



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A GESTÃO TERAPÊUTICA E A SEGURANÇA DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO

Ana Raquel Lopes Ferreira Ramos



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Ana Raquel Lopes Ferreira Ramos, n.º aluno 24478

A GESTÃO TERAPÊUTICA E A SEGURANÇA DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO

VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio de Natureza Profissional

Relatório Final

Trabalho efetuado sob orientação de:

Professor Doutora Maria Aurora Pereira

Co-orientação:

Professora Doutora Isabel Araújo

Fevereiro de 2022

RESUMO

O presente relatório, descreve, analisa e reflete o processo de desenvolvimento e aquisição de competências especializadas, na área da pessoa em situação crítica, adquiridas ao longo da Unidade Curricular - Estágio de Natureza Profissional (ENP), realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Neste sentido, o ENP, decorreu no Bloco Operatório Central (BO) do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde de 11 de janeiro a 11 de julho de 2021, tendo como principal objetivo o desenvolvimento de competências comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica no BO. Para o desenvolvimento e aquisição destas competências, emergiram diversas atividades no contexto de estágio que foram realizadas com sustentação em bases teóricas e na evidência científica, de modo a garantir uma melhoria da qualidade dos cuidados e a excelência no exercício da profissão. Desta experiência, não é de mais descrever, a importância do papel do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica no BO no cuidar ao doente crítico pela sua diferenciação na prestação de cuidados. No que diz respeito ao nosso desempenho neste estágio, destacamos o papel da formação profissional em enfermagem no desenvolvimento de competências, a aprendizagem e reflexão sobre as práticas no cuidar ao doente em situação crítica no BO e no conhecimento do agir em ambientes imprevisíveis e instáveis.

No âmbito da investigação, recorreremos a uma revisão integrativa da literatura, para dar resposta à problemática, a gestão terapêutica e a segurança do doente no Bloco Operatório.

A pertinência do tema, decorre pela necessidade de cada vez mais se promover a cultura de segurança do doente, uma vez que é requisito essencial à qualidade dos cuidados de saúde e também pela minimização dos erros associados à terapêutica da enfermagem de anestesia, visto que estes podem desencadear um agravamento da situação do doente.

Como principal resultado deste trabalho de investigação foram implementados novos procedimentos de enfermagem no Bloco Operatório. Estes, incidiram na rotulagem dos medicamentos de acordo com os medicamentos Look Alike e Sound Alike, medicamentos de Alto Risco e rotulagem com recurso a codificação por cores.

A aprendizagem não é estanque, pelo que procuramos, enquanto futura Enfermeira Especialista, a melhoria contínua cuidados prestados com qualidade, eficácia e humanização dos mesmos.

Palavras-Chave: Cuidados Especializados de Enfermagem; Segurança do doente; Gestão terapêutica; Erros de Medicação.

ABSTRACT

This report describes, analyzes and reflects the process of development and acquisition of specialized skills, in the area of the person in a critical situation, acquired throughout the Curricular Unit - Internship of a Professional Nature, carried out within the scope of the Master in Medical-Surgical Nursing.

In this sense, the internship of a professional nature took place in the Operation Room of the Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde from January 11 to July 11, 2021, with the main objective of developing common and specific skills medical-surgical nursing, in the area of providing care to the person in critical condition in the Operation Room. For the development and acquisition of these skills, several activities emerged in the internship context that were carried out in a way based on theoretical bases and scientific evidence, in order to guarantee an improvement in the quality of care and excellence in the exercise of the profession. From this experience, it is not enough to describe the importance of the role of the medical-surgical nurse specialist in the Operation Room in caring for the critically ill patient due to their differentiation in the provision of care. With regard to our performance in this internship, we highlight the role of professional training in nursing in the development of skills, learning and reflection on practices in caring for the patient in a critical situation in the Operation Room and in the knowledge of acting in unpredictable and unstable environments.

Within the scope of the investigation, we resorted to an integrative literature review, to respond to the problem, therapeutic management and patient safety in the Operation Room: contributions from anesthesia nursing.

The relevance of the topic stems from the need to increasingly promote a patient safety culture, since it is an essential requirement for the quality of health care and due to the minimization of errors associated with anesthesia nursing therapy.

As the main result of this investigation, new nursing procedures were implemented in the Operation Room. These were nothing more and nothing less than the labeling of medicines according to Look Alike and Sound Alike medicines, High Risk medicines and labeling using color coding.

Learning is not watertight, so I seek, as a Specialist Nurse, the continuous improvement of care provided with quality, effectiveness and humanization.

Keywords: Specialized Nursing Care; Patient safety; Therapeutic management; Medication Errors.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Aurora Pereira e Professora Doutora Isabel Araújo, pelo apoio e dedicação em todas as orientações de esclarecimento fornecidas para a elaboração deste relatório e também pelo apoio na aprendizagem, bem como na disponibilidade e compreensão demonstradas.

À Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pelas oportunidades de desenvolvimento formativo.

Agradeço à enfermeira tutora Sónia Arteiro que me acompanhou neste percurso, pelo espírito de interajuda, momentos de partilha e sugestões pertinentes, assim como pelo tempo disponibilizado.

À equipa multidisciplinar do Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, pelo acolhimento pelos conhecimentos transmitidos e oportunidades de aprendizagem proporcionadas.

Um agradecimento especial a todos os elementos que participaram no trabalho de identificação de necessidades e na formação realizada.

A todos os que me são mais estimados e que me acompanharam durante este período, pela amizade, força, motivação e disponibilidade para me ajudar e apoiar, ao longo deste percurso.

Às minhas amigas, em particular à Ana Sofia Teixeira, Lara Caldas e Joana Martins, pelo apoio incondicional e motivador desde o princípio até ao fim deste trajeto.

À minha família, sobretudo ao meu marido e aos meus pais, pela compreensão, ajuda e palavras de incentivo constantes no decorrer desta etapa.

O meu muito obrigada.

DEDICATÓRIA

Dedico este relatório, a todos os docentes da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, amigos e familiares que me ajudaram e apoiaram neste percurso formativo.

Este relatório é o resultado do meu empenho e dedicação ao longo deste percurso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Distingo ainda uma especial atenção à Professora Doutora Maria Aurora Pereira e à Professora Doutora Isabel Araújo pela ajuda e por todo apoio que solicitei durante a execução do relatório.

“O desejo de realizar nasce conosco.
Desejamos fazer qualquer coisa digna e chegarmos mais além.
A pedra angular do sucesso e da realização é a vontade”.

Montapert

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Edição – ed.

Exemplo – Ex.

Número – n.º

Página – p.

Volume – Vol.

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações

AM – Alerta Máximo

AMT – *Anesthesia Medication Template*

BO – Bloco Operatório

CHPVVC – Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde

DGS – Direção Geral de Saúde

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

ENP – Estágio de Natureza Profissional

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

ISO – Organização Internacional de Normalização

ISMP – *Institute for Safe Medication Practices*

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

LASA – Look Alike e Sound Alike

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

SD – Segurança do Doente

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TML – *Tall Man Lettering*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I – O CAMINHO PERCORRIDO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	14
1. CONTEXTUALIZAÇÃO - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL.....	15
1.1 Estágio de Natureza Profissional.....	16
1.2 O Contexto de Estágio	16
2. O CUIDAR, A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO BLOCO OPERATÓRIO	18
3. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA: DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	21
3.1 Domínio da Responsabilidade Profissional e Ética Legal.....	22
3.2 Domínio da Gestão de Cuidados.....	25
3.3 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	29
3.4 Domínio das Competências Específicas	33
CAPÍTULO II – PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO – A GESTÃO TERAPÊUTICA E A SEGURANÇA DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO	42
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	43
2. PERCURSO METODOLÓGICO	51
2.1 Da Problemática à Questão e Objetivos do Estudo	51
2.2 Estratégia de Pesquisa	52
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	54
4. CONCLUSÃO DO ESTUDO.....	58
CONCLUSÃO.....	60
BIBLIOGRAFIA.....	62
APÊNDICES.....	71
APÊNDICE I.....	72
APÊNDICE II.....	75
APÊNDICE III.....	85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de Processo de Triagem de Artigos	54
--	-----------

ÍNDICE DE QUADROS

Tabela 1– Síntese dos Artigos Incluídos na Revisão Integrativa da Literatura	55
---	-----------

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, como todas as disciplinas, necessita de renovar continuamente o seu corpo de conhecimentos com o sentido de manter a independência, a autonomia e credibilidade na comunidade científica.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica tem alcançado enormes avanços nos últimos anos. As alterações epidemiológicas e demográficas, bem como a legítima exigência dos cidadãos, tem colocado aos enfermeiros a necessidade de investir na sua qualificação e formação contínua, de modo a dar resposta às necessidades de cuidados de uma população mais envelhecida, com mais comorbilidades e com problemas cada vez mais complexos.

O Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana (ESS - IPVC), preconiza no âmbito da Unidade Curricular - Estágio de Natureza Profissional, a realização de um Estágio com a elaboração e discussão de um relatório final. Este relatório deve apresentar todas as atividades desenvolvidas, documenta e transparece todo o processo de aprendizagem e de crescimento profissional e pessoal, sustentado em evidência científica atual e pertinente. Este ENP foi realizado no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde (CHPVVC) entre 11 de janeiro a 11 e julho de 2021.

Esta opção pelo BO do CHPVVC, deveu-se ao nosso gosto e interesse pessoal nesta área e pela possibilidade de querermos integrar esta equipa, uma vez que no início do ENP exercíamos funções neste Centro Hospitalar, mas em Medicina Interna, o que aconteceu passado cinco meses. Neste contexto clínico a equipa multidisciplinar é muito diferenciada com formação específica, o que requer uma atualização contínua de conhecimentos/procedimentos.

Deste modo, a formação contínua é sem dúvida uma condição fundamental para o exercício de enfermagem, uma vez que para se prestar cuidados de qualidade torna-se impreterível fundamentar a prática no saber teórico, teórico-prático e nos resultados da investigação.

Esta formação não consiste apenas num simples processo de aquisição de conhecimentos, mas também nos direciona para uma reflexão que seja promotora do pensamento crítico e da tomada de decisão. Assim, ao longo da prática profissional, os enfermeiros devem privilegiar a formação contínua, adquirindo competências para um exercício profissional de excelência. O Código Deontológico do Enfermeiro refere no artigo 88º, alínea c) do

Decreto-Lei n.º 104/98, que “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Diário da República I série A, 1998, p. 1739-1757).

Cada vez mais se espera que os enfermeiros adotem uma prática baseada na evidência científica, utilizando resultados da pesquisa para fundamentar as suas decisões, ações e intervenções perante os doentes (Polit [et al.], 2004).

O enfermeiro especialista, decorrente do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e relativamente a um determinado contexto de intervenção, alicerça o seu exercício profissional na elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, suportando também a formação, a investigação e a assessoria, em conformidade com a sua área de especialização (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

Neste sentido, salienta-se a importância de uma enfermagem especializada, na qual o enfermeiro especialista deve prestar cuidados diferenciados e de qualidade, de tal modo que deve antecipar acontecimentos críticos e imprevisíveis, tendo como foco a sua prevenção e a minimização da sua gravidade. O facto de os enfermeiros estarem muito tempo em contacto direto com os doentes são, muitas vezes, os primeiros a observar os sinais de deterioração do estado clínico do doente, pelo que é fundamental que detenham conhecimentos e competências para determinar a gravidade da situação e a consequente necessidade de uma intervenção urgente/emergente.

Nos serviços de saúde, o doente valoriza cada vez mais um atendimento, seguro, rápido, qualificado e resolutivo, de acordo com as suas necessidades de cuidados.

Segundo a OE (2010, p. 2), “a segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objetivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à proteção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade”

A segurança do doente (SD), enquanto característica fundamental da qualidade dos cuidados de saúde, tem um papel importante, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes, como para os profissionais que querem prestar cuidados seguros e eficientes (Esteves [et al.], 2016).

Deste modo, e tendo por base os objetivos gerais e competências a desenvolver no âmbito do curso de MEMC, foram delineados os seguintes objetivos específicos para o ENP:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e a sua família;

- Promover práticas de cuidados que respeitem a ética, os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Criar e manter um ambiente terapêutico seguro;
- Gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos face às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- Colaborar/conceber programas de melhoria contínua da qualidade;
- Colaborar na identificação de necessidades de formação e desenvolver programas formativos e de intervenção como formador, de forma articulada e complementar integrado na equipa multidisciplinar;
- Basear a sua *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos;
- Desenvolver investigação no âmbito dos cuidados à pessoa em situação crítica/família, contribuindo para uma prática baseada na evidência;
- Comunicar as suas conclusões com rigor metodológico e de forma autónoma.

Para além destes objetivos e considerando o contexto onde se realizou o estágio, delineamos os seguintes objetivos individuais para este estágio:

- Desenvolver competências do Enfermeiro Especialista em Médico – Cirúrgica (EEMC) no cuidado ao doente crítico/ família no BO;
- Desenvolver competências no âmbito da investigação;

Os objetivos da realização deste relatório foram:

- Descrever, analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio de natureza profissional
- Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- Reconhecer o relatório como um instrumento válido na avaliação contínua do percurso de aprendizagem.

O presente relatório encontra-se estruturado em dois capítulos. O primeiro reporta-se ao enquadramento teórico, onde se contextualiza o ENP e as competências do EEMC e a análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas. No segundo capítulo apresentamos o estudo de investigação realizado sobre a temática A gestão terapêutica e a segurança do doente no bloco operatório. Situamos teoricamente a

temática, descrevemos o percurso metodológico, efetuamos a apresentação e discussão dos resultados obtidos. Por último, apresentamos as principais conclusões.

**CAPÍTULO I – O CAMINHO PERCORRIDO PARA O
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA**

A sociedade encontra-se cada vez mais globalizada e o caminho faz-se caminhando. Atualmente, assistimos a uma evolução a nível científico e tecnológico, desenvolvendo nas pessoas um espírito cada vez mais exigente, competitivo, interativo e inovador.

Os serviços de saúde são cada vez mais confrontados com pessoas informadas e mais exigentes, no que diz respeito à informação clínica que lhes deve ser transmitida. A literacia em saúde, juntamente com os avanços das tecnologias, mobiliza a profissão de enfermagem a refletir e desenvolver a sua forma de cuidar perante a evolução da globalização da sociedade.

Nesta linha de pensamento, há uma necessidade de progressão do percurso profissional do enfermeiro com a aquisição de competências específicas, que visem a adequação de respostas concretas a determinadas situações e contextos mais específicos, surgindo a vertente de especialização em várias áreas da enfermagem.

As competências são elementos diferenciadores da intervenção do enfermeiro, e as mesmas, resultam das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Assim, para dar resposta e prosseguimento ao nosso percurso académico deste mestrado no contexto do cuidar à pessoa em situação crítica é fundamental proceder à descrição, reflexão e análise do percurso de aquisição de competências comuns e específicas do EEMC na área de cuidados à pessoa em situação crítica durante o ENP realizado no BO.

Assim, este capítulo representa-se como uma componente crucial deste relatório, onde pretendemos explicar uma contextualização do local do ENP e uma reflexão sobre o cuidar da pessoa/família em situação crítica no âmbito do BO, assim como relatar todo o percurso para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEMC na vertente da pessoa/família em situação crítica, evidenciando todas as atividades e experiências desenvolvidas no percurso de estágio, para o atingimento dos objetivos delineados inicialmente.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Conforme referido anteriormente, neste ponto vamos efetuar um enquadramento do ENP e descrever o contexto em que este se realizou.

1.1 ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O desenvolvimento profissional para a aquisição de competências especializadas pressupõe a realização da formação em contextos de estágio, de modo que se possa conjugar os conhecimentos teóricos adquiridos com uma diversidade de experiências vivenciadas nos locais de prática clínica.

Os estágios integram momentos essenciais de aprendizagem, pois possibilitam a articulação dos conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como estimulam o desenvolvimento do pensamento crítico e a tomada de decisão fundamental para um desempenho autónomo e eficaz.

A nossa opção por um contexto de estágio num BO na prestação de cuidados ao doente crítico, surgiu simplesmente pelo nosso gosto de prestar cuidados ao doente crítico no BO e por inicialmente exercermos a nossa atividade profissional num serviço de medicina interna e ambicionar ingressar num BO. Deste modo, o nosso principal foco neste local de estágio, foi o cuidar o doente crítico que carecia de ser intervencionado cirurgicamente.

Como já referido anteriormente na introdução, um dos principais objetivos para este estágio foram os seguintes:

- Desenvolver competências do EEMC no cuidado ao doente crítico/ família no BO; Neste seguimento, tendo em conta a relevância que o contexto de estágio assume no processo de aprendizagem é importante contextualizar o local onde as atividades foram desenvolvidas, descrevendo sumariamente as suas características fundamentais, a nível de estrutura, funcionamento e de recursos humanos e materiais. Estas atividades decorreram no BO do CHPVVC, entre o dia 11 de janeiro e 11 de julho de 2021.

1.2 O CONTEXTO DE ESTÁGIO

Para um melhor reconhecimento da área de intervenção do estágio realizado, expomos uma breve abordagem do CHPVVC e do BO do mesmo, pois torna-se essencial perceber o contexto em que este se realizou.

O CHPVVC foi criado a 27 de abril de 2000, por fusão de duas Unidades Hospitalares, uma localizada na Póvoa de Varzim e outra em Vila do Conde (CHPVVC, 2020).

A Unidade da Póvoa de Varzim apresenta quatro pisos, do qual no rés-do-chão ficam situados os Serviços de Urgência Geral e Pediátrica, Consulta Externa, o Serviço de Patologia Clínica e Imuno-Hemoterapia, a Imagiologia, os Serviços Farmacêuticos, a Esterilização, o Gabinete do Cidadão, o Serviço Social, o Espaço Cidadão e a Capela. No primeiro piso situam-se os internamentos de Ginecologia / Obstetrícia e Ortopedia, bem como o Bloco de Partos e o BO.

Neste seguimento, no segundo piso está situado o internamento de Pediatria, Neonatologia e Cirurgia Geral. Ao nível do terceiro piso está localizado o Gabinete de Formação, bem como salas de reuniões e formação, a par de diversos gabinetes de trabalho.

Acoplado ao edifício principal, existe um edifício lateral com quatro pisos, sendo que, no primeiro está instalado o Serviço Aprovisionamento e Logística, bem como o Armazém. No segundo piso localiza-se o Refeitório/Bar, no terceiro os vestiários dos Médicos e dos Enfermeiros, o Serviço de Higiene e Segurança no Trabalho e o Gabinete Jurídico e de Contencioso. O quarto piso é ocupado pelos vestiários dos Assistentes Operacionais e Estagiários e pelo Serviço de Medicina Física e de Reabilitação.

Separados por uma rua encontram-se no edifício de um antigo quartel, cedido pela autarquia, o Arquivo Clínico, o Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes, a Rouparia, o Serviço de Gestão de Sistemas de Informação, o Serviço de Gestão Financeira e o Serviço de Gestão de Recursos Humanos.

A Unidade de Vila do Conde é composta, no edifício principal, por três pisos, no qual no piso inferior está instalada a Consulta Externa, a Imagiologia, vários gabinetes alocados a atividades administrativas, o Gabinete do Cidadão, o Serviço Social, Sala do Voluntariado, o Refeitório/Bar, a Cozinha e a Capela. No segundo piso está instalada a Unidade Cirurgia de Ambulatório e o internamento do Serviço de Medicina Interna. Ao nível do terceiro piso existe uma sala de formação, uma sala dos médicos de Medicina, os vestiários e alguns gabinetes de apoio. Num edifício exterior estão instalados a Rouparia, o Arquivo Clínico e as oficinas, entre outras valências.

O serviço de urgência é de âmbito médico-cirúrgico e integra a clínica geral, cirurgia geral, ortopedia, medicina interna, pediatria, neonatologia, ginecologia, obstetrícia e anestesia. Ainda integrado neste Serviço, existe uma Viatura de Suporte Imediato de Vida, com uma gestão partilhada entre o CHPVVC e o Instituto Nacional de Emergência Médica, que permite uma assistência em contexto pré-hospitalar.

Sendo o local de estágio o BO é de pormenorizar este serviço. O BO dispõe atualmente de três salas operatórias com atividade cirúrgica nas valências de Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Ortopedia e Traumatologia e uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

para assegurar os cuidados pós-operatórios imediatos. Localiza-se no primeiro piso da unidade da Póvoa de Varzim, de forma a ter uma boa acessibilidade aos serviços, nomeadamente ao Bloco de Partos, à Urgência Geral e Pediátrica e aos Internamentos. Este desenvolve a sua atividade 24 horas por dia, trezentos e sessenta e cinco dias por ano.

Tem uma organização que permite a realização de cirurgias programadas e de urgência, distribuídas de acordo com a calendarização estabelecida para cada área de especialidade e são realizadas cerca de 3000 cirurgias por ano. O BO dispõe de equipamentos de alta tecnologia, permitindo a realização de atos cirúrgicos menos invasivos, que promove uma recuperação do doente mais rápida. Sempre que necessário tem, ainda, apoio de equipas médicas da área de pediatria, medicina interna, pneumologia, anatomia patológica, assim como de técnicos de imagiologia.

A equipa de enfermagem do BO é constituída por 33 enfermeiros, que alternam as suas funções entre as valências de Anestesia, Circulante, Instrumentista e Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. É uma equipa diferenciada, que apresenta uma média de anos de experiência profissional em perioperatório bastante elevada e um vasto leque de competências e especializações na área da enfermagem perioperatória e doente crítico. Posto isto, na sua maioria, os enfermeiros deste serviço dispõem de formação complementar, Pós-graduação em Instrumentação Cirúrgica e Anestesiologia, Pós-Licenciatura em Médico-Cirúrgica e Mestrados.

Após esta descrição, é relevante mencionar que como missão basilar, esta instituição presta cuidados de saúde de excelência, fomentando a competência, o rigor e a humanização na respetiva prática assistencial.

Assim, e de acordo com esta pequena narração do local do ENP é fundamental referir que no próximo subcapítulo iremos realizar uma reflexão sobre o cuidar a pessoa/família em situação crítica no âmbito particular do BO.

2. O CUIDAR, A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO BLOCO OPERATÓRIO

O surgimento inesperado de doenças com início súbito e de doenças crónicas agudizadas, tal como o aumento da gravidade de acidentes, de violência e de situações de catástrofe, levam a uma deterioração progressiva e rápida das funções vitais da pessoa, conduzindo a uma necessidade de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade.

O EEMC no cuidar à pessoa/família em situação crítica é o profissional ao qual se exige capacidade crítico-reflexiva, capaz de mobilizar os seus conhecimentos, de forma fundamentada, que toma decisões eficazes e presta cuidados holísticos à pessoa como um ser único, respeitando os padrões de qualidade. Posto isto, este tem um papel fundamental e diferenciador na prestação de cuidados, nomeadamente nos contextos com maior complexidade, sendo titular de competências específicas que lhe permitem prestar cuidados de forma autónoma e interdependente, integrado numa equipa multidisciplinar, de modo a garantir um nível de cuidados de excelência.

No BO o doente carece de cuidados complexos, exigentes e especializados, na medida em que a instabilidade hemodinâmica destes doentes, pode surgir a qualquer momento, quer seja em contexto de urgência, quer seja na cirurgia programada. Assim, o enfermeiro do BO para além de ser detentor de conhecimentos especializados na área do cuidar a pessoa em situação perioperatória, necessita também de ter conhecimentos especializados na área do cuidar a pessoa em situação crítica, para garantir a estabilidade, segurança e bem-estar do doente, antes, durante e após a cirurgia.

A pessoa, enquanto doente cirúrgico, é o elemento central do processo de cuidar e a sua participação na promoção de cuidados seguros contribui para a melhoria dos resultados em saúde (AESOP, 2019).

Nesta situação em que a pessoa doente vai ser submetida a uma intervenção cirúrgica, para além de beneficiar de cuidados especializados, necessita de ajuda e de acolhimento, de forma a minimizar o sentimento de receio em relação a um ambiente desconhecido. Aqui o enfermeiro tem um papel preponderante indo de encontro às necessidades da pessoa e família, clarificando os seus medos, angústias e as suas dúvidas, tornando possível que este sinta um ambiente seguro e familiar, onde vê o profissional como um parceiro no processo de cuidar.

Neste contexto, Afaf Meleis menciona na sua Teoria das Transições, que o papel mais importante do profissional de enfermagem é o de reconhecer e assistir o doente no seu processo de transição, isto é, a “passagem de um estado para outro, processo este desencadeado por uma mudança” seja por “eventos críticos e mudanças em indivíduos ou ambientes” (Meleis 2010, p. 11).

Assim, do nascimento à morte, a vida é marcada por passagens únicas e de profundo carácter pessoal (Collière, 2003). A vida é a forma como, cada um lida com os momentos de passagem inerentes à sua existência, não podendo ser somente entendida numa perspectiva individual, cada pessoa é resultado da sua própria família, na qual se insere,

pela sua capacidade de adaptação e pelos recursos pessoais, externos, experiências vividas e significado atribuído aos acontecimentos (Meleis, 2010).

A transição está intrinsecamente ligada com o tempo e o movimento, implicando uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades, pelo que a pessoa, consoante o contexto e a situação, tem de incorporar novos conhecimentos. As condições pessoais e ambientais estão moldadas pelas expectativas e perceções da pessoa, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar. O resultado dos significados atribuídos às transições é diferente de pessoa para pessoa (Chick & Meleis, 1986).

A Enfermagem tem como foco de atenção as respostas humanas face às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida. Os enfermeiros avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível de autonomia máximo e bem-estar. Assim sendo, os enfermeiros são os principais agentes facilitadores das pessoas e famílias que experienciam transições, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem nos seus quotidianos (Meleis, 2010).

Para que haja um processo de transição saudável numa perspetiva da prática de Enfermagem, o enfermeiro tem que compreender o desenvolvimento individual e das famílias ao longo do seu ciclo vital, tendo sempre consciência das dificuldades e adaptações aos momentos de transição que possam gerar instabilidade (Meleis, 2010). Assim, como refere a Ordem dos Enfermeiros no Regulamento das competências específicas do enfermeiro EEMC (Regulamento n.º 429/2018, p. 19361), o enfermeiro “concebe planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, (...) decorrentes de processos”.

Os enfermeiros que promovem o cuidado transaccional valorizam a pessoa, o foco de atenção centra-se no desenvolvimento humano, favorecendo a maturidade e o crescimento com vista a um maior equilíbrio e estabilidade. Constata-se que as transições estão presentes em todos os momentos da vida das pessoas e necessitam de ser encaradas com comportamentos que facilitem o cuidado individualizado a cada situação (Meleis 2012).

No que diz respeito ao doente que se encontra no BO, este e a sua família estão num processo de transição de saúde-doença, do qual cabe ao enfermeiro perceber os significados que estes estão a atribuir à situação, delineando intervenções e estratégias, que permitam ultrapassá-la com o mínimo de sofrimento.

Em resumo, a Teoria das Transições explicita que as pessoas estão em processo transicional, quando experienciam transições, ou antecipam a transição, ou quando a completam. O conceito de transição envolve uma mudança no estado de saúde, nos relacionamentos nos papéis, nas expectativas ou habilidades, nas necessidades de todos os sistemas humanos, pois requer que o ser humano incorpore um novo conhecimento, e conseqüentemente, altera o comportamento, tendo uma nova definição de si em todo o seu contexto.

Assim, perante um ambiente complexo e vulnerável que o doente vivência no BO, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem devem ser adequados a cada transição e a cada pessoa, de forma a proporcionarem-lhes estabilidade e sensação de bem-estar, para que esta seja concluída da forma mais saudável. O enfermeiro especialista é o profissional mais adequado para perceber e formular um plano de cuidados com intervenções, para que o doente e a sua família ultrapassem esta transição satisfatoriamente.

Na procura da excelência do exercício profissional no decorrer da intervenção especializada à pessoa em situação crítica procuramos, ao longo do ENP, obter os mais altos níveis de satisfação do doente e família, maximizando o bem-estar dos intervenientes, através da promoção da saúde e da prevenção de focos instabilidade e complicações, promovendo processos adaptação aos problemas de saúde.

Face ao regulamento das competências comuns e específicas do EEMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, no próximo subcapítulo descrevemos pormenorizadamente os contributos e as atividades desenvolvidas no ENP, face à aquisição e desenvolvimento destas mesmas competências.

3. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA: DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ÀS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O termo competência apesar de não ser um conceito novo é utilizado em muitas áreas distintas da sociedade, pelo que a enfermagem não é exceção. Neste sentido, o interesse pela competência dos enfermeiros pode estar relacionado com a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes (Oliveira e Queirós, 2015).

A complexidade dos conhecimentos, das práticas e dos contextos, conduziu a uma diferenciação das áreas de conhecimento em enfermagem, sendo o desenvolvimento e certificação de competências de extrema importância para corresponder adequadamente às necessidades e expectativas de cuidados de saúde da população.

O domínio de competência de acordo com a OE (2019) é contextualizado como um grupo de ações que compreende um conjunto de habilidades, que no caso do enfermeiro especialista são distinguidas em competências comuns e específicas. A atribuição do título de especialista pressupõe que os profissionais de enfermagem "(...) partilhem um conjunto de competências comuns aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados" (OE, 2019, p. 4744). Assim sendo, seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios de competências, designadas de competências comuns, sendo estas: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No processo formativo é expectável no enfermeiro especialista um desenvolvimento de conhecimentos e competências decorrentes da formação a que se propôs, mas é necessário também um elevado sentido crítico-reflexivo sobre a sua área de intervenção, sempre com uma postura regulada pelo poder de decisão.

Tendo por suporte as atividades realizadas no estágio, os próximos subcapítulos permitem-nos refletir sobre as pesquisas realizadas e as experiências vivenciadas, que contribuíram para a aquisição de competências comuns e específicas, e conseqüentemente, para o nosso crescimento profissional e pessoal.

Neste seguimento, nos subcapítulos seguintes passamos a descrever os domínios de competências comuns e específicas do EEMC e as atividades desenvolvidas no ENP para o atingimento das mesmas.

3.1 DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL E ÉTICA LEGAL

O cuidado é um fenómeno complexo, as suas dimensões sociais e culturais são temas recorrentes e amplamente discutidos, nomeadamente no campo da enfermagem.

Nesse sentido, a enfermagem é a ciência e a filosofia do cuidado, sendo este a essência e o foco central da enfermagem como disciplina e profissão, de maneira que a unifica e a distingue de outros campos de conhecimento (Melo, 2016).

Segundo o artigo 83.º (Lei nº111/2009) do código deontológico dos enfermeiros, o cuidado é uma atividade mais centrada do enfermeiro e visa contribuir para o bem-estar e o bem-viver a que todas as pessoas têm direito. Considera-se na designação do “bem-viver” uma vida digna e uma morte digna. O cuidar apoia-se em bases científicas, utilizando o pensamento racional, criativo, ético, estético e intuitivo.

A ética é o ramo da Filosofia que procura o fundamento para o agir humano. Esta elucida os princípios pelos quais a pessoa humana deve orientar a sua vida, sobretudo na sua relação com os outros seres humanos e natureza. Empenha-se em valores positivos, garantindo o bem-estar e o desenvolvimento das pessoas e da sociedade (Thompson [et al.], 2003).

Da ética, surgiu o termo “bioética”, que é reconhecida por se relacionar com as situações éticas referentes à vida das pessoas, desde o seu nascimento, ao longo da vida até à sua morte. Existe uma extensa lista de problemas que se relacionam com a saúde, sendo referentes aos direitos e obrigações dos profissionais, dos doentes e da sociedade (Queirós, 2001).

Tendo em conta que o doente/homem é um ser representado pelo seu corpo físico (material, palpável) e também pela dimensão espiritual, este nunca poderá ser reduzido a um simples caso ou a um simples número. Cada pessoa é racional, relacional, com corpo e consciência e detém ainda dignidade. Assim, surge a necessidade de um conjunto de regras e normas, que orientem a profissão de enfermagem, para que nunca seja posto em causa a unicidade de cada um e a sua dignidade.

A deontologia de enfermagem constitui um amplo e poderoso instrumento de fundamentação para o agir profissional, pois a sua utilização revela-se como essencial, orientando e fundamentando diariamente as decisões e os atos dos enfermeiros (Decreto-Lei n.º 104/98).

Na profissão de enfermagem, o enfermeiro, no exercício das suas funções, confronta-se frequentemente com dilemas, e como Enfermeiro Especialista cabe-lhe demonstrar uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os doentes (Diário da República II série, 2019).

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, do enfermeiro especialista, compreende duas competências: o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, procedendo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, bem como a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Nunes, 2014).

Em todos os contextos da prática, os enfermeiros são diariamente confrontados com a necessidade de agir e de tornar decisões éticas e morais relevantes ao longo de todo o tempo de prestação de cuidados. Sendo assim, esta necessidade dos enfermeiros, deve ser vista como uma carência constante de possuir conhecimento, atenção e sensibilidade, tornando assim a ética uma ciência dotada de leis, que nos levam a atuar da forma mais correta com base num argumento ou uma teoria de acordo com a nossa escolha da ética da vida, tendo sempre por base a bioética.

Os princípios éticos são a autonomia, a beneficência, a não maleficência, justiça e a vulnerabilidade. Estes princípios são fulcrais e orientaram sempre a nossa prestação de cuidados, no sentido de estabelecer uma relação terapêutica com o doente/família de forma assertiva e empática, independentemente do contexto de atuação.

Ao longo do ENP, enquanto futura enfermeira especialista e de acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista do n.º 140/2019, foi essencial ter um alargado conhecimento em enfermagem sobre este domínio específico, tendo por base as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. Os enfermeiros especialistas necessitam de apresentar mestria nas competências dos vários domínios, dos conhecimentos e das técnicas, complementando-se no seu global como um profissional que privilegia a relação com respeito e a dignidade da pessoa de quem cuida (Oliveira e Martins, 2013).

Como forma de atingirmos competências neste domínio, ao longo do ENP o princípio da autonomia foi um dos que esteve bem presente no nosso dia-a-dia enquanto profissionais de enfermagem do BO, respeitamos o direito de a pessoa tomar as suas próprias decisões, permitindo-lhes ser autónomas e livres, ou seja, que não tenham limitações ou incapacidades pessoais que as impeçam ou diminuam a sua liberdade na tomada de decisão. A autonomia promove comportamentos autónomos por parte dos doentes, tendo por base o cuidado de os informar acerca de todos os procedimentos e garantindo-lhes, que a informação foi corretamente transmitida e assimilada. Assim, verificamos o consentimento informado que é uma autorização autónoma dada para uma intervenção clínica. As informações deverão ser dadas da forma mais adequada às características do doente e num contexto de empatia, confidencialidade e privacidade, considerando que esta informação determina muitas vezes o futuro do doente e da família (OE, 2015). Todos os doentes antes de serem admitidos no BO já possuem o consentimento informado assinado, pelo que o enfermeiro do BO só confirma se este está autorizado e assinado pelo mesmo ou pela pessoa que o representa. Assim, à chegada do doente ao BO verificamos sempre

o consentimento da cirurgia e de anestesia. Não houve nenhum doente, durante o ENP que recusasse o ato cirúrgico. Quando a nossa tutora se encontrava na unidade de cuidados pós-anestésicos, ao recebermos o doente à porta do BO, questionávamos se este tinha conhecimento do procedimento que ia realizar. Neste seguimento, todos os doentes estavam informados sobre os procedimentos a que iam ser submetidos, quer seja em contexto de cirurgia programada, quer em contexto de urgência.

Nos cuidados de enfermagem que prestamos tivemos a oportunidade de lidar com doentes de diversas etnias, diferentes condições socioeconómicas e com alterações do seu estado de consciência. Procuramos, de acordo com cada caso, adaptar a nossa abordagem em concordância com as necessidades biopsicossociais e religiosas de cada um. Realçamos uma situação, que consideramos importante relatar, referente a um doente Testemunha de Jeová, que em caso de necessitar de uma transfusão sanguínea, a mesma recusava. Esta situação foi alertada a toda a equipa, para que todos os que se encontrassem na sala de operações tomassem conhecimento. A situação decorreu dentro da normalidade e a doente não teve essa necessidade, mas em caso de necessitar este seria um dilema ético para toda a equipa multidisciplinar. A equipa poderia optar pelo princípio da beneficência e não maleficência, porque estes queriam o bem-estar e o melhor para o doente, todavia, com isto estavam a ir contra o respeito pela decisão que o doente tinha tomado, quando este ainda estava consciente, colocando em causa o princípio da autonomia.

Como referido anteriormente no decurso do ENP, os valores, as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional nos cuidados prestados ao doente, estiveram sempre presentes. Em suma, o papel do enfermeiro na tomada de decisão perante os dilemas éticos que possam surgir no seu dia-a-dia é crucial pela sua ação de advogado do doente, tomando decisões de acordo com as regras de conduta e os princípios éticos.

Neste seguimento, pudemos concluir que a aquisição desta competência foi atingida.

3.2 DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

Nos dias de hoje, o doente é mais exigente, mais crítico, consciente e sabedor dos seus direitos, no que diz respeito aos cuidados de saúde. Portanto, existe uma necessidade de mudança no paradigma estratégico da gestão dos cuidados a nível das organizações de saúde. Cabe-lhes enquanto prestadoras de cuidados de saúde serem mais qualificadas, competitivas, de forma a responderem às necessidades e expectativas dos doentes (Dias, 2014).

Sendo o enfermeiro o profissional de saúde por excelência com mais contacto direto com o doente e que, por consequência, está envolvido na gestão e racionamento de grande parte dos recursos utilizados, cabe então à enfermagem enquanto profissão, um papel inestimável na boa gestão de recursos. A dinamização e valorização desta mesma responsabilidade deve ser reconhecida pelas unidades de saúde de modo a aumentar a sua eficácia.

As habilidades/competências da gestão em enfermagem são fulcrais para assegurar a qualidade dos cuidados e o enfermeiro gestor é um dos elementos fundamentais para assumir o compromisso com as organizações de saúde, com os profissionais de saúde e o doente.

Assim, a gestão é um domínio da área de competência do enfermeiro especialista, de grande relevância, porque promove uma elevada qualidade dos cuidados prestados, no sentido de adequar os recursos com qualidade, de forma a garantir a segurança e ganhos em saúde (Regulamento n.º 429/2018).

Neste seguimento, “o Enfermeiro Gestor é o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo. Na Organização dos Cuidados de Enfermagem, é o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão. É o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros.” (Diário da República II série A, 2015, p. 5949).

Para que a prestação de cuidados seja eficiente e em tempo útil, o enfermeiro gestor é responsável pela uniformização da disposição dos materiais, a manutenção do bom estado de funcionamento dos equipamentos, bem como a existência de material suficiente para responder à prestação de cuidados.

Porém, cabe também ao mesmo a gestão dos recursos humanos de enfermagem, tendo este a responsabilidade de gerir os recursos em caso de alguém faltar. Desta forma, este faz substituição do elemento em falta, para que os cuidados fiquem assegurados. Neste trabalho exigente que é o do enfermeiro gestor surge, por vezes, a necessidade de ser coadjuvado.

Para aquisição de competências neste domínio específico, foram realizados turnos com o enfermeiro chefe do BO. A possibilidade de o acompanharmos, reforçou essa aquisição, proporcionando oportunidades de desenvolvimento de aprendizagens, especialmente quanto à gestão de recursos humanos e materiais, cooperação na tomada de decisão, exposição de soluções eficientes em resposta a problemas que iam surgindo na área da prestação de cuidados.

No BO o enfermeiro chefe tinha consigo a colaboração de dois EEMC, que desempenham um papel muito importante na colaboração da gestão. Estes são destacados como enfermeiros responsáveis e substituem-no na sua ausência. A estes colegas é-lhes atribuída a função de responsáveis de turno e compete-lhes as funções de distribuição dos enfermeiros pelas áreas de trabalho (plano trabalho), garantir a supervisão e a continuidade de cuidados, colaboração nas tomadas de decisão mais adequadas e oportunas da equipa multidisciplinar e a gestão de material clínico para os turnos.

No que concerne a gestão de materiais de consumo clínico no BO onde realizamos ENP, estes encontram-se organizados numa arrecadação e a reposição dos mesmos é da responsabilidade da logística do hospital, com recurso ao sistema de reposição por níveis. Diariamente um assistente operacional alocado ao aprovisionamento desloca-se ao BO para contagem do material gasto, a fim de repor todo o material necessário que está contratualizado para o serviço. A aplicação desta metodologia em contexto hospitalar torna-se vantajosa, na medida em que permite libertar o enfermeiro gestor para o desempenho de outras atividades da sua competência, bem como permite a simplificação dos processos, a otimização da eficiência do produto e evita o desperdício, com vista a melhoria do serviço prestado ao doente (Lopes, 2017). O material de consumo clínico que é visto como extra o *stock* por níveis, cabe ao mesmo ou aos seus dois responsáveis fazerem os pedidos ao serviço de aprovisionamento e logística.

Durante o ENP, colaboramos com o serviço na reorganização e estruturação de um armazém de material clínico. Este armazém continha material de consumo clínico das diversas especialidades cirúrgicas. Assim, para a uniformização e reorganização do local de alojamento do material e em conjunto com a enfermeira tutora, enfermeiro chefe e enfermeiros responsáveis, decidimos colocar todo o material por áreas de especialidade, atribuindo-lhes cores. Deste modo, cada especialidade cirúrgica apresentou uma respetiva cor. Foi realizada uma legenda com as cores utilizadas nas diversas áreas, para que o acesso ao material se tornasse mais acessível e de fácil identificação. Esta reorganização permitiu acesso mais rápido e eficaz ao material, minimizando o tempo perdido na procura do mesmo. Para além deste armazém, também foram uniformizados e reorganizados por nós e pela nossa tutora os carrinhos de anestesia e os de anestesia loco-regional. Estes

encontravam-se desorganizados ou pouco estruturados, e por isso, decidimos reorganizar a gestão dos fármacos, a disposição e as quantidades de material que continham. Assim, todos os carrinhos ficaram organizados com a mesma disposição, nas diferentes salas operatórias. Esta uniformização foi uma mais-valia para a equipa de enfermagem, tornando as rotinas diárias mais simples e mais padronizadas.

Para além de todas estas competências supracitadas, o enfermeiro gestor também tem a função de supervisão clínica. Esta é uma das áreas de eleição da gestão em enfermagem, que contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

O desenvolvimento pessoal e profissional é a chave das organizações para o sucesso da gestão moderna, em consequência das constantes mudanças e evoluções, podendo gerar vulnerabilidade.

É neste contexto, e sustentado por Fonseca (2006), que a supervisão adquire todo o seu significado e importância:

“O objetivo fundamental da supervisão relaciona-se, assim, com o desenvolvimento humano e profissional, num contexto de formação de adultos, traduzido pelo desenvolvimento das características físicas, psíquicas, cognitivas e sociais dos formandos através de um processo de informação – reflexão – acção – reflexão” (Fonseca, 2006, p.17).

Para Hesbeen citado por Ferreira (2015), o desenvolvimento de conhecimentos implica a partilha e discussão dos conceitos (científicos, técnicos, organizacionais ou conceituais de toda a prática de enfermagem) entre a equipa e o enfermeiro gestor, promovendo assim, uma aprendizagem conjunta.

Garrido e Simões (2007) afirmam que, a supervisão clínica pode ser definida como uma relação profissional baseada na formação, no trabalho e no desenvolvimento de práticas conduzidas por um profissional devidamente qualificado. Incluindo um conjunto de estratégias, dirigidas quer para a pessoa enquanto profissional, quer enquanto grupo profissional, compreendendo *perceptorship*, *mentorship* na supervisão das competências da prática, bem como na promoção e manutenção dos critérios de qualidade.

Desta forma, a supervisão clínica torna-se imprescindível na qualidade dos cuidados, uma vez que com a evolução do desenvolvimento tecnológico e a ocorrência de constantes mudanças nos serviços de saúde, verifica-se uma maior possibilidade ou risco de ocorrência de erros e fragilidades na prestação de cuidados.

Aquando da realização de turnos com o enfermeiro chefe, como supracitado, a supervisão clínica também foi um foco da nossa aquisição de competências no que confere este

domínio, permitindo-nos perceber o modelo de gestão adotado pelo mesmo e, no sentido da garantia da qualidade e segurança dos cuidados.

No contexto de estágio foi relevante o facto de termos realizado turnos com o enfermeiro chefe, porque permitiu-nos desenvolver o domínio da gestão dos cuidados através da observação do seu desempenho na adequação dos recursos existentes às necessidades verificadas.

Em suma, adquirimos competências especializadas, no que concerne a gestão dos recursos humanos, ao nível da liderança, na gestão e organização do serviço e também na relevância de aquisição de materiais para uma melhoria da qualidade e segurança dos ambientes da prática de enfermagem. Assim, pudemos concluir que esta competência do EEMC foi adquirida.

3.3 DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Destaca a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional (OE, 2019).

A enfermagem é uma profissão que se baseia na relação com a pessoa a quem se destinam as intervenções, com os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar, envolvida no processo de cuidados, e com o contexto e especificidades onde se desenvolve esse mesmo processo.

A exploração do conhecimento das experiências pode levar a uma melhor compreensão do comportamento humano na saúde e na doença e nos meios de explorar o processo humano do cuidar, assim, promove-se um desenvolvimento progressivo da complexidade dos cuidados, levando a um aumento contínuo de conhecimentos, por parte do enfermeiro, de modo a possibilitar-lhe a tomada de decisões cada vez mais complexas sobre os cuidados ao doente (Oliveira e Martins, 2013).

A formação em Enfermagem tem acompanhado a evolução sociocultural e científico-tecnológica, procurando dar resposta às exigências das pessoas, à complexidade e à imprevisibilidade dos contextos de prestação de cuidados (Rua, 2011). Os profissionais de enfermagem são um grupo ativo no seu contexto da prática clínica, que facilmente percebem a importância da complexidade e da riqueza da aprendizagem no seu exercício

profissional, sendo como um processo de adaptação biunívoco entre os atores e o meio que os interage.

É certo que a formação não se adquire por acumulação de cursos ou diplomas, esta deve emergir na relação entre o saber-saber, saber-fazer e saber-ser-estar, isto é, entre os saberes e a reflexão diária sobre a prática clínica.

A atualização e o grau de formação deve fazer parte da aprendizagem do percurso profissional do enfermeiro, para que este consiga adquirir, aprofundar e desenvolver competências integradas na reflexão crítica da sua prática, com intuito de dar respostas às exigências do contexto do doente e sua família, com recurso a componentes teóricas e técnicas sustentadas, na procura de melhor desempenho e melhoria dos cuidados prestados (Fonseca, 2015).

A formação não consiste apenas num simples processo de aquisição de conhecimentos, direciona-nos para uma reflexão que seja promotora do pensamento crítico e da tomada de decisão. Ao longo da prática profissional, os enfermeiros devem privilegiar a formação contínua, adquirindo competências para o seu exercício profissional de excelência. O enfermeiro deve, por isso, procurar atualizar os seus conhecimentos através de “ações de qualificação profissional, a promover pela Ordem ou por esta reconhecidas, nos termos a fixar em regulamento de qualificação” (Lei n.º 156/2015, p. 8078), de forma a acompanhar a evolução e a desenvolver uma resposta ativa face às necessidades das pessoas.

A formação em serviço visa de um modo mais consolidado e reflexivo, transformar o conhecimento abstrato, resultante de uma educação escolar e formal prolongada, num conhecimento contextual que envolve um saber tácito e experimental. Para além de aprofundar as competências e o desenvolvimento pessoal, implica que se adquira capacidade de absorção de novos conhecimentos, maior autonomia, liderança, e ainda, capacidade de trabalhar em equipa (Rocha, 2010). Esta é um alicerce importante na assistência de enfermagem avançada no que diz respeito ao enriquecimento de conhecimentos, permitindo que cada enfermeiro se responsabilize pela atualização do seu próprio conhecimento, além de ser facilitador da aprendizagem e de desenvolvimento de habilidades e competências, ou seja, a formação em serviço ajusta o profissional ao contexto clínico onde exerce funções. Desta forma, este visa de um modo mais consolidado e reflexivo, transformar o conhecimento abstrato, resultante de uma educação escolar e formal prolongada, num conhecimento contextual que envolve um saber tácito e experimental.

O enfermeiro gestor, de um modo geral é o responsável pela formação em serviço e tem papel preponderante na implementação e desenvolvimento dos padrões de qualidade. O

compromisso de todos os enfermeiros e das organizações é fulcral, pois só a centralidade de esforços poderá fornecer aos cidadãos como parte integrante, a excelência de cuidados de enfermagem.

Neste contexto, os serviços deverão promover um plano de formação em contexto de trabalho, numa perspetiva de partilha de conhecimento entre os profissionais, de forma a desenvolver competências pessoais e profissionais, com vista a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade face às necessidades dos doentes e constantes desafios que vão surgindo. O Decreto-Lei n.º 71/2019 (2019, p.2642) refere que, a formação dos enfermeiros “assume carácter de continuidade e prossegue objetivos de atualização técnica e científica”, e deve ser “planeada e programada, de modo a incluir informação interdisciplinar e desenvolver competências de organização e gestão de serviços”.

Relativamente ao BO, no âmbito da formação em serviço existe um plano anual de formação organizado. No entanto, os enfermeiros do serviço procuram frequentar formações, tanto a nível hospitalar, como no próprio serviço, ou até mesmo extra-hospitalar, sempre com o intuito de enriquecer os seus conhecimentos.

No âmbito do desenvolvimento deste domínio de competências, no decurso deste ENP, e após a realização de um diagnóstico de necessidades à equipa de enfermagem, através de um questionário (apêndice I), foi identificada uma necessidade de formação na equipa de enfermagem. Após este resultado foi realizado por nós em concordância com o enfermeiro gestor e a enfermeira tutora, uma formação em serviço. Esta formação teve como temática a SD no BO: Medicamentos Look Alike e Sound Alike (LASA) e Medicamentos de Alto Risco. É um tema importante numa realidade em que a exigência dos cuidados é cada vez maior em prol da SD e também porque as minimizações dos erros de medicação devem ser cada vez menores. A ocorrência de erros associados a medicamentos coloca em causa a SD e num momento de fragilidade como este podemos agravar a sua situação crítica do doente ou até mesmo provocar-lhe esta situação. Como futuras EEMC à pessoa em situação crítica colaborámos na aquisição e desenvolvimento de competências dos enfermeiros do BO. Esta foi a temática sobre a qual incidiu o estudo de investigação que será apresentado no capítulo II deste relatório.

Cada vez mais se preconiza os cuidados de enfermagem centrados no doente e na sua família. A realização desta formação (apêndice II) baseada na evidência científica, foi importante para perceber que aquando da administração de qualquer fármaco é fulcral termos presente práticas seguras com vista à SD.

Relativamente ao conteúdo da mesma, esta foi sustentada pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) (PNSD, 2015), onde abordamos as causas do erro terapêutico, a segurança na utilização de medicamentos, os medicamentos de alerta máximo ou medicamentos de alto risco, os medicamentos LASA, e por fim, uma reflexão de grupo.

A realização da formação decorreu no BO Central do CHPVVC, no dia 21 de junho de 2021, conforme o definido no plano de sessão (apêndice III). A sua avaliação foi realizada pela participação de todos os enfermeiros presentes, pela possibilidade de reflexão e partilha de experiências entre os pares, bem como após seis meses pelas dinâmicas implementadas. Consideramos que foi muito positiva e enriquecedora a realização da mesma, tendo permitido sensibilizar os presentes para a SD perante a administração de medicamentos.

A nossa intervenção como formadora foi muito importante no nosso processo formativo, ao constituir-se uma aprendizagem enquanto facilitadora de momentos de enriquecimento de conhecimentos da equipa da enfermagem, sendo esta uma competência do enfermeiro especialista.

Para além desta formação onde fomos promotoras de momentos de aprendizagem, também assistimos a uma formação em serviço organizada pela comissão de ressuscitação intra-hospitalar, do qual a nossa tutora faz parte integrante da equipa, sobre o carro de emergência que está implementado no serviço. Esta formação foi fulcral para conhecimento do carro, para que em caso de emergência não haja dúvidas do funcionamento dos equipamentos e materiais que este contém.

A partilha de conhecimentos, a reflexão e, conseqüentemente, a incorporação de novos procedimentos no exercício profissional do enfermeiro decorrentes das formações concretizadas, contribuíram para a melhoria da prática profissional, o que enaltece concomitantemente o desenvolvimento da enfermagem avançada.

Apesar do desenvolvimento desta competência ser difícil, a procura contínua pela assertividade na intervenção foi uma constante ao longo do nosso percurso profissional. O facto de, no final de cada turno de estágio, refletirmos naquilo que fizemos bem e no poderíamos fazer melhor, realizando uma introspeção acerca do nosso desempenho, revelou-se um importante motor de desenvolvimento pessoal e profissional.

Enquanto enfermeira e futura EEMC, analisamos o autoconhecimento, tentamos proporcionar respostas a situações pertinentes no contexto clínico e, também, procuramos ser facilitadoras de aprendizagem aos colegas de profissão, baseando a nossa prática na

mais recente evidência, pelo que acreditamos ter atingido as competências necessárias neste domínio.

No subcapítulo seguinte, será explanado o domínio das competências específicas do EEMC no cuidar à pessoa em situação crítica.

3.4 DOMÍNIO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Assim, os cuidados de enfermagem à mesma são altamente qualificados, prestados de forma contínua, como resposta às necessidades afetadas, com vista à manutenção das funções básicas de vida, de forma a prevenir complicações e limitações incapacitantes, tendo em conta a sua recuperação (OE, 2018).

Neste sentido, a atuação dos enfermeiros, revela-se de extrema importância, uma vez que requer o desenvolvimento de um conjunto de competências específicas, de modo a garantir um adequado nível de intervenção.

De acordo com OE (2019, p.4744), “(...) as competências específicas são as que decorrem das respostas humanas aos processos da vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”. Neste seguimento, as competências específicas do EEMC, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica são: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas em tempo útil.

Assim, o enfermeiro assume um papel relevante nesta área, prestando cuidados diferenciados e de qualidade, de tal modo que deve antecipar focos de instabilidade.

O ENP no BO, como já referido noutro capítulo decorreu no período de 11 de janeiro a 11 de julho, o início foi marcado por uma grande ânsia e vontade de aprender.

A realidade do BO não era totalmente desconhecida por nós, uma vez que já tínhamos realizado uma pós-graduação em instrumentação cirúrgica, mas com o passar dos anos

sem prática profissional, foi necessário rever novamente todos os conhecimentos previamente adquiridos, tendo em conta que este exige um elevado nível de conhecimentos e capacidades por parte de uma equipa multidisciplinar.

No seguimento do desenvolvimento do estágio, foram realizadas inúmeras pesquisas e revisões, bibliográficas no sentido de promover uma discussão ativa no seio da equipa, na mobilização de conhecimentos adquiridos nos diferentes domínios da especialidade e manuseamento de equipamentos existentes. Pela sua polivalência o serviço permitiu-nos experiências e oportunidades distintas, contribuindo para o enriquecimento, aquisição e desenvolvimento de novas competências inerentes a uma prática de enfermagem especializada.

Sendo o ambiente do BO do CHPVVC um ambiente “calmo”, se considerarmos apenas as cirurgias programadas, por outro lado este também contempla uma sala operatória de urgência/emergência, que pode gerar um ambiente crítico, complexo, instável e restritivo para a pessoa doente e sua família. No entanto, a cirurgia programada que aparentemente nos parece serena, pode a qualquer momento se tornar insegura e o doente apresentar focos de instabilidade hemodinâmica. Neste contexto, o BO é um local onde tudo é imprevisível e onde a excelência dos cuidados prima pela sua qualidade de cuidados especializados e complexos.

O BO apresenta um vasto leque de alta tecnologia, alguma da qual nunca antes visualizada, nem manuseada por nós. No entanto, procuramos desenvolver e executar técnicas que não são tão frequentes na nossa prática clínica. Assim, tivemos a oportunidade de colaborar em diversos procedimentos das diferentes especialidades como: ventilação mecânica invasiva; diferentes tipos de anestesia; monitorização invasiva; cateter arterial; entre outros.

Face à realidade encontrada no estágio, percebemos que a prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica exige por parte da equipa, em particular do enfermeiro especialista, um saber atualizado e especializado em competências na vertente técnica, relacional e de responsabilidade. Assim, e ao longo do decorrer deste, na nossa prestação de cuidados aplicamos o processo de enfermagem, identificando as necessidades do doente, planeando os cuidados, estabelecendo prioridades e intervenções a realizar com a finalidade de assegurar e manter a estabilidade hemodinâmica. Algumas das intervenções de enfermagem passaram fundamentalmente pela antecipação de focos de instabilidade hemodinâmica, como por exemplo através da observação do doente e dos valores fornecidos pelo ventilador no doente com ventilação mecânica invasiva.

Das múltiplas experiências decorrentes de processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica, destacam-se três acontecimentos: Primeiramente, um dos acontecimentos surgiu na cirurgia programa, no qual nos encontrávamos com a enfermeira tutora como enfermeiras de anestesia. Estávamos perante uma cirurgia da especialidade de cirurgia geral que teve abordagem laparoscópica. A anestesia realizada foi uma anestesia geral balanceada, com recurso a entubação endotraqueal, tendo decorrido sem nenhuma intercorrência. Após dez minutos de início da cirurgia, o ventilador começou a alarmar com o declínio do dióxido de carbono expirado. Rapidamente também houve descida dos parâmetros vitais e a instabilidade hemodinâmica da doente começou a surgir. Foi necessário colocar mais acessos venosos, realizar colheitas de sangue, colocação de linha arterial, de cateter venoso central, administração de hemoderivados, administrar fármacos, entre outros. Após estabilização do doente, procedeu-se ao transporte inter-hospitalar para continuação de cuidados intensivos, uma vez que CHPVVC não apresenta esta unidade de cuidados. Este transporte foi realizado por uma EEMC, a nossa tutora, enfermeira responsável de anestesia e também pelo anestesista. O segundo episódio surge numa cesariana eletiva, sob o efeito de uma anestesia loco-regional, bloqueio subaracnoídeo. A grávida começa com declive de um dos parâmetros vitais, ansiedade, agitação e foi necessário converter a anestesia loco-regional para uma anestesia geral balanceada. Portanto, foram administrados fármacos para sedo-analgésia e realizada entubação endotraqueal, para melhor estabilização hemodinâmica com recurso a ventilação mecânica invasiva. A terceira situação foi também uma cesariana emergente em que o bebé nasceu em Paragem Cardiorrespiratória. O EEMC teve um papel preponderante, iniciou manobras de reanimação, a colocação de cateteres ao recém-nascido, preparação de fármacos adequada à idade, entre outros. Por fim, o mesmo recuperou e foi transferido para o serviço de neonatologia. Esta situação era um pouco desconhecida, uma vez que nunca tínhamos estado numa prestação de cuidados similares.

Estes três episódios enaltecem bem o papel fundamental de uma avaliação rápida e eficaz pela equipa multidisciplinar, bem como e a aplicação imediata de protocolos complexos para a estabilização da pessoa em situação crítica. Nestas situações é prioritário gerir e estabelecer medidas que sejam eficazes para salvar a vida do doente ou até mesmo para minimizar sequelas.

Perante estas duas situações foi crucial o papel o EEMC no cuidar a pessoa em situação crítica, na função de enfermeiro de anestesia, pois no desenvolvimento do seu exercício profissional deteve aptidão na gestão de cuidados, incentivando a maximização da

qualidade dos cuidados, recorrendo para tal à liderança e gestão eficientes dos recursos, em articulação com os restantes elementos da equipa.

Nesta linha de raciocínio, por forma a alcançar as competências específicas neste domínio, adquirimos a capacidade de reconhecer a instabilidade das funções vitais que podem colocar em risco a vida do doente, executando cuidados terapêuticos imediatos nas diferentes situações, em tempo útil e em complementaridade com a equipa multidisciplinar.

Com a preciosa ajuda da nossa tutora foram diversos os momentos crítico/reflexivos de aprendizagem, fundamentados na evidência, exercitando a capacidade de mobilizar para a prática os conhecimentos que temos vindo a adquirir ao longo dos anos na nossa experiência profissional e deste MEMC.

Da nossa experiência profissional o desenvolvimento de conhecimentos advém de um processo de aprendizagem contínuo, resultante de experiências, habilidades, quer sejam de um modo formal, através de formação em serviço e académica, quer não formal, da análise das experiências e partilha de conhecimentos. As intervenções de enfermagem vão muito para além da terapêutica dirigida à sintomatologia, disseminando a vertente humana dos cuidados e a dimensão ética subentendida no cuidar que valoriza a dignidade humana.

O paradigma do cuidado holístico à pessoa em situação crítica e sua família requer dos enfermeiros uma harmonização entre a mestria da tecnologia e a arte do cuidar.

Os cuidados de enfermagem à família com a pessoa em situação crítica são muito mais do que uma simples aplicação de intervenções de enfermagem, definindo-os como o desenvolvimento lógico de uma abordagem holística dos cuidados (OE, 2018).

O distanciamento da família é inevitável, sendo o BO de acesso limitado devido ao seu carácter específico das intervenções e pelo controlo de infeção. No entanto, quando estamos perante uma criança que será submetida a uma intervenção cirúrgica, o serviço assegura, o acompanhamento dos pais ou pessoa que o substitua até à indução da anestesia e no recobro.

A presença dos pais nesta fase, intraoperatória, permite diminuir a ansiedade da criança/jovem, uma vez que permite transmitir às mesmas segurança e tranquilidade, promovendo um ambiente seguro reduzindo assim a ansiedade (OE, 2011).

Para a *European Operating Room Nurses Association* citada pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP) (AESOP, 2006), todos os doentes submetidos a cirurgia ou procedimentos anestésicos têm o direito de serem cuidados por uma equipa multiprofissional experiente com competências baseadas na evidência científica, relacionadas com o BO e os cuidados perioperatórios. Assim sendo, esta refere

que: “O doente, os familiares e as pessoas significativas têm o direito de receber informação necessária, bem como apoio emocional e físico que lhes permita ultrapassar as várias fases dos cuidados perioperatórios” (AESOP, 2006, p.8).

No momento atual que vivemos face à situação pandémica existente, o acesso até à porta do BO por parte dos familiares continua interdito, salvo raras exceções, como por exemplo a supracitada. Nunca foi tão difícil para uma família ter um doente num hospital, visto que é complicado estabelecer contacto telefónico, uma vez que todos os familiares necessitam de informações e nem sempre os profissionais têm tempo disponível para este aumento de chamadas telefónicas.

A exigência da prestação de cuidados no BO na situação de urgência não justifica a desvalorização da família, que neste momento se submerge na possibilidade da perda, na insegurança e na incerteza. Assim, o enfermeiro deve ser um bom comunicador e aquando das chamadas telefónicas por parte da família para serviço, deve transmitir informação concreta e com qualidade, com a finalidade de proporcionar no familiar um bem-estar físico e psicológico.

No decorrer do estágio, deparamo-nos muitas vezes com chamadas telefónicas por parte da família, para obter informações sobre o estado clínico do doente após a intervenção cirúrgica. Por vezes, pequenas palavras com os familiares transmitem calma, segurança e, por conseguinte, diminuem a ansiedade e os medos que estavam a ser vividos naquele momento.

Na pessoa em situação crítica e/ou em falência multiorgânica são inúmeros os cuidados e técnicas invasivas que são realizados, sendo a imunidade do doente comprometida, não só pela sua patologia de base, mas também por diversos microrganismos patogénicos oportunistas que podem desencadear infeção associada aos cuidados de saúde (IACS). Assim, a prevenção de infeções constitui-se um imperativo no âmbito da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes críticos.

A prevenção e controlo das infeções hospitalares, ou nosocomiais, foram evoluindo ao longo dos anos, demonstrando-se como um fenómeno que não se restringe apenas ao meio hospitalar, mas também a todas as unidades de saúde (Rede Nacional de Cuidados Continuados, Cuidados de Saúde Primários e Instituições Privadas).

A IACS é uma infeção adquirida pelos doentes durante a prestação de cuidados pelos profissionais de saúde. A mesma pode ainda, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua profissão. Estas infeções são também designadas de infeções nosocomiais, apesar destas não incluir todo o tipo de cuidados e, por conseguinte, excluir o ambulatório (DGS, 2007).

Assim, o conceito de IACS é, por isso, mais abrangente e engloba todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde. É importante que haja uma articulação entre as diversas unidades de saúde, para a identificação destas, a fim de reduzir o risco de infeção cruzada (DGS, 2007).

Estas são um evento histórico e social, e não apenas biológico, que exige investimento científico, tecnológico e humano para a integração de medidas de prevenção e controlo de infeção. Nem todas são evitáveis, contudo, uma proporção significativa pode ser prevenida com o envolvimento dos profissionais de saúde na adesão às boas práticas no contexto da prevenção e controlo de infeção. O objetivo principal é a SD e minimizar o risco de contrair uma infeção decorrente dos cuidados de saúde.

O Programa e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) tem uma linha estratégica de atuação nacional para reduzir o problema das IACS, tendo como objetivo a diminuição da sua incidência e prevalência, sendo um critério de qualidade e SD. Esta tem como finalidade: a realização de vigilância epidemiológica permanente; ajusta as medidas de isolamento; garante a utilização adequada de equipamentos de proteção individual; verifica a utilização racional dos antimicrobianos (antibióticos, antissépticos e desinfetantes); implementa um programa de auditorias internas regulares à prática e promove formação aos profissionais de saúde. Como mencionado anteriormente, e como nunca é de mais esta referência, é imprescindível que todos os profissionais de saúde desempenhem um papel preponderante nestes objetivos, para um decréscimo das infeções.

Dada esta situação pandémica a nível mundial, o conhecimento nesta área e adequação das recomendações nas transmissões face ao novo vírus, SARS-COV-2, têm sido muito debatidas, porque ainda existe pouco conhecimento e investigação deste novo vírus. Face a esta situação de pandemia, nunca foi tão fundamental o papel do EEMC dentro da sua equipa e no BO não foi exceção, tendo em conta que é este que zela pelo cumprimento de todas as diretrizes que advém do grupo PPCIRA e pela Direção Geral de Saúde (DGS). No BO do CHPVVC existe um EEMC que é elo de ligação com PPCIRA que tem como função transmitir e coordenar as informações sobre as novas práticas de controlo de infeção a ser implementadas. Neste momento, nunca este tema foi tão enaltecido, uma vez que as medidas implementadas de isolamento profilático, isolamento social, equipamentos de proteção individual no meio hospitalar e extra-hospitalar, nunca antes tinham sido tão discutidos como agora, visto que o grande impacto na saúde pública nacional e internacional poderá ficar comprometida se todas as medidas recomendadas não forem executadas da forma mais correta.

Durante o estágio verificamos que os profissionais de saúde demonstravam comportamentos de adesão e cumprimento de todas as medidas recomendadas face aos procedimentos e técnicas, dado que face à exposição do novo vírus a exigências das precauções básicas acresceram. Também constatamos que já existia um elevado grau de consciencialização para este tema, uma vez que apesar de em contexto de BO de urgência ser algo que pode facilmente ser remetido para um plano secundário. Neste sentido, o papel do EEMC é crucial, porque é este que detém os conhecimentos necessários para sensibilizar e implementar na sua equipa a correta adesão às boas práticas emanadas na área.

Para aquisição de competências neste domínio específico do EEMC, no decorrer do ENP, conduzimos a uma prestação de cuidados pela prevenção das IACS, procurando ser exemplo na implementação das medidas de controlo de infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica, utilizando os equipamentos de proteção individual, de acordo com as normas estabelecidas, associado ao risco e à vulnerabilidade do doente. Relativamente à ventilação mecânica invasiva, também procuramos que utilizassem dois filtros (um à saída do fluxo de ar expirado do ventilador e outro próximo da peça sem nome), executassem uma correta limpeza e desinfeção do ventilador, com o objetivo de perceberem a importância da sua higienização para diminuir a incidência de IACS.

Na nossa intervenção consideramos a infeção como foco crucial, e neste sentido maximizei “a prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018, p.19364), indo assim de encontro ao domínio desta competência específica do EEMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.

O mesmo para além de apresentar a competência específica de maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos 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, também dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

O conceito de catástrofe é muito amplo e complexo, com diversas definições na literatura. Todavia, de uma forma global pode ser definido como um desastre ou acidente em inúmeros artigos e publicações nacionais e internacionais.

Segundo a Lei de bases da Proteção Civil no Decreto-lei Nº 27/2006, de 3 de julho, no artigo 3º, alínea 2, define catástrofe como: “É o acidente grave, ou a série de acidentes

graves (de origem natural ou tecnológica), suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

O enfermeiro EEMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, como supracitado tem como competência específica: “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Diário da República IIª série, 2018, p. 19359). Isto é, intervém na gestão de situações de exceção e, por conseguinte, cabe-lhe a ele garantir e gerir a gestão de cuidados.

Uma situação de exceção consiste essencialmente numa situação em que verificamos, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades identificadas e os recursos disponíveis. Tendo em conta a prática clínica, verificamos que é mesmo isto que acontece. Aquando da agudização clínica de diversos doentes em simultâneo é o enfermeiro especialista, com funções de coordenador de turno que garante a gestão dos recursos.

No decorrer do estágio, não se verificaram ocorrências de catástrofe nem de situações de exceção. No entanto, à semelhança de todos os enfermeiros que desenvolvem a sua prática profissional no BO, senti a necessidade de consultar e de me inteirar melhor sobre o Plano de Emergência Hospitalar, tomando conhecimento da ordem de procedimentos, mais concretamente do papel do EEMC na gestão de recursos humanos e materiais, da hierarquia da comunicação, por forma a dar respostas eficazes. Assim, a aquisição desta competência foi fundamental para nós como futura Enfermeira Especialista no cuidar à pessoa/família em situação crítica.

Os acontecimentos de situação crítica supracitados e vivenciados no ENP são momentos de transição de saúde-doença inesperados e cabe ao enfermeiro, sendo o profissional de saúde com o papel mais importante no processo de transição saúde/doença e mais ativo no contato com a pessoa, a demonstrar o grande suporte a quem está a vivenciar este processo de transição.

Realizando uma retrospectiva daquilo que se foi desenvolvendo ao longo de todo este período de ENP e sobre esta teoria, com uma análise crítico-reflexiva do nosso desempenho, pudemos referir que o enfermeiro é a pessoa que tem mais conhecimento sobre o processo de transição, é o profissional que percebe as necessidades do doente/família, gere o seu tempo de modo a dar resposta às situações e fomenta um ambiente propiciador para que estes possam exprimir os seus sentimentos e emoções. Os enfermeiros conseguem ter uma visão holística do doente e de todo o seu ambiente influenciador da transição, pois identificam diagnósticos e intervenções de enfermagem

adequadas, vendo a pessoa como um ser biopsicossocial. Assim, todo processo de transição leva a que a pessoa consiga lidar com problemas, novas mudanças e ultrapassar situações adversas de eventos críticos, isto é, ser uma pessoa resiliente, consegue superar todas as adversidades. Para além desta situação, no BO também há uma situação específica de um processo saúde-doença em que o enfermeiro tem de adequar as suas intervenções e estratégias para proporcionar significados de bem-estar para a pessoa submetida à intervenção cirúrgica, como por exemplo o caso das mastectomias ou inserção de cateteres para realização de quimioterapia. Estas mesmas já estão a atravessar o processo de saúde-doença e aquela nova etapa pode ser uma esperança para a sua recuperação. A maioria dos doentes são mulheres e, por vezes, já se encontram bastante debilitadas e ansiosas no intraoperatório. Neste momento difícil, cabe ao enfermeiro adequar as suas intervenções e estratégias, de modo a esta atribuir significados de bem-estar para ultrapassar esta etapa com sucesso.

Em suma, face a este grande domínio que integra as competências específicas do EEMC no cuidar à pessoa/família em situação crítica e tendo em conta as atividades desenvolvidas, consideramos que este ENP conjuntamente com os estágios anteriores, se constituíram uma mais-valia, permitindo-nos a aquisição e desenvolvimento teóricos e práticos especializados para cuidar da pessoa em situação crítica e da sua família nos diversos contextos, nomeadamente no BO.

**CAPÍTULO II – PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO – A GESTÃO
TERAPÊUTICA E A SEGURANÇA DO DOENTE NO BLOCO
OPERATÓRIO**

O enfermeiro especialista é compreendido pela OE (2019), como o profissional a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diversas áreas de especialidade em enfermagem.

Na enfermagem como em qualquer outra área do conhecimento, o recurso à investigação para o seu desenvolvimento é um privilégio de uma disciplina que se constrói de forma segura e apoiada. Através da análise, reflexão e avaliação das práticas e modelos de trabalho, os enfermeiros deparam-se com a necessidade de decisões adequadas para a resolução dos problemas, contribuindo para uma melhoria da excelência dos cuidados e simultaneamente para a progresso da profissão.

O recurso a revisões da literatura tem vindo a ganhar cada vez maior ênfase, esperando-se que as práticas de cuidados se sustentem na melhor evidência científica.

É neste sentido que se enquadra o nosso estudo, revisão integrativa da literatura, cujo objeto de investigação foi o desenvolvimento de competências na gestão terapêutica e a segurança do doente no BO.

Como já descrito o tema: A Gestão Terapêutica e a Segurança do Doente no BO, surgiu após a realização de um diagnóstico de necessidades à equipa de enfermagem do BO, através de um questionário. Assim, realizamos este estudo com o objetivo de analisar as estratégias de gestão terapêutica de anestesia na segurança do doente no bloco operatório, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados à pessoa submetida a uma cirurgia

Para a realização deste estudo, foi fulcral a definição do plano metodológico capaz de dar resposta ao objetivo e adequado à natureza da problemática em estudo. Assim, neste capítulo procuramos explicar detalhadamente o enquadramento conceptual sobre a temática em estudo e todo o percurso metodológico, desde a justificação do tema à questão de investigação, objetivos do estudo, estratégias de pesquisa, apresentação e discussão dos resultados. Por último, fazemos referência às principais conclusões.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A prestação de cuidados de saúde tem como finalidade de cuidar dos doentes, no entanto, existe o risco inerente de ocorrência de erros e de eventos adversos, devido à

complexidade dos processos, das tecnologias e dos fatores humanos, que a prestação de cuidados envolve (International Council of nurses, 2006).

A SD é um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde e é da responsabilidade dos vários intervenientes no processo de cuidados (Silva, 2014). Não existe qualidade em saúde, se estes não assumirem como uma preocupação crucial durante a prestação de cuidados (Pereira, 2014).

A SD é uma componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumindo uma grande relevância nos últimos anos, quer para os doentes, que pretendem sentir-se seguros e confiantes, quer para os profissionais, que querem prestar cuidados com elevado nível de rigor e eficiência, baseados na evidência científica. Ou seja, a prestação de cuidados de saúde com qualidade só é possível quando existe um nível elevado de SD. A avaliação da mesma é realizada através da avaliação de procedimentos de segurança, por indicadores de estrutura, com base na verificação de *check-list* de cultura e procedimentos, avaliação de eventos adversos e por indicadores de resultados (Entidade Reguladora da Saúde, 2017).

Assim, as questões relacionadas com a SD têm emergido como uma crescente preocupação para as organizações de saúde, para os seus profissionais e doentes e para os decisores políticos, estando, inclusivamente, esta a ganhar dimensão um movimento de valorização de investigação na área SD.

A DGS (2015) definiu como uma prioridade da estratégia nacional a qualidade na saúde, considerando fundamental a avaliação SD para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais.

A OE (2019) refere que é da competência do enfermeiro especialista criar e manter um ambiente terapêutico seguro, realizando uma gestão de risco ao nível institucional ou das unidades funcionais. Para uma uniformização foi criado o PNSD, no qual se constitui como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança.

O PNSD visa melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS). A segurança é considerada um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, permitindo aferir a confiança dos cidadãos no sistema de saúde (DGS,2015).

Assim, o PNSD 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;
3. Aumentar a segurança cirúrgica;

4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Face ao referido anteriormente, a SD é a redução do risco desnecessário, relacionado com a prestação de cuidados de saúde, a um mínimo aceitável, face ao conhecimento atual, aos recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados são prestados, em opção ao risco de não tratamento ou de outro tratamento.

A SD e dos profissionais é primordial num ambiente de alta tecnologia e de uma enorme especialização, onde se pretende prestar cuidados de qualidade. No entanto, é necessária uma política de prestação de cuidados pró-ativa da gestão de risco, para que ambas as partes, sejam protegidas (AESOP, 2006).

Se, por um lado, a inovação e o desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia, no âmbito da saúde, propiciam a sobrevivência dos doentes, por outro lado, aumentam o risco de complicações, devido ao seu carácter agressivo e invasivo (AESOP, 2006).

Assim, a enfermagem perioperatória é uma das áreas da enfermagem que cuida dos doentes em situação crítica e é nela em que a gestão do risco se coloca de uma forma mais crítica. O BO é um dos locais onde, pelos fatores ambientais, pelas técnicas rigorosas utilizadas, com o uso de inúmeros dispositivos médicos, potencia a existência de riscos elevados a que podem ser expostos os profissionais e os doentes (AESOP, 2006).

A gestão do risco tem de basear as suas indicações num manual em que contenha todos os procedimentos necessários, quer relativamente aos profissionais, quer aos equipamentos, materiais, produtos nocivos, eletricidade, e outros fatores ambientais.

A eventualidade de ocorrência de erro está inerente à condição humana, mas quando observada num contexto de cuidados de saúde, torna-se mais alarmante, porque inevitavelmente lhe está associado um elevado grau de imprevisibilidade do seu impacto na saúde do doente (Pereira, 2014).

Segundo a AESOP (2006), 25% dos acidentes clínicos ocorrem no período intraoperatório, estando relacionados com deficientes/negligentes, procedimentos anestésicos ou falhas na monitorização dos doentes anestesiados.

Atualmente, a ocorrência de eventos adversos está associada ao uso de medicamentos em contexto hospitalar, sendo um grave problema de saúde pública. Ou seja, os erros de medicação e as suas consequências assumem-se como uma problemática com grande relevo para a promoção da SD (Terra, Correia e Silva, 2015).

Sendo o BO um local onde são constantes os procedimentos cirúrgicos com recurso à anestesia, o risco de ocorrência de erros medicamentosos é extremamente elevado. O enfermeiro de anestesia tem aqui um papel preponderante para a minimização de eventos adversos, sendo o profissional que se articula com o anestesista, ou seja, prepara e administra os fármacos.

Segundo Simon (2018), os erros podem ser provocados por fadiga dos profissionais, falta de pessoal, falta de formação ou informação incorreta ao doente, entre outros fatores. Todos os erros com medicamentos são potencialmente evitáveis, pelo que é imprescindível a implementação de medidas de prevenção. Os erros de prescrição podem incluir:

- Medicamento não recomendado para a indicação clínica, ou inapropriado para o doente;
- História prévia de reação alérgica ou efeito adverso com o medicamento;
- Dose ou frequência de administração excessiva;
- Dose elevada em medicamentos com estreita margem de segurança;
- Dose ou duração de tratamento diferentes das recomendadas;
- Ausência de indicação da dose ou da forma farmacêutica na presença de várias alternativas;
- Prescrição com erro de escrita ou prescrição manuscrita ilegível. Algumas medidas de prevenção nesta área são: as prescrições devem de ser legíveis, se possível, adotar-se-ão sistemas automatizados; evitar o uso de abreviaturas para nomes de fármacos, de expressões latinas para instruções e os números romanos;
- A prescrição deve incluir o nome do medicamento, a forma farmacêutica e a dosagem no sistema métrico, exceto nos medicamentos que usam unidades, como a insulina (escrevendo neste caso unidades por extenso e não U);
- Incluir as instruções de uso.

O erro de medicação poderá ocorrer ao longo de todo o circuito, desde a prescrição, transcrição, interpretação e administração.

Um erro de prescrição é definido como um erro de decisão ou de prescrição não intencional, que pode reduzir a probabilidade de o tratamento ser efetivo ou aumentar o risco de eventos adversos no doente (Rosa [et al.], 2010). Alguns destes erros estão relacionados com cálculos e com a preparação dos medicamentos, por exemplo, erros na

interpretação ou transcrição da prescrição, medicamentos não adequadamente etiquetados (Simón, 2018).

O erro de dispensação refere-se à disparidade entre a ordem escrita na prescrição médica e o atendimento dessa ordem. Ou seja, o erro de dispensação pode ser definido como o desvio de uma prescrição médica escrita ou oral (Rosa [et al.], 2010). Assim sendo, estes incluem os erros provocados, quando a medicação dispensada não corresponde à prescrita. Confirma-se que alguns erros são relacionados com cálculos e com a preparação dos medicamentos (Simón, 2018).

Os erros de administração consistem numa alteração da preparação e administração de medicamentos mediante prescrição médica, verificando-se falta do seguimento das recomendações ou guias do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do produto (Rosa [et al.], 2010).

As causas mais comuns de erro associado ao medicamento incluem diagnóstico incorreto, erros de prescrição, erros de cálculo de dose, práticas inadequadas na distribuição de medicamentos, problemas relacionados com fármacos, administração incorreta de medicamentos, falha na comunicação e falta de educação/informação do doente (Godinho, Carreira e Martins, 2018).

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na preparação e administração de medicação. Esta responsabilidade dos enfermeiros na administração dos fármacos, leva a que este profissional seja o último a verificar todos os passos anteriores, para que seja minimizado o erro, tornando mais segura a prestação de cuidados ao doente.

Desde 1984, ano em que foi realizada a primeira reunião sobre segurança anestésica, as práticas relacionadas com a anestesia foram sofrendo melhorias, tendo-se desde aí, tornado numa prática clínica mais segura, resultando do investimento na profilaxia do erro e na SD.

Algumas das medidas que contribuíram para esse efeito foram, por exemplo:

1. A correspondência de rampas de gases por cores e tipo de conexão, aos respetivos conectores, não permitindo ligações erradas;
2. A utilização do oxímetro de pulso nos doentes sedados ou anestesiados;
3. A utilização da capnografia em todos os doentes ventilados;
4. Melhoria da segurança dos ventiladores e máquinas de anestesia, redução da sua variabilidade no mesmo local, execução de manutenção e verificação do seu funcionamento;

5. Treino dos profissionais com simuladores e realização de conferências sobre os temas;
6. Adoção de *guidelines* e protocolos e standardização de processos;
7. Segurança com medicamentos, como o conhecimento dos fármacos, a sua rotulagem, as diluições standardizadas, recomendações pelo fabricante e os programas informáticos de cálculo automático de dosagens e diluições com base nos parâmetros antropométricos dos doentes, a gestão de stocks e de antídotos e o despiste e registo de alergias;
8. Sistema de reporte de erros, com registo voluntário de eventos adversos (Fragata, 2010).

O erro é um acontecimento que facilmente pode ocorrer com qualquer profissional de saúde que presta diariamente cuidados ao doente. Como referido anteriormente, são múltiplas as causas que levam a ocorrência destes. No entanto, cabe ao EEMC ter uma responsabilidade acrescida, sendo este perito na sua área de intervenção, deve gerir e supervisionar os cuidados, de forma a minimizar os erros.

O conceito de medicamentos de alto risco ou alerta máximo (AM) nasceu nos Estados Unidos da América em 1998 pelo Institute for Safe Medication Practices (ISMP).

Estes medicamentos de AM ou alto risco são aqueles que possuem risco elevado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização. Apesar dos erros que possam ocorrer com estes medicamentos não sejam os mais frequentes, os seus efeitos tendem a ser mais graves, podendo proporcionar lesões permanentes ou a morte, assim como aumentar os custos associados aos cuidados de saúde. Estes medicamentos podem facilmente provocar dano significativo ao doente devido a alguns aspetos, nomeadamente: margem terapêutica estreita, gravidade dos seus potenciais efeitos, entre outros. Neste seguimento, alguns destes medicamentos associam-se a erros de medicação, pelo facto de necessitarem de ajustes frequentes de dose relativos à determinação de parâmetros bioquímicos e/ou fisiológicos (DGS, 2015).

Assim sendo, é recomendado pela DGS (2015), que os profissionais de saúde com intervenção no processo de medicação conheçam os riscos associados à utilização destes medicamentos, bem como a nível das instituições hospitalares sejam desenvolvidas estratégias e implementadas medidas que minimizem a ocorrência de erros com medicamentos de AM.

Os medicamentos de AM incluem os medicamentos LASA.

Segundo a DGS (2015), os medicamentos LASA, são:

“(…) medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos. Os medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante são designados de medicamentos look-alike enquanto os medicamentos com nome foneticamente semelhante, são denominados de medicamentos sound alike” (DGS, 2015, p. 3).

O facto de existirem medicamentos com nomes semelhantes faz com que haja um maior número de erros de medicação. Assim, a indústria farmacêutica também tem desenvolvido medidas para evitar a existência de semelhanças inaceitáveis nos nomes dos medicamentos. Desta forma, justifica-se a normalização de práticas seguras, que possam contribuir para a redução destas ocorrências.

Para além dos medicamentos LASA, o método *Tall Man Lettering* (TML) é um método baseado na inserção de letras maiúsculas no meio das denominações dos medicamentos com ortografia semelhante, como exemplo temos o alopurinol e haloperidol que aplicando o método TML fica aloPURINol e halOPERIDol. Este método pode contribuir para aumentar a segurança associada aos medicamentos LASA, no entanto, é difícil avaliar o impacto de uma medida isolada na administração de medicamentos. Por outro lado, a evidência do sistema de codificação por cores é outro método utilizado na identificação dos fármacos, particularmente no BO (Godinho, Carreira e Martins, 2018). Em 2008, a Organização Internacional de Normalização (ISO) publicou a norma ISO 26825, referente à padronização da rotulagem das etiquetas de medicamentos. As cores foram definidas de acordo com a classe farmacológica, previamente estabelecidas pela Sociedade Americana de Anestesiologistas e pela ISO 26825. Quanto ao *design*, a cor de fundo das etiquetas era branca e o nome da substância medicamentosa era destacado com a cor referente à sua classe farmacológica (Souza [et al], 2019).

Diversas organizações, como por exemplo a ISMP estão focadas na SD e têm vindo a desenvolver estratégias para minimizar o risco de erros relacionados com este grupo de medicamentos. Assim sendo, estas recomendam:

- Promover uma cultura de segurança, sensibilizando as equipas para possíveis erros que possam vir a acontecer. Se o erro se verificar, implementar ações corretivas e definir procedimentos que dificultem ou que tornem inexecutáveis a repetição do erro;
- Produzir protocolos institucionais de administração de medicamentos;
- Identificar, listar e divulgar os medicamentos de alto risco existentes no hospital e definir circuitos para a sua utilização segura;

- Reduzir o número de apresentações, quer em quantidade, quer em variedade, de concentrações de medicamentos de alto risco, aquando da aquisição dos medicamentos;
- Aumentar o acesso à informação destes medicamentos, tanto para profissionais de saúde, como para os doentes e seus prestadores;
- Utilizar etiquetas sinalizadoras para destacar os medicamentos de alto risco dos restantes e, se possível, limitar o seu acesso no *stock* dos serviços;
- Recorrer sempre à prescrição eletrónica e proibir o uso de abreviaturas nas prescrições manuais;
- Disponibilizar informação e alertas, como exemplo, limites de dose ou necessidade de diluição;
- Aceder à validação da prescrição médica e posteriormente distribuir em dose unitária;
- Estabelecer doses máximas e parametrizar alertas para os medicamentos de alto risco (como exemplo, interações com outros medicamentos, alergias);
- Centralizar a preparação de misturas intravenosas nos serviços farmacêuticos, processos com elevado potencial de indução de erro (como exemplo a preparação de citotóxicos);
- Garantir o cumprimento dos nove certos (doente certo, medicação certa, dosagem certa, administração certa, hora certa, duração certa, validade certa, abordagem certa e registo certo) de preparação e administração de medicamentos. Reforçar a dupla verificação na preparação e administração de medicamentos de alto risco, LASA e concentrados eletrolíticos;
- Informar os doentes e/ou prestador de cuidados principal sobre este grupo de medicamentos e possíveis erros que possam ocorrer (Godinho, Carreira, Martins, 2018).

Em suma, todas as instituições devem desenvolver estratégias e implementar medidas de forma a minimizarem o risco de erros associados aos medicamentos. O circuito do medicamento faz parte integrante do dia-a-dia do enfermeiro, mas cabe ao EEMC fazer auditorias em cada serviço, com o objetivo de identificar os pontos críticos e possíveis áreas de melhoria, expondo as fragilidades das unidades de trabalho e criando espaço à protocolização e diminuição do erro. Por exemplo, uma rotulagem mais segura da medicação é apenas uma das formas utilizadas para a prevenção dos erros associados aos medicamentos.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

A investigação em enfermagem visa a criação de uma estabilidade científica para orientar a prática e garantir a credibilidade da profissão como uma ciência. De forma a procurar uma base científica para a uma boa prática de enfermagem.

Segundo Vilelas (2020), cada investigação deve possuir um estudo próprio, característico e concreto. Cada abordagem comporta um certo tipo de estudo de investigação, sendo a escolha feita de acordo com o objetivo da investigação.

A natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar. Neste seguimento, foi realizado um estudo de revisão integrativa da literatura, tendo a pesquisa sido realizada de fevereiro de 2021 a maio de 2021.

A revisão integrativa da literatura permite a incorporação das evidências na prática clínica, sendo um dos métodos de pesquisa mais utilizados na prática baseada na evidência. Esta é baseada no conhecimento científico, com resultados de qualidade e com custo de efetividade, requerendo a formulação de um problema, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica e análise de dados e a apresentação de resultados (Sousa [et al.], 2017).

Este método fornece uma abordagem metodológica mais vasta, possibilitando a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, proporcionando uma combinação entre dados da literatura teórica e empírica, para além de incorporar vários propósitos: a definição de conceitos; a revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

Tendo em conta o supracitado e de forma a tornar o estudo rigoroso, de seguida expomos e elucidamos de forma clara e pormenorizada todos os procedimentos investigativos relativos: à problemática, questão e objetivos do estudo.

2.1 DA PROBLEMÁTICA À QUESTÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO

A SD é uma componente estruturante e uma variável incontornável da Qualidade em Saúde, pelo que deve ser uma estratégia global das organizações de saúde (Fernandes e Queirós, 2011).

Como já referido anteriormente a justificação para a escolha do tema, a gestão terapêutica e SD no BO, surgiu após um questionário de identificação de necessidades do local de estágio e também por ser um tema do nosso interesse.

Para ponto de partida de uma investigação tem de existir uma situação problemática, ou seja, algo que cause um mal-estar, uma inquietação e, por conseguinte, existir uma necessidade de pesquisa detalhada sobre o fenómeno observado para uma melhor compreensão deste. Esta tem início quando surge uma questão de investigação, que deve ser clara e não equívoca, de forma a delinear o estudo e a atingir os seus resultados (Fortin, 2009).

Neste sentido, e com o propósito de expressar evidentemente aquilo que procuramos, questionamos:

- **Quais as estratégias de gestão terapêutica de anestesia para a segurança do doente no bloco operatório?**

A questão de investigação mostra-se um elemento fundamental no início da investigação e, à qual, se segue a formulação dos seus objetivos, que dizem respeito aquilo que o investigador se propõe realizar para lhe dar resposta (Ribeiro, 2010).

Os objetivos do estudo dependem da realidade dos conhecimentos relativos ao tema em estudo. Assim, os objetivos delineados foram:

- Mapear o conhecimento científico produzido sobre estratégias de gestão terapêutica de anestesia para a segurança do doente no bloco operatório;
- Perceber o contributo, da gestão e armazenamento de fármacos, de forma a minimizar erros que coloquem em causa a Segurança do Doente.

Após formulação da questão de investigação e definidos os objetivos, no ponto seguinte expomos a estratégia de pesquisa.

2.2 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

No âmbito de dar resposta à questão de investigação supracitada, foram nomeados os seguintes descritores MeSH: anestesia; SD e gestão terapêutica. De seguida, procedemos à pesquisa de literatura, utilizando a plataforma EBSCOhost, nas quais se incluíram as seguintes bases de dados: ScienceDirect; b-on; PubMed; MEDLINE e SciELO.

Na pesquisa de evidência científica, utilizamos os descritores em português e o marcador booleano AND, assim como os símbolos “”, uma vez que permitem combinar os descritores utilizados na busca, sendo o AND uma combinação restritiva (Santos, Pimenta e Nobre, 2007). Assim, formulamos a frase booleana “anestesia” AND “segurança do doente” AND “gestão terapêutica”.

A determinação de critérios de inclusão de um estudo de investigação é uma prática padrão e necessária na elaboração de pesquisa rigorosa e de alta qualidade.

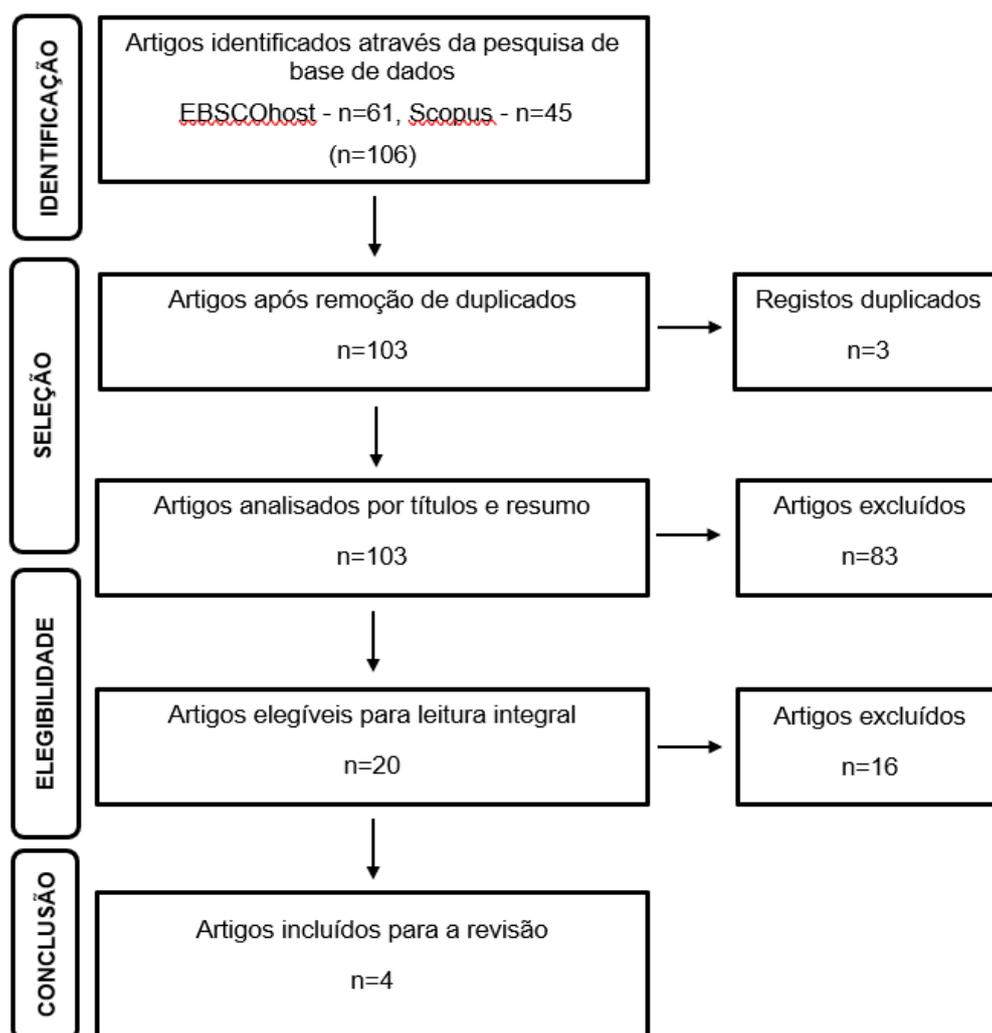
Neste sentido, foram definidos critérios de inclusão, onde foram consideradas as componentes da temática em estudo, o tipo de estudo, o espaço temporal, assim como a língua em que foram descritos e a disponibilidade ao público. Como critérios de inclusão que constituem a amostra para este estudo de investigação utilizamos:

- Estudos escritos português, espanhol, inglês e publicados entre 2013 e 2020;
- Estudos com acesso ao texto integral;
- Estudos que englobassem a relação entre a SD e a gestão terapêutica de anestesia.

Da pesquisa realizada na plataforma *EBSCOhost* com os descritores anestesia, SD e gestão terapêutica resultaram 61 artigos. Após delimitação temporal da análise, leitura do título e do resumo foram pré-selecionados 10 estudos para leitura integral, 2 dos quais integram este estudo. Na pesquisa efetuada na plataforma *Scopus* com os mesmos descritores foram identificados 45 artigos, que após a delimitação temporal, análise do título e do resumo foram pré-selecionados 6 artigos para leitura integral, 2 dos quais integram o estudo. Após aplicação de todos os critérios de inclusão 4 artigos foram selecionados para análise crítica.

De seguida, apresentamos diagrama de fluxo de processo de triagem de artigos:

Figura 1 - Fluxograma de Processo de Triagem de Artigos



3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados é uma das etapas fundamentais do trabalho de investigação. Segundo Fortin (1999), o investigador nesta fase pretende expor a análise dos dados mais importantes e descrever os resultados obtidos.

A síntese da evidência científica dos artigos que integram esta revisão integrativa da literatura está descrita no Quadro 1, de forma a facilitar a leitura e proporcionar melhor perceção. Assim, foram explorados os seguintes parâmetros: autores; ano de publicação do estudo; país; fontes; objetivo do estudo; metodologia; conclusões e nível de evidência científica.

Tabela 1– Síntese dos Artigos Incluídos na Revisão Integrativa da Literatura

Autor, Ano, País/ Publicação	Título	Objetivo	Resultados	Nível Evidência
Dhawana [et al.] 2017 Brasil Revista Brasileira de Anestesiologia	Erros de medicação em anestesia: inaceitável ou inevitável?	Debater a segurança na administração de medicamentos a doentes sob anestesia	As etiquetas adesivas pré-impresas para ampolas e frascos são uma opção menos dispendiosa às seringas-preenchidas para facilitar a rotulagem correta. O nome do medicamento nos rótulos aplicados deve ser igual ao que está na ampola ou frasco no momento da preparação do medicamento. Todas as linhas e cateteres devem ser rotulados. Qualquer medicamento que não esteja identificado deve ser rejeitado. Deve-se incorporar conceitos eletrônicos e digitais para incentivar a evolução do sistema de administração de medicamentos relacionados à anestesia.	Nível I – Artigo de Revisão
Godinho [et al.] 2018 Portugal Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia	Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike: Um Velho Conceito Sempre Atualizado	Explorar o conceito dos medicamentos LASA, explicitar as suas implicações na atividade clínica e rever a literatura atual sobre o tema e expor soluções para evitar os perigos relacionados com a sua utilização.	Uma rotulagem mais segura da medicação é um dos aspetos necessários para a prevenção dos erros associados aos medicamentos LASA. Uma abordagem multifatorial deve ser definida desde o processo inicial de desenvolvimento dos medicamentos, que inclui a seleção do nome de acordo com a Denominação Comum Internacional não semelhante com o som e nomes de marcas pré-existentes, até à verificação dos medicamentos antes da administração. Atualmente, a questão de como deve ser a rotulagem de um medicamento ainda não tem resposta definida, sendo que uma rotulagem mais segura da medicação é apenas um dos aspetos necessários para a prevenção dos erros associados aos medicamentos LASA. Existem diferentes estratégias a nível da rotulagem para reduzir os erros associados, incluindo o uso de TML, codificação por cores, prescrição eletrónica, sistemas de códigos de barras e mudanças de embalagens.	Nível I – Artigo de Revisão
Cooper [et al.] 2019 Estados Unidos da América International Anesthesiology Clinics	Medication Safety in Anesthesia: Epidemiology, Causes, and Lessons Learned in Achieving Reliable Patient Outcomes	Perceber as causas, a segurança e prevenção do erro da administração de medicamentos em anestesia	Apesar da rotulagem ser mais padronizada, com os padrões de seringa codificados por cores e rótulos gerados por computador disponíveis, o mais importante é ler sempre o rótulo antes de administrar. As seringas pré-preenchidas estão disponíveis com etiquetas com código de barras e, ainda assim, nos Estados Unidos, não existe um sistema de computador de anestesia comercial que possa ler as etiquetas de maneira transparente. Não há alertas auditivos ou visuais para ajudar a evitar a administração de medicamentos ou dosagens erradas. Apesar de tudo o que sabemos sobre prevenção de danos por erros de medicação, a sua persistência pode estar relacionada a três fatores importantes. Em primeiro, a maioria dos erros de medicação são quase perdidos, ou seja, não há danos visíveis no doente e, portanto, pode não ser considerado importante relatar ou prevenir. Em segundo, quem comete um erro deve ter a noção que o cometeu e, terceiro, deve relatar o mesmo. Dizer a verdade ao manter a transparência dos danos em termos de prevalência e causas de erros, assim como de eventos adversos de medicamentos é essencial para que a confiança dos profissionais e dos doentes, seja mantida uma cultura de segurança.	Nível I – Artigo de Revisão

Roesler [et al.] 2019 Estados Unidos da América International Journal of Design	Practice-Centered Design of an Anesthesia Medication Template to Reduce Medication Handling Errors in the Operating Room	Analisar um modelo de trabalho que contribui para um ambiente de anestesia mais seguro	O AMT (Anesthesia Medication Template) é um auxílio cognitivo que ajuda os profissionais na identificação, localização e aplicação dos medicamentos apropriados necessários durante uma anestesia na sala de cirurgia. O modelo ajuda a melhorar a organização dos medicamentos e reduz a ocorrência de erros de dosagem e trocas de seringas. É uma representação do conhecimento que reside na relação entre o profissional, o doente e os medicamentos que estão localizados no topo do carrinho de anestesia. Ao representar esse conhecimento em um produto físico no ambiente de trabalho, o AMT contribui para um ambiente mais seguro, prevenindo possíveis erros na administração de medicação.	Nível II – Estudo Caso
--	--	--	--	---------------------------

Constatámos que os estudos em análise são oriundos dos EUA, Portugal e Brasil e verificamos que no horizonte temporal de 10 anos consideramos, 1 artigo foi publicado no ano de 2017, 1 artigo em 2018, 2 artigos em 2019.

Assim, através do Quadro 1 verificamos que dos estudos três deles são de nível I e apenas um de nível II, revelando qualidade metodológica.

Através da análise dos dados dos 4 artigos supracitados, e tomando como ponto de partida a questão de investigação e os objetivos deste estudo, conseguimos compreender que os erros de medicação têm repercussões graves e podem ser evitáveis. Portanto, a adoção de estratégias como medidas preventivas para a não ocorrência de erros é fundamental.

Se por um lado, Dhawana [et al.] (2017), referem que o esforço individual de cada profissional para diminuir os erros de medicação pode não ser suficiente até que haja mudanças nos protocolos ou sistemas bem como uma melhor maneira de evitar esses erros é impedi-los. Referem ainda estes autores que as causas mais comuns dos erros de medicação ocorrerem em qualquer período do perioperatório, por troca de seringa, ou mal-entendido na dose, mal diluição, via de administração incorreta, tanto durante a preparação e administração, quanto na manutenção de registos. Os autores mencionam ainda algumas estratégias de controlo dos erros de medicação que influenciam a SD, tais como: tiras de etiquetas adesivas pré-impresas como uma opção menos dispendiosa relativamente às seringas preenchidas; o nome do medicamento nos rótulos aplicados pelo profissional deve ser igual ao que está na ampola ou frasco; todas as linhas e cateteres devem ser rotulados; qualquer medicamento ou líquido que não possa ser identificado por exemplo, em seringa ou outro recipiente sem rótulo deve ser considerado inseguro e eliminado.

Por outro lado, Cooper [et al.] (2019), também referem que há um potencial substancial para reduzir os erros relacionados com a medicação e há muitas oportunidades para melhorar a segurança no ambiente perioperatório. A troca de seringas é um dos erros mais

comuns que pode ser evitável. As causas mais frequentes de erros de medicação em todo o mundo são: a falta de tempo; a desatenção; a negligência; o cansaço do profissional; a má rotulagem; a falha em verificar ou ler o rótulo; os carrinhos unidos de medicamentos mal projetados; os tamanhos e rótulos dos frascos semelhantes e nomes confusos de medicamentos diferentes, mas com som ou nome semelhantes. Os investigadores salientam ainda que, para uma rotulagem mais padronizada, deve-se utilizar padrões de seringa codificados por cores e rótulos gerados por computador, embora seja fundamental antes de qualquer manuseamento com fármacos ler sempre o rótulo.

A corroborar estas ideias supracitadas, Godinho, Carreira e Martins (2018), mencionam que os medicamentos LASA apresentam nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos, originando trocas entre si. Um quarto dos eventos adversos relacionados com a medicação está associado aos medicamentos LASA. Estes medicamentos são uma realidade com que os profissionais se deparam diariamente e que leva a um acréscimo do risco pelo facto de a prescrição, no bloco operatório, ser por norma por via verbal. As investigadoras mencionam que, o circuito do medicamento é longo, complexo e composto por várias etapas: aquisição; armazenamento; prescrição; dispensa; administração; monitorização; informação e educação. Os erros podem ocorrer em qualquer etapa. Neste seguimento, as causas mais comuns de erro associado ao medicamento e que colocam em causa a SD são: diagnóstico incorreto; erros de prescrição; erros de cálculo de dose; práticas inadequadas na distribuição; problemas relacionados a medicamentos; administração incorreta; falha na comunicação e falta de educação/informação do doente. Como estratégias para evitar estes erros, as autoras aludem para o uso de TML, codificação por cores, prescrição eletrónica, sistemas de códigos de barras e mudanças de embalagens. Uma rotulagem mais segura da medicação é apenas um dos aspetos necessários para a prevenção dos erros associados aos medicamentos LASA.

Um outro grupo de investigadores projetaram AMT, um modelo de *layout* padronizado de baixo custo para organizar e identificar seringas em cima de carrinhos de anestesia em salas de cirurgia. Este modelo melhora a organização e a deteção de medicamentos errados, bem como reduz a ocorrência de erros de dosagem de medicamentos. Nos resultados do estudo mencionaram que, ao integrar novas formas estruturais, a fragilidade das organizações anestésicas atuais e dos processos de trabalho tradicionais pode ser melhorada. Os erros de troca destacam a atenção antes que ocorra qualquer lapso. No entanto, isso representa o conhecimento da relação entre o profissional que está na anestesia, o doente e o medicamento no topo do carrinho de anestesia. Ao incorporar esse conhecimento em produtos físicos no local de trabalho, a AMT contribui para o

estabelecimento de um local de trabalho de anestesia mais seguro, promovendo a SD (Roesler [et al.] (2019).

Os diferentes estudos de Dhawana [et al.] (2017), Cooper [et al.] (2019) e as autoras Godinho, Carreira e Martins (2018), convergem grande parte das suas conclusões, indicando como principal fator que influencia a SD são os erros de medicação, nomeadamente: trocas de seringas; administração de dose errada e má leitura de rótulos. Por conseguinte, recomendam algumas estratégias que devem ser utilizadas para a minimização do erro, tais como: todas as seringas devem ser rotuladas; utilização de rótulos de acordo com os medicamentos LASA de TML; rotulagem com recurso a codificação por cores; prescrição eletrónica; sistemas de códigos de barras e mudanças de embalagens para que não sejam iguais.

A gestão terapêutica de anestesia apresenta várias etapas, sendo crucial a minimização do erro em todas elas, pois a SD pode estar em causa.

Não existe qualidade em saúde se a SD não se assumir como uma preocupação fulcral durante a prestação de cuidados (Pereira, 2014). Isto é, a SD é o princípio fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde mais concretamente para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Em síntese, é fundamental a importância que os enfermeiros assumem na resposta à gestão dos fármacos e segurança dos cuidados prestados ao doente, exigindo-lhes a mobilização de um conjunto de competências específicas, por forma a garantir uma intervenção adequada. O enfermeiro é o elemento-chave e diferenciador da SD, sendo ele que está presente em todo o processo de preparação e administração da gestão terapêutica de anestesia. Com isto, o seu foco de atuação também depende da organização, da contribuição e do impacto das suas experiências, procurando analisar e melhorar a sua forma de prestar cuidados com qualidade e segurança.

4. CONCLUSÃO DO ESTUDO

A segurança dos doentes é uma componente essencial no reforço dos sistemas de saúde para se alcançar a cobertura universal de saúde (WHO,2020).

Os profissionais de saúde e os doentes são os principais agentes na cultura de SD, tendo a necessidade de uma mudança na cultura organizacional que envolva e os responsabilize no sentido de serem identificados como a origem de potenciais eventos adversos.

A mudança de mentalidades e o conhecimento destas matérias e da sua pertinência no panorama atual dos cuidados de enfermagem, a articulação entre sistemas, instituições e profissionais, e a disponibilização dos recursos adequados, parecem-nos ser as bases indispensáveis para a criação e desenvolvimento de uma cultura de segurança nas organizações de saúde.

Os erros de medicação e as suas consequências constituem um grave problema de saúde pública e devem ser uma prioridade de todos, nomeadamente daqueles que regulam a profissão.

Neste seguimento, e sendo o impacto do erro variável consoante o efeito adverso é necessário estar atento, porque os erros de medicação são evitáveis e para isso devemos encontrar estratégias para os prevenir, de forma a proporcionar uma prestação de cuidados de enfermagem segura.

Como referido anteriormente, todas as instituições devem desenvolver estratégias e implementar medidas de forma a minimizarem o risco de erros associados aos medicamentos. Por exemplo, uma rotulagem mais segura da medicação é apenas uma das formas utilizadas para a prevenção dos erros associados aos medicamentos.

Desta forma, destacamos este percurso investigativo como fulcral pois, para além de promover o desenvolvimento e aquisição de competências do EEMC no âmbito da investigação, também proporcionou a implementação de algumas mudanças no local do ENP. Estas mudanças foram nomeadamente, aquisição de mais etiquetas adesivas dos fármacos mais utilizados, rotulagem dos stocks de medicamentos de acordo com os medicamentos LASA e AM e rotulagem por cores de acordo com cada tipo de fármaco.

Reconhecendo as limitações deste estudo, verificamos que há a necessidade da realização de estudos mais específicos sobre este tema, pois a mudança e a implementação de boas práticas associada a este tema implica a minimização do erro de medicação, logo uma maior SD.

CONCLUSÃO

O presente relatório é produto de uma caminhada que é sem dúvida gratificante, traduzindo-se num crescimento não só profissional, como pessoal.

Este advém de uma análise e reflexão crítica da prática dos cuidados prestados, do progresso individual e experiências de desenvolvimento durante o ENP. Deste modo, a redação deste relatório foi um ótimo meio para desenvolver a capacidade de reflexão durante o nosso percurso, o que facilitou identificar as nossas necessidades de aprendizagem e dificuldades, permitindo-nos refletir sobre a nossa evolução, nomeadamente a nível das competências EEMC. De facto, os conhecimentos transmitidos na teoria podem ser desenvolvidos quando associados à prática clínica.

No que diz respeito ao período vivenciado em campo de estágio, foi rico em experiências e muito vantajoso em termos de conhecimentos teórico-práticos. Este proporcionou-nos uma aprendizagem especializada totalmente diferente na abordagem ao doente crítico no contexto perioperatório.

A investigação também teve um papel fulcral, pois sem ela não era possível obtermos novos conhecimentos e implementarmos estratégias que contribuíssem para melhorar as práticas diárias da prestação de cuidados, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados e SD.

Ser enfermeiro especialista no contexto de cuidados à pessoa em situação crítica num BO é um processo de aprendizagem de aquisição de novas competências. É ter uma perspetiva que reconhece e identifica oportunamente os focos de instabilidade, que simultaneamente gere os protocolos e a família com um doente em situação crítica.

Relativamente aos objetivos e respetivas estratégias que foram projetadas inicialmente, consideramos que estes foram atingidos na sua totalidade, mas a grande dificuldade vivenciada, foi o facto de termos que conciliar o estágio tanto com a nossa atividade profissional como pessoal. De tal modo, que esta dificuldade foi também ultrapassada com ajuda da tutora, colegas de trabalho e família, permitindo um processo de aprendizagem e crescimento profissional.

Em suma, pudemos afirmar que esta foi uma experiência extremamente positiva e enriquecedora no nosso percurso enquanto futura enfermeira especialista. É a continuidade de um percurso, onde aprender é sempre um objetivo, evidentemente existe a necessidade contínua de atualizar e obter novos conhecimentos de modo a prestar cuidados de excelência.

Os contributos foram bastantes e advêm não só do esforço pessoal, mas também do apoio e colaboração das orientadoras, enfermeira tutora, assim como de toda a equipa multidisciplinar do BO.

Concluimos mais uma etapa do nosso percurso académico, com a certeza de que cada um de nós é o responsável pelo seu crescimento pessoal, profissional e que nos compete lutar por aquilo que queremos e acreditamos, para que deixe de ser somente um ideal e que se torne uma realidade, tendo sempre presente que o conhecimento em enfermagem resulta da prática, da reflexão sobre ela e da investigação.

BIBLIOGRAFIA

AESOP, ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS – **Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática de Cuidados**.

Loures: Lusodidacta, 2006. ISBN 972-8930-16-X.

APEGL, ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS GESTORES E DE LIDERANÇA. - **Referencial de competências para os enfermeiros da área da gestão**.

[Em linha]. Portugal: APEGEL, 2009. [Consultado em 5 Maio 2021]. Disponível na WWW:<URL:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>>.

CENTRO HOSPITALAR PÓVOA DE VARZIM / VILA DO CONDE – **Unidade de Bloco Operatório Central**. [em linha]. Póvoa de Varzim: CHPVVC, 2020. [consultado em 10 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <http://www.chpvvc.min-saude.pt/servicos-clinicos/bloco-operatorio/>.

COLLIÈRE, Marie – *Cuida... A primeira arte da vida*. Portugal: Lusociência, 2003. IS 972-8383-53-3.

COOPER, Raymond [et al.] - Medication Safety in Anesthesia: Epidemiology, Causes, and Lessons Learned in Achieving Reliable Patient Outcomes. **International Anesthesiology Clinics**. USA. ISSN 1537-1913. Vol.57, nº3 (2019), p. 78-95.

DECRETO-LEI nº 104/98. **DR I Série. A** (1998/04/21) 1739-1757.

DECRETO-LEI nº 71/2019 **DR I Série. 101** (27/05/2019) 2626-26428

DHAWANA, Ira [et al.] – Erros de medicação em anestesia: inaceitável ou inevitável?. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Rio de Janeiro. ISSN 0034-7094. Vol. 27, nº 2 (2017), p. 184-192.

DIAS, Lúcia – Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. **Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca**. Portugal, ISSN: 2182-8504. Vol 2, nº1 (2019), p.39-40.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Direção Geral da Saúde**. [Em linha]. Portugal, 2015. [Consultado em 10 de junho 2021]. Disponível na WWW: <URL: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.pdf.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Direção Geral da Saúde**. [Em linha]. Portugal, 2015. [Consultado em 10 de junho 2021]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. [Em linha]. Portugal, 2007. [Consultado em 20 de abril 2021]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/documentos-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Medicamentos com nome ortográfica, fonético ou aspeto semelhantes**. [Em linha]. Portugal, 2015. [Consultado em 7 de fevereiro 2021]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>.

ESTEVES, Ana [et al.] – **Gestão do Risco em Saúde: Risco Clínico e Não Clínico - Manual de Procedimentos**. [Em linha]. Portugal, 2016. [Consultado em 30 de abril 2021]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.newsite.usf-serradalousa.com/wp/wp-content/uploads/2016/11/Gest%C3%A3o-do-Risco-Global-Julho16-Dez19-VF.pdf>.

ESTEVES, Larissa [et al.] – O estágio curricular supervisionado na graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira Enfermagem**. São Paulo. ISSN 1984-0446. (2018), p. 1842-1853.

FERREIRA, Carla - **Gestão em Enfermagem e Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e padrão de Qualidade**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015. Tese de Mestrado.

FONSECA, Maria José - **Supervisão Ensinos Clínicos de Enfermagem**. Formasau, 2006. ISBN: 9789728485689.

FONSECA, Esmeral – Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. **Nursing Magazine Digital**. [Em linha]. (2015) 1-7. [consultado 10 maio 2021]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem>

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X

FORTIN, Marie. – **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FRAGATA, José – Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0870-9205. Vol. 10, n.º 3. (2010), p. 17-26.

FRAGATA, José e MARTINS, Luís. – **O Erro em Medicina. Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Coimbra: Almedina, 2004. 328 p. ISBN 978972023472.

FLICK, Uwe – **Métodos Qualitativos na Investigação Científica**. Lisboa: Monitor, 2005.

GARRIDO, António e SIMÕES, João – Finalidade das Estratégias de Supervisão Utilizadas em Ensino Clínico de Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. ISSN 0104-0707. Vol. 16, nº4 (2007), p. 599-608.

GODINHO, Liliane, CARREIRA, Cláudia e MARTINS, Conceição - Medicamentos Look-Alike, Sound-Alike Um Velho Conceito Sempre em Atualização. **Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia**, Matosinhos. ISSN 0871-6099. Vol. 67, nº 3 (2018), p. 20-24.

ICN, INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Dotações Seguras Salvam Vidas – Instrumentos de Informação e Acção**. Genebra: ICN, 2006. ISBN 92-95040-44-9.

LEI n.º 156/2015. **D.R. I Série**. 181 (16/09/2015) 8059-8105

LEI n.º 27/2006. **D.R. I Série**. 126 (3/07/2006) 4696-4706

LOPES, José - **Aplicação de Técnicas Lean no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano**. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto, 2017. Tese de Mestrado.

LOUREIRO, Lénia [et al.] – Exercício Físico em Pessoas com Diabetes: Revisão Sistemática da Literatura. **Revista Portuguesa de Estudos Regionais**. Angra do Heroísmo, ISSN 1645-586X. Vol.2, nº1 (2019), p. 18-26.

MAGALHÃES, Aline [et al.] – Pensamento Lean na saúde e enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Florianópolis, ISSN 1518-8345. Vol. 24, (2016), p. 1-13.

MELO, Lucas - ENFERMAGEM COMO UMA CIÊNCIA HUMANA CENTRADA NO CUIDADO. *Revista Mineira de Enfermagem*. Minas Gerais, ISSN 2316-9389. Vol.20. (2016), p.1-7.

CHICK, Norma e MELEIS, Afaf. - **Transitions: A Nursing Concern. Nursing Research Methodology - Issues and implementation**. New York: Aspen Publication, 1986, p. 237-257.

MELEIS, Afaf - **Theoretical nursing: development and progress**. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 9781605472119.

MELEIS, Afaf. – **Transitions Theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 9780826105356.

MOREIRA, Céline – **A situação de paragem cardiopulmonar: experiências dos enfermeiros**. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, 2015. Tese mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

MOHER, David [et al.] - The PRISMA Group - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med** [Em linha]. vol 6, nº7 (2009). Disponível em: e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

MUNARI, Denize e BEZERRA, Ana – Inclusão da Competência Interpessoal na Formação do Enfermeiro como Gestor. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, ISSN 1984-0446. (2004), p. 484-486.

NUNES, Lucília - Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. [em linha]. Portugal, 2014. [consultado em 15 de junho de 2021]. Disponível na WWW: <URL: file:///C:/Users/anara/Downloads/EESMP_Responsabilidadeprofissionalticaelegal_LN%20(1).pdf.

POLIT, Denise [et al.] – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN: 9788573079845.

OLIVEIRA, Luís e QUEIRÓS, Paulo – Tradução, Adaptação Cultural e Validação da Nurse Competence Scale para a População Portuguesa. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN: 0874-7695. Nº10, (2015), p. 77-89.

OLIVEIRA, Amélia e MARTINS, José – Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-028. Vol. Série III, nº 9 (2013), p.115-124.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. [Em linha]. Portugal, 2019. [Consultado em 25 de abril 2021]. Disponível na WWW: <URL: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Funções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas Unidades de Cuidados Intensivos / Serviços de Medicina Intensiva**. [Em linha]. Portugal, 2018. [Consultado em 1 de abril 2021]. Disponível na

WWW: <URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE**. Lisboa: Tadinense - Artes Gráficas, 2015.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais**. [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.10087 – 10090. [consultado em 10 de janeiro de 2020]. Disponível na WWW: <URL https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Deontologia Profissional de Enfermagem**. Lisboa: Norprint Artes Gráficas, S.A., 2015. ISBN 9789898444301.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Artigo 83º - Do direito ao cuidado**. [Em linha]. Portugal, 2010. [Consultado em 30 de abril 2021]. Disponível na WWW: <URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer248_2010_CJ_site.pdf.

PACHECO, Susana e NEVES, Maria – **Para uma ética da enfermagem: desafios**. 1ªed. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN: 9789726033264.

PATINO, Cecília e FERREIRA, Juliana – Critérios de inclusão e exclusão em estudos de pesquisa: definições e por que eles importam. **Jornal Brasileiro de Pneumologia. Brasília**. ISSN 1806-3713. (2018).

PORTUGAL. Entidade Reguladora da Saúde. **Segurança do doente**. (2017).

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **A Organização interna e a Governação dos Hospitais**. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010. [Consultado em 30 março. 2021]. Disponível na <https://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>.

PEREIRA, Ana - **Erro de medicação: circunstâncias da sua ocorrência na perspetiva do enfermeiro**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. Tese de Mestrado.

PUPULIM, Jussara e SAWADA, Namie – Perceção de Pacientes sobre Privacidade no Hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. ISSN 1984-0446. (2012), p. 621-629.

QUEIRÓS, Ana - **Ética e Enfermagem**. 1ªed. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN: 972-8717-07-5.

FERNANDES, António e QUEIRÓS, Paulo – Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. N.º 4, (2011), p. 37-48.

REGULAMENTO nº 140/2019. DR II Série. 26 (2019/02/06) 4744-4750.

REGULAMENTO nº 122/2011. DR II Série. 35 (2011/02/18) 8648-8653.

REGULAMENTO Nº101/2015. DR II Série. 48 (2015/03/10) 5948-5952

REGULAMENTO n.º 429/2018. **D.R. II Série**. 135 (2018/07/16) 19359-19370

RIBEIRO, José Luís – **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. 3ª ed. Oliveira de Azemeis: Legis Editora, 2010. ISBN: 978-989-8148-46-9.

ROCHA, José - **Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública**. 3ª edição Lisboa: Escolar Editora, 2010. ISBN 978-972-592-289-7.

ROSA, Mário [et al.] - Erros de Medicação. **Conselho Federal de Farmácia**. Brasília. ISSN 1413- 9626. (2010), p. 1-24.

ROESLER, Axel [et al.] - Practice-Centered Design of an Anesthesia Medication Template to Reduce Medication Handling Errors in the Operating Room. **International Journal of Design**. USA. ISSN 1994-036X. Vol. 13, nº1 (2019), p. 53-68.

ROSÁRIO, Jorge - **A integração da internet na autoformação dos enfermeiros**. Algarve: Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2007. Tese de Mestrado.

RUA, Marília. – **De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico**. Loures: Lusociência, 2011. ISBN: 9789728930684.

SANTOS, Eunice - **Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: desafios e constrangimentos**. Algarve: Universidade do Algarve, 2008. Tese de Mestrado.

SANTOS, Cristina; PIMENTA, Cibele e NOBRE, Moacyr - A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Florianópolis. ISSN 1518-8345. Vol.15, nº3, p. 1-4.

SILVA, Ana - **Gestão do Risco Clínico da segurança do doente: Contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, 2014. Tese de Mestrado.

SIMÓN, Aurora - **Prevenção de erros de medicação na Comunidade**. Centro de Informação do Medicamento – Ordem dos Farmacêuticos. Lisboa, (2018).

SOUSA, Luís [et al.] - A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874-7695. Vol.21, nº2 (2017), p. 17-26.

SOUZA, Nayana, [et al.] – Avaliação da rotulagem com código de cores para identificação de medicamentos endovenosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, ISSN: 1984-0446. Vol.72, nº3 (2019), p. 749-754.

SOUZA, Marcela, Silva, Michelly e Carvalho, Rachel – Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. São Paulo, ISSN: 2317-6385. Vol.8, nº1 (2010), p. 102-106.

TERRA, M., CORREIA, Ana e SILVA, S. - **Armazenamento de Medicamentos num Serviço Clínico Normas e Sinalética**. Lisboa: Unidade Vertebro-Medular/Unidade de Fraturas e Serviços Farmacêuticos do Hospital de S. José, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, 2015.

THOMPSON, Ian [et. al.] - **Ética em enfermagem**. 4ªed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 9789728383671.

VILELAS, José – **Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento**. 3ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2020. ISBN: 978-989-5610-97-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Dia Mundial da Segurança do Doente**. [Em linha]. África, 2020. [Consultado em 10 de junho 2021]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.afro.who.int/pt/regional-director/speeches-messages/dia-mundial-da-seguranca-do-doente>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Apresentação do Questionário de Diagnóstico de Necessidades

Questionário para Diagnóstico de Necessidades
Equipa de Enfermagem do Bloco Operatório Central - CHPVVC

Caro (a) Colega:

Eu, Ana Raquel Lopes Ferreira Ramos, no âmbito do VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área do Doente Crítico da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, encontro-me a desenvolver o Estágio de Natureza Profissional no Serviço de Bloco Operatório do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde.

O presente questionário tem o intuito de aferir as necessidades de formação e as áreas de gestão de cuidados que cada profissional da equipa de enfermagem considera mais relevante, para assim delinear as atividades formativas e simultaneamente para a melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica no Bloco Operatório.

Quanto aos dados obtidos será garantido o anonimato, confidencialidade e proteção de dados.

Agradeço desde já a colaboração e disponibilidade.

1. Tendo em conta as áreas do Bloco Operatório - Anestesia/Circulação/Instrumentação, assinale 3 áreas que necessite de formação mais prioritária?

- a) Reformulação Carros de Anestesia (Medicamentos look-alike, sound-alike (LASA) e Medicamentos de Alerta Máximo)
- b) Linhas Arteriais
- c) Instrumentais
- d) Ventilação Mecânica Invasiva
- e) Transporte do Doente Crítico

2. Das áreas referidas anteriormente, quais as formações oficiais ou formais que realizou nos últimos 5 anos?

(indicar as letras das alíneas)

3. Na área da anestesia mais concretamente nos fármacos, localize-se no nível de conhecimentos?

- a) Insuficiente b) Suficiente c) Médio d) Alto

4. Considera pertinente abordar a temática "Gestão terapêutica e a segurança do doente" no Bloco Operatório?

- a) Discordo b) Concordo c) Concordo Totalmente

5. Considera pertinente a criação de um procedimento de reorganização do carro de anestesia?

- a) Discordo b) Concordo c) Concordo Totalmente

6. Considera importante realizar formação relativa aos Medicamentos LASA e Medicamentos de Alerta Máximo?

- a) Discordo b) Concordo c) Concordo Totalmente

7. Aspetos a melhorar no serviço em termos da organização e gestão dos cuidados? (identificar pelo menos 2)

8. Que atividades/formações gostaria que fossem desenvolvidas no sentido para a melhoria profissional da equipa enfermagem e/ou multidisciplinar? (identificar pelo menos 2)

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

Ana Raquel Ramos

Abril/2021

APÊNDICE II

Apresentação da Ação de Formação em Formato PowerPoint realizada no Bloco Operatório do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, intitulada de: “Segurança do Doente no BO: Medicamentos Look Alike e Sound Alike (LASA) e Medicamentos de Alto Risco



VII CURSO DE Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Segurança do Doente no BO: Medicamentos Look Alike e Sound Alike (LASA) e Medicamentos de Alto Risco

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

JUNHO 2021

ANA RAQUEL LOPES FERREIRA RAMOS, Nº 24478

ORIENTAÇÃO: ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRÚRGICA – SÓNIA ARTEIRO

"O segredo de um grande sucesso está no trabalho de uma grande equipa"

Murillo Cintra de Oliveira Margarida

OBJETIVOS

- Refletir sobre a prática diária e os mecanismos de segurança para a prevenção do erro do medicamento;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a segurança no uso da medicação;
- Desenvolver conhecimento sobre a temática;
- Promover práticas seguras na administração medicamentosa.



SEGURANÇA DO DOENTE:

A segurança é considerada um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, permitindo aferir a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e, em particular, no SNS (DGS, 2015).

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES



PNSD 2015-2020

- Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
- Aumentar a segurança da comunicação;
- Aumentar a segurança cirúrgica;
- Aumentar a segurança na utilização da medicação;
- Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
- Prevenir a ocorrência de quedas;
- Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
- Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
- Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

(DGS, 2015)

ERRO TERAPÊUTICO

AS CAUSAS DO ERRO TERAPÊUTICO PODEM SER:

Todos os erros com medicamentos são potencialmente evitáveis, pelo que é imprescindível a implementação de medidas de prevenção.

O erro de medicação poderá ocorrer ao longo de todo o circuito da medicação, desde a prescrição, transcrição, interpretação e administração.

- Medicação
- Prescrição
- Distribuição
- Administração



ERROS TERAPÊUTICOS MAIS COMUNS



AUMENTAR A SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO

- Publicar normas sobre práticas seguras da medicação;
 - Desenvolver sistema de informação (sclinic) para a reconciliação terapêutica.
 - Implementar a intercomunicação entre o Portal das Reações Adversas a Medicamentos e o [Notific@](#).
 - Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.
- 
- Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco.
 - Implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação terapêutica.
 - Assegurar informatização de sistema de alertas para reações medicamentosas.
 - Auditar, semestralmente, as práticas seguras da medicação

(DGS, 2015)

(DGS, 2015).

MEDICAMENTOS DE ALERTA MÁXIMO (AM) OU ALTO RISCO

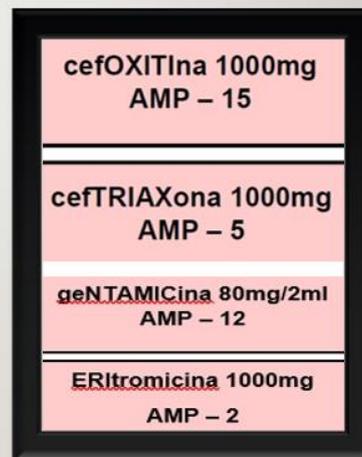
Os medicamentos de AM ou alto risco são aqueles que possuem risco elevado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização. Apesar de os erros que possam ocorrer com estes medicamentos não sejam os mais frequentes, os seus efeitos tendem a ser mais graves, podendo proporcionar lesões permanentes ou a morte e aumentar os custos associados aos cuidados de saúde prestados ao doente. (DGS, 2015).



MEDICAMENTOS LOOK ALIKE SOUND ALIKE (LASA)

“(…) medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos. Os medicamentos com aspeto ou ortografia semelhante são designados de medicamentos look-alike enquanto os medicamentos com nome foneticamente semelhante, são denominados de medicamentos sound alike.”

(DGS, 2016, p. 3)



LISTA DE MEDICAMENTOS AM

Classe Terapêutica	Medicamento
Agonistas Adrenérgicos Intravenosos	Adrenalina 1mg/1ml
	Dobutamina 250mg/250ml
	Dopamina 200mg/50ml
Antagonistas Adrenérgicos Intravenosos	Efedrina 30mg/30ml
	Labetalol 200mg/200ml
Anestésicos Gerais, Inalatórios e Intravenosos	Propofol 200mg/20ml
	Etomidato 20mg/20ml
	Sevoflurano
	Desflurano
	Propofol 500mg
	Cloralfoma 500mg/100ml
	Halotano 20000/500ml
	Enoxagimina 20mg
	Enoxagimina 80mg
	Enoxagimina 300mg
Antibióticos	Enoxagimina 80mg
	Vancomina 50mg
	Vancomina 500mg
	Aciclovir 400mg
	Morfina
Medicação Epilética ou Intratecal	Reprovalina 20mg/20ml
	Reprovalina 50mg/20ml
	Reprovalina 100mg/20ml
	Reprovalina 400mg/20ml
	Sufentanil

LISTA DE MEDICAMENTOS AM

Antiarrítmicos	Lidocaína 2%/5ml
	Amiodarona 150mg/30ml
	Adenosina 6mg/2ml
	Atropina 0,5mg/2ml
Hipoglicemiantes Orals	Glicazida 80mg
	Metformina 850mg
Medicação Inotrópica Intravenosa	Digoxina 0,5mg/2ml
Insulina Subcutânea e Intravenosa	Ação Intermediária
	Ação Rápida
Sedativos de Ação Moderada Intravenosos	Midazolam
	Diazepam
Narcóticos/Opióides Intravenosos e Orals	Petidina
	Morfina
	Codéina+Fenilpiperamina
	Tramadol
	Alfentanil
	Fentanil
	Sufentanil
Remifentanil	
Agentes Bloqueadores Neuromusculares	Rocuronio

	Suspenções
	Abracimo
	Central
Nutrição Parentérica	Periferica
	Glucose 30%, 20ml
	Bicarbonato de Sódio 8.4%, 10ml
	NaCl 30%, 20ml
Eletrólitos Concentrados	KCl 7.5%, 10ml
	Sulfato de Magnésio 2000mg/10ml
	Sulfato de Magnésio 5000mg/10ml
	Oxalocina Intravenosa
Outros	Água 1000ml
	Cloreto de Sódio 0.9%, ampola, 100ml
	Cloreto de Sódio 0.9%, ampola, 500ml

LISTA DE MEDICAMENTOS AM

EM SUMA...

Todas as instituições devem desenvolver estratégias e implementar medidas de forma a minimizarem o risco de erros associados aos medicamentos. O circuito do medicamento faz parte integrante do dia-a-dia do enfermeiro, sendo a prioridade de cada profissional a segurança do doente perante a prestação de cuidados de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

Direção Geral de Saúde - Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020. [Em linha]. (2015). [Consultado em 10 de maio 2021]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.

Direção Geral de Saúde - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. . [Em linha]. (2015). [Consultado em 10 de maio 2021]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>

GRATOS PELA ATENÇÃO



APÊNDICE III

Apresentação do Plano de Sessão de Formação

FORMAÇÃO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

TÍTULO	<i>Segurança do doente no Bloco Operatório: Medicamentos Look Alike, e Sound Alike, (LASA) e Medicamentos de Alto Risco</i>
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Refletir sobre a prática diária e os mecanismos de segurança para a prevenção do erro do medicamento; - Sensibilizar a equipa de enfermagem para a segurança no uso de medicação; - Desenvolver conhecimentos sobre a temática; - Promover práticas seguras na administração medicamentosa;
DESTINATÁRIOS	Enfermeiros do serviço Bloco Operatório Central
DATA	25 junho 2021
HORA	14h00
DURAÇÃO	1h
LOCAL	Sala Operatória do Bloco Operatório Central
FORMADORA	Enf.ª Ana Raquel Ramos

Observação:

O FORMADOR
