SIM	NÃO	NÃO APLICÁVEL
i) Pela participação no estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ii) Pelas deslocações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
iii) Pelas faltas ao serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
iv) Pelos danos resultantes da sua participação no estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

7) SEGURO

a) *Este estudo/projeto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?*

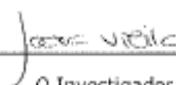
i) SIM

ii) NÃO

8) TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, **Joana Maria de Sousa Vieira**, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as normas e as recomendações constantes da Declaração de Helsinquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996, Edimburgo 2000, Washington 2002, Tóquio 2004 e Seul 2008), da Directiva 95/46/EC do Parlamento Europeu e do Conselho, das Directrizes Sobre as Boas Práticas Clínicas da EMEA - Agência Europeia do Medicamento (Londres 2000), das Directrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Organização Mundial de Saúde (Genebra 2002), das Directrizes Éticas Internacionais para os Estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e da Resolução da Assembleia da República nº1/2001.

Braga, 21 / Abri / 2014


O Investigador Principal

ANEXO VI

Modelo de Consentimento Informado

ASSUNTO: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe for feita, queira assinar este documento.

Eu, **Joana Maria de Sousa Vieira**, aluna de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, a realizar estágio no serviço de Cuidados Intensivos, do Hospital de Braga, venho por este meio solicitar a vossa prestigiada colaboração, no sentido de poder realizar recolha de dados para fins de investigação tendo como intuito desenvolver um projeto denominado "Promoção da Segurança do Doente Crítico: Práticas Terapêuticas numa Unidade de Cuidados Intensivos".

A Unidade de Cuidados Intensivos, é uma unidade multidisciplinar e altamente diferenciada das ciências médicas, que aborda a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em situação crítica, mas que são potencialmente reversíveis. Para além disso, pelas diversas patologias lá presentes, pela especialização de equipamento médico e especificidade e diferenciação de terapêutica a probabilidade de ocorrência de erros e acidentes é alta.

Note-se ainda, que a Competência do Conselho de Enfermagem preconiza que a prática do enfermeiro especialista e a atribuição do título de enfermeiro especialista, assente em padrões de qualidade como a satisfação do doente crítico, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem, sendo por isso importante que um exercício profissional tutelado e o desenvolvimento profissional tutelado façam parte da prática tutelada em enfermagem. Tudo para que garantam ao doente segurança e por consequência uma qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n° 167/2011 do Diário da República).

Por outro lado, é preocupação da Ordem dos Enfermeiros, garantir aos doentes a qualidade dos cuidados de enfermagem, pelo que se torna de facto relevante a sua regulação profissional e consequentemente dos instrumentos que comportam o desenvolvimento profissional na melhoria contínua dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

De referir ainda que segundo a World Health Professions Alliance a segurança combina "processos, tecnologia e interações humanas sendo inevitável o risco de ocorrência de eventos", definindo este último como "dano ou prejuízo causado pela gestão da doença ou condição de um cliente por profissionais de saúde". Por tudo isto, vê-se relevante e pertinente a realização deste estudo.

Mais, se acrescenta que não serão revelados dados pessoais mantendo por isso o anonimato e confidencialidade de qualquer dado recolhido e que estes serão apenas utilizadas para fim de estudo, não havendo como tal registo de dados de identificação.

É livre para abandonar o estudo a qualquer momento, e portanto a sua participação é voluntária e tem toda a liberdade de recusar ou de abandonar a qualquer momento, sem que isso o prejudique na sua relação com os seus pares e/ou outros profissionais ou lhe traga qualquer inconveniente quer a nível pessoal, quer a nível profissional.

Mais, informo, que o estudo teve o parecer favorável quer da Comissão Científica, Pedagógica, quer da Comissão Mista do referido Mestrado.

Os aspetos éticos e deontológicos, serão assegurados, assumindo o compromisso de devolver, no final do estudo, os resultados obtidos no decorrer da investigação.

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me (Joana Maria de Sousa Vieira, investigadora principal do estudo e aluna de Mestrado em Enfermagem do Doente Crítico, na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Disponibilizo os meus contactos: Telem: 96 68 43 522 ou email: jmsousavieira@gmail.com).

Muito Obrigada pela sua colaboração,

Braga, 2014



(Joana Maria de Sousa Vieira)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem com as informações verbais que me foram fornecidas pela (s) pessoa (s) que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Comprometo-me ainda assegurar a veracidade dos dados que irei transmitir.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / _____

Nota: Este documento é composto por 3 páginas e feito em duplicado: uma via para o/a investigador /a, outra para a pessoa que consente.

ANEXO VII

Declaração de Compromisso e Confidencialidade

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

"Promoção da Segurança do Doente Crítico: Práticas Terapêuticas numa Unidade de Cuidados Intensivos"

Eu, **Joana Maria de Sousa Vieira**, *Investigadora Responsável* do projeto acima referido, declaro ter conhecimento de todos os dados e informações constantes no presente projeto e que se responsabiliza pelo seu conteúdo e veracidade. Comprometo-se ainda, assumir a liderança científica do projeto e as responsabilidades da sua boa execução, garantindo a confidencialidade no processo apresentado. O projeto não envolve a dâdiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição ou aplicação de tecidos e células de origem humana.



(Joana Maria de Sousa Vieira)

ANEXO VIII

Parecer Favorável da SECVS da Universidade do Minho



Universidade do Minho

SECVS

Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

Identificação do documento: SECVS – 039/2014

Título do projeto: *Promoção da segurança do doente crítico - práticas terapêuticas numa Unidade de Cuidados Intensivos*

Investigador(a) responsável: Dra. Ana Paula Morais Carvalho Macedo, da Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho, o Dr. João Manuel Pimental Cainé, da Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho, e Joana Maria de Sousa Vieira, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho

Subunidade orgânica: Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

Outras Unidades: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente – UCIP, Hospital de Braga

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto intitulado *“Promoção da segurança do doente crítico - práticas terapêuticas numa Unidade de Cuidados Intensivos”*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 12 de junho de 2014.

A Presidente

(Maria Cecília de Lemos Pinto Estrela Leão)

ANEXO IX

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista da Pessoa em Situação
Crítica

Regulamento n.º 124/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Preâmbulo

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas — considera-se igualmente a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção, bem como a maximização da intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação.

Assim:

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica integra, junto com o perfil

das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica

1 — As competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica são as seguintes:

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (ANEXO I).

ANEXO I

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

Competência

K1 — Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Descritivo

Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.

Unidades de competência	Crítérios de avaliação
K.1.1. — Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.	K.1.1.1 — Identifica prontamente focos de instabilidade. K.1.1.2 — Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade. K.1.1.3 — Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica. K.1.1.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida.
K.1.2 — Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos.	K.1.2.1 — Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos. K.1.2.1 — Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações. K.1.2.3 — Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados.
K.1.3 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, optimizando as respostas.	K.1.3.1 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar. K.1.3.2 — Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. K.1.3.3 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. K.1.3.4 — Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor.
K.1.4 — Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.	K.1.4.1 — Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. K.1.4.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
K.1.5 — Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.	K.1.5.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica. K.1.5.2 — Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com "barreiras à comunicação". K.1.5.3 — Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.
K.1.6 — Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica.	K.1.6.1 — Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação. K.1.6.2 — Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa em situação crítica. K.1.6.3 — Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa em situação crítica. K.1.6.4 — Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

Competência

K2 — Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção.

Descritivo

Intervém na concepção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi-vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
K.2.1 — Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência.	K.2.1.1 — Demonstra conhecimento do Plano Distrital e Nacional para catástrofe e emergência. K.2.1.2 — Colabora na elaboração do plano de emergência e catástrofe da Instituição/Serviço.
K.2.2 — Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe.	K.2.2.1 — Demonstra conhecer os planos e os princípios de actuação em situações de catástrofe. K.2.2.2 — Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde. K.2.2.3 — Atribui graus de urgência e decide a sequência de actuação. K.2.2.4 — Sistematiza as acções a desenvolver em situação de catástrofe ou emergência.
K.2.3 — Gere os cuidados em situações de Emergência e ou Catástrofe.	K.2.3.1 Lidera a atribuição e desenvolvimento das papéis dos membros da equipa. K.2.3.2 Avalia em contínuo a articulação e eficácia da equipa. K.2.3.3 Introduce medidas correctivas das inconformidades de actuação.

Competência

K3 — Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Descritivo

Considerando o risco de infecção face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infecção.

Unidades de competência	Critérios de avaliação
K.3.1 — Concebe um plano de prevenção e controlo da infecção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	K.3.1.1 — Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infecção e das directivas das Comissões de Controlo da Infecção. K.3.1.2 — Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infecção. K.3.1.3 — Estabelece as estratégias pro-activas a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infecção do serviço. K.3.1.4 — Actualiza o Plano de Prevenção e Controlo de Infecção do Serviço com base na evidência.
K.3.2 — Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infecção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.	K.3.2.1 — Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo da infecção. K.3.2.2 — Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infecção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica. K.3.2.3 — Faz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infecção. K.3.2.4 — Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas.

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica de 25 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

304320161

ANEXO X

Guião da Entrevista



Código:

Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem da Universidade do
Minho

GUIÃO DE ENTREVISTA

Dados Sociodemográficos:

Sexo: Masculino Feminino Idade: _____

Nível de Formação: _____

Tipo de Vínculo à Instituição: _____

Carga de Trabalho Semanal: _____

Duplo Emprego: _____

Tempo de Experiência Profissional: _____

“A prestação de cuidados de saúde envolve riscos. Risco para os doentes, riscos para os profissionais e riscos também para os gestores e pagadores (...). Esta atividade de risco envolve a possibilidade de ocorrências incertas e indesejáveis, por vezes danosas, e estas, por sua vez, configuram desvios do esperado ou “erros”, nuns casos evitáveis e noutros, cerca de metade, totalmente inevitáveis” (Fragata, 2011).

1. Considera pertinente e relevante a realização de uma ação de formação, cujo tema seria “Patient Safety” no seu contexto de trabalho? Porquê?

2. Em alguma ocasião considerou que a segurança do doente foi posta em causa por algum erro de medicação que lhe tivesse ocorrido (quer na preparação, quer na administração e/ou relativamente aos cinco certos + 1 (medicamento certo, dosagem certa, via de administração certa, horário certo, doente certo e registo certo))? Qual foi o erro? Como aconteceu?

Se sim, esse erro foi devidamente documentado e comunicado? Quem tomou conhecimento? Houve alguma ação por parte de alguém?

2.1. Após a Ocorrência desse acidente, que medidas adotou para evitar que situações idênticas voltassem acontecer?

3. No trabalho que executa e no que se refere à preparação e administração da medicação, considera que a existência da ocorrência de erros é elevada? De que forma?

Se sim, que medidas considera importantes e pertinentes serem adotadas para dar resposta a esse problema?

4. Quando recebe indicação verbal para administrar algum tipo de terapêutica, que conduta crê correta seguir?