



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A TRANSFUSÃO SEGURA DE COMPONENTES DO SANGUE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS

Maria José Faria Igreja

Fevereiro 2023

Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Maria José Faria Igreja

**A TRANSFUSÃO SEGURA DE COMPONENTES DO SANGUE NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA: PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS**

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Clementina Sousa

Mestre e Especialista na área científica de Enfermagem Samuel Sousa

Fevereiro 2023

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Clementina Sousa e ao Mestre Samuel Sousa, por aceitarem a orientação deste percurso, pela disponibilidade, apoio e incentivo ao longo deste percurso.

Ao Enfermeiro André Pires e ao Enfermeiro Gestor Cipriano Costa, enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, por aceitarem a orientação deste estágio, e por serem uma referência na minha vida profissional.

A toda a equipa de enfermagem do serviço de urgência da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), bem como à equipa de assistentes operacionais técnicos e toda a equipa médica, por me acolherem.

Ao meu Pai, que espiritualmente me acompanhou neste percurso, assim como a toda a família que me apoiou nesta etapa.

Ao meu marido, por nunca me deixar desistir, mesmo quando a força se esgotava. Obrigada pelo apoio e confiança, por lembrares que seria capaz.

Ao meu amor maior, meu filho Pedro Dinis, pela ausência da mãe tantas e tantas vezes, este percurso devo-o a ti, meu príncipe.

“Cada um que passa em nossa vida, leva um pouco de nós mesmos, e deixa um pouco de si mesmo. Há os que levam muito, e há os que deixam muito, mas não há os que não deixam nada...”

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

O presente relatório insere-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP) do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e procura evidenciar de forma crítica e reflexiva o percurso e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica. Para o desenvolvimento de competências procurou-se basear a prática clínica em evidência científica e buscar o máximo de experiências que abrangessem as dimensões da prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica, da formação, da gestão e da investigação.

Decorrente da prática diária de cuidados de enfermagem a pessoas em estado crítico com necessidade de transfusão de sangue e componentes sanguíneos, em consonância com a perceção do Enfermeiro Gestor do SUMC e da Direção do Serviço de Imunohemoterapia, propusemo-nos a analisar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros na transfusão de componentes do sangue num SUMC, de forma a contribuir para promover a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados, nomeadamente quanto à segurança dos doentes.

Deste modo, foi desenhado um estudo descritivo, com uma abordagem quantitativa numa amostra de 49 enfermeiros do SUMC de uma Unidade Local de Saúde do Norte do país, na prestação direta de cuidados e que aceitaram participar no estudo. Como instrumento de colheita de dados recorreu-se a um questionário elaborado para este estudo, bem como à análise dos registos nos impressos que acompanham as unidades de sangue e seus componentes no SUMC, no ano de 2019. Optou-se por este ano, devido à declaração de pandemia pelo vírus de SARS Cov-2 em Março de 2020.

De um modo geral, os resultados do nosso estudo revelaram que a maioria dos enfermeiros participantes no estudo são detentores de conhecimento adequado sobre os cuidados de enfermagem pré, peri e pós transfusão de componentes sanguíneos, bem como conhecimentos sobre sinais e sintomas de reações transfusionais, cumprindo as recomendações da instituição e o estado da arte.

Contudo, salientam-se e suscitam preocupação, os resultados obtidos em algumas questões como, a confirmação da existência de consentimento informado, em

que a maioria da amostra (61,2%) confirma às vezes, raramente ou nunca e apenas 38,8% confirmam bastantes vezes ou sempre. De igual forma, na dupla confirmação, aquando da administração de componentes sanguíneos, apenas 24,4% dos participantes tem esta prática, bastantes vezes ou sempre. No caso de uma reação adversa, 85,7% dos profissionais refere conhecer o procedimento instituído, no entanto constata-se que 14,3% não conhece os procedimentos da instituição/serviço.

Da experiência de estágio, destaca-se o papel, preponderante do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, num contexto tão complexo como um SUMC, na diferenciação e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Como aprendizagens pessoais salienta-se a relevância da formação profissional em enfermagem, num continuum ao longo da vida, para o aprofundamento de competências, sustentado na reflexão sobre as práticas, na interação com o contexto e na evidência científica, para a tomada de decisão em ambientes altamente imprevisíveis e complexos.

Descritores MeSH: Cuidados de enfermagem; Transfusão Sanguínea; Estado crítico.

ABSTRACT

This report is part of the Internship of a Professional Nature (ENP) of the Master's in Medical-Surgical Nursing from the Higher School of Health of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo, in a Medical-Surgical Emergency Service (SUMC). It seeks to highlight in a critical and reflective way, the path and process of acquisition and development of specialized skills in medical-surgical nursing, in the area of people in critical situations. For the development of competences, efforts were made to base clinical practice on scientific evidence and seek the maximum amount of experience that encompassed the dimensions of providing care to people and families in critical situations, training, management and research.

As a result of the daily practice of nursing care for people in critical condition in need of transfusion of blood and blood components, in line with the perception of the Nurse Manager of the SUMC and the Directorate of the Immunohemotherapy Service, we set out to analyze nurses' knowledge and practices in the transfusion of blood components in a SUMC, in order to promote the continuous improvement in the nursing care provided, namely with regards to patient safety.

Thus, a descriptive study was designed, with a quantitative approach, using a sample of 49 nurses from the SUMC of a Local Health Unit in the north of the country, in the direct provision of care and who have agreed to participate in the study. As a data collection instrument, a questionnaire properly designed for this study was used, as well as the analysis of the records in the forms that accompany the blood units and their components in the SUMC, in the year 2019. The choice of this year was due to the declaration of a pandemic by the SARS Cov-2 virus in March 2020.

In general, the results of our study revealed that most of the nurses participating in the study have adequate knowledge about preoperative nursing care, peri and post transfusion of blood components, as well as knowledge about signs and symptoms of transfusion reactions, complying with the institution's recommendations and the state of the art.

However, the results obtained in some questions stand out and raise concern, such as confirmation of the existence of informed consent, in which the majority of the sample (61.2%) confirms sometimes, rarely or never and only 38.8% confirm many times or always. Likewise, to corroborate these results, when administering blood components, only 24.4% of the participants have this practice, often or always. In the case of an adverse reaction, 85.7% of professionals reported knowing the established

procedure, however it appears that 14.3% do not know the procedures of the institution/service.

From the internship experience, the preponderant role of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing stands out, in a context as complex as a SUMC, in the differentiation and continuous improvement of nursing care. As personal learning, the importance of professional training in nursing is highlighted, in a lifelong continuum, for the deepening of skills, supported by reflection on practices, interaction with the context and scientific evidence, for decision-making in highly unpredictable and complex environments.

MeSH descriptors: Nursing care; Blood Transfusion; Critical illness.

ABREVIATURAS

Cap. - Capítulo

et al. – est alii (e outros autores)

n.º/Nº - Número

p. – Página

% – Percentagem

1º - Primeiro

5º - Quinto

ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ADR – Área doentes respiratórios

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CRRNEU - Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

DPE – Deontologia Profissional de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENP – Estágio de Natureza Profissional

E.P.E - Entidade Pública Empresarial

ESS – Escola Superior de Saúde

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPS – Instituto Português do Sangue

IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação

IASP – International Association for the Study of Pain

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBM - *Patient Blood Management*

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PNSD – Plano Nacional Segurança do Doente

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência

Antimicrobiano

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SAV – Suporte Avançado de Vida

SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SE – Sala de Emergência

SIV - Suporte Imediato de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SU – Serviço de Urgência

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VV – Via Verde

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| AGRADECIMENTOS | II |
| PENSAMENTO | III |
| RESUMO | IV |
| ABSTRACT | VI |
| ABREVIATURAS | VIII |
| ACRÓNIMOS E SIGLAS | IX |
| ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS | XIII |
| INTRODUÇÃO | 15 |
| PARTE I. CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – DESENVOLVIMENTO DE SABERES E PRÁTICAS ESPECIALIZADAS EM CONTEXTO CLÍNICO | 21 |
| CAPÍTULO I. O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL: ATIVIDADES REALIZADAS, APRENDIZAGENS E COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS | 22 |
| 1.1 - CONTEXTO DE ESTÁGIO: O SERVIÇO DE URGÊNCIA | 23 |
| 1.2 - O ENFERMEIRO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS: REFLEXÃO E ANÁLISE CRÍTICA | 28 |
| 1.2.1 - Domínio do cuidado à pessoa em situação crítica | 29 |
| 1.2.2 - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal | 38 |
| 1.2.3 - Domínio da gestão de cuidados | 42 |
| 1.2.4 - Domínio da melhoria contínua da qualidade | 48 |
| 1.2.5 - Domínio da formação de profissionais de saúde | 51 |
| PARTE II. O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL - A RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM | 63 |
| CAPÍTULO II. A TRANSFUSÃO SEGURA DE COMPONENTES DO SANGUE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS | 64 |
| 2.1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 65 |

| | |
|---|-----|
| 2.1.1 – Sangue e componentes sanguíneos | 65 |
| 2.1.2 – Segurança e qualidade na transfusão de componentes sanguíneos | 67 |
| 2.1.3 – Cuidados de enfermagem na transfusão de componentes sanguíneos | 73 |
| CAPÍTULO III. OPÇÕES METODOLÓGICAS | 79 |
| 3.1 – DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO | 80 |
| 3.2 – DESENHO DO ESTUDO | 81 |
| 3.3 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS | 84 |
| CAPÍTULO IV. TRATAMENTO DE DADOS | 85 |
| CAPÍTULO V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 98 |
| CAPÍTULO VI. CONCLUSÕES DO ESTUDO | 112 |
| CONCLUSÃO | 115 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 118 |
| ANEXOS | 126 |
| Anexo I – Autorização da Comissão Ética da ULSAM | 127 |
| ANEXO II – Autorizações dos diretores de serviço envolvidos | 130 |
| APÊNDICES | 134 |
| Apêndice I – Folheto Informativo das Visitas no SU | 135 |
| Apêndice II – Horário das Visitas na UDC e Área Laranja | 137 |
| Apêndice III – Questionário do estudo de investigação | 139 |
| Apêndice IV – Informação e Consentimento Informado | 146 |
| Apêndice V – Plano da sessão de formação. | 149 |
| Apêndice VI – Formação “Transfusão segura de componentes sanguíneos” | 151 |
| Apêndice VII – Questionário da Avaliação da Formação | 158 |

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

| | |
|---|----|
| Gráfico n.º 1 - Caracterização dos enfermeiros do SUMC de um Hospital do Norte | 54 |
| Gráfico n.º 2 - Distribuição da amostra referente ao tempo de serviço como Enfermeiro | 55 |
| Gráfico n.º 3 – Distribuição da amostra referente ao tempo de exercício profissional no SUMC | 55 |
| Gráfico n.º 4 - Distribuição da amostra referente ao título dos profissionais de Enfermagem | 56 |
| Gráfico n.º 5 - Distribuição da amostra referente à formação sobre segurança transfusional | 56 |
| Gráfico n.º 6 – Distribuição da amostra referente ao nº de formações sobre segurança transfusional | 57 |
| Gráfico n.º 7 - Distribuição da amostra quanto ao tempo da última formação realizada | 58 |
| Gráfico n.º 8 - Distribuição da amostra sobre a importância de programas de formação sobre administração de componentes sanguíneos | 58 |
| Gráfico n.º 9 - Distribuição da amostra sobre as áreas de formação específica do tema da administração de componentes sanguíneos | 59 |
| Gráfico n.º 10 – Expetativas sobre a ação de formação | 60 |
| Gráfico n.º 11 - Os conhecimentos adquiridos na ação de formação | 60 |
| Gráfico n.º 12 – Pertinência e interesse dos conteúdos abordados | 62 |
| Gráfico n.º 13 - Distribuição dos componentes sanguíneos consultados nos impressos (Serviço de Imunohemoterapia) | 86 |
| Gráfico n.º 14 - Distribuição da amostra sobre as áreas do SUMC que reúnem condições de segurança | 87 |
| Gráfico n.º 15 - Distribuição da amostra sobre as áreas do SU que reúnem condições seguras para a administração de componentes sanguíneos | 87 |
| Gráfico n.º 16 - Assinatura dos enfermeiros no impresso sobre controlo pré-transfusional | 90 |

| | |
|---|----|
| Gráfico n.º 17 - Registo da hora de início/fim da transfusão nos impressos que acompanha as unidades | 92 |
| Gráfico n.º 18 - Registo dos sinais vitais no início/fim da transfusão nos impressos que acompanha as unidades | 93 |
| Gráfico n.º 19 - Distribuição da amostra sobre o conhecimento do procedimento estabelecido pela instituição no caso de uma reação adversa | 95 |
| Gráfico n.º 20 - Distribuição sobre a notificação de reações adversas transfusionais nos impressos que acompanham as unidades | 97 |
| | |
| Tabela n.º 1 - Distribuição da amostra relativa a cuidados pré-transfusão | 89 |
| Tabela n.º 2 - Distribuição da amostra sobre os cuidados per-transfusão | 92 |
| Tabela n.º 3 - Distribuição da amostra sobre os cuidados pós-transfusão | 94 |
| Tabela n.º 4 - Distribuição da amostra sobre as reações adversas | 96 |

INTRODUÇÃO

Num tempo em que as mudanças sociais, tecnológicas, científicas e em saúde marcam o quotidiano das pessoas e populações, assiste-se a uma sociedade cada vez mais exigente e cidadãos mais conscientes dos seus direitos, reclamando altos padrões de qualidade, nomeadamente em cuidados de saúde, o que coloca novos desafios aos profissionais de saúde em geral e aos enfermeiros, em particular.

A procura pela excelência dos cuidados de enfermagem centra-se numa intervenção prática suportada na mais atual e robusta evidência científica e num contínuo aperfeiçoamento das competências profissionais.

A Enfermagem tem evoluído ao longo do tempo, tornando-se numa disciplina científica que sustenta a intervenção dos enfermeiros no contexto de ação e numa profissão que dignifica o cuidar humano, expresso por cuidados de saúde holísticos, tendo em vista ganhos em saúde.

Estes desafios requerem a reflexão e a procura de novos saberes e conduzem os profissionais, em particular os enfermeiros, para a aprendizagem ao longo da vida. Este processo dinâmico e incessante estabelece uma sinergia entre percursos de formação formal, que ocorrem na academia e os, não formais que decorrem nos contextos profissionais, sempre que haja intenção de aprender para melhorar conhecimentos, aptidões e competências, numa perspetiva pessoal e profissional (Decisão n.º 2006/1720/CE do Parlamento Europeu e do Conselho).

Para a conjugação destes pressupostos, alinhados com o sentido de excelência do exercício profissional em enfermagem, torna-se fundamental uma formação diferenciada alicerçada no saber científico e nos resultados da investigação, para que se possa desenvolver uma prática profissional especializada, proporcionando cuidados personalizados e de alta qualidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

No Regulamento n.º 140/2019, a OE define o enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (p. 4744). Reforçando as competências comuns dos enfermeiros especialistas, salienta “a educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Ibidem).

A enfermagem especializada em cuidados à pessoa em situação crítica¹ procura responder à prestação de “cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua, à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, Regulamento n.º 429/2018, p.19362).

Assim, com base nestes pressupostos, a aquisição e aprofundamento de saberes e o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC) na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC) permitirão aperfeiçoar e diferenciar a prática assistencial diária, desenvolver perícia na gestão de cuidados e de ambientes terapêuticos em constante transformação e cada vez mais complexos.

O Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) refere que o enfermeiro deverá “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2005, p.5). Denota-se a importância da formação contínua em enfermagem, numa relação articulada entre o conhecimento teórico e prático e a valorização parcimoniosa do contributo dos equipamentos, na qualidade dos cuidados.

Tendo em vista o desenvolvimento de competências especializadas, o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), visa desenvolver competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas diferenciadas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. No atingimento deste desígnio, o Regulamento do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, prevê a realização de um Estágio de Natureza Profissional (ENP) com elaboração e discussão de relatório final (Regulamento de Frequência e Avaliação dos cursos de mestrado da ESS-IPVC, 2019).

O ENP centrou-se na prestação de cuidados à PSC e desenvolveu-se no Serviço de Urgência (SU) de uma Unidade Local de Saúde do Norte do país, entre Janeiro e Junho de 2021.

A opção pelo local de estágio assentou em razões e motivações de várias ordens.

¹ No contexto deste relatório utilizar-se-á também o termo cliente, doente crítico, paciente, sendo que tal deve entender-se como “pessoa em situação crítica alvo de cuidados”.

A Pandemia associada ao vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) condicionou a redução de contextos clínicos para a realização do ENP, e ao constituir-se numa oportunidade de realização no próprio contexto profissional, redundou numa mais-valia.

Por um lado, permitiu, responder aos objetivos do ENP, com a mobilização, aplicação, consolidação e aprofundamento de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, contributivos dos percursos formativos prévios, decorrentes das unidades curriculares teóricas e práticas do plano de estudos do MEMC. Por outro lado, ao assumir o papel de formanda, possibilitou-me uma outra perspetiva, um olhar diferente sobre o contexto e as práticas pessoais e da equipa, contribuindo para uma reflexão sobre as necessidades de mudança contextuais e pessoais, em prol da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSC e sua família.

Concomitantemente, possibilitou uma consciencialização da transformação pessoal e profissional que em mim se vinha operando, bem como, da importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC) na área da PSC, no SU. O Despacho Ministerial n.º 11/2002, mencionado no Parecer n.º 14/2018 da OE, refere que os serviços de urgência caracterizam-se por “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”, considerando que as situações de emergência e urgência são “aquelas cujas gravidades, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata”. De igual forma, o manual de Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências (2015) publicado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) refere que o SU tem por “objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar”.

A elaboração deste relatório é o culminar de um percurso formativo em contexto clínico, onde se procura analisar as oportunidades de aprendizagem e as possibilidades de intervenção e como contribuíram para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem à PSC.

Este relatório documenta também o estudo de investigação realizado no âmbito de uma problemática identificada pela equipa de enfermagem, com necessidade de mudança para a melhoria da qualidade dos cuidados, como risco clínico ou a sua prevenção, para a segurança do doente no âmbito da transfusão de componentes

sanguíneos num serviço de urgência, tendo em conta as particularidades deste serviço.

O enfermeiro é o elemento fundamental na supervisão e monitorização do processo de gestão do risco clínico, promovendo a excelência da qualidade dos cuidados e a sensibilização das equipas para a garantia da segurança do doente, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados. A importância desta temática é realçada por se constituir num dos Objetivos Estratégicos delineados pelo Ministério da Saúde no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015), atualizado pelo Despacho n.º 9390/2021, como resposta às orientações europeias no que concerne à segurança nos sistemas de saúde. Assim, associando também a preocupação e interesse pessoal sobre esta problemática emergiu como objetivo geral e norteador do estudo: analisar os conhecimentos e as práticas dos enfermeiros na transfusão de componentes sanguíneos em contexto de um Serviço de Urgência.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o desenvolvimento de competências especializadas promove a construção e consolidação de conhecimentos científicos, técnicos e humanos, de forma a prestar cuidados de enfermagem globais e de qualidade às pessoas doentes e suas famílias, e alicerça o exercício profissional na elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, sustentando também a formação, investigação e assessoria.

Em conformidade com os objetivos e competências do plano de estudos do curso de MEMC (Despacho n.º 7710/2018), dos objetivos do ENP (Sousa, 2021) em articulação com as competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas do enfermeiro EEMC no cuidado à PSC (Regulamento n.º 429/2018), pretendemos com o ENP dar resposta aos seguintes objetivos pessoais:

- Desenvolver e adquirir competências para cuidar da pessoa e família em situação crítica num serviço de urgência, numa práxis clínica baseada em evidência científica e nos preceitos éticos e deontológicos da profissão;
- Desenvolver competências no âmbito da dinamização da formação em serviço;
- Contribuir para a implementação de dinâmicas que promovam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados e das unidades de cuidados;

- Desenvolver e aprofundar conhecimentos promotores de práticas seguras na gestão de transfusão de componentes sanguíneos;
- Desenvolver competências na prática de investigação;

No presente relatório procura-se descrever as atividades realizadas durante o período de ENP, analisando de forma crítico-reflexiva, sistemática e fundamentada, o processo de aquisição, aprofundamento e desenvolvimento de saberes e competências profissionais especializadas. Deste modo, pretende-se que este relatório e a sua discussão em ato público, se constitua o culminar do processo formativo para obtenção do grau académico de mestre e posteriormente do título profissional de enfermeiro EEMC.

Este relatório encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte, explicita-se o percurso desenvolvido durante o ENP, iniciando com uma contextualização do local de estágio, seguindo-se uma breve abordagem sobre cuidar a PSC no SU, finalizando com a descrição das atividades desenvolvidas, refletindo criticamente sobre os seus contributos no desenvolvimento de competências profissionais especializadas do EEMC, considerando os objetivos formulados e as áreas principais de desenvolvimento de competências: prestação de cuidados à PSC e sua família, formação e gestão. Na segunda parte, detalha-se o percurso investigativo inerente à problemática em estudo: enquadramento teórico, metodologia, resultados e principais conclusões. Conclui-se o Relatório, conjugando os objetivos previamente definidos, o percurso de ENP realizado e perspetivas futuras, em termos de intervenção/ões, mudança e transformação pessoal e do contexto clínico.

A formatação do trabalho segue as normas preconizadas pela ESS-IPVC para a realização/apresentação de trabalhos académicos.

**PARTE I. CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA –
DESENVOLVIMENTO DE SABERES E PRÁTICAS ESPECIALIZADAS EM
CONTEXTO CLÍNICO**

**CAPÍTULO I. O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL – REFLEXÃO CRÍTICA
SOBRE ATIVIDADES REALIZADAS, APRENDIZAGENS E COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS**

O avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro EEMC desenvolva a sua prática sustentada na mais recente evidência, orientada para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, constituindo-se também o líder em projetos de formação, de assessoria e de investigação que visem potenciar e atualizar os seus conhecimentos, desenvolver competências e melhorar continuamente a qualidade dos cuidados.

Perseguindo este desiderato, as orientações emanadas pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017) sustentam que os cuidados especializados em enfermagem Médico- Cirúrgica exigem a conceção, a implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados.

Neste âmbito, a OE emana um conjunto de competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), que permite enquadrar, como suporte efetivo ao exercício profissional especializado, capacidades e responsabilidades de conceção, gestão e supervisão de cuidados, formação de equipas e ainda, levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar o conhecimento próprio da disciplina e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem, baseada na evidência. E no Regulamento n.º 429/2018 estão consignadas as competências específicas do EEMC na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, como cuidar a pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

1.1 – CONTEXTO DE ESTÁGIO: O SERVIÇO DE URGÊNCIA.

O ENP decorreu no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) de uma Unidade Local de Saúde do Norte do país.

O SU pelas características que lhe são próprias é um local de eleição para cuidar de doentes em situação crítica, transformando-se na porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (DGS, 2001). Os serviços de urgência são muitas vezes o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde, isto faz com que representem um papel preponderante no SNS.

Estes cuidados implicam observação e colheita de dados de forma sistémica e sistematizada, de modo a conhecer o doente, prevenindo e detetando precocemente

complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, Regulamento n.º 429/2018).

O SU, dada a sua imprevisibilidade é caracterizado por abarcar situações que requerem uma atuação rápida, sistematizada e eficaz, uma vez que a estabilização de um doente crítico se inicia ou se efetiva neste contexto. Como referido anteriormente, o SU é muitas vezes o primeiro contato de um doente com patologia aguda, com os serviços de saúde, desempenhando a qualidade dos cuidados um papel fundamental na opinião dos doentes/família sobre o hospital e os seus profissionais (Brazão et al., 2016).

A ULSAM, enquanto Entidade Pública Empresarial (E.P.E.), constitui uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. A qual possui como missão: “assumir um carácter compreensivo que vai desde a identificação das necessidades de saúde da população residente até à resposta integrada a essas necessidades, através dos serviços públicos, privados contratualizados, comunitários ou de solidariedade social, no respeito pela integridade e dignidade dos utentes, otimizando os recursos, garantindo a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, com eficiência e eficácia, tendo em vista a excelência” (Regulamento Interno, 2011, p.3).

De acordo com o seu Regulamento Interno, a ULSAM, E.P.E. norteia-se pelos seguintes objetivos:

- Obtenção de ganhos em saúde na área de influência pela progressiva integração, articulação e complementaridade dos vários níveis de cuidados;
- Prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno;
- Eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- Melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e do modelo Unidade Local de Saúde no contexto do SNS.

O mesmo regulamento refere que a área de influência da ULSAM abrange a totalidade do distrito de Viana do Castelo, que inclui os concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira num total de 231488 habitantes (Censos 2021).

De igual forma, a Rede de Urgência dispõe de um serviço de Urgência Médico-Cirúrgica no Hospital de Santa Luzia e dois serviços de Urgência Básica (Ponte de Lima e Monção). Para os casos clínicos urgentes e emergentes o INEM disponibiliza 1 Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) sediada no Hospital de Santa Luzia, 4 ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), 10 ambulâncias de socorro nos bombeiros e 1 ambulância do INEM sediada no Hospital de Santa Luzia. E quando necessário, todos estes meios são apoiados pelo helicóptero do INEM e CVP (Website ULSAM).

O SU pretende dar resposta diferenciada a situações de urgência e emergência 24 horas por dia e a sua missão consiste em assistir todos os clientes/doentes que a ele recorram. A DGS (2001), no documento relativo a Rede Hospitalar de Urgência/Emergência, enquadra e define urgência como “todas as situações clínicas de instalação súbita desde as não graves até às graves, com risco de falência de funções vitais” e emergência como “todas as situações clínicas de instalação súbita, em que existe estabelecimento ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (Ibidem, p.7).

Estes doentes requerem dos enfermeiros na globalidade, e dos enfermeiros especialistas, em particular, um conjunto de conhecimentos que espelhem as competências científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem gerais e/ou especializados, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados.

O SU da ULSAM sendo um SUMC, com base no documento anterior, é uma unidade diferenciada, pois consiste no “primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência.” (2001, p.8) e constituem o segundo nível de acolhimento das situações de urgência. Para Brazão *et al.* (2016) “o serviço de urgência é uma das áreas hospitalares com maior afluência, onde a procura e o grau de complexidade são elevados e imprevisíveis, o acesso é irrestrito e as exigências são crescentes” (p.14).

No que diz respeito à estrutura física e recursos materiais, a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU, 2012) explica que os SU devem contemplar área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, área de emergência/críticos com condições para suporte avançado de vida, área de ortotraumatologia, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares e áreas não assistenciais, devendo o acesso a exames complementares de diagnóstico e ao bloco operatório ser fácil.

Assim, o SU encontra-se organizado em diversas áreas funcionais, como recomenda a CRRNEU, nomeadamente:

- Um gabinete de triagem com dois postos de trabalho;
- Quatro gabinetes para observação médica (1 do foro medicina geral, 2 de medicina interna e 1 do foro cirúrgico);
- Sala de admissão de doentes da triagem geral;
- Área de ortopedia também com gabinete médico;
- Sala de pequena cirurgia;
- Sala de emergência totalmente equipada;
- Área laranja com capacidade para 15 camas para doentes com pulseira laranja independentemente da especialidade;
- Unidade de decisão clínica com capacidade para 20 macas onde os doentes permanecem no máximo 24 horas;
- Área de imagiologia nomeadamente sala de Raio X;

E devido à pandemia de *Sars Cov 2*, foi criada a área de doentes respiratórios com capacidade para isolamento individual ou em *coorte*, sala de emergência respiratória e área de imagiologia, com acesso a tomografia computadorizada.

O SU tem acesso a áreas dedicadas do serviço de imagiologia, o que possibilita uma celeridade na efetivação dos meios complementares de diagnóstico. Conta ainda com um conjunto de áreas de apoio, nomeadamente, área administrativa, sala de espera, gabinete enfermeiro chefe/diretor serviço, arrecadações, sanitários, zona de sujos, copa, rouparia, elevador interno.

À entrada no SU, clientes e acompanhantes, após uma correta identificação e inscrição nos serviços administrativos, podem permitir que o contato fique disponível no sistema informático e acessível aos profissionais de saúde, sendo encaminhados para uma avaliação inicial através do Sistema de Triagem de Manchester. Os clientes serão então conduzidos para posterior avaliação médica, de acordo com a especialidade adequada ao problema/queixa apresentada.

A utilização do sistema de Triagem de “Manchester”, para atribuição de prioridades de atendimento, permite identificar através de critérios de gravidade, e de uma forma objetiva e sistematizada, a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido e o respetivo tempo de espera apropriado, para a primeira avaliação médica, permitindo de certo modo minorar o problema da elevada afluência, estratificando o atendimento em função de uma prioridade clínica.

Quanto a recursos humanos, a equipa de enfermagem do SU é formada por 75 enfermeiros dos quais 16 são especialistas, 74 na prestação direta de cuidados na urgência geral e um enfermeiro gestor. Assim, a equipa encontra-se distribuída pelos seguintes postos de trabalho:

- Dois enfermeiros na triagem de Manchester (passa a um enfermeiro no turno da noite);
- Um enfermeiro na área de admissão médica nas 24h;
- Dois enfermeiros na área dedicada a doentes respiratórios;
- Um enfermeiro na sala de emergência;
- Um enfermeiro na área de trauma (pequena cirurgia/ortopedia) apenas durante o dia (08h00 às 23h30);
- Dois enfermeiros na área laranja nas 24h;
- Dois enfermeiros na unidade decisão clínica nas 24h.

Sendo apoiados por uma equipa própria de assistentes operacionais e uma equipa médica não dedicada, à exceção dos clínicos especificamente contratados para a área de pequena cirurgia.

No documento da CRRNEU (2012, p.15) salienta que o SU rege-se por:

“uma prática clínica específica, com conhecimentos, competências e capacidades específicas, respeitando um ampla gama de patologias e situações clínicas de carácter médico, cirúrgico e traumático, num largo espectro de gravidade, orientada para a avaliação de problemas clínicos e usando metodologias de triagem, estabilização, avaliação e resolução.”

De igual forma, reforçam a necessidade de identificar atempadamente os doentes que necessitam de cuidados específicos e dirigidos.

“Assim, é relevante a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU. Realizada a classificação de risco, é obrigatório o encaminhamento do doente no serviço de acordo com norma previamente definida e padronizada, respeitando e privilegiando a seriação feita na triagem de prioridades, para melhor garantir que o doente seja observado no local, com a logística e pela Equipa mais adequada, em tempo útil” (CRRNEU, 2012, p.21).

O SU tem implementado quatro Vias Verde (VV), designação encontrada para fazer referência a sistemas de resposta rápida. As VV são algoritmos clínicos de

avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico, isto é, em que “tempo é tecido” e em que “tempo é vida” (CRRNEU, 2012). Assim, encontram-se em pleno funcionamento a VV Sépsis, a VV Coronária; a VV AVC e a VV Trauma.

Após a contextualização do local do ENP, passamos à reflexão sobre as atividades realizadas e a construção de competências especializadas.

1.2 – O ENFERMEIRO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS: REFLEXÃO E ANÁLISE CRÍTICA

A Enfermagem como disciplina científica desenvolve o seu corpo de conhecimentos e constrói as suas teorias através dos resultados da investigação, mas estas por sua vez, ao atribuir significados aos conceitos, permitem explicar os resultados e demonstrar, através da evidência científica, a sua utilidade na práxis profissional (Fortin, 2009).

Assim, os enfermeiros assumem o papel de agentes facilitadores no processo de transição do binómio saúde/doença do doente que recorre ao SU, desenvolvendo assim um plano de intervenção adequado às necessidades reais do doente/família.

A humanização é um valor fundamental na prestação de cuidados de qualidade. Falar em humanização é sobretudo ter uma abordagem global e personalizada do doente, considerando-o no seu todo. Watson (2002) refere que o cuidar envolve um compromisso na ação, conhecimentos e competências. “É a *“enfermeira expert”* que transporta a arte e a ciência de enfermagem no âmbito científico do cuidar” (Potter e Perry, 2003, p. 51).

Em conformidade com as Normas Regulamentares dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre do IPVC (Despacho n.º 16549/2012), o ENP visa complementar a formação académica efetuada na componente de especialização do ciclo de estudos, através da integração do mestrando no exercício da atividade profissional nos contextos reais da prática clínica. Os estágios constituem-se tempos e espaços de excelência para o desenvolvimento de competências profissionais, nomeadamente, de competências especializadas, como o ENP, permitido mobilizar

para a prática os conhecimentos teóricos adquiridos, bem como, consolidar ou adquirir conhecimentos oriundos do confronto com as próprias situações de cuidados. Neste enquadramento, foi importante a definição, pela equipa pedagógica, de objetivos e competências a desenvolver no ENP, constantes no Protocolo de Estágio (Sousa, 2021), bem como o delineamento de objetivos pessoais descritos na Introdução deste relatório.

Neste âmbito, o ENP constitui uma oportunidade de novas aprendizagens em contextos clínicos, favorecedoras do desenvolvimento de competências que configuram o perfil do EEEMC, na vertente da pessoa em situação crítica, proporcionando momentos de reflexão crítica sobre a prática clínica, o desenvolvimento do pensamento crítico, fundamental para a tomada de decisão em enfermagem, recorrendo a fundamentação baseada em evidências científicas.

Como oportunidades de desenvolvimento e aquisição de aprendizagens e competências especializadas comuns e específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da PSC, levou-se a cabo um conjunto de atividades que motivaram análise e reflexão crítica contínua sobre os seus contributos, que se passam a explicitar nos pontos seguintes.

Assim pretende-se que este relatório final do ENP assente num relato fundamentado e reflexivo das atividades desenvolvidas em contexto real de trabalho, explicitando as competências comuns para os enfermeiros especialistas adquiridas (Regulamento 140/2019), bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018), incluindo uma componente de investigação (OE, 2018).

1.2.1 – Domínio do cuidado à pessoa em situação crítica

A OE define o enfermeiro especialista como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento n.º 140/2019, p.4744), e que estes profissionais partilham um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

No entanto, atendendo ao âmbito da especialidade, o enfermeiro EEMC na área de Enfermagem à PSC “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19359). Assim, nesta linha de pensamento, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, em contexto de urgência e emergência exige uma formação estruturada e contínua, por forma a potenciar uma prática a par das mais recentes evidências (Regulamento n.º 429/2018), de forma a desenvolverem-se competências específicas, levando à prestação de cuidados de excelência. Salientando que os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são:

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2017a).

Sendo o SU, uma área de atendimento ao doente em situação crítica, em que só participando na prática dos cuidados se consegue ter uma verdadeira noção da complexidade e da perícia que é exigida neste âmbito, procurei prestar cuidados especializados com progressiva autonomia e capacidade de decisão, sempre baseados numa metodologia científica, norteados pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados que,

“exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. E se, em situação crítica, a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes se reconhecem de importância máxima, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (OE, 2017a).

Estes doentes apresentam ou têm um risco de instabilidade hemodinâmica associada, onde o risco ou falência orgânica pode estar presente e aos quais é inerente a necessidade de acompanhamento e monitorização permanentes, o que envolve cuidados de enfermagem que exigem conhecimentos diferenciados. Bem expressos pela OE, que advoga que os cuidados de Enfermagem “assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744).

O Regulamento n.º 429/2018 refere que o enfermeiro EEMC é um profissional que “cuida da pessoa, família/cuidados a vivenciar processos complexos 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” (OE, 2018, p. 19359).

No mesmo regulamento é descrito que “uma situação de emergência resulta da agressão sofrida por um indivíduo por parte de um qualquer fator, que lhe causa a perda de saúde, de forma brusca e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a vítima em risco de vida. A assistência à vítima deve ser realizada de forma imediata” (p. 19362).

No sentido de uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil na abordagem de um doente em situação crítica, exigida na prática avançada de enfermagem, o estabelecimento de prioridades no atendimento e planeamento das intervenções, constituíram atividades aprimoradas ao longo do estágio, não descurando uma execução de intervenções aprimorada e o registo adequado de toda a intervenção.

Para o efeito adotei a metodologia de sistematização “ABCDE”: (A – Airway, B – Breathing, C – Circulation, D – Disability e E - Exposure) na abordagem ao doente crítico. De acordo com o Instituto Nacional Emergência Médica (INEM, 2019), a abordagem “ABCDE” é uma avaliação transversal utilizada na avaliação da vítima procurando lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida, permitindo identificar as ameaçadoras de vida, possibilitando uma abordagem e instituição de intervenções médicas e de enfermagem em função do que potencialmente pode “matar primeiro” ou que traduza morbidade ou agravamento no *out come* do doente.

Durante a minha permanência no serviço, foram várias e enriquecedoras as oportunidades de aprendizagem. Prestei cuidados individualizados, especializados e diferenciados à pessoa em estado crítico a vivenciar processos complexos, nos contextos: défice neurológico agudo, síndrome coronário agudo, trauma *minor* e *major*, sépsis, paragem cardiorrespiratória, edema agudo do pulmão, disritmias peri paragem, hemorragia digestiva alta, choque, alterações metabólicas severas, entre outras.

Destaco uma situação vivenciada com uma pessoa vítima de trauma, concretamente, uma queda de aproximadamente 3 metros de altura, encontrado no local pela equipa da ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV), encontrando-se o doente agitado com necessidade de sedação no local. Admitido na SE, com suspeita

de lesão crânio-encefálica grave com alteração do estado de consciência, procedeu-se à avaliação da vítima pela metodologia descrita anteriormente, constatando-se agravamento do estado clínico com necessidade de estabilização, como a entubação endotraqueal, e procedeu-se à transferência inter-hospitalar para continuação de cuidados especializados. Esta situação permitiu-me a reflexão sobre a correta avaliação de doente politraumatizado com alteração do estado de consciência, a mobilização de conhecimentos bem como, o desenvolvimento de intervenções técnicas de alta complexidade mediante as necessidades identificadas.

Outra entidade clínica, a paragem cardiorrespiratória (PCR), considerada uma situação de emergência máxima, exige dos profissionais de saúde uma resposta imediata e organizada. O que pressupõe uma prestação de cuidados baseados numa formação estruturada e atualizada na evidência científica atual, para que se desenvolvam competências específicas que possibilitem o agir rápido e eficiente nesta situação.

Deste modo, tive a oportunidade de executar o algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV) seguindo ritmos desfibrilháveis e não desfibrilháveis, de forma sistemática e refletida, mobilizando conhecimentos e identificando prioridades. Foram inúmeras as técnicas que pude colocar em prática e sustentar, como a colaboração na entubação endotraqueal e os cuidados associados, o início ou a manutenção da ventilação mecânica invasiva e não invasiva, a manutenção do catéter arterial e de catéter venoso central, na gestão de protocolos e fármacos específicos, a gestão do conteúdo gástrico face a agentes toxicológicos e ainda a utilização de *devices* na ótica do doente traumatizado como é o manuseio do colar cervical, do cinto de imobilização tipo “aranha”, imobilizadores dos membros, da cinta pélvica, a utilização de maca “scoop”, entre outras.

Sendo que no meu serviço, tinha tido oportunidade de colocar em prática algumas destas técnicas, o estágio no SU, pela sua maior frequência, permitiu consolidar as intervenções e melhorar a segurança nos cuidados, bem como atender a uma realidade diferente. Estas práticas foram complementadas pela pesquisa e o estudo autónomo, autorreflexão sobre o meu desempenho, dificuldades e aprendizagens, bem como pela discussão e reflexão com a equipa pluridisciplinar, pares e tutores. Sem dúvida que este contexto de estágio foi uma excelente opção, pois permitiu a cada experiência de aprendizagem, colmatar algumas fragilidades e evoluir enquanto futura enfermeira especialista.

Tive também oportunidade de acompanhar a Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), uma equipa dedicada e diferenciada para a resposta às situações de emergências que ocorram dentro das instalações da ULSAM, concretamente nos HSL e HCB, uma vez que se encontra sediada na SE, e nos turnos onde não houve ativação da equipa, auxiliei os colegas especialistas escalados para a SE.

O desenvolvimento destas competências permitiu atuar com maior segurança e assertividade na abordagem da PSC, como são os casos de síndrome coronário agudo, acidente vascular cerebral, edema agudo do pulmão, entre outros. É também da competência do enfermeiro especialista gerir protocolos terapêuticos complexos, onde a necessidade de possuir conhecimentos, quer ao nível das complicações, quer das respostas esperadas, é enorme, exigindo o desenvolvimento de capacidades de monitorização, avaliação, implementação e adequação das respostas de enfermagem face aos problemas identificados.

A Sala de Emergência (SE) é um espaço limitado, que à partida não permite a permanência de familiares, e onde as ações que se desenvolvem são direcionadas no sentido de “salvar vidas”. O facto de vivenciarmos a atual situação pandémica, seguindo as orientações emanadas pela DGS quanto à redução do número de acompanhantes no SU, limitou a permanência dos familiares na SE, em particular.

No entanto, durante o estágio pude promover a humanização e dignificação dos cuidados como foi, por exemplo, no pós-morte e no processo de apoio à família no início do processo de luto, como foi a oportunidade de acompanhar uma família que vivenciou a perda de um familiar e, da nossa parte, a gestão dos recursos físicos possibilitando, por um lado, a comunicação da má notícia e, por outro, criar condições para que a família permanecesse junto do seu ente querido, proporcionando-se um acompanhamento mais personalizado nesta fase final da vida. Esta foi, sem dúvida, uma experiência marcante e que nos faz sentir que, mesmo em contexto de emergência e de contingência pandémica.

Mas a comunicação de más notícias não surge só em situações de morte. Destaco uma situação de uma criança de 2 anos de idade que recorre ao SU de pediatria com alteração de marcha e sonolência, tendo sido diagnosticado um carcinoma cerebral com necessidade de transferência para a SE, de forma a gerir protocolos complexos aos níveis da medicação em pediatria bem como a gestão emocional da situação com os pais da criança, enquanto aguardava transporte diferenciado para o Centro Materno Infantil do Norte. Esta foi uma situação dura de

vivenciar, admito que emocionalmente difícil de gerir como enfermeira e como mãe, influenciando a minha relação terapêutica com estes pais. A dor desta família não me deixou indiferente, da criança submetida a técnicas, da separação de mãe/pai e filha devido ao transporte inter-hospitalar específico, bem como o suporte proporcionado aos pais, que tanto necessitaram naquele momento, mesmo quando as lágrimas caíam pelo meu rosto. Seja física ou emocional, a dor é avassaladora.

Referindo-me agora à dor experienciada fisicamente, é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, a uma lesão tecidual real ou potencial. É um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência multiorgânica é da competência e da responsabilidade do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 429/2018). O controlo da dor constitui-se como um dever dos profissionais, pois deve ser encarado como prioridade na prestação de cuidados de saúde, um direito dos doentes e um passo fundamental para a indispensável humanização das unidades de saúde (DGS, 2008).

Este dever referido anteriormente é uma responsabilidade profissional que permite assinalar o impacto dos enfermeiros nos resultados clínicos desejáveis, organizacionais e financeiros, e a sua relevância nas políticas de custo-eficácia e no sistema de saúde (OE, 2007). Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que permanece mais tempo junto da pessoa com dor, tem oportunidade de contribuir para o conforto e alívio da mesma, dando visibilidade às suas ações autónomas e interdependentes que promovem o conforto e alívio da dor.

No SU os enfermeiros deparam-se constantemente com múltiplas situações de doença em que a dor é uma resposta frequente. O controlo inadequado desta poderá influenciar o sucesso de todo o processo de tratamento da pessoa e transição do estado saúde-doença, pelo sofrimento provocado. A dor aguda quando não aliviada pode levar à elevação da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca e ventilatória, entre outras, que podem resultar em hipoventilação, aumento do trabalho cardíaco e diminuição da perfusão tecidual (Oliveira, Pereira, Santos e Souza, 2016).

As boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica disponível potenciando a excelência dos cuidados de enfermagem, deste modo, a dor deve ser sistematicamente valorizada, diagnosticada, avaliada e

registada, independentemente do serviço (OE, 2008). No SU, pela sua particularidade, com inúmeros doentes a vivenciar processos dolorosos, o enfermeiro assume um papel fundamental na gestão da dor do doente (Mota et al, 2020) e principalmente no doente crítico.

A OE através do Guia Orientador de Boa Prática (2008) em relação à gestão da dor reforça que a boa prática de Enfermagem requer a avaliação da dor como 5.º sinal vital; que os enfermeiros colaborem com os restantes elementos da equipa multidisciplinar no estabelecimento de um plano de intervenção farmacológica e não farmacológica para o controlo da dor; que ajustem o plano de cuidados de acordo com os resultados da reavaliação e com os recursos disponíveis; entre outras. Desta forma, é imperativo que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como intervenções altamente humanizantes, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de dor aguda ou dor crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital (DGS, 2003).

No âmbito das competências específicas do enfermeiro EEMC na PSC nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor contribuindo para a satisfação do cliente, o bem-estar e o autocuidado (OE, 2008).

Tal como descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (2017), o enfermeiro especialista procura “a gestão diferenciada e eficaz da dor com a implementação de instrumentos de avaliação da dor e de protocolos terapêuticos - medidas farmacológicas e não farmacológicas - para alívio da dor” bem como na “gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos”. Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor, salienta-se o papel do enfermeiro especialista na gestão da dor do doente crítico no serviço de urgência.

Relembrando o Colégio da Especialidade de EMC (2017a), os cuidados de enfermagem à PSC revestem-se de uma importância máxima e englobam uma avaliação diagnóstica e uma monitorização constantes. A identificação dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica com dor conforme referido anteriormente, permite prever e detetar precocemente as complicações ou minimizar-lhes os efeitos

indesejáveis, assegurando uma intervenção de enfermagem precisa, eficiente e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem gerais e especializados.

A monitorização da dor constituiu uma preocupação constante, recorremos ao seu alívio com medidas farmacológicas e não farmacológicas, tais como a gestão do ambiente físico e o acompanhamento por parte do familiar, entre outras. Importa, no entanto, ressaltar que em certas situações, como, por exemplo, no caso de um doente sedado, nem sempre é fácil avaliar a dor. Assim, através do pensamento crítico e da avaliação do doente como um todo, a identificação e compreensão de sinais como a agitação, a “luta” contra o ventilador e o aumento da frequência cardíaca permitem indagar sobre a dor da pessoa em que a sua situação saúde/doença é crítica.

Portanto, ao longo do estágio, a avaliação, registo e posterior reavaliação da dor no doente foi uma constante. Dentro dos profissionais que integram a equipa de saúde, o enfermeiro é o que detém o papel fundamental na avaliação da dor no doente.

Num SU são vários os pressupostos que influenciam a tomada de decisão dos profissionais de saúde, podendo comprometer a segurança e os direitos dos doentes, como sendo a elevada carga de trabalho, a carência de recursos humanos, problemas de sobrelotação, pressão constante para reduzir o tempo de atendimento, existência de conflitos familiares, entre outros.

Brazão et al. (2016) reiteram que os profissionais do SU devem assegurar uma boa comunicação e prestação de informação e cuidados de qualidade, contribuindo para o grau de satisfação do doente, adesão ao tratamento, a procura adequada de cuidados e confiança nos profissionais, nomeadamente nos enfermeiros e particularmente, os enfermeiros especialistas.

Em relação à competência “dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação”, o enfermeiro especialista “atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência” (Regulamento n.º 429/2018, p.19363).

Durante o decurso do ENP, não foi possível experienciar nenhuma situação multi-vítimas ou de catástrofe. No entanto, é lícito afirmar que durante o período de realização do ENP, atravessamos por um período de exceção que exigiu medidas apresentadas em múltiplos planos de contingência desenvolvidos pela instituição em consonância com as normas emanadas pela tutela. A realização do estágio em pleno pico pandémico colocou à prova os conhecimentos, não apenas como formanda mas

enquanto profissional no exercício ativo da profissão. A pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2 impôs, ao mesmo tempo, a necessidade de reformulação de antigos processos assistenciais como a elaboração de novos planos de gestão clínica, em função dos desenvolvimentos na transmissão da infeção, provocada pelo vírus SARSCoV-2 a nível nacional e, nesse sentido, os planos de contingência hospitalares e do SU, particularmente, seguiram as orientações do Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil e DGS (Norma 004/2020).

Relativamente à competência “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 em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018, p.19362). Assim, o estágio em plena pandemia constituiu uma experiência rica em oportunidades de desenvolvimento de competências na área da prevenção e controlo da infeção, havendo a necessidade de procurar informação atualizada e credível acerca da transmissão do vírus e adoção todos os cuidados preconizados pelas normas e orientações da DGS (2020).

Pela sua importância na qualidade e segurança dos cuidados prestados, a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM), está contemplado no PNSD 2021-2026, como um dos objetivos estratégicos a atingir (Despacho n.º 9390/2021).

No decorrer do ENP constatei a adesão dos profissionais de saúde às orientações emanadas pela DGS referentes às IACS, como por exemplo na colocação de cateter venoso central. Assim sendo adotei, nas várias intervenções realizadas os cuidados inerentes à *bundle*, nomeadamente a realização da higiene das mãos, desinfeção das conexões com clorhexidina 2% antes do seu manuseamento, penso com técnica asséptica e substituição do mesmo quando necessário. Da mesma forma, foram respeitadas as orientações quanto à *bundle* no cateter vesical emanadas pela DGS (2017), entre outras.

Pelo descrito anteriormente, considero que desenvolvi uma prática profissional responsável e com respeito pelos direitos humanos e promovi a autonomia do doente no processo de tomada de decisão. Mobilizei conhecimentos e o desenvolvimento de competências para a execução de cuidados técnicos de alta complexidade, à luz dos padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da PSC, esperando integrar a visão definida pelo colégio da especialidade sobre os enfermeiros especialistas que “serão reconhecidos como

elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência orgânica” (OE, 2017a).

1.2.2 - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A Enfermagem como profissão regesse por princípios éticos e deontológicos definidos na Deontologia Profissional do Enfermeiro (DPE) e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o que permite assegurar um exercício profissional competente, centrado nas pessoas e focado na qualidade dos cuidados (Nunes, 2016).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro especialista deverá desenvolver uma prática profissional, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional bem como garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos.

Na opinião de Nunes (2014), enquanto enfermeiros especialistas, a nossa praxis clínica rege-se numa tríade constituída pelos deveres, pelas competências e pelos referenciais de qualidade dos cuidados. Por outras palavras, a nossa prática é orientada pelo DPE (2015), pelo Perfil de Competências comuns (OE, 2019) e específicas do EEMC (OE, 2018) e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (OE, 2017a).

Tendo por base o CDE (OE, 2005), atualmente reformulado (OE, 2015), a responsabilidade surge como princípio orientador da atividade profissional (art.º 78º), como dever deontológico geral (art.º 79º), como dever específico no direito ao cuidado (art.º 83º), como modo de agir (art.º 84º) e entre os deveres para com outras profissões (art.º 91º), “(...) sendo um domínio comum a todos os enfermeiros especialistas, diz respeito ao conhecimento no domínio ético-deontológico, à utilização das habilidades de tomada de decisão, à avaliação sistemática das melhores práticas e das preferências do cliente” (Nunes, 2014, p.13).

Na opinião de Deodato (2008, p.5),

“O enfermeiro sempre assumiu como dever a prestação do cuidado ao Outro, na satisfação das suas múltiplas necessidades, promovendo o conforto, procurando potenciar a sua qualidade de vida e ajudando a viver uma morte serena. Os deveres do enfermeiro encontraram sempre como fundamento ético a responsabilidade pelo Outro, em todas as fases da vida e nas diversas situações de saúde ou doença.”

Recorrendo ao descritivo das unidades da competência, o enfermeiro especialista demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, bem como lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética, através da avaliação do processo e dos resultados dessa tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019).

Os atos profissionais de enfermagem decorrem de um processo de tomada de decisão, baseada no “raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica” (Deodato, 2008, p.27), sendo considerada dimensão essencial no exercício do enfermeiro. Desta forma, é de extrema importância que o enfermeiro identifique os princípios e os valores e “de que forma estes se concretizam, nomeadamente nos planos deontológicos e jurídico, por forma a que a adequação dos atos seja mais próxima possível” (ibidem).

Assim, a cada um de nós enquanto enfermeiros, é-nos exigido um agir profissional com base no conhecimento atual e nas boas práticas, no respeito pela ética e pela deontologia profissional. Deste modo, considero que desenvolvi ao longo do estágio, uma prática em conformidade com a DPE, respeitando o direito dos doentes à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. Procurei identificar práticas de cuidados que poderiam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes. E assumi a responsabilidade dos meus atos assim como dos atos delegados, exercendo sempre supervisão dos mesmos. Deste modo, tomei decisões suportadas por princípios, valores e normas deontológicas.

A tomada de decisão do enfermeiro requer um conhecimento sólido, experiência e fundamentalmente um raciocínio crítico. Desta forma, orientei as minhas ações para a identificação das necessidades de cuidados e adequação das intervenções de forma a detetar, minimizar e evitar os riscos atempadamente.

Na prestação de cuidados especializados, em que é necessário um domínio aprofundado de saberes, com uma grande capacidade de lidar com imprevisto, observação, análise, estabelecimento de prioridades e de ação, foi importante uma

reflexão sobre a tomada de decisão no SU, como elemento importante na qualidade dos cuidados prestados em todos os domínios da intervenção de enfermagem.

O contexto do SU revelou-se particularmente desafiante no que diz respeito à garantia de direitos fundamentais como a privacidade e a confidencialidade dos doentes e familiares/cuidadores, o que exigiu da minha parte a adoção e a promoção de medidas de forma a cumprir estes deveres tão bem expressos no Artigo 86º do DPE (OE, 2015).

Descrevendo alguns exemplos como cobrir as partes do corpo que não precisam de ficar expostas, a utilização de vestuário adequado, a limitação de pessoas no serviço aquando prestação de cuidados e o fechar das portas e cortinas das diferentes áreas funcionais aquando da prestação de cuidados. Ao longo do estágio, esta foi uma prática e uma preocupação constante, partilhada pelos orientadores e colegas, tanto na intervenção autónoma de enfermagem como na interdependência de cuidados médicos, que por vezes estão tão focados na avaliação médica que descuidam a privacidade e intimidade do doente, interferindo no bem-estar, segurança física, emocional e social do mesmo.

Assim, considero que este meu cuidado pelos direitos fundamentais da pessoa, demonstra uma prática crítica e reflexiva na e sobre a prática de cuidados na salvaguarda dos direitos humanos. Saliento que aquando da delegação dos cuidados nos assistentes operacionais quando necessário, tendo presente a responsabilidade pelos atos que delego bem como a implicação da supervisão da minha parte, com base numa tomada de decisão crítica e reflexiva, alicerçada no REPE e no DPE (Art.º 88).

Outro aspeto que pretendo refletir centra-se no direito à informação. Tendo o utente direito à informação e o enfermeiro o dever de o informar, de acordo com o artigo n.º 84 do DPE (OE, 2015), o enfermeiro “no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de “Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem” (p. 73). Assim, coloca-se a questão que tipo de informação se pode prestar à pessoa doente e à/aos família(res), uma vez que a informação salvo exceções descritas na lei pertence apenas ao próprio. E tendo em atenção a situação de pandemia, este dever assumiu novos contornos perante a necessidade de fornecer informações, predominantemente, via telefone.

Na opinião de Deodato (2008), a pessoa tem o direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de informar a pessoa e a família no que respeita aos

cuidados de enfermagem; de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado pedidos de informação ou explicação dos cuidados de enfermagem bem como os recursos a que a pessoa pode ter acesso. No decurso do estágio, prezei por informar o doente e/ou família sobre os cuidados de enfermagem por mim prestados, fosse presencialmente bem como via telefone. De igual forma, procurei agilizar e promover a relação médica com utente e/ou família.

Nesta linha de pensamento, o direito ao consentimento livre e esclarecido do doente está assegurado pelo dever de informar de modo claro e com a verdade. As intervenções em saúde e da enfermagem em particular, carecem do consentimento do doente, mesmo em situação crítica, foi minha preocupação a correta apreensão da informação pelo doente sobre os cuidados de enfermagem. Assim estabelecemos uma relação de confiança promotora de uma relação terapêutica, ultrapassando muitas vezes obstáculos culturais e linguísticos. Nesta situação destaco a assistência a um doente de nacionalidade inglesa, tendo sido necessário a comunicação verbal em inglês e comunicação não-verbal de forma a complementar a barreira linguística, de modo a transmitir informações sobre todo o seu plano terapêutico e obter o seu consentimento.

Outra situação merecedora de reflexão foi a “passagem de turno” da equipa de enfermagem, que representa um momento de extrema importância de aprendizagem e transmissão de informação relativa ao(s) doente(es) com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados, possibilitando a discussão para definir estratégias de intervenção e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Nas diferentes áreas do SU é realizada a passagem de turno aos colegas e pelas particularidades do serviço, é necessário um tom de voz baixo, pois a informação transmitida fica ao alcance da escuta dos doentes que se encontram nas macas/camas próxima o que, mesmo assim, levanta algumas questões relacionadas com a confidencialidade e privacidade da informação e, acima de tudo a segurança na passagem dessa informação, salvaguardando os direitos dos utentes.

A OE através do Parecer n.º 61 de 2017 reitera que a passagem de turno assume o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados, através da transmissão verbal de informação, culminando num momento de análise e reflexão sobre as práticas. De igual forma encontra-se sustentada a ideia de segurança do doente e de uma comunicação eficaz na transferência de informação entre equipas de saúde, retratadas no PNSD 2021-2026, bem como na Norma n.º 001/2017 da DGS.

Durante a prática profissional, o enfermeiro recolhe informação junto do cliente ou família, utilizando diversas estratégias. Logo, é fundamental assegurar a confidencialidade dos dados colhidos, sendo a informação recolhida com carácter pertinente e útil para a personalização dos cuidados (OE, 2015).

Segundo a OE (2017a), o enfermeiro especialista é aquele que “concebe, implementa e avalia planos de intervenção para responder às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação”.

Assim, como enfermeira e futura enfermeira especialista, tenho presente na minha prática diária, os pressupostos da responsabilidade profissional, ética e legal, que não são mais que os alicerces da profissão de enfermagem, o que procurei demonstrar ao longo do decorrer do ENP, um padrão de conduta ao nível da dignidade que a profissão exige.

Tal como expresso na DPE (OE, 2015, p.37), os enfermeiros estão dotados de “competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, os enfermeiros manifestem as melhores condições para a prestação de cuidados equitativos e de qualidade, defendendo e respeitando a vida e a dignidade humana”, o que me permitiu recorrer a habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, pautado pelas melhores práticas na promoção da qualidade de vida da pessoa em situação crítica, assim como o respeito pela autonomia dos doentes e cimentar os cuidados nos princípios da beneficência, não maleficência e da justiça, tendo em atenção as crenças e valores de cada pessoa. Na mesma fonte é reiterado que a boa prática de enfermagem deve reger-se por princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes e religiões, atendendo a que a qualidade dos cuidados tem significado diferente para pessoas diferentes.

1.2.3 – Domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados é fundamental o conhecimento aprofundado da organização e funcionamento do serviço, da equipa multidisciplinar e suas responsabilidades, otimizando os recursos disponíveis. No descritivo da competência, o enfermeiro especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e equipa, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas

delegadas, adequando os recursos às necessidades de cuidados. Também procura, identificar o estilo de liderança mais adequado à melhor qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

O enfermeiro EEMC tem um papel decisivo no domínio da gestão dos cuidados, ao adequar os recursos às necessidades e ao supervisionar e otimizar as respostas da equipa de enfermagem, no sentido de promover a segurança e a qualidade dos cuidados (OE, 2017b).

A afluência de doentes a um SU é por vezes elevada, sendo necessário dar resposta atempada e eficiente a todas as situações admitidas no serviço. A gestão adequada dos recursos humanos e materiais é fundamental nestas circunstâncias e após conhecer a estrutura física do SU assim como a sua dinâmica de funcionamento tornou-se fundamental conhecer os protocolos, normas e circulares existentes de forma a dar uma resposta mais eficaz na prestação de cuidados.

Uma das atividades desenvolvidas no estágio foi o acompanhamento do Enfermeiro Gestor do SU, também enfermeiro EEMC, nas mais diversas atividades diárias desenvolvidas no âmbito da gestão de recursos materiais e humanos apropriando-me da complexidade das mesmas. Apercebi-me das estratégias que utilizava para motivar e estimular a equipa, nomeadamente, a constituição de grupos de trabalho, quer na vertente da formação em serviço, quer noutras áreas de intervenção, nomeadamente, em projetos de melhoria da qualidade assistencial, como por exemplo, o grupo de controlo da infeção ou o grupo de gestão da VV AVC.

Como é referido no Decreto-lei n.º 71/2019, ao enfermeiro gestor compete “na generalidade, as funções de planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança” (p.2628).

A avaliação da situação e respetivos riscos, a gestão dos recursos existentes e dos cuidados, em articulação com a equipa multidisciplinar é imprescindível para promover um ambiente positivo que favoreça o trabalho em equipa. Isto exige que o enfermeiro gestor respeite as individualidades e que, acima de tudo, reconheça e fomente as competências, capacidades e potencialidades de cada elemento. “A eficácia organizacional depende da existência de liderança e habilidades de gestão, num equilíbrio adequado” pois “A capacidade dos líderes e gestores em inspirar e motivar as suas equipas é fundamental para um trabalho eficaz e eficiente” (Brazão et al., 2016, p.12).

Nas competências específicas (Regulamento n.º 429/2018), o enfermeiro EEMC na área da PSC “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção” (p. 19359). Neste âmbito e tendo por base a premissa de prevenção, juntamente com outra colega mestranda, tivemos a possibilidade de reorganizar a área de equipamentos de proteção individual dos profissionais, com acomodação de material, de forma a ser garantida uma melhor acessibilidade bem como a criação de *stocks* mínimos e máximos de forma a não haver rutura de material essencial.

A atual conjuntura da pandemia de SARS-Cov2 possibilitou uma maior consciencialização da necessidade máxima do uso correto de equipamentos de proteção individual, pois permitiu um melhoramento no conhecimento e literacia em saúde, seja da comunidade em saúde bem como da população em geral.

Também os Padrões de Qualidade Especializados (OE, 2017a) reforçam que o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção, nos diversos contextos de atuação, atendendo à complexidade das situações. O próprio PNSD 2021-2026 reconhece a importância de implementar e consolidar práticas seguras na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente, nas precauções básicas de controlo de infeção, entre outros objetivos. Integrando as competências específicas do enfermeiro EEMC na área da PSC, este assume a responsabilidade de se tornar uma referência para os pares e demais profissionais de saúde que integram o SU. Assim, a atribuição de responsável de turno, compete ao enfermeiro especialista, pois este detém e assume competências na área da gestão e também na área específica de cuidados, no âmbito da sua especialização.

A OE, através do parecer conjunto n.º 01/2017, designa que o enfermeiro responsável de turno deve possuir “um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área de especialização de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade/serviço” (p.2).

Um outro aspeto também importante, tendo em consideração que a SE é uma área/recurso integrado na estrutura física do SU e tendo em conta a criticidade do estado do doente e a diferenciação e complexidade de cuidados aí prestados, é reconhecido pela OE (Parecer n.º 14/2018) que, “o profissional detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica é aquele que detém o *core* de competências adequado para dar resposta às necessidades em cuidados em contextos de prática clínica de sala de emergência/reanimação” (p.2).

O enfermeiro gestor do SU procura atender diariamente a esta recomendação da OE, habitualmente à SE fica adstrito a um enfermeiro EEMC, quando não é exequível esta distribuição, ficam na SE enfermeiros peritos em situações de emergência, ou seja, enfermeiros que fazem parte da equipa da VMER ou da equipa de EEMI. Tive a oportunidade de elaborar a distribuição dos elementos da equipa de enfermagem pelas áreas de trabalho, tendo em conta estas orientações emanadas pela OE.

Fui testemunha do exercício mental necessário por parte do enfermeiro chefe para promover o equilíbrio da equipa, nomeadamente na colocação de enfermeiros especialistas na SE e na SE da ADR. Assim como no equilíbrio de horas de prestação de cuidados pelos EEMC; na execução de estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado na procura da excelência dos cuidados de enfermagem num serviço tão peculiar como o serviço de urgência.

Em conformidade com o Decreto-lei n.º 71/2019, o enfermeiro gestor assume a responsabilidade da distribuição dos enfermeiros, e enfermeiros especialistas, do mapa de pessoal do serviço, pelas áreas de trabalho, baseado em instrumentos de cálculo validados, que garanta a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar.

A gestão dos recursos humanos e materiais disponíveis foi uma constante ao longo do estágio, nomeadamente no encaminhamento do(s) doente(es) da sala de emergência para outras áreas ou serviços de internamento, a preparação para transporte dos doentes críticos seja intra-hospitalar como inter-hospitalar, toda a logística associada ao transporte, bem como a preparação necessária na previsão de efeitos desfavoráveis durante o transporte, que implica um planeamento de modo a que se adeque a cada situação crítica, assim como na apropriação dos recursos humanos a acompanhar o doente, em função das suas necessidades e do não *downgrade* de cuidados.

Para esta função é fundamental a comunicação com a equipa multidisciplinar, a capacidade de liderança, sabendo ouvir a equipa de forma a otimizar a qualidade de cuidados. Sendo uma característica essencial para o enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, considero que este domínio da competência foi alcançado com orientação do enfermeiro tutor e demais especialistas do SU.

O enfermeiro gestor no exercício das suas funções de gestão elabora parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos necessários à prestação de

cuidados de enfermagem, colaborando na seleção e implementação dos mesmos através das comissões de escolha, procurando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. E colabora nas estratégias de ensino/aprendizagem entre as Instituições de Saúde e Ensino Superior (Regulamento 101/2015).

Deste modo, tive oportunidade de colaborar na requisição de material consumível e fármacos aos serviços de aprovisionamento e farmácia da ULSAM, respetivamente, através dos mecanismos definidos internamente para o efeito. Particpei numa reunião com o Serviço de Aprovisionamento sobre a manutenção das máquinas de gasometrias arteriais no departamento da medicina crítica onde se enquadra o SU, realizei pedidos de reparação de anomalias/avarias de equipamentos existentes no SU.

Também o acolhimento de novos elementos na equipa de enfermagem é fundamental para que se possam integrar de modo adequado nas dinâmicas organizacionais, da equipa e dos cuidados. Tive oportunidade de participar no acolhimento de novos enfermeiros no SU, tendo por base o Manual de Integração de profissionais ao SU em vigor, o qual sucintamente, integra uma visita física aos vários locais de trabalho do serviço, referência ao plano de catástrofe e incêndios, protocolos e normas do SU. A OE relembra que ao enfermeiro EEMC compete a promoção “da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade” (Regulamento n.º 140/2019, p.4744).

De igual forma foi possível efetuar o acolhimento aos estudantes do 4º ano da licenciatura em enfermagem, embora ainda estudantes, não esquecemos que são os enfermeiros do futuro. Assim a aprendizagem de uma profissão faz-se pela identificação com modelos da mesma (OE, parecer n.º52/2017), os enfermeiros constituem-se referências para os estudantes. Tendo em conta que o momento do acolhimento assume um marco importante no desempenho dos estudantes, procurei dignificar a profissão reiterando a excelência dos cuidados de enfermagem.

Tive ainda oportunidade de colaborar com o enfermeiro gestor na elaboração de relatórios de processos de reclamações apresentadas por clientes/famílias nos mais variados temas, como cuidados prestados, tempos de espera ultrapassados e perda de bens pessoais. Nestes casos, emana a liderança praticada pelo gestor do serviço, na procura pelo esclarecimento das situações específicas junto dos elementos envolvidos, bem como na adoção da defesa da equipa multidisciplinar e na humanização dos cuidados prestados.

A própria OE recomenda a adoção de estilos de liderança que fomentem a satisfação, o empenho e o trabalho em equipa, visando a promoção da qualidade dos cuidados, com vista a atingir os objetivos institucionais (OE, Parecer 01/2017).

É descrito no Regulamento 140/2019 que é da competência do enfermeiro EEMC, adaptar o estilo de liderança à realidade do seu contexto de trabalho, adequando-o ao clima organizacional, tendo em conta os objetivos institucionais e favorecendo a melhor resposta da equipa na promoção da qualidade dos cuidados. O enfermeiro EEMC deve ser um agente transformador, um profissional competente, capaz de resolver problemas e de propor mudanças.

Oliveira e Rodrigues (2017, p.16) definem a liderança como a “conjugação das características do líder, subordinados e da situação”.

Segundo os mesmos autores, o enfermeiro deve ter competência para liderar e influenciar os elementos da sua equipa a atuarem de modo ético/profissional, mas para isso é necessário um ambiente de confiança, e compreender a teoria das relações humanas que dará ao enfermeiro o norte para coordenar a sua equipa, uma vez que a motivação de uma equipa é essencial para atingir os objetivos definidos, envolvendo-a nas tomadas de decisões. Assim, apontam como principais características inerentes ao líder uma comunicação eficaz e eficiente, ética, além de ser capaz de manter um bom relacionamento com a equipa, ouvi-la, para que identifique suas necessidades.

Nesta linha de orientação, a liderança constitui uma característica fundamental que faz parte do Enfermeiro, de forma a influenciar ações e comportamentos no meio que o envolve bem como na delegação de ações pela equipa de enfermagem.

O estilo de liderança situacional prevalece num SU, pois devido ao dinamismo, mudança e necessidade de rapidez na atuação dos profissionais, o ambiente num SU torna-se imprevisível, não podendo ser aplicado um único estilo de liderança, mas vários que são determinados consoante cada situação específica, para melhor atender às necessidades dos doentes e da equipa de enfermagem (Oliveira e Rodrigues, 2017).

Também para Brazão et al. (2016), torna-se fundamental uma boa liderança num serviço de urgência “em que o líder não se limita a ser exemplo de caráter, respeito e justiça, mas é também um gestor e um comunicador, que cria condições a uma aprendizagem adaptativa e expansiva, que possa contribuir para a melhoria da prestação de cuidados” (p.8).

Deste modo, não chega apenas desejar ser líder é necessário percorrer um caminho em busca das competências e habilidades peculiares, indispensáveis de uma verdadeira liderança, a fim de conquistar o respeito da equipa de enfermagem e multidisciplinar. A gestão é, pois, um domínio de competência comum a qualquer enfermeiro especialista, que se revela de grande importância para a manutenção de um padrão elevado na qualidade das instituições, dos serviços e conseqüentemente, dos cuidados prestados. Assim, embora seja um caminho a percorrer, considero que desenvolvi competências no domínio da gestão de cuidados enquanto futura enfermeira especialista.

1.2.4 – Domínio da melhoria contínua da qualidade

Os cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, requerem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias, através de uma prática baseada nas mais recentes evidências, o que possibilita garantir um ambiente terapêutico e seguro, com vista a melhoria contínua dos cuidados prestados (OE, Regulamento n.º 429/2018).

No âmbito deste domínio, o Regulamento n.º 140/2019, configura três competências, nomeadamente: “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e “garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019,p. 4745).

O Regulamento 429/2018 sustenta que o enfermeiro EEMC na área da PSC gere a comunicação interpessoal com a pessoa e família/cuidador em situação crítica através da construção de uma relação terapêutica, a base do exercício profissional dos enfermeiros com descrito nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem bem como nos cuidados especializados.

Campos (2017) salienta a comunicação como uma das características mais importantes que define a qualidade das intervenções em enfermagem.

No PNSD 2015-2020 a comunicação assume-se como um “um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições,

como as mudanças de turno e as transferências ou alta dos doentes” (p.3882). A mesma fonte refere o Conselho da União Europeia que recomenda que os doentes sejam informados e sejam integrados como parceiros na equipa de cuidados de saúde, pois ao serem ativamente implicados no processo de cuidados, poderão contribuir para a segurança dos cuidados de saúde que lhes são prestados.

Também no atual PNSD (2021-2026, p.100), a comunicação mantém-se essencial em todo o ciclo de cuidados, nomeadamente nos “momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde”.

Ao longo do estágio, o desenvolvimento da comunicação eficaz e assertiva foi uma preocupação constante, tanto em contexto de prestação de cuidados ao doente crítico e família, bem como na relação com a equipa multidisciplinar, nomeadamente nas passagens de turno em sala de emergência, na transferência do doente para o internamento, fosse em unidade de nível II ou III. De salientar, situações de *live saving*, que exigem uma passagem de dados concisa, coesa e objetiva.

Embora no decorrer do estágio, a comunicação com os familiares presencialmente, ainda se encontrasse com alguma restrição tendo em conta o estado de pandemia, sempre que não fosse possível fisicamente, era assegurado um contato telefónico. O que constitui um desafio para qualquer profissional, nomeadamente na comunicação de más notícias.

Na opinião de Martins (2021), o impacto da pandemia pelo vírus SARS-CoV-2 acentuou uma discussão sobre a humanização dos cuidados e, em particular, sobre o atendimento proporcionado à família da pessoa em situação crítica. Assim, o enfermeiro EEMC, na área da PSC, mobiliza conhecimentos e habilidades para responder no momento certo e de forma holística às necessidades da pessoa em situação crítica, bem como da sua família.

O enfermeiro EEMC, na área da PSC deve possuir competências específicas, nomeadamente “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, p.19363). Nesta linha de pensamento, cabe ao enfermeiro especialista a função de gestão do estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, a avaliação de eventuais disrupções comunicativas que possam influenciar a mesma e o impacto que estas possam ter sobre ela (Martins, 2021).

Deste modo, foi proposto pelo enfermeiro gestor do SU, a reorganização do plano de visitas aos doentes no serviço de urgência, tendo por base a norma da DGS nº 038/2020. Assim, em conjunto com outra colega mestranda, foi reorganizado o folheto informativo das visitas bem como a organização das mesmas nas áreas selecionadas para o reinício das visitas hospitalares (Apêndice I e II) conforme orientações de desconfinamento do estado de emergência que vigorava.

Neste sentido e de acordo com a OE, “uma situação de exceção consiste fundamentalmente numa situação em que se verifica, um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos disponíveis que vai exigir a atuação, coordenação e gestão criteriosa dos recursos humanos e técnicos disponíveis” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19362). Assim, foi possível colaborar na reorganização estrutural da área dedicada a doentes respiratórios (ADR) no SU, colaborando na reorganização estrutural e funcional da sala de emergência respiratória bem como na organização do plano de higiene e limpeza da área em questão, o qual no momento do final do estágio ainda se encontrava em reestruturação.

É competência do enfermeiro especialista assegurar um ambiente terapêutico e seguro, centrado na pessoa, para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, gerindo o risco e atuando proativamente na promoção do seu bem-estar (Regulamento n.º 140/2019), com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados prestados.

O SU dispõe de um sistema informático comum à equipa médica e de enfermagem - SClinico, bem como de sistema avançado de armazenamento automatizado da medicação denominado *Pyxis MedStation*, que permite a dispensa dos medicamentos certos de forma segura e eficiente, para os pacientes certos, no momento certo. Necessita de acesso eletrónico para fornecer a medicação prescrita pelo médico, uma vez solicitada a medicação, o pyxis permite o acesso à gaveta, identificando o local correto do medicamento, o que permite a redução da ocorrência do erro. Isto vai ao encontro do objetivado pelo PNSD 2021-2026, que recomenda a utilização de ferramentas digitais para práticas seguras na utilização da medicação.

Como fui refletindo nos parágrafos anteriores, é com base no regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro EEMC da OE que norteiei todo o meu processo de aprendizagem. A prática baseada na evidência é uma forma de contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, permitindo que as tomadas de decisão se baseiem numa praxis clínica especializada na mais atual evidência científica, o que culmina em cuidados de enfermagem especializados de

elevada qualidade (Regulamento n.º 140/2019). Assim, pelo exposto considero ter contribuído para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados prestados ao doente em situação crítica.

1.2.5 – Domínio da formação de profissionais de saúde

O enfermeiro especialista apropria competências que alicerçam a sua área de especialização, traduzindo-se num papel proeminente na formação de profissionais de saúde, assumindo a responsabilidade de facilitador dos processos de aprendizagem e/ou de formador no contexto de trabalho, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, (Regulamento n.º 140/2019) como também quando necessário e adequado, a formação de outros profissionais (Decreto-Lei n.º 71/2019).

Nesse sentido, a supervisão é um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, numa relação de proximidade entre supervisor e supervisionado, procurando desenvolver a aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas (Regulamento n.º 366/2018), de forma a encontrar as melhores estratégias para a resolução das necessidades identificadas, que podem, conduzir à necessidade de conceber e realizar momentos de formação informal.

Para que o enfermeiro especialista possa, de facto, ser um agente na formação, quer de pares, quer de outros profissionais, deve deter e mobilizar, tanto conhecimentos adquiridos na formação avançada como na formação contínua, renovando-os constantemente, através da pesquisa e incorporação de novo conhecimento válido e pertinente e na adoção de estratégias pedagógicas inovadoras.

A formação ao longo da carreira profissional é uma necessidade imperativa, comum a todas as profissões. Pinto (2015) na senda do que defende a OE (2016), considera que a aposta na formação contínua dos enfermeiros promove a aquisição/desenvolvimento de competências para uma praxis clínica de qualidade, bem como, a evolução da profissão, tendo em conta os novos desafios que se impõem.

Como já referido, o enfermeiro especialista assume-se como facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, nomeadamente “atua como formador

oportuno em contexto de trabalho. Diagnostica necessidades formativas. Gere programas e dispositivos formativos. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Avalia o impacto da formação” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749).

Assim, o enfermeiro especialista em contexto de trabalho assume um papel importante no diagnóstico de necessidades formativas da equipa em que se encontra inserido, concebe e implementa programas e dispositivos formativos e avalia o impacto da formação (Regulamento n.º 140/2019). Este processo visa identificar lacunas em áreas de conhecimento fundamentais para a tomada de decisão em cuidados da equipa de enfermagem ou pluridisciplinar, num determinado contexto clínico ou analisar eventuais discrepâncias entre o perfil desejado relativamente ao desempenho profissional de um ou conjunto de elementos e o perfil desejado, resultando em planos de formação de natureza corretiva e/ou prospetiva (OE, 2016).

No decurso do ENP, observei que os enfermeiros especialistas do SU assumem este papel de formador informal, concretamente, como orientadores e formadores de estudantes da licenciatura em enfermagem e dos mestrandos em enfermagem, nomeadamente, em médico-cirúrgica. Constatei também que existiam enfermeiros especialistas responsáveis pela formação em serviço da equipa de enfermagem e de outros profissionais da equipa do SU. As áreas eram variadas como a prevenção e controlo das infeções, uma vez a atual pandemia por SARS Cov 2 exigiu e exige atualizar e aprofundar saberes e práticas neste âmbito, áreas envolvendo o risco clínico, promovendo a segurança e qualidade dos cuidados.

Como formanda tive a oportunidade de participar numa sessão informativa/formativa sobre a utilização de um interface de ventilação não invasiva (VNI) em doentes com pneumonia por Covid 19, nomeadamente, o Helmet®, que permite fazer chegar o ar ao espaço intra-alveolar e que envolve totalmente a cabeça do doente, sendo fechado por meio de um colar hermético e macio que envolve seu pescoço. Especialmente porque não chegou praticamente a ser usado mas foi muito utilizado na Itália no início da pandemia, por falta de equipamento de VNI.

A formação contínua é um processo de aprendizagem ao longo da vida, para mediar as lacunas do conhecimento deixadas pela formação académica e naturalmente pela necessidade de ir adquirindo conhecimento novo, gerado pela investigação científica e tecnológica. Tem como objetivos principais melhorar o exercício profissional, aumentar a satisfação profissional e o prestígio da profissão e das organizações, nomeadamente, de saúde. A OE reitera que “a formação contínua,

enquadrada num meio que possibilite a reflexão sobre a prática e a aplicação dos saberes, constitui um dos marcos estruturantes deste desenvolvimento de competências. É este processo que torna possível a tomada de decisão ética, essencial para que os cuidados sejam excelentes” (OE, 2015, p.93).

Na configuração do meu projeto de estágio, procurei junto do enfermeiro gestor e do orientador do estágio, do contexto clínico, problemáticas que necessitassem ser estudadas. Desta discussão surgiu a necessidade e interesse em analisar, na área do risco clínico, os conhecimentos e práticas da equipa de enfermagem na transfusão de componentes sanguíneos, cujo estudo é apresentado no próximo capítulo.

De acordo com a *Optimal Blood Use* (2010), o processo clínico transfusional pode ser definido como a transfusão de uma unidade de sangue para o doente correto, no momento correto e nas condições corretas, de acordo com as *guidelines* apropriadas, que permite uma utilização segura, clinicamente eficaz e eficiente do sangue humano doado. A hemoterapia detém, na atualidade, um papel de extrema relevância na saúde da população a nível mundial, assim como a hemovigilância, ao garantir a segurança e qualidade ao longo de todo o processo transfusional, da doação à transfusão e na administração terapêutica do sangue e seus componentes. Como salienta a DGS (2012) a transfusão de componentes sanguíneos é um processo complexo que envolve uma multiplicidade de etapas e profissionais. Embora a terapia transfusional não seja isenta de riscos, quando associada a um procedimento seguro, os seus efeitos benéficos sobrepõem-se aos riscos a ela associados.

O PNSD 2021-2026 relembra a possibilidade de ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. O atual plano procura consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no âmbito da segurança do doente, bem como na qualidade e gestão do risco (Despacho n.º 9390/2021).

Focado nesta temática, foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem para validar a pertinência do tema, avaliar a sua perceção sobre os seus conhecimentos e práticas (Apêndice III). Este instrumento, elaborado para o efeito, era composto por três partes. Na primeira, pretendia recolher dados de caracterização sociodemográfica e profissional. A segunda, constituída por um conjunto de questões, dirigiu-se no sentido de perceber se já tinham formação sobre segurança transfusional, a sua atualidade e importância atribuída à formação contínua nesta área. Uma terceira parte, cujos dados serão analisados no Capítulo II, orientada para a análise da

percepção dos enfermeiros sobre os seus conhecimentos e práticas na transfusão de componentes do sangue no SU.

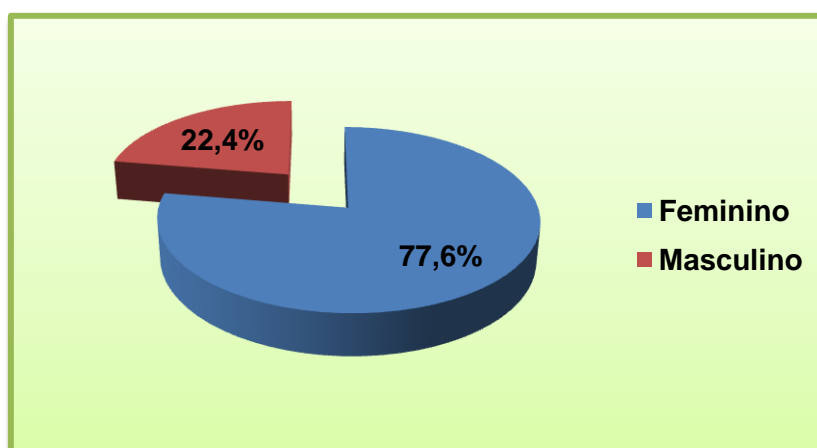
Conforme descrito com mais detalhe no Cap. II, os preceitos éticos foram assegurados, com parecer positivo da Comissão de Ética e Comissão de Proteção de Dados (Anexo I), bem como, do consentimento informado dos participantes (Apêndice IV)

Devolveram o questionário 49 enfermeiros dos 74 enfermeiros que formavam a equipa de prestação direta de cuidados.

Assim, procedemos de seguida à caracterização socioprofissional da amostra segundo o género, o tempo de serviço como enfermeiro e título profissional, conforme apresentado nos gráficos e quadros seguintes. Posteriormente, os resultados das questões relativamente à formação que os enfermeiros do SU detinham sobre segurança transfusional e a importância atribuída pelos mesmos à formação contínua neste domínio.

Da análise do gráfico 1, a maioria dos enfermeiros que responderam são do sexo feminino (77,6%) e 22,4% do sexo masculino.

Gráfico n.º 1 - Caracterização dos enfermeiros do SUMC de um Hospital do Norte

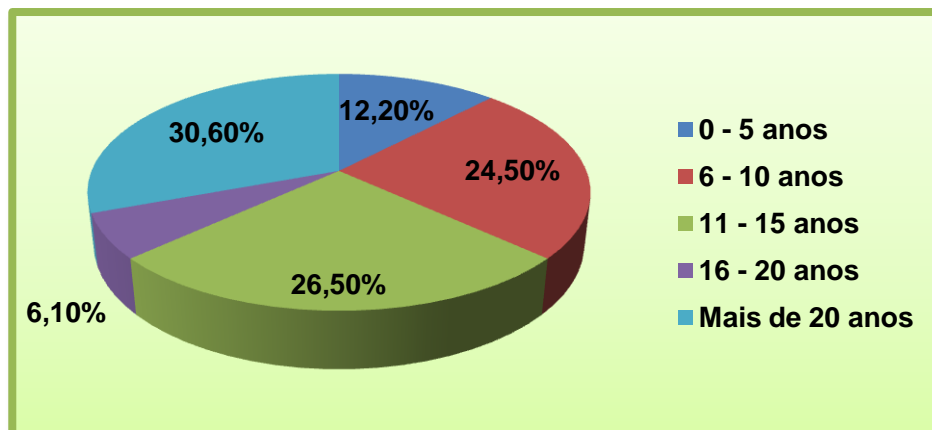


O tempo de serviço dos participantes varia entre 1 e 42 anos, sendo a média de $15,9 \pm 9,72$ anos e a mediana de 13 anos.

Para facilitar a análise, os dados obtidos foram agrupados em classes, constatando-se que predomina o grupo dos enfermeiros com mais de 20 anos de

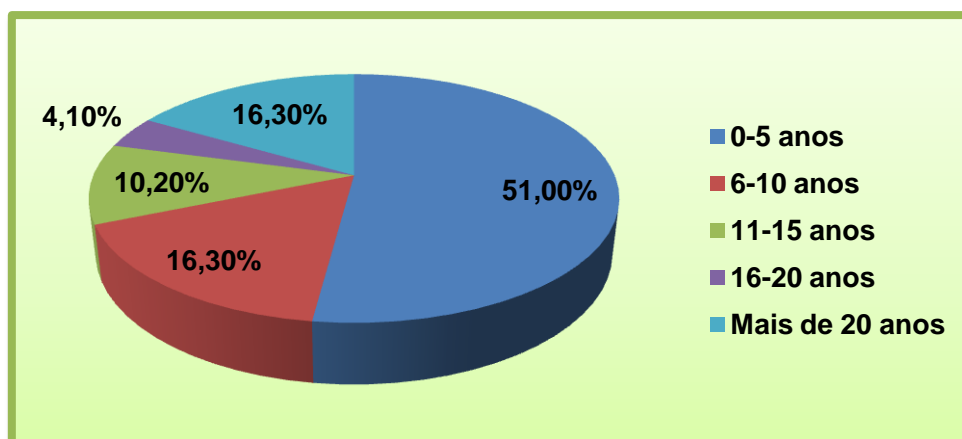
serviço (30,6%), seguido do dos 11-15 anos (26,5%), e do dos 6-10 anos (24,5%), conforme constatamos no gráfico n.º2.

Gráfico n.º 2 – Distribuição da amostra referente ao tempo de serviço como Enfermeiro



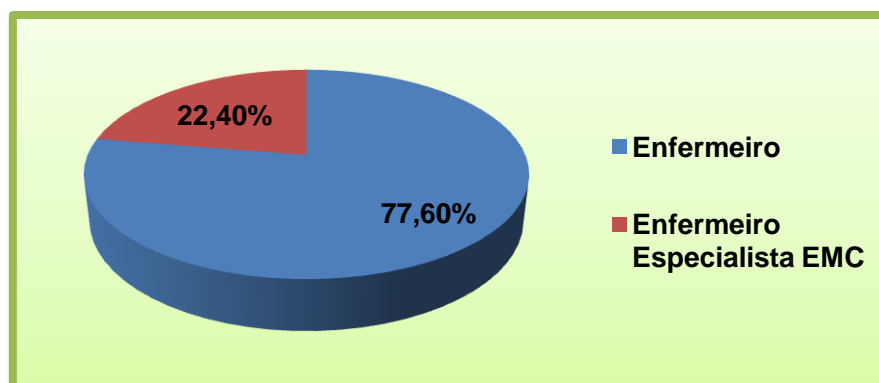
Em relação ao tempo de prestação de cuidados de enfermagem num SUMC, verificámos que a maioria dos enfermeiros (51,0%) trabalha há pouco tempo (entre 0-5 anos), seguidos do grupo entre 6-10 anos e similarmente, o mais de 20 anos (16,30%). O grupo entre 16 e 20 anos de serviço num SU é o menos representativo (4,10%). A média de anos de atividade profissional em SU é de $2,17 \pm 1,5$ anos.

Gráfico n.º 3 - Distribuição da amostra referente ao tempo de exercício profissional no SUMC



No que concerne ao título profissional, verificamos que a grande maioria detém o título de enfermeiros (77,6%) e apenas 22,4% são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sem mais referências a outras especialidades.

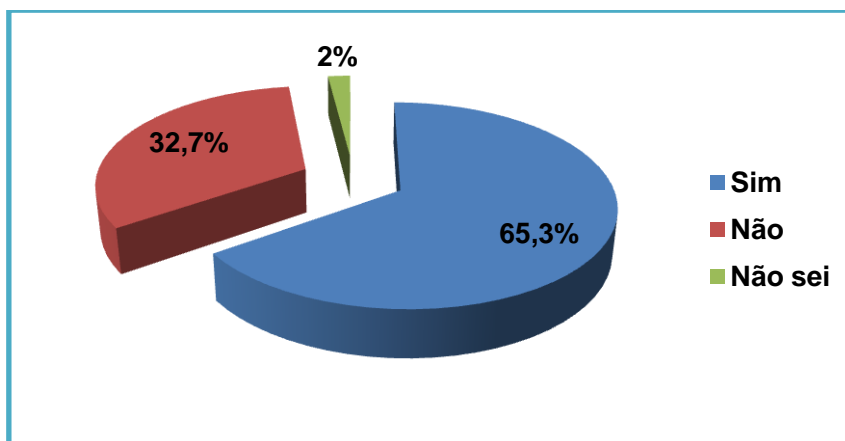
Gráfico n.º 4 – Distribuição da amostra referente ao título dos profissionais de Enfermagem



Questiona a equipa de enfermagem do SUMC sobre se durante o percurso profissional, obtiveram formação específica na área da segurança transfusional, a maioria dos enfermeiros respondeu afirmativamente (65,3%), enquanto 32,7% confirmam não ter efetuado formação sobre segurança transfusional (Gráfico n.º 5).

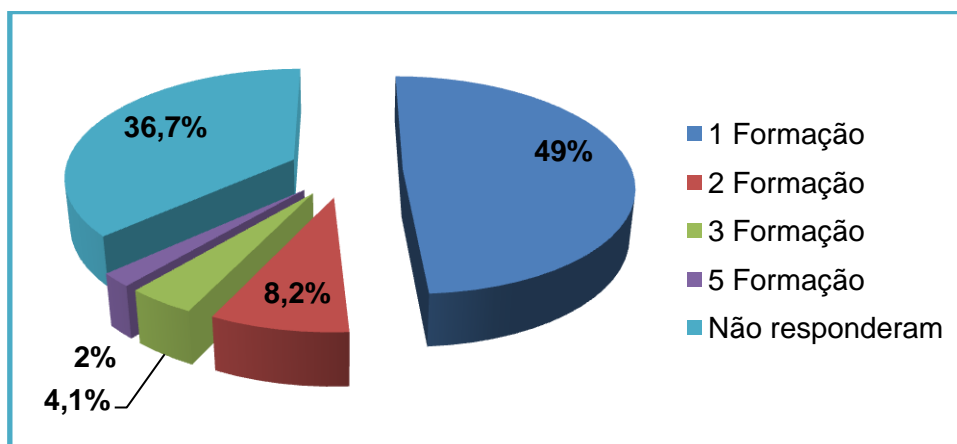
Estes resultados remetem para alguma preocupação, uma vez que sendo o sangue um produto biologicamente ativo, com potencial para causar danos, ainda se verifica uma percentagem significativa de enfermeiros, que procedem à sua administração sem nunca terem frequentado formação específica sobre este domínio de cuidados. Como se pode constatar no Cap. II, 51% dos enfermeiros respondentes tem até 5 anos de exercício profissional, o que pode condicionar estes resultados.

Gráfico n.º 5 - Distribuição da amostra referente à formação sobre segurança transfusional



Relativamente ao nº de formações na área (Gráfico n.º 6), verificámos que cerca de 49% dos enfermeiros possuem uma formação na temática, estes resultados também se poderão explicar pelo facto de cerca de 51% dos enfermeiros têm entre 0 e 5 anos de serviço.

Gráfico n.º 6 - Distribuição da amostra referente ao nº de formações sobre segurança transfusional

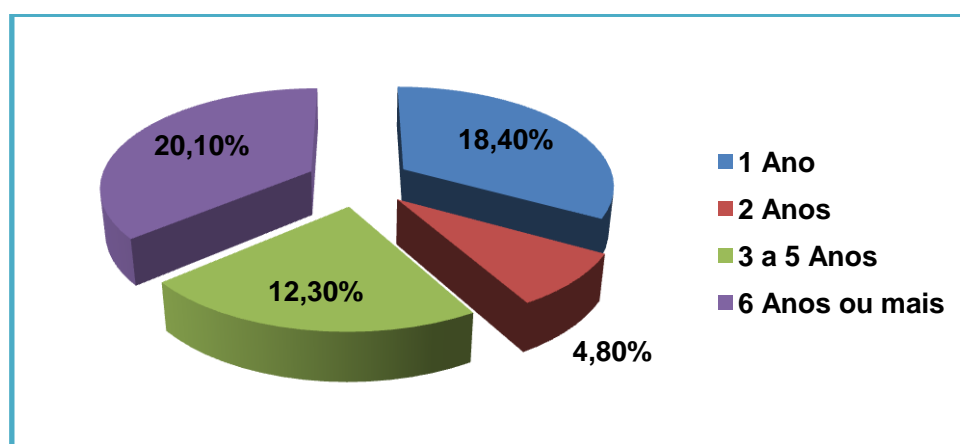


Quando questionados sobre a atualidade da formação apenas 59,2% da amostra respondeu, sendo o tempo de 6 anos ou mais, o mais assinalado (20,1%), embora 18,4% dos enfermeiros referissem que a última formação que realizaram foi há cerca de um ano (Gráfico 7). A questão que se coloca é em relação aos 40,8% que não responderam, provavelmente poderá estar relacionado com enfermeiros que ainda não receberam formação ou não sabem (32,7% e 2%).

De acordo com a OE o Conselho da Europa recomenda que “a formação e treino adequados dos enfermeiros em transfusão sanguínea pois é um fator determinante para garantir a segurança, eficácia e qualidade da transfusão sanguínea. Recomenda também que sejam desenvolvidos mecanismos para a cooperação entre enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde nos hospitais e serviços de sangue” (OE, Parecer n.º118/2019, p.3).

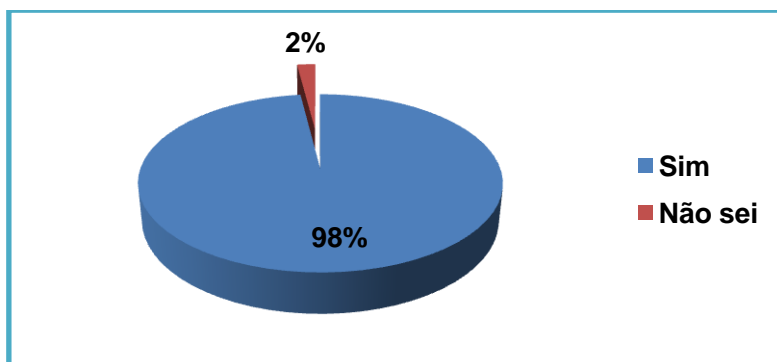
Portanto, a segurança transfusional depende dos enfermeiros envolvidos neste processo, mas para tal, é necessário que procurem formação específica e atualizada na temática da transfusão sanguínea, para que as suas práticas sejam seguradas e se sustentem na evidência científica, o que pressupõe formação contínua.

Gráfico n.º 7 – Distribuição da amostra quanto ao tempo da última formação realizada



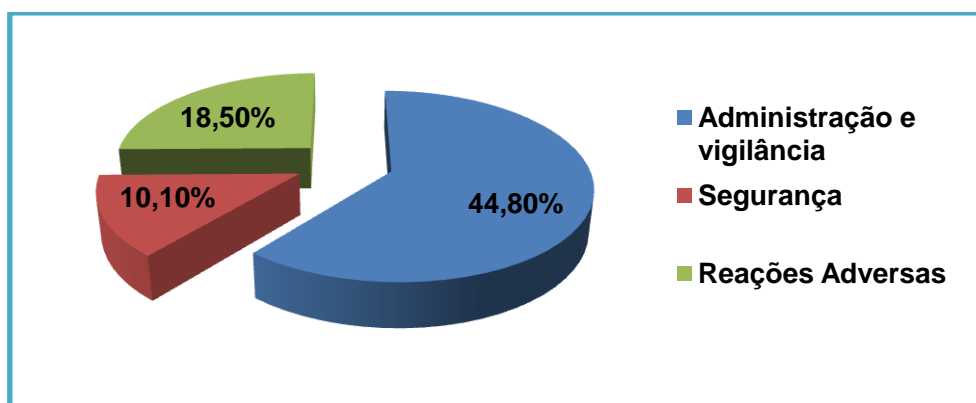
Relativamente à importância de programas de formação contínua na área da administração de componentes sanguíneos, a maioria dos enfermeiros confirmam a importância da formação sobre a área abordada (98%), (Gráfico n.º 8).

Gráfico n.º 8 - Distribuição da amostra sobre a importância de programas de formação sobre administração de componentes sanguíneos



À questão sobre quais as áreas/temas específicas que gostariam/necessitariam ver abordados, apenas 39 enfermeiros manifestaram a sua opinião. No gráfico nº 5 encontram-se os dados agrupados conforme as áreas identificadas mediante as respostas de cada profissional, sendo que a Administração e Vigilância foi a que colheu mais respostas (44,8%).

Gráfico n.º 9 - Distribuição da amostra sobre as áreas de formação específica do tema da administração de componentes sanguíneos



A apreciação global destes resultados evidenciou que a quase totalidade dos enfermeiros inquiridos (98%) reiteram a importância de formação na área da transfusão de componentes sanguíneos, sendo que uma minoria realizou formação há dois anos ou menos e cerca de 20% dos inquiridos realizou formação no tema abordado há 6 anos ou mais. Também os resultados do estudo de investigação, que por questões de estruturação deste Relatório, se remeteu para a II Parte, corroboram a percepção inicial da elevada relevância deste tema nos cuidados prestados aos doentes que recorrem ao SU.

Frantz et al. (2020) referem que a prestação de cuidados dos enfermeiros em Medicina Transfusional, requer o domínio das legislações existentes na área, a demanda dos profissionais que prestam cuidados na transfusão de componentes sanguíneos, pautada em legislação própria, conhecimentos específicos e as competências necessárias requerem a atualização constante sobre as normas e práticas vigentes, de forma a garantir a qualidade e segurança durante o processo transfusional.

No perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista salienta a gestão de um ambiente terapêutico e seguro tanto para doentes como profissionais, pois “assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares” (OE, 2019, p.4748), bem como atua como formador oportuno em contexto de trabalho, diagnosticando as necessidades formativas da sua equipa, concretamente a formação em serviço (ibidem, p.4749).

Assim identificada a necessidade de formação, foi efetuada um momento formativo com a equipa de enfermagem subordinada ao tema da transfusão segura de componentes sanguíneos. Na sua preparação, recorreu-se à pesquisa da evidência científica mais recente acerca deste tema, juntamente com o apoio do Serviço de Imunohemoterapia da instituição, que disponibilizou o Manual elaborado e em uso pelos elementos do serviço.

Assim, com a finalidade de contribuir para a aquisição/atualização de saberes sobre segurança transfusional e importância da notificação de incidentes relacionados, tendo em vista a qualidade de cuidados, foi organizada uma sessão formativa a 23 de Junho de 2021 (Apêndice V e VI), em contexto presencial com os seguintes objetivos:

- Aprofundar conhecimentos sobre o processo de transfusão de componentes sanguíneos;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço de urgência para a importância da segurança transfusional;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da identificação das reações adversas, bem como, da notificação de incidentes relacionados.

Estiveram presentes 16 enfermeiros, dos quais 4 eram enfermeiros especialistas.

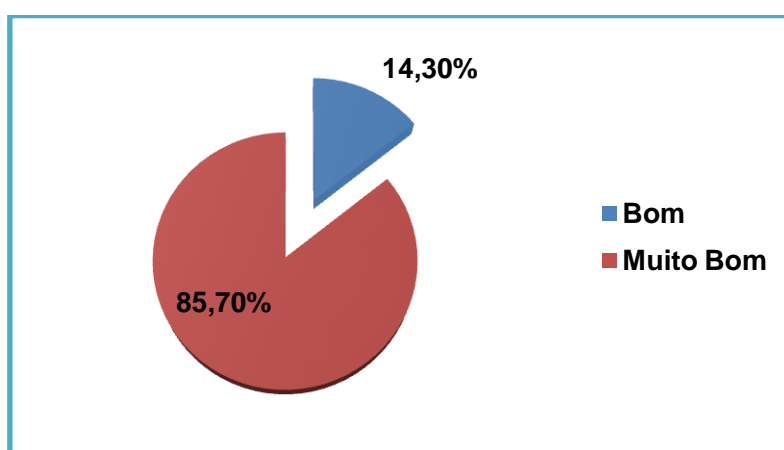
A formação teve a duração de 60 minutos, tendo-se gerado no final um momento interativo de questões e reflexões, onde intervieram vários enfermeiros e enfermeiro gestor do SU.

Disponibilizou-se o material da formação para consulta posterior aos colegas que não tiveram oportunidade de participar na ação de formação na referida data.

Este momento formativo foi objeto de avaliação com recurso a um questionário elaborado para o efeito (Apêndice VII), permitindo uma apreciação global da formação e análise dos conteúdos apresentados, cuja apreciação se passa, sucintamente a documentar.

No que se refere ao que esperavam da formação, cerca de 86%, apreciaram-na de muito boa (Gráfico n.º 10).

Gráfico n.º 10 – Expetativas sobre a ação de formação



A totalidade dos participantes (100%) corroborou a ideia de que a formação proporcionou a aquisição de conhecimentos novos, bem como a pertinência dos conteúdos abordados na formação, conforme representados nos gráficos n.º11 e n.º 12.

Gráfico n.º 11 - Os conhecimentos adquiridos na ação de formação

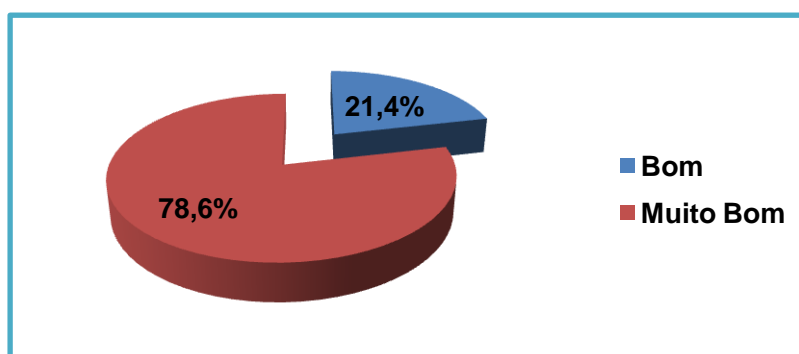
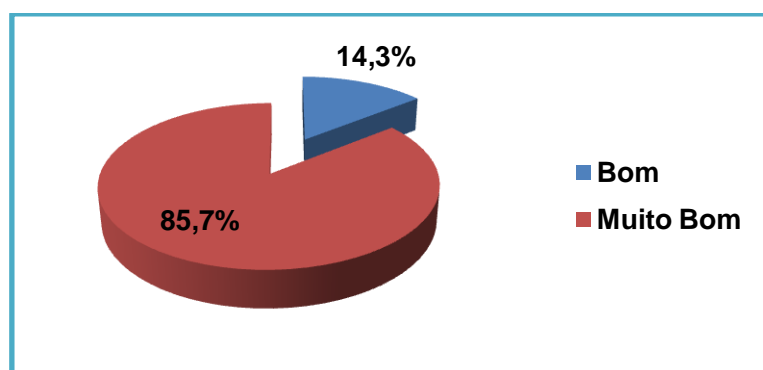


Gráfico n.º 12 - Pertinência e interesse dos conteúdos abordados



Esta ação de formação possibilitou um momento de reflexão e partilha de experiências entre os colegas. Considero que foi muito positiva e enriquecedora a realização da mesma, pois simultaneamente permitiu sensibilizar os presentes para uma prática segura na procura de uma melhoria contínua dos cuidados, tendo deste modo alcançado os objetivos propostos.

A possibilidade de ter atuado como formadora constituiu uma atividade importante. Por um lado, possibilitou o aprofundamento/atualização de conhecimentos sobre a temática e por outro, a consciencialização da responsabilidade do enfermeiro especialista no diagnóstico de necessidades formativas, na gestão de programas e dispositivos formativos e como formador em contexto de trabalho e o desenvolvimento de competências como formador.

**PARTE II. O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL - A RELEVÂNCIA
DA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CAPÍTULO II. A TRANSFUSÃO SEGURA DE COMPONENTES DO SANGUE NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS**

O enquadramento teórico, de acordo com Fortin (2009), deverá apresentar o quadro de referência conceitual, resultante da conjugação de conceitos relacionados com a síntese dos escritos pertinentes e observações em âmbito clínico.

2.1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O estado do conhecimento é um aspeto fundamental em Investigação. Para além de permitir elucidar sobre estudos já existentes, relacionados com o tema em estudo, permite, também, a clarificação dos conceitos usados.

De acordo com a Optimal Blood Use (2010), o processo clínico transfusional pode ser definido como a transfusão de uma unidade de sangue para o doente correto, no momento correto e nas condições corretas, de acordo com as guidelines apropriadas, que permite uma utilização segura, clinicamente eficaz e eficiente do sangue humano doado. A hemoterapia detém, na atualidade, um papel de extrema relevância na saúde da população a nível mundial, assim como a hemovigilância, ao garantir a segurança e qualidade ao longo de todo o processo transfusional, da doação à transfusão e na administração terapêutica do sangue e seus componentes.

O PNSD 2021-2026 relembra a possibilidade de ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. O atual plano procura consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no âmbito da segurança do doente, bem como na qualidade e gestão do risco (Despacho n.º 9390/2021).

2.1.1 – Sangue e componentes sanguíneos

A hemoterapia consiste num tratamento realizado através da transfusão de sangue e componentes sanguíneos, não estando isenta de riscos para o doente. O sangue é um tecido e um recurso precioso e escasso, uma vez que a disponibilidade, bem como, dos seus componentes utilizados para fins terapêuticos, depende da voluntariedade e predisposição dos cidadãos para a generosidade do ato, pois a dádiva voluntária e não remunerada contribui para a obtenção de elevados padrões de segurança deste recurso vital (Decreto-Lei n.º 267/2007).

O sangue é um fluido corporal que circula no espaço intravascular, desempenha várias funções, entre elas:

- O transporte e distribuição de oxigénio e nutrientes para os tecidos e órgãos;
- A recolha de resíduos do funcionamento desses órgãos e tecidos para serem eliminados;
- O combate a infeções;
- A regulação do equilíbrio ácido-base (pH) e da temperatura corporal;
- O transporte de hormonas, desde o seu local de produção até ao local de ação.

O plasma representa cerca de 55% da composição do sangue e possui uma coloração amarelada, cerca de 91% da sua constituição é água, os restantes 9% contém proteínas, eletrólitos e constituintes orgânicos e inorgânicos. Os componentes celulares do sangue, representam cerca de 45% e compreendem as plaquetas, os leucócitos e os eritrócitos ou hemácias. Na sua maioria apresentam um período de vida curto, pelo que o organismo tem a capacidade de efetuar, continuamente, a sua produção, diferenciação e maturação, num processo designado por hematopoiese. Esta decorre, maioritariamente, na medula óssea, vértebras, pelve, esterno, costelas e epífise proximal dos ossos longos (Phipps, Sands e Marek, 2003). O sangue representa aproximadamente 8% do peso corporal, o que corresponde a cerca de 5 a 6 litros.

Os eritrócitos ou glóbulos vermelhos são as células responsáveis pelo transporte de oxigénio e pela cor vermelha do sangue e promovem as trocas gasosas através da hemoglobina, entre outras funções. São células desprovidas de núcleo, com forma de disco bicôncavo, circulam cerca de 120 dias (Ibidem).

Os glóbulos brancos ou leucócitos constituem o nosso sistema de defesa, são fundamentais para o combate às infeções e a outras agressões ao organismo, fazendo parte do sistema imunitário. Os glóbulos brancos têm um ciclo de maturação complexo, a vida média de um leucócito é de 4 a 5 dias, no entanto, quando estimulados permanecem na circulação cerca de 6 a 8 horas (Ibidem).

As plaquetas ou trombócitos são pequenas células anucleares, granulares e em forma de disco. E desempenham um papel fundamental na formação do tampão primário e na cascata da coagulação. Cerca de dois terços do total de plaquetas encontram-se no sistema circulatório e o terço restante de reserva no baço. Possuem uma semi-vida, aproximadamente, 6 a 10 dias (Ibidem).

Removidos os elementos celulares do sangue, remanesce a porção líquida, o plasma, cuja composição é como referido anteriormente, água, proteínas (albumina e globulinas), fatores de coagulação e pequenas quantidades de substâncias como nutrientes, enzimas e produtos residuais.

2.1.2 – Segurança e qualidade na transfusão de componentes sanguíneos

A transfusão de componentes sanguíneos consiste na transplantação de células vivas, diretamente na circulação do recetor. Sendo uma medida terapêutica não está isenta de riscos, podendo ocorrer complicações severas, durante e/ou após a transfusão pelo que, se por um lado pode salvar uma vida, a ocorrência de um erro neste processo, pode comprometê-la.

A segurança transfusional envolve todas as fases do processo terapêutico que, no seu conjunto, constituem a cadeia transfusional. Esta cadeia é composta por fases relativas ao sangue, nomeadamente, o recrutamento e seleção do dador, a colheita e processamento das unidades e a realização de testes de despiste de doenças infecciosas, e por fases relativas ao próprio processo que envolvem a decisão médica de transfundir, os testes pré transfusionais, a administração, vigilância e avaliação da eficácia da transfusão (Pina, 2013).

A DGS (2012, p.6) defende que “a segurança desta terapêutica depende da implementação de medidas ao longo da complexa cadeia transfusional que permitam diminuir os riscos infecciosos e imunológicos, minimizar os erros e garantir a aplicação de componentes clinicamente eficazes.” Pina (2013, p. 28) reforça que “a segurança transfusional constitui uma preocupação sistemática das autoridades e serviços de saúde assim como dos profissionais envolvidos no processo”. Alinhado com esta ideia, o Decreto-Lei n.º 86/2017 alerta para as exigências crescentes de garantia de qualidade e de segurança, que a utilização do sangue humano coloca aos profissionais de saúde.

Na opinião de Mattia e Andrade (2016), a segurança na transfusão e a gestão da qualidade estão diretamente relacionadas entre si, visto que a qualidade nos serviços de saúde significa oferecer menor risco ao doente, a partir da instrumentalização e a busca da maximização do cuidado e dos seus benefícios. Assim um sistema de gestão da qualidade visa melhorar a eficácia dos serviços prestados, para ir ao encontro aos requisitos solicitados pelo doente, bem como a sua

satisfação. As mesmas autoras referem ainda que a segurança transfusional e a gestão da qualidade estão diretamente relacionadas com o grau de conhecimentos dos enfermeiros neste processo.

Em Portugal, como no Mundo, a hemoterapia teve um crescimento exponencial na última metade do século XX. Em 1990 foi criado o Instituto Português do Sangue (IPS) como um organismo público, dotado de personalidade jurídica e autonomia técnica, administrativa e financeira, que integra a rede de serviços personalizados do Ministério da Saúde. Ao IPS cabe-lhe as competências normativas e de coordenação do setor; aos Centros Regionais de Sangue (CRS) são-lhes atribuídas as competências operacionais de colheita, processamento, distribuição e supervisão técnica regional; aos Serviços de Imunohemoterapia Hospitalares (SIH) cabe-lhes, para além da colheita e processamento, encerrar o elo da cadeia transfusional através de uma prática global de qualidade da transfusão (Decreto-Lei n.º294/90).

Em 2012, o IPS passa a designar-se Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (IPST), tendo por missão garantir e regular, a nível nacional, a atividade da medicina transfusional e da transplantação e garantir a dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana e assegurar o funcionamento do Sistema Nacional de Hemovigilância (Decreto-Lei n.º 39/2012).

Através do Decreto-Lei n.º 267/2007, é regulamentado o regime jurídico da qualidade e segurança do sangue humano e dos componentes sanguíneos, que pretende assegurar um elevado nível de proteção da saúde pública este diploma determinou, ainda, os requisitos de rastreabilidade e notificação de reações e incidentes adversos graves, as normas e especificações relativas ao sistema de qualidade dos serviços de sangue e definiu os requisitos da hemovigilância. Esta consiste num “conjunto de processos organizados de vigilância devidos a graves incidentes ou reações registadas em dadores ou recetores, bem como o acompanhamento epidemiológico de dadores” (Ibidem, p. 4702).

Neste âmbito, os serviços de sangue devem poder identificar, inequivocamente, os serviços a quem forneceram as unidades de sangue e os seus componentes bem como, o dador de sangue, a unidade de sangue e a data da colheita. Quanto aos serviços de Medicina Transfusional, devem possuir um sistema de registo que identifique cada unidade de sangue, cada componente sanguíneo e o seu destino final, quer tenha sido administrado, devolvido ou destruído. Devem, ainda,

dispor de um procedimento que permita confirmar a administração do componente disponibilizado, ao requerido recetor.

Em março de 2017, a Comissão Europeia publicou recomendações, dirigidas às autoridades nacionais competentes e hospitais, sobre a conceção e implementação de programas nacionais de Patient Blood Management (PBM) em todos os Estados-Membros da União Europeia.

O Despacho n.º 3387/2018, sublinha que o PBM é uma “abordagem sistematizada, baseada em evidências e focalizada no doente, de forma a otimizar a gestão da transfusão, com o objetivo de garantir um tratamento eficaz e de qualidade, assegurando os melhores cuidados de saúde em termos de segurança e eficiência” (p. 9697).

No Despacho n.º 12310/2021, designa-se que o PBM constitui

“uma mudança de paradigma na prática transfusional em vigor nas últimas décadas, evoluindo para uma abordagem mais ampla, multidisciplinar e holística, centrada nas necessidades individuais do doente, com a finalidade de garantir o melhor resultado clínico, com a assunção dos componentes sanguíneos como recurso terapêutico especial” (DR 2ª série, Parte C, p. 135). Reforça também que PBM, ao assentar a prática transfusional em normas baseadas na evidência disponível, conduzirá à redução da utilização inapropriada dos componentes sanguíneos, e por conseguinte à melhoria da segurança do doente e dos resultados em saúde.

A transfusão sanguínea sendo um procedimento não é isenta de riscos, podem ocorrer reações de diversas natureza, as quais são classificadas em imediatas ou tardias.

As reações transfusionais imediatas são reações que acontecem durante a transfusão ou até 24 horas após a transfusão, estas complicações traduzem situações urgentes/emergentes, produzindo efeitos sobre a morbilidade e mortalidade dos doentes nos serviços.

O IPST (2011) estabeleceu um conjunto de definições gerais simplificadas baseadas nas definições internacionais para a vigilância de eventos adversos relacionados com a transfusão de componentes sanguíneos no âmbito da hemovigilância.

- **Evento adverso:** é uma ocorrência indesejável e não pretendida antes, durante ou após a transfusão de componentes sanguíneos, podendo estar relacionada com a administração de componentes sanguíneos. Pode ser o resultado de um erro ou de um incidente e pode ou não resultar numa reação num recetor.
- **Incidente:** ocorre quando um doente é transfundido com um componente sanguíneo que não preenche todos os requisitos para uma transfusão adequada ao doente ou que era pretendida para outro doente. Compreende assim os erros transfusionais e desvios aos procedimentos de operação padronizados (SOP) ou às políticas do hospital levando a transfusões erradas. Pode ou não dar origem a uma reação adversa.
- **Quase evento (near miss):** é um erro ou desvio a um procedimento padrão de operação ou a uma política, que é descoberto antes do início da transfusão e que poderia dar origem a uma transfusão errada ou a uma reação num recetor.
- **Reação adversa:** é uma resposta indesejável ou efeito num doente, associado temporalmente com a administração de sangue ou de um componente sanguíneo. Pode ser o resultado de um incidente ou da interação entre um recetor e o sangue um produto biologicamente ativo.

As reações transfusionais não infecciosas podem ser classificadas em reações transfusionais não hemolíticas e hemolíticas. A reação hemolítica é definida como “aquela em que os sintomas e sinais clínicos e laboratoriais de aumento da destruição celular são produzidos pela transfusão. A hemólise pode ocorrer intravascularmente ou extravascularmente e pode ser imediata (aguda) ou retardada” (IPST, 2011, p.4). Segundo a mesma fonte, as reações transfusionais podem classificar-se em:

- **Reação hemolítica aguda** (Acute Hemolytic Transfusion Reaction – AHTR) tem início nas primeiras 24 horas após a transfusão e manifesta-se com a presença de sinais e sintomas clínicos e laboratoriais de hemólise como febre; diarreia; arrepios/tremores; hipotensão; eritema facial; palidez; dor torácica; icterícia; dor abdominal; oligoanúria; dor lombar/flancos; hemorragias difusas; náusea/vómito e urina escura;
- **Reação hemolítica retardada** (Delayed Hemolytic Transfusion Reaction - DHTR) manifesta-se pela apresentação de sinais clínicos ou biológicos de hemólise, ocorridos entre as 24 horas e 28 dias após uma transfusão. Os sinais e sintomas são semelhantes aos apresentados na reação hemolítica aguda, no entanto menos severos. Pode, eventualmente, manifestar-se como uma

aumento inadequado ou uma descida inexplicada no valor de hemoglobina apresentada pelo doente, após ter ocorrido a transfusão do componente;

- **Reação serológica retardada** (Delayed Serologic Transfusion Reaction - DSTR) é devida ao aumento clinicamente significativo contra as células vermelhas, não existente previamente e sem sinais clínicos ou laboratoriais de hemólise;
- **Reação transfusional febril não hemolítica** (Febrile Non Hemolytic Transfusion Reaction - FNHTR) que ocorre durante a transfusão do componente, ou por um período até 4 horas, após o fim da administração. A mesma manifesta-se através da presença de um ou mais dos seguintes sintomas: febre (temperatura oral ou equivalente, superior ou igual a 38°C, e um aumento superior ou igual a 1°C em relação ao valor basal pré-transfusional); arrepios / tremores; dor de cabeça e náusea;
- **Reação transfusional alérgica** quando o doente apresenta durante, ou por um período até 4 horas após ter sido interrompida a administração do componente. Pode estar presente somente com sinais e sintomas mucocutâneos como: rash morbiliforme com prurido; edema dos lábios, língua e úvula, urticária; prurido, eritema e edema periorbitário, angioedema localizado e edema conjuntival. Mas também sinais e sintomas respiratórios como: aperto na garganta; disfagia; disfonia; rouquidão; estridor; dispneia; tosse; sibilos / broncoespasmo e hipoxemia;
- **Reação transfusional febril não hemolítica**: na ausência de febre, o doente apresenta tremores ou calafrios, sem febre associada. Contudo, deve ser excluída a presença da febre que possa estar relacionada com a situação clínica do doente, a contaminação bacteriana, ou a presença de uma reação hemolítica aguda. De acordo com as recomendações do IPST (2011), apenas os casos mais severos devem ser notificados para serem realizadas comparações internacionais, os quais são considerados perante a presença de febre (oral ou equivalente) superior ou igual a 39°C e um aumento superior ou igual a 2°C, em relação ao valor basal pré-transfusional, associados à presença de calafrios e tremores;
- **Doença enxerto contra hospedeiro associado à transfusão** (Transfusion Associated Graft - Versus - Host Disease - TA-GVHD), esta é definida como um síndrome clínico caracterizado por febre, exantema, disfunção hepática, diarreia, pancitopenia e achados histológicos (confirmados através de biópsia) ocorrendo 1-6 semanas após transfusão, sem outra causa aparente;

- **Púrpura Pós-transfusional** (Post Transfusion Púrpura - PTP), ocorre trombocitopenia entre 5 a 12 dias após transfusão de componentes sanguíneos celulares, o doente apresenta anticorpos contra o sistema de antígenos plaquetários humanos;
- Perante a ausência de lesão pulmonar aguda prévia à administração do componente, considera-se estar presente uma **lesão pulmonar aguda relacionada com a transfusão** (TRALI - Transfusion-Related Acute Lung Injury), quando a mesma se inicia durante a transfusão, ou por um período de 6 horas após o término da administração do componente, e ocorre:
 - ❖ Hipoxemia, com a presença da pressão arterial de oxigénio / frações inspiradas de oxigénio se inferiores ou iguais a 300 milímetros de mercúrio;
 - ❖ A saturação de oxigénio é inferior a 90% sem administração de oxigénio suplementar;
 - ❖ Exames radiológicos do doente apresentam infiltrados bilaterais;
 - ❖ Ausência de sobrecarga circulatória;
- **Dispneia associada à transfusão** (Transfusion Associated Dyspnea – TAD) é caracterizada pela dificuldade respiratória por um período de até 24 horas após a transfusão, que não cumpre os critérios definidos para a reação alérgica, para a lesão pulmonar aguda relacionada com a transfusão, assim a mesma deverá ser considerada como uma dispneia associada à transfusão;
- **Sobrecarga volémica associada à transfusão** (Transfusion Associated Circulatory Overload - TACO), ocorre na presença ou agravamento de quatro sinais e sintomas, por um período de até 6 horas após a transfusão do componente sanguíneo:
 - ❖ Dificuldade respiratória aguda;
 - ❖ Taquicardia;
 - ❖ Aumento da tensão arterial;
 - ❖ Agudização ou Edema pulmonar agudo presente na radiografia;
 - ❖ Evidência de balanço hídrico positivo;
- **Reação transfusional hipotensiva**, esta é caracterizada por hipotensão com uma queda na pressão arterial sistólica e / ou diastólica superior a 30 mmHg, durante ou até uma hora após a conclusão da transfusão. Esta reação responde rapidamente à interrupção da transfusão e tratamento de suporte. Outros sintomas como rubor facial, dispneia ou câibras abdominais podem ocorrer mas a hipotensão é geralmente a única manifestação (IPST, 2011).

Quanto ao Grau de Gravidade, ainda segundo a mesma fonte, as reações podem ser classificadas como:

- Gravidade Grau 1 (Não Grave): O recetor poderá ter requerido intervenção médica (por exemplo, tratamento sintomático), mas a falta de tal não iria resultar em danos permanentes ou em comprometimento de um órgão ou função.
- Grau 2 (Grave): O recetor necessitou de hospitalização ou prolongamento da hospitalização diretamente atribuíveis ao evento e/ou Do evento adverso resultou deficiência ou incapacidade, persistente ou significativa ou Do evento adverso resultou a necessidade de intervenção médica ou cirúrgica para evitar danos irreparáveis ou comprometimento de um órgão ou função.
- Grau 3 (Ameaça Vital): O recetor necessitou de uma intervenção major após a transfusão (vasopressores, entubação, transferência para uma unidade cuidados intensivos) para evitar a morte.
- Grau 4 (Morte): O recetor morreu após a reação adversa transfusional. Este grau só deve ser utilizado apenas se a morte é possivelmente, provavelmente ou definitivamente relacionadas com a transfusão. No entanto, se o paciente morreu de outra causa, a gravidade da reação deverá ser classificada como 1, 2 ou 3.

2.1.3 – Cuidados de enfermagem na transfusão de componentes sanguíneos

A hemoterapia é complexa e exige conhecimentos específicos em todo o seu processo, portanto necessita de profissionais capacitados para que os procedimentos hemoterápicos sejam realizados com a máxima segurança (Barbosa e Nicola, 2014).

Também Silva e Somavilla (2010) referem que as transfusões sanguíneas devem ser realizadas por profissionais de enfermagem, habilitados e qualificados, pois a administração de sangue e seus componentes exige conhecimento das técnicas de aplicação, riscos e capacidade de intervir de forma efetiva nas complicações.

Os enfermeiros exercem um papel fundamental na diminuição dos riscos, detetando sinais e sintomas de reações nas várias etapas da cadeia transfusional (Carneiro, Barp e Coelho, 2017).

Os enfermeiros são detentores de conhecimentos e competências que lhes permitem prestar cuidados de excelência. E tal como descrito nos Padrões de Qualidade (OE, 2017), “os enfermeiros especialistas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica serão reconhecidos como elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência orgânica.”

Assim, a sua prática deve ser baseada na evidência científica, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Tal como é explicitado nas competências do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º140/2019, p.4749), “este alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo -se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.” Isto, porque o enfermeiro “reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” com vista a uma prática segura e de excelência.

Na cadeia transfusional, os enfermeiros são essenciais pois acompanham todo o processo, garantindo a qualidade e segurança do doente. Segundo a DGS (2012), os enfermeiros devem seguir as indicações de administração de componentes sanguíneos, nomeadamente:

- Garantir a identificação correta do doente a transfundir em todas as etapas do processo transfusional;
- A colheita de amostras e a identificação dos tubos deve ser realizada pelo mesmo profissional, que deve assinar o pedido de transfusão com data e hora da colheita da amostra;
- Os concentrados eritrocitários devem ser conservados entre 2 a 6º C, e antes da administração não devem permanecer mais de 30 minutos à temperatura ambiente;
- Após iniciada a transfusão de componentes do sangue, o tempo de administração não deve ultrapassar as 4 horas;
- Os componentes do sangue podem ser administrados por um cateter central ou por veia periférica cateterizada com agulha de calibre de 18 a 20G;
- A administração de transfusão deve ser efetuada com um filtro de 180 a 220 µ e pelo perigo de proliferação bacteriana não deve estar exposto mais de 4 horas;

- Não devem ser administrados medicamentos na mesma via de administração da transfusão.

Durante o ato transfusional deve:

- Garantir a segurança e o conforto do doente;
- Verificar todos os elementos de identificação da unidade a transfundir. A equipa de enfermagem deve ter conhecimentos para reconhecer a integridade dos sacos ou sistemas de transfusão, hemólise do plasma sobrenadante, evidência de turvação ou presença de coágulos;
- Verificar os dados de identificação. Se não estiver disponível um sistema de hemovigilância digital, eletrónico ou outro para confirmação dos dados do componente e do doente, deve ser efetuada dupla verificação (de preferência por dois profissionais);
- Avaliar os sinais vitais – temperatura, tensão arterial e frequência cardíaca - antes do início da transfusão, nos primeiros 15 minutos e no fim da transfusão: registar os dados;
- Vigiar o doente de forma atenta com particular atenção para os primeiros 15 minutos;
- Avaliar o doente no fim da transfusão e vigiar atentamente nas primeiras horas;
- Realizar a confirmação positiva da transfusão cumprindo o legalmente estabelecido e seguindo a metodologia institucional para este procedimento, nomeadamente, enviar ao serviço de Imunohemoterapia o impresso que acompanha o componente sanguíneo.

Tal como descrito pelo Optimal Blood Use (2010, p.38), “para o envio de sangue com segurança é fundamental a identificação e rotulagem correta das amostras de sangue, colhidas ao doente correto”. Segundo a mesma fonte, para aumentar a segurança é colocada uma pulseira de segurança transfusional no doente, e enviada ao serviço de sangue a requisição de hemocomponentes acompanhada do número de selos da pulseira de segurança, correspondentes ao número de unidades pedidas.

Mattia e Andrade (2016), referem, em consonância com as indicações emanadas pela DGS sobre os cuidados nas transfusões de componentes sanguíneos, o seguinte:

- O conhecimento sobre os antecedentes transfusionais do paciente é útil, uma vez que aqueles que já possuem história de reações transfusionais, antígenos

e anticorpos eritrocitários podem ter o risco de ocorrência de uma reação transfusional aumentado, pelo que é fundamental que o enfermeiro recolha estes dados junto do doente/família;

- Avaliação de sinais vitais do doente antes, durante e após a transfusão;
- Data e hora de início da transfusão - são imprescindíveis constar no documento que acompanha os componentes sanguíneos, pois o tempo de infusão de cada hemocomponente não pode exceder a 4 horas;
- Via de acesso (periférico, central), local do acesso - um acesso inadequado leva à demora na transfusão e até mesmo comprometer a integridade do hemocomponente, quando ultrapassado o período de quatro horas da infusão. A alta pressão de fluxo através do cateter com pequeno lúmen pode causar a hemólise dos eritrócitos;
- Incompatibilidade de medicamentos: soluções de glicose 5% podem causar hemólise das hemácias, enquanto soluções de lactato de ringer podem ocasionar formação de coágulos pela presença de cálcio;
- Dupla confirmação: de forma a minimizar os riscos de erros, aumentando a segurança transfusional;
- Informar o doente sobre o processo transfusional e ocorrência de reações adversas alertando sobre sinais e sintomas;

Nas situações críticas que requeiram a transfusão urgente ou emergente de componentes sanguíneos, é imprescindível que os enfermeiros detenham conhecimentos sobre a evidência disponível que sustentem tomadas de decisões fundamentadas, que promovam a segurança e a qualidade de vida dos doentes críticos.

Assim, de acordo com o Parecer do Conselho de Enfermagem (n.º56/2021, p.4), o enfermeiro de acordo com “a sua formação, as suas competências (...), é o mais habilitado para a (...) colheita de sangue humano e administração de transfusões sanguíneas, bem como a intervenção atempada e adequada em reações adversas associadas a este processo”.

Também o Conselho Europeu (2004), sustenta que “(...) a maioria das reações e eventos adversos graves associados à transfusão de sangue que podem resultar em grave morbidade ou mortalidade, são causados por erros humanos ou organizacionais em toda a cadeia de transfusão sanguínea.” Recomenda-se assim, que a formação e treino adequados dos enfermeiros em transfusão sanguínea é um

fator determinante para garantir a segurança, eficácia e qualidade da transfusão sanguínea (Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 118/2018).

Nesta linha de pensamento, o IPST (2016) redige algumas recomendações no caso de o doente apresentar sinais ou sintomas que possam estar relacionados com uma reação transfusional, o enfermeiro deverá:

- Suspender a transfusão, manter acesso venoso com soro fisiológico a 0,9%; efetuar uma rápida avaliação clínica incluindo a verificação da identificação do doente, a verificação do rótulo de compatibilidade e a avaliação macroscópica do componente;
- Em caso de ameaça de vida do doente, atuar em conformidade, nomeadamente perante problemas respiratórios, problemas circulatórios, administração do componente errado ou contaminação da unidade. Devolver o restante do componente sanguíneo e tubuladuras para o Serviço de Imunohemoterapia. Enviar amostras de sangue e urina do doente;
- Dever-se-á notificar o evento ao serviço de Imunohemoterapia, seguindo as orientações do serviço, devendo ser efetuada uma investigação dirigida ao evento.

Também Barp e Coelho (2017) recomendam que os enfermeiros devem saber identificar os sinais e sintomas relacionados com as reações transfusionais e prestar cuidados dirigidos à ocorrência de reações adversas. Os mesmos autores sugerem um conjunto de medidas imediatas na atuação de enfermagem como:

- Interromper imediatamente a transfusão;
- Manter o acesso venoso permeável com solução fisiológica 0,9%;
- Verificar a identificação do hemocomponente, conferir se foi corretamente administrado ao paciente certo com a devida prescrição médica e conferir se houve erros ou troca;
- Avaliar os sinais vitais e observar o estado cardiorrespiratório do doente;
- Comunicar ao médico responsável pela transfusão;
- Providenciar a punção de um segundo acesso venoso na suspeita de uma reação grave;
- Comunicar a reação ao serviço de Imunohemoterapia;
- Colher e enviar amostra de sangue do doente ao serviço de Imunohemoterapia juntamente com a bolsa de sangue, mesmo que a bolsa esteja vazia;

- Notificar a suspeita da reação ao serviço de Imunohemoterapia por meio de impresso próprio e seguir as orientações emanadas pelo serviço.
- Registrar a ocorrência no processo do doente.

Mattia e Andrade (2016) salientam a importância dos registros de enfermagem são elementos imprescindíveis no cuidado ao doente, pois possibilitam estabelecer uma comunicação multidisciplinar, permitindo a continuidade da assistência, além de ser relevante para a qualificação das notificações das reações transfusionais ao fornecer informações sobre o doente no período pré, durante e pós-transfusional.

Através do Despacho n.º 12310/2021, é reforçado o dever de notificação das reações e incidentes adversos, junto dos profissionais de saúde da instituição, bem como da ineficácia da terapêutica de que tenham conhecimento e situações de necessidades transfusionais não satisfeitas.

Após a realização da revisão da literatura, onde foi explorada a temática, passa-se ao capítulo seguinte que se refere às opções metodológicas que conduziram o estudo.

CAPITULO III. OPÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo situa-se a problemática, apresentam-se os objetivos do estudo, o desenho de investigação, tipo de estudo, local ou ambiente onde foi realizado, população e amostra, bem como, pelos instrumentos de recolha de dados e pelo tratamento dos mesmos (Fortin, 2009).

3.1 – DA PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DO ESTUDO

De acordo com o IPST no relatório de atividades de 2019, a maior parte das transfusões de componentes sanguíneos foram administrados em serviços de urgência.

O próprio PNSD 2015-2020 e também o de 2021-2026 fortalecem a necessidade de consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, dado o reconhecimento que a ocorrência de incidentes é uma realidade dos sistemas de saúde modernos, reforçando a importância da qualidade, da segurança do doente e a gestão do risco, profissionais de saúde, utentes, doentes, famílias e cuidadores, bem como a importância da notificação de incidentes de segurança através de vários órgãos oficiais, entre eles, o Sistema Português de Hemovigilância, do IPST.

Sendo a hemoterapia essencial no tratamento de diversas situações de urgência, e o enfermeiro, um profissional que está presente em várias fases da cadeia transfusional, é essencial que assegure a qualidade e a segurança do doente no SU que necessita de transfusão de componentes sanguíneos.

Inquieta com esta problemática, e porque desenvolve o ENP em contexto do SU, a investigadora acredita que estudar contornos de cuidados sobre a transfusão de componentes sanguíneos é relevante para a enfermagem e contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados, sensibilizando para a necessidade de práticas seguras na administração de sangue e componentes ao doente, num SUMC de uma Unidade Local de Saúde do Norte do país.

É neste contexto que surge a questão de investigação que orienta o presente estudo: **“Qual a perceção dos enfermeiros de um serviço de urgência sobre as práticas seguras na administração de componentes sanguíneos?”**

A formulação da questão de investigação é essencial para o desenvolvimento do estudo, dado que esta norteia o processo da investigação relacionando-se

diretamente com os objetivos do mesmo e refletem que informação o estudo pretende alcançar (Fortin, 2009).

Para dar resposta à questão de partida, definiu-se como objetivo geral: analisar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na transfusão de componentes sanguíneos num SU.

De acordo com Vilelas (2020, p.87) “O objetivo geral deve refletir a essência do planeamento do problema e a ideia expressa no título do projeto de investigação” Relembrando que vários autores referem que os enfermeiros necessitam de atualização dos conhecimentos sobre a segurança e qualidade na transfusão de componentes sanguíneos, delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

- Descrever conhecimentos dos enfermeiros na administração de componentes sanguíneos;
- Descrever as práticas dos enfermeiros na administração de componentes sanguíneos;
- Identificar se os enfermeiros conhecem os procedimentos da instituição, em caso de ocorrência de reações adversas associadas à administração de componentes sanguíneos;
- Descrever as intervenções dos enfermeiros em relação às possíveis complicações/reações adversas na transfusão de componentes sanguíneos e da sua notificação.

Deste modo, este estudo tem por finalidade contribuir para melhorar as práticas dos enfermeiros na administração segura de componentes do sangue, atendendo ao contexto específico de um serviço de urgência.

3.2 – DESENHO DO ESTUDO

“O investigador tem liberdade de optar pelo tipo de estudo que melhor traduza a análise dos dados recolhidos, tendo sempre presente como fio condutor os objetivos traçados” (Vilelas, 2020, p.95).

Uma vez que o estudo tem os objetivos direcionados para as percepções dos enfermeiros sobre os seus conhecimentos e práticas no processo transfusional, a opção recaiu sobre um estudo descritivo, com uma abordagem quantitativa.

De acordo com Vilelas (2020, p.197) “os estudos quantitativos admitem que tudo pode ser quantificável, (...) é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, de seguida, poderem ser classificadas e analisadas.” Portanto, “a pesquisa quantitativa é caracterizada pela procura de informações de maneira sistemática, e costuma ser descrita como holística e naturalista, sem qualquer limitação ou controlo impostos ao pesquisador” (Ibidem, p.203).

O mesmo autor refere que os estudos descritivos “procuram conhecer as características de determinada população/fenómeno (..) servem para aumentar os conhecimentos das características e dimensão de um problema” (2020, p. 214).

Após a definição do problema de investigação, dos objetivos e questão de investigação é necessário definir a população alvo da recolha de informação (Fortin, 2009). A população é definida como o “conjunto de todos os casos que preenchem determinadas especificações” (Sampieri et al., 2013, p.193), sendo a população alvo ou acessível, aquela sobre a qual recai o presente estudo. Assim, a população alvo foi composta por todos os enfermeiros do SUMC de uma Unidade Local de Saúde do Norte do país, ou seja, 74 enfermeiros.

Considerando que a amostra “é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo” (Fortin, 2009, p.312), estimou-se uma amostra constituída por 74 enfermeiros, correspondendo à população alvo, tendo como critérios de inclusão: estar na prestação direta de cuidados no SU e que aceitassem participar no estudo.

Para a recolha de informação, optou-se pelo questionário, considerando que a informação recolhida seria mais representativa da percepção da equipa de enfermagem. Como refere Vilelas (2020, p. 96), “a escolha do instrumento de recolha de dados deve estar de acordo com o tipo de estudo e os objetivos da investigação”.

O questionário elaborado para efeitos deste estudo (Apêndice V), foi organizado em três partes, como anteriormente referido, de forma a obter uma caracterização socioprofissional dos enfermeiros (I parte), bem como informações relativas às percepções sobre os seus conhecimentos e a sua prática na transfusão de componentes sanguíneos realizada no SU (II parte), através de questões fechadas com 5 possibilidades de respostas, numa escala tipo likert, onde se solicitou aos enfermeiros a frequência (1 – nunca, 2 – raramente, 3 – às vezes, 4 – bastantes vezes

e 5 – sempre) com que aplicavam as medidas preconizadas, e apenas contendo uma questão aberta, referente a identificação das áreas que estes profissionais consideravam importante ser abordado em formação contínua.

A sua construção teve por base a norma da DGS (2012) e a Optimal Blood Use relativa a práticas seguras na administração de componentes sanguíneos e a evidência científica pesquisada.

Os itens foram organizados em quatro dimensões: cuidados pré-transfusão; cuidados peri-transfusão; cuidados pós-transfusão e cuidados na avaliação de reações adversas.

Os questionários foram impressos em papel e entregues pessoalmente, em conjunto com o consentimento informado. A recolha de dados decorreu de 21 de Maio a 18 de Junho de 2021.

O questionário foi apreciado por duas pessoas consideradas peritas na temática em estudo (orientadores do ENP e estudo) e sujeito a pré-teste com 5 enfermeiros para analisar a clareza da redação dos itens e recolher outras sugestões, não se tendo introduzido qualquer alteração ao instrumento.

Procedeu-se, também, à análise dos registos nos impressos que acompanham as unidades de sangue e seus componentes no SU no ano de 2019, especificamente, o registo de sinais vitais antes e depois da transfusão, o registo da hora de início e término da transfusão e a dupla confirmação pelos enfermeiros, com o objetivo de perceber o cumprimento pela equipa de enfermagem, a vigilância do doente antes e após o processo transfusional. A opção pela recolha dos registos referentes ao ano de 2019, deve-se ao facto de o ano de 2020 ter sido atípico, devido à declaração de pandemia pelo vírus de SARS Cov-2.

Seguiu-se o tratamento dos dados, com recurso à estatística descritiva, por frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (máximos, mínimos e desvio padrão), levando a uma melhor compreensão do conjunto de dados obtidos através das suas características, apresentando-os através de tabelas, quadros e gráficos (Vilelas, 2020). Refere o autor que “analisar os dados numa investigação é descrever sucintamente características de situações, de acontecimentos (...). O investigador deve apresentar os dados de uma maneira lógica, objetiva e ordenada em termos de estrutura” (2020, p.96).

Os dados foram introduzidos e processados no programa *Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS)*, versão 26.

3.3 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A Enfermagem é uma profissão que tem uma finalidade moral, sendo imputado ao enfermeiro que regule a sua atividade com base numa ética e deontologia profissional. A prática profissional do enfermeiro, o nosso agir ético, assente na deontologia profissional e na defesa dos direitos humanos, centrada no cuidado ao Outro.

Como salienta Vilelas (2020, p.467) “a realização de qualquer pesquisa implica por parte do investigador o levantamento de questões morais e éticas (...) A ética é a ciência da moral que regula as nossas atitudes e o nosso comportamento”. O mesmo autor refere ainda que a investigação que envolve os seres humanos pode pôr em causa os direitos e liberdades da pessoa, assim torna-se imperativo respeitar os direitos fundamentais, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, e ao consentimento informado.

Com base neste princípio, os direitos dos participantes foram salvaguardados através da informação ao participante e Consentimento Informado (Apêndice VII), onde foi reforçada a possibilidade de livremente aceitarem participar ou não, sem que da sua recusa pudessem advir quaisquer prejuízos na prestação de cuidados, com a aprovação prévia da Comissão de Ética e Comissão de Proteção de Dados (Anexo I).

Para o acesso aos registos de 2019, referentes às transfusões de componentes do sangue no SU, foi pedida autorização ao diretor do serviço de Imunohemoterapia, aos diretores do SU, assim como, ao Conselho de Administração, do hospital em questão (Anexo II).

Deste modo, durante o trabalho empírico e análise dos dados e bem como a difusão dos resultados, o cumprimento dos princípios éticos inerentes a estudos desta natureza encontra-se subjacente, respeitando os princípios da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo, assim como, os princípios do Regulamento Geral de Proteção de Dados (Lei n.º 58/2019).

CAPÍTULO IV. TRATAMIENTO DE DADOS

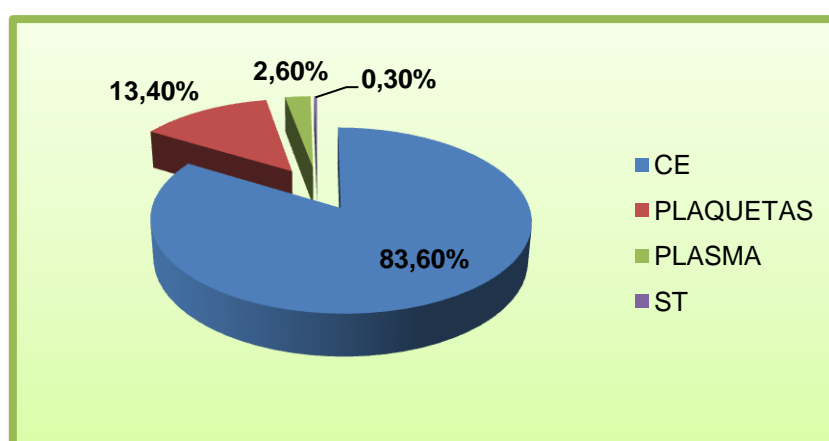
Como anteriormente foi referido, no total foram entregues 74 questionários, distribuídos de acordo com o número de enfermeiros em prestação direta de cuidados no SUMC. No entanto, apenas foram devolvidos 49 questionários, o que corresponde a 66,21% do total dos enfermeiros.

Sendo que a caracterização da amostra já foi descrita em capítulo anterior, os resultados aqui apresentados dizem respeito à análise dos dados do questionário relativamente aos cuidados de enfermagem pré, peri e pós transfusão de componentes sanguíneos, e de registos existentes no serviço de Serviço de Imunohemoterapia, no ano 2019, referentes ao SU.

Questionados os enfermeiros sobre a administração de componentes sanguíneos durante a sua prestação de cuidados de enfermagem num SUMC, a totalidade (100%) dos enfermeiros inquiridos respondeu afirmativamente.

Relativamente à análise dos impressos que acompanham as unidades e que devem ser devolvidos ao Serviço de Imunohemoterapia sendo posteriormente arquivados, constatamos que dos 604 impressos analisados, a maioria dos componentes sanguíneos requisitados e administrados, o concentrado eritrocitário é o mais comum (83,6%) seguido das plaquetas com 13,4% e plasma (2,6%). Apenas em uma situação foi utilizado sangue total (Gráfico n.º13).

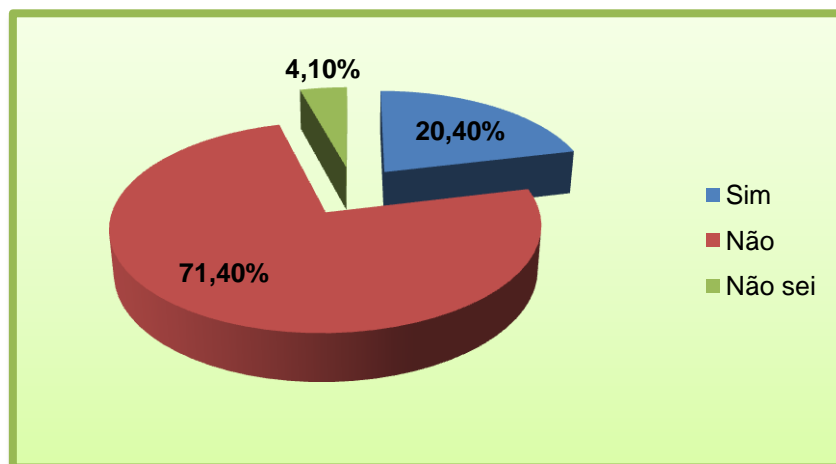
Gráfico n.º 13 - Distribuição dos componentes sanguíneos consultados nos impressos (Serviço de Imunohemoterapia)



Passámos à análise dos dados relativamente às condições de segurança que podem influenciar a segurança/qualidade no processo de administração dos

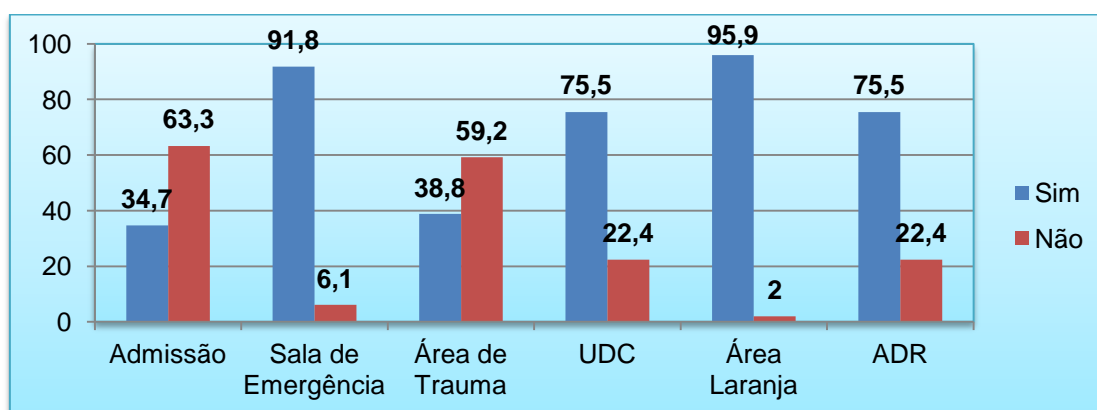
componentes sanguíneos nas várias áreas do SU, a maioria dos inquiridos (71,4%), referiu considerar não existirem condições seguras em todas as áreas. Por outro lado, cerca de 20% considera todas as áreas seguras, 4,1% não sabem e a mesma percentagem não respondeu à questão.

Gráfico n.º 14 - Distribuição da amostra sobre as áreas do SUMC que reúnem condições de segurança



No que concerne às áreas que os enfermeiros consideram seguras para a administração de componentes sanguíneos, salientaram a área laranja (95,9%), a SE (91,8%) e a UDC e ADR (75,5%). Como áreas mais inseguras assinalaram a Admissão (63,3%) e a área de Trauma (59,2%).

Gráfico n.º 15 - Distribuição da amostra sobre as áreas do SU que reúnem condições seguras para a administração de componentes sanguíneos



Legenda: Unidade Decisão Clínica (UDC); Área Doentes Respiratórios (ADR)

Nos objetivos: descrever os conhecimentos dos enfermeiros e descrever as práticas dos enfermeiros na administração de componentes sanguíneos, organizámos por intervenções pré-transfusão peri-transfusão e pós-transfusão.

Cuidados Pré-transfusão

Conforme se pode verificar na tabela n.º 1, relativamente à verificação da existência do consentimento informado, assinado pelo utente e pelo médico, antes da administração de sangue e ou de seus componentes, 26,5% dos enfermeiros referiu bastantes vezes e 30,6% às vezes. No entanto, existem enfermeiros que não confirmam a existência do consentimento (14,3%).

Quanto à questão da identificação do doente a ser transfundido, a quase totalidade dos enfermeiros confirma sempre a identificação do doente (95,9%) e coloca a pulseira de identificação transfusional, sendo preocupante os 2% que disseram que identificam bastantes vezes ou às vezes. E ainda, 2% não responderam à questão.

De igual forma, 95,9% dos enfermeiros refere confirmar sempre a identificação do doente no momento da colheita de sangue para estudo de compatibilidades, constatando-se também que 2% confirmam bastantes vezes ou às vezes. Novamente 2% não responderam à questão.

Questionados sobre se têm em atenção o calibre do cateter endovenoso no momento da administração de componentes sanguíneos, 38,8% dos enfermeiros referiram bastantes vezes, e 32,7% afirmaram que sempre. No entanto, constata-se que 22,4% dos enfermeiros só verificam o calibre do cateter, às vezes.

Se no momento da administração dos componentes sanguíneos, os enfermeiros têm em atenção a incompatibilidade de medicamentos com os componentes sanguíneos, a maioria (61,2%) referiu esse cuidado, mas 14,3% manifestaram ter bastantes vezes e às vezes essa preocupação, 6,1% raramente e 2%, nunca presta em atenção a incompatibilidade medicamentosa.

Se no momento do controlo pré-transfusional verificam todos os elementos de identificação da unidade a transfundir com o impresso que a acompanha, a grande maioria dos enfermeiros verifica sempre (91,8%) ou bastantes vezes (6,1%).

Questionados se verificam a integridade física das unidades a transfundir, a maioria dos enfermeiros (79,6%), referiu, contudo 16,3% verificava bastantes vezes e às vezes (2,0%).

Em relação à questão sobre se procedem à dupla confirmação, de todo o processo pré-transfusional, com outro enfermeiro, a maioria dos enfermeiros referiu bastantes vezes (42,9%) ou sempre (32,7%), e raramente 6,1%.

Relativamente à administração de componentes sanguíneos sem ter sido feita a dupla confirmação com outro enfermeiro, a maioria dos profissionais (38,8%) referiu às vezes ou raramente (30,6%). De salientar, que existem 22,4% dos enfermeiros administram bastantes vezes, os componentes sanguíneos sem dupla confirmação.

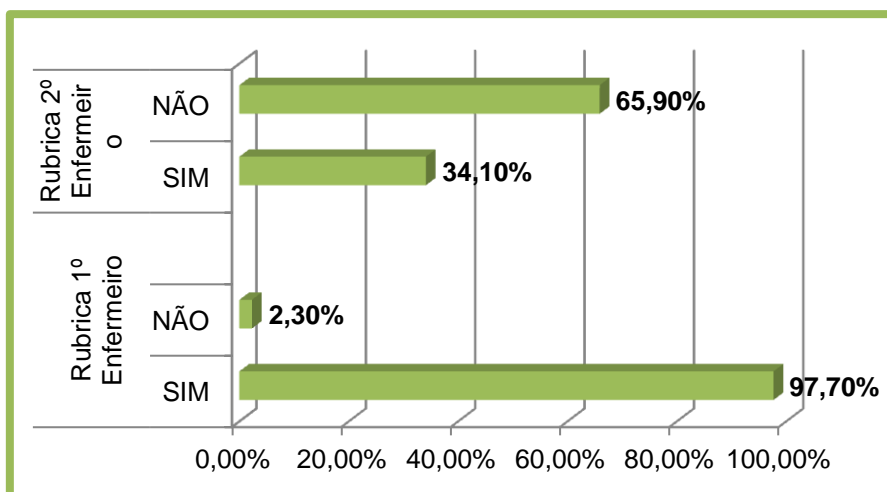
Tabela n.º 1 - Distribuição da amostra relativa a cuidados pré-transfusão

| Cuidados Pré-transfusão | Nunca | | Raramente | | Às vezes | | Bastantes vezes | | Sempre | |
|--|--------------|------------|------------------|------------|-----------------|------------|------------------------|------------|---------------|------------|
| | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) |
| Confirma a existência de consentimento informado assinado pelo utente/medico. | 7 | 14,3 | 8 | 16,3 | 15 | 30,6 | 13 | 26,5 | 6 | 12,2 |
| Confirma a identificação do doente na requisição do pedido e coloca a pulseira de identificação transfusional. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,0 | 47 | 95,9 |
| No momento da colheita de sangue para piloto (tubo EDTA), confirma a identificação do doente (confirmação verbal ou na pulseira de identificação). | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,0 | 47 | 95,9 |
| No momento do controlo pré-transfusional, verifica todos os elementos de identificação da unidade e do impresso que a acompanha. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 6,1 | 45 | 91,8 |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|----|------|----|------|----|------|----|------|
| No momento do controlo pré-transfusional, verifica a integridade física da(s) unidade(s) a transfundir. | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,0 | 8 | 16,3 | 39 | 79,6 |
| No momento da administração de componentes sanguíneos, tem em atenção qual o calibre do cateter. | 0 | 0 | 1 | 2,0 | 11 | 22,4 | 19 | 38,8 | 16 | 31,7 |
| No momento da administração, tem em atenção a incompatibilidade de medicamentos e o componente sanguíneo a administrar | 1 | 2,0 | 3 | 6,1 | 7 | 14,3 | 7 | 14,3 | 30 | 61,2 |
| Procede à dupla confirmação com outro enfermeiro de todos os elementos de identificação e assina o impresso. | 0 | 0 | 3 | 6,1 | 8 | 16,3 | 21 | 42,9 | 16 | 32,7 |
| Alguma vez procedeu à administração de componentes sanguíneos, sem ter sido feita dupla confirmação. | 2 | 4,1 | 15 | 30,6 | 19 | 38,8 | 11 | 22,4 | 1 | 2,0 |

Na verificação dos impressos enviados para o serviço de Imunohemoterapia, constatámos que a maioria dos enfermeiros (97,7%) rubricaram como primeiro enfermeiro a proceder à confirmação do processo pré-transusão de componentes sanguíneos. No entanto, quando verificado a existência da rubrica do segundo enfermeiro, a maioria dos impressos (65,9%) não apresenta a assinatura do segundo enfermeiro de forma a comprovar a dupla confirmação (Gráfico n.º 16).

Gráfico n.º 16 - Assinatura dos enfermeiros no impresso sobre controlo pré-transfusional



Cuidados Peri-transfusão

Durante a transfusão de cada componente sanguíneo foi questionado aos enfermeiros se tinham em atenção o seu tempo máximo. Constatou-se que 42,9% monitorizava o tempo, bastantes vezes e 34,7% sempre, mas 20,4% apenas às vezes.

Quanto à velocidade de infusão da transfusão, a maioria dos enfermeiros referiu que inicia de forma lenta permanecendo junto do doente bastantes vezes (34,7%), enquanto outros profissionais referiram que só às vezes (28,6%), e alguns raramente (18,4%).

Sobre o registo das horas de início e fim da transfusão de componentes sanguíneos, a grande maioria dos enfermeiros referiu que registam sempre (89,8%), ou bastantes vezes (10,2%) no impresso que acompanha cada unidade a transfundir.

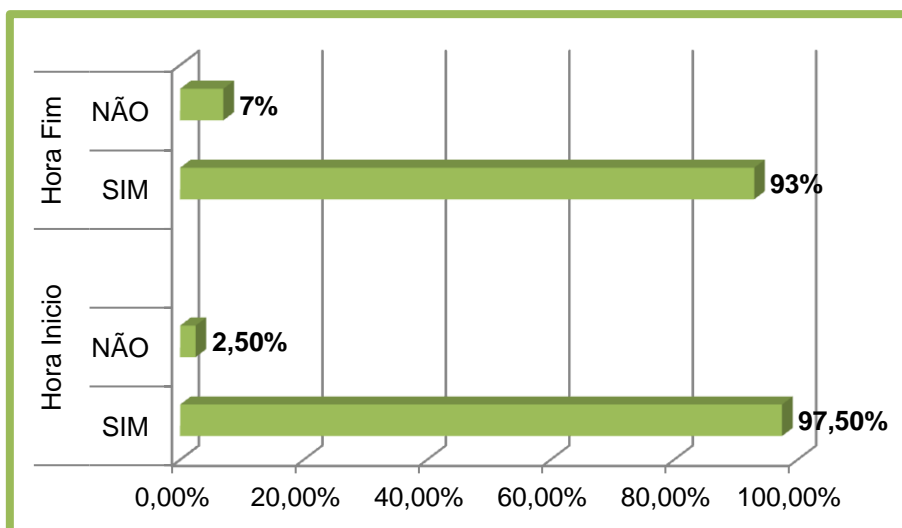
Questionados se avaliam os parâmetros vitais no início da transfusão e quando esta termina, a maioria dos enfermeiros avalia sempre (98%), (Tabela n.º 2).

Tabela n.º 2 - Distribuição da amostra sobre os cuidados per-transfusão

| Cuidados Per-transfusão | Nunca | | Raramente | | Às vezes | | Bastantes vezes | | Sempre | |
|---|-------|-----|-----------|------|----------|------|-----------------|------|--------|------|
| | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) |
| Tem em atenção o tempo máximo de transfusão dos componentes sanguíneos. | 0 | 0 | 1 | 2,0 | 10 | 20,4 | 21 | 42,9 | 17 | 34,7 |
| Quando inicia a transfusão, começa com a infusão de forma lenta, permanecendo junto ao doente nos primeiros 10 minutos. | 2 | 4,1 | 9 | 18,4 | 14 | 28,6 | 17 | 34,7 | 7 | 14,3 |
| Regista no impresso que acompanha as unidades, a hora de início e fim da transfusão de componentes sanguíneos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 10,2 | 44 | 89,8 |
| Avalia os sinais vitais no início e no fim da transfusão de componentes sanguíneos. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2,0 | 48 | 98,0 |

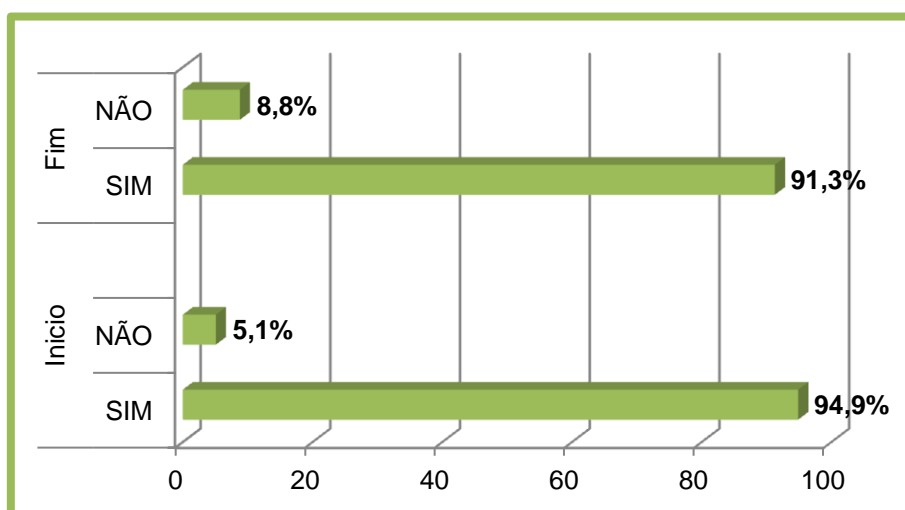
Na verificação dos impressos das unidades de componentes sanguíneos, consultados no serviço de Imunohemoterapia, constatámos que a maioria apresenta a hora de início da transfusão (97,5%) e da hora de fim da transfusão (93,0%), (Gráfico n.º 17). No entanto, quando questionamos os enfermeiros, apenas 89,8% referiu registar sempre. A diferença destes resultados poderá residir no facto de apenas 49 (66,21%) dos 74 enfermeiros da equipa do SUMC, responderem ao questionário.

Gráfico n.º 17 - Registo da hora de início/fim da transfusão nos impressos que acompanha as unidades



Também, na análise dos impressos das unidades do serviço de Imunohemoterapia, constatámos que a maioria dos impressos apresenta o registo dos parâmetros vitais no início da transfusão (97,5%) e no fim da transfusão (93%), (Gráfico n.º 18), resultados podem estar próximos dos dados fornecidos pelos enfermeiros, embora não se possam comparar, pelas razões evocadas acima e porque no questionário, o registo de sinais vitais no início e fim da transfusão estavam agregadas na mesma questão.

Gráfico n.º 18 - Registo dos sinais vitais no início/fim da transfusão nos impressos que acompanha as unidades



Cuidados Pós-transfusão

Questionados sobre se no final do processo transfusional enviam o impresso que acompanha a unidade a transfundir para o Serviço de Imunohemoterapia, a maioria dos enfermeiros referem enviar sempre (61,2%), bastantes vezes (30,6%) ou às vezes (8,2%).

De acordo com dados fornecidos pelo Serviço de Imunohemoterapia, no ano de 2019 foram preparados para administração cerca de 1401 componentes sanguíneos acompanhados dos respectivos impressos, no entanto apenas foram devolvidos cerca de 1255 impressos. Assim, verificámos que 10,4% dos impressos que acompanham as unidades não foram remetidos para o serviço de origem.

Por fim, questionados sobre se consultam o manual de administração de componentes sanguíneos elaborado pelo Serviço de Imunohemoterapia, os enfermeiros referem que raramente consultam (38,8%), alguns profissionais consultam às vezes (20,4%) e 20,4% nunca consultaram (Tabela n.º 3).

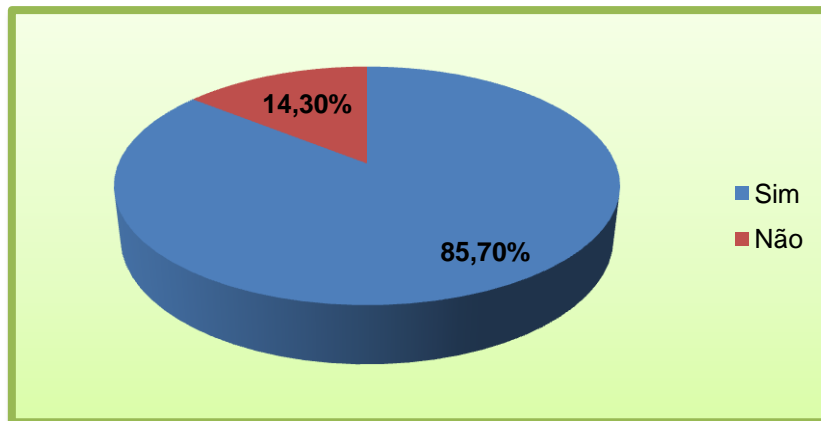
Tabela n.º 3 - Distribuição da amostra sobre os cuidados pós-transfusão

| Cuidados Pós-transfusão | Nunca | | Raramente | | Às vezes | | Bastantes vezes | | Sempre | |
|--|--------------|------------|------------------|------------|-----------------|------------|------------------------|------------|---------------|------------|
| | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) |
| Após todo o processo de administração dos componentes sanguíneos, envia o impresso que acompanha a unidade para o serviço de Imunohemoterapia corretamente preenchido. | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 8,2 | 15 | 30,6 | 30 | 61,2 |
| Consulta o manual de administração de componentes sanguíneos existente na instituição. | 10 | 20,4 | 19 | 38,8 | 10 | 20,4 | 8 | 16,3 | 2 | 4,1 |

Cuidados na avaliação de reações adversas

Em relação ao objetivo: identificar se os enfermeiros conhecem os procedimentos da instituição, em caso de ocorrência de reações adversas associadas à administração de componentes sanguíneos, a do procedimento estabelecido pela instituição no caso de uma reação adversa maioria dos enfermeiros refere conhecer os procedimentos (85,7%), no entanto constata-se que 14,3% não conhecem os procedimentos da instituição/serviço (Gráfico n.º 19).

Gráfico n.º 19 - Distribuição da amostra sobre o conhecimento do procedimento estabelecido pela instituição no caso de uma reação adversa



Quanto ao objetivo: descrever as intervenções dos enfermeiros em relação às possíveis complicações/reações adversas na transfusão de componentes sanguíneos e da sua notificação.

Se os enfermeiros questionam o doente sobre historial de reações adversas a transfusões anteriores, a maioria dos profissionais refere questionar sempre (40,8%) ou bastantes vezes (28,6%), alguns enfermeiros questionam raramente (8,2%) e mesmo alguns não questionam o doente (6,1%).

No que respeita à questão se informa o doente sobre o processo transfusional e ocorrência de reações adversas à transfusão alertando para sinais e sintomas, a maioria dos enfermeiros informam sempre (38,8%) e bastantes vezes (28,6%), também existe profissionais de informam às vezes o doente (16,3%) e raramente (14,3%).

No que concerne sobre a identificação correta de sinais e sintomas em caso de reação adversa durante a transfusão de componentes sanguíneos, a maioria dos enfermeiros referem que identificam sempre (46,9%) ou bastantes vezes (46,9%), e alguns profissionais identificam às vezes (6,1%).

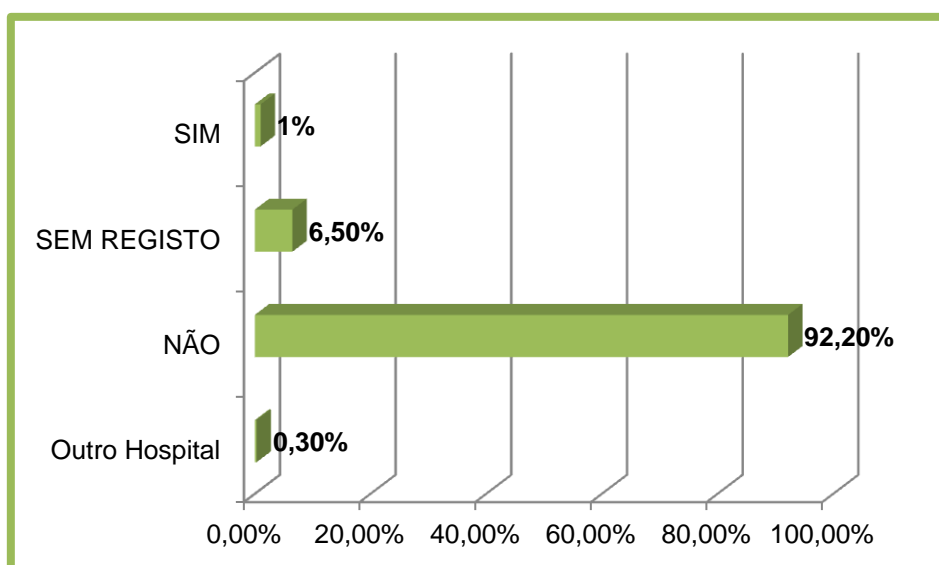
Questionados sobre se alguma vez procederam a notificações sobre reações adversas durante uma transfusão de componentes sanguíneos, a maioria dos enfermeiros referem que nunca notificaram (53,1%), alguns profissionais raramente notificaram (20,4%), e alguns às vezes procederam à notificação (10,2%) ou sempre (10,2%).

Tabela n.º 4 - Distribuição da amostra sobre as reações adversas

| Reações Adversas | Nunca | | Raramente | | Às vezes | | Bastantes vezes | | Sempre | |
|---|-------|------|-----------|------|----------|------|-----------------|------|--------|------|
| | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) | (n) | (%) |
| Questiona o doente se tem história de reações adversas a transfusões anteriores. | 3 | 6,1 | 4 | 8,2 | 8 | 16,3 | 14 | 28,6 | 20 | 40,8 |
| Informa o doente sobre o processo transfusional e ocorrência de reações adversas alertando sobre sinais e sintomas. | 1 | 2,0 | 7 | 14,3 | 8 | 16,3 | 14 | 28,6 | 19 | 38,8 |
| Identifica, corretamente, os sinais e sintomas no caso de reações adversas transfusionais. | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 6,1 | 23 | 46,9 | 23 | 46,9 |
| Já procedeu a alguma notificação de reação adversa durante uma transfusão sanguínea. | 26 | 53,1 | 10 | 20,4 | 5 | 10,2 | 3 | 6,1 | 5 | 10,2 |

Na verificação dos impressos que acompanham as unidades para o Serviço de Imunohemoterapia, constatamos que na maioria dos impressos, os enfermeiros assinalaram a opção sem reações (92,2%), e 6,5% não apresenta qualquer registo quanto a reações. Em dois casos, os profissionais descreveram o destino do doente para outra unidade de saúde enquanto decorria a transfusão, sendo impossível constatar qualquer reação no final da mesma (Gráfico n.º 20).

Gráfico n.º 20 - Distribuição sobre a notificação de reações adversas transfusionais nos impressos que acompanham as unidades



CAPÍTULO V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo destina-se à discussão dos resultados obtidos tendo por base o referencial teórico que sustentou a concepção do estudo. Deste modo, pretende-se evidenciar os aspetos mais significativos, meditando sobre os objetivos propostos e a questão de investigação formulada.

A amostra da população que inquirimos (n=49) é constituída, maioritariamente, por profissionais do sexo feminino cerca de 77,6%, e apenas 22,4% do sexo masculino. Estes resultados convergem com os divulgados pela OE (2018) onde, num total de 73 650 enfermeiros existentes no país em 2018, 82% eram do sexo feminino e apenas 18% são do sexo masculino.

A maioria dos inquiridos tinha entre 0 e 5 anos de serviço num SUMC (51,0%), seguindo-se o grupo dos enfermeiros que se situavam entre os 6-10 anos de serviço (16,3%) e de igual forma quem está há mais de 20 anos. Estas diferenças podem estar relacionadas com a realidade atual do serviço de urgência onde foram admitidos muitos enfermeiros em início de carreira, nestes últimos anos, assim como com a maior ou menor disponibilidade para responder aos questionários nos diferentes grupos etários.

Em relação à detenção do título profissional de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a OE (2018) apresenta dados estatísticos quanto aos membros inscritos. Assim num total de 18 682 enfermeiros especialistas inscritos na OE, cerca de 4035 são enfermeiros especialistas em EMC. Perante os dados recolhidos, verificamos que 22,4% dos enfermeiros possuem o título de especialista em EMC. A OE reitera que o Enfermeiro Especialista em EMC detém o core de competências adequado para dar resposta às necessidades da pessoa em situação crítica admitida no SU e recomenda através do Regulamento n.º 743/2019 que 50% sejam enfermeiros especialistas em EMC, na área da Enfermagem à PSC.

Passando à discussão dos resultados quanto às transfusões de sangue e seus componentes, neste SU, pela análise dos impressos das suas unidades disponibilizados pelo Serviço de Imunohemoterapia, constatamos que o concentrado de eritrócitos foi o componente sanguíneo mais solicitado pelos clínicos neste SU, em 2019. Estes resultados seguiram a tendência nacional, tal como referido pelo IPST (2019, p.43), “em 2019 pode observar-se um aumento do número de unidades transfundidas bem como no número de doentes transfundidos com componentes eritrocitários e plaquetários, relativamente a 2018.”

Era importante perceber se todos os enfermeiros inquiridos já tinham administrado componentes sanguíneos durante a sua prestação de cuidados no SUMC e todos responderam afirmativamente. Tal como difundido pelo IPST (2019), a maior parte das transfusões de componentes sanguíneos foram administrados num serviço de urgência, dada a natureza dos SUMC, era espectável que toda a equipa tenha tido esta experiência no desempenho das suas funções.

Sobre as condições de segurança para a administração de componentes sanguíneos nas várias áreas do SU, a maioria dos inquiridos, (71,4%), referiu considerar não existir condições seguras em todas as áreas do SU. Por outro lado, 20,4% considera todas as áreas do SU são seguras para a administração de componentes sanguíneos e 4,1% responderam não saber. Constatamos assim que, os profissionais deste serviço, tendo em conta a responsabilidade que a transfusão de componentes sanguíneos envolve, têm em consideração as condições físicas e materiais dos locais mais adequados do SU para esta prática, bem como do rácio de enfermeiros alocado aos diferentes locais do SU.

O PNSD 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015) salienta que a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, perspetivando reduzir ao máximo incidentes que ocorrem com alguma frequência, a maioria evitáveis, e podem por vezes ser graves. Identifica que a causa destes incidentes de segurança está mais associada a défices organizacionais, de coordenação ou de comunicação, e raramente à falta de competência técnica dos profissionais.

Em relação ao conhecimento sobre os procedimentos estabelecidos pela instituição, em caso de ocorrência de uma reação adversa associada à administração de componentes sanguíneos, a maioria dos enfermeiros refere conhecer os procedimentos (85,7%), no entanto constata-se que 14,3% não conhecem os procedimentos da instituição.

Os enfermeiros enquanto elementos responsáveis pela administração dos componentes sanguíneos, é fundamental que detenham conhecimentos sólidos sobre todo o processo transfusional, pelo que este conhecimento deve ser transversal a todos os elementos que compõem a equipa de enfermagem do SU.

Pina (2013) afirma que a sua atuação pode minimizar, significativamente, o risco transfusional e evitar danos graves para o doente. Silva e Somavilla (2010) sublinham que a administração de sangue e de hemocomponentes requer

conhecimento das técnicas de aplicação, sobre os riscos inerentes e capacidade de intervir de forma efetiva na sua prevenção e perante complicações. Também Barbosa e Nicola sustentam que “a terapia transfusional é complexa e exige conhecimentos específicos em todo seu processo e, para tanto, necessita de profissionais capacitados para que os procedimentos hemoterápicos sejam realizados com o máximo de segurança” (2014, p. 101).

Na discussão dos conhecimentos e práticas dos enfermeiros na administração de componentes sanguíneos, para melhor compreensão dos resultados obtidos, considerou-se que o somatório das respostas “sempre” e “bastantes vezes” $\geq 80\%$ corresponderia um nível positivo de conformidade no cumprimento das medidas recomendadas nos cuidados pré-transfusão, peri-transfusão e pós-transfusão e avaliação das reações adversas.

Passa-se à discussão dos resultados dos itens, associados aos Cuidados Pré-Transfusão.

Relativamente à confirmação da existência do consentimento informado assinado pelo utente e pelo médico, 12,2% dos enfermeiros referiram que confirmam sempre e 26,5% bastantes vezes, verificou-se que a maioria dos enfermeiros que não confirmam a existência do consentimento informado: 14,3% nunca, 30,6% raramente e 16,3% às vezes, ou seja, cerca de 62% não cumprem as recomendações nos cuidados relativamente a este item. Estes resultados revelam preocupação em relação às práticas destes profissionais, uma vez que a falta do consentimento livre e esclarecido do doente, bem como, documentado e assinado implica, consequências no âmbito da responsabilidade ética e civil, uma vez que o profissional ver-se impossibilitado de provar que informou concreta e claramente sobre o tratamento e que obteve o consentimento sobre a efetivação do mesmo pelo doente. Salvaguardando-se claro as situações de emergência, nas quais impera o consentimento presumido.

É consignado na Norma n.º 015/2013 atualizada a 04/11/2015, da DGS que na administração de sangue, seus componentes e derivados, o consentimento informado, esclarecido e livre, dado por escrito, é obrigatório, devendo ficar registado e fundamentado no processo clínico.

A Constituição da República Portuguesa consagra no artigo 25º, o direito universal à inviolabilidade da integridade moral e física e a Lei de Bases da Saúde operacionaliza este conceito na Base XIV com o direito do cidadão a ser informado

sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado, permitindo a decisão de receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta. Cabe ao profissional responsável pela prescrição e/ou execução do ato a sua proposta, explicação e obtenção do consentimento, entregando e recolhendo o formulário.

De igual forma, a OE reitera as informações anteriores, o consentimento informado decorre do respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa – está, assim, ligado à autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal.

Uma vez que no decurso do processo de obtenção do consentimento informado a comunicação tem um papel central, seja a comunicação entre o doente, médico e enfermeiro, seja a comunicação no seio da equipa de saúde responsável pelo tratamento de um determinado doente, seja a comunicação com a família do doente. Sendo a transfusão de componentes sanguíneos uma terapêutica não isenta de riscos, inclusive, de vida, é um direito de todos os doentes poderem recusar a administração de sangue ou derivados, depois de devidamente informados, por várias razões, como, de convicção religiosa.

Barbosa e Nicola (2014, p.102) referem que “todas as fases e riscos que envolvem o ato transfusional devem ser informados aos pacientes ou familiares pelos profissionais de saúde antes que se inicie o procedimento transfusional. Os resultados apontam que algumas vezes os pacientes são orientados quanto aos benefícios, mas, não quanto aos riscos”.

Assim, decorrente de uma prática segura por parte dos enfermeiros, a confirmação da existência do consentimento é um pré-requisito essencial na procura da melhoria contínua da qualidade nos cuidados de enfermagem.

Em relação à confirmação da identidade do doente, a quase totalidade dos enfermeiros (95,9%) confirma sempre a identificação e coloca a pulseira transfusional. De igual forma, a mesma percentagem dos enfermeiros refere confirmar sempre a identificação do doente no momento da colheita de sangue para estudo de compatibilidades. Poderemos considerar que estes resultados revelam um bom nível de conformidade com as medidas recomendadas.

O PNSD 2015-2020 (p.3882) “visa a aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma

responsabilidade de equipa”. No PNSD 2021-2026 é reforçada a recomendação de assegurar a identificação inequívoca dos doentes quer antes de qualquer intervenção, fase de diagnóstico, tratamento ou à prestação de serviços de apoio. E mais, deve assegurar, igualmente, a correta correspondência da intervenção a realizar com o doente. É descrito, mais concretamente, a identificação correta do doente deve ser antes da administração de medicamentos, sangue ou componentes do sangue, antes da colheita de sangue ou de outros espécimes para análise, entre outros.

O relatório efetuado pelo IPST (2019) aponta para a notificação de 205 quase-erros em 31 instituições (77,07%). Dos quais (colheita e identificação da amostra), seguida pela requisição, com 55 notificações. Ou seja “(...) amostras mal identificadas, identificação incorreta de doentes, e ainda amostras colhidas a outro doente constituem as principais causas de risco” (ibidem, p.62).

Quando a instituição prestadora de cuidados de saúde utiliza a pulseira como meio de identificação do doente, esta deve ser consultada antes de qualquer procedimento, sendo necessário que haja uma validação dos dados do doente aí inscritos antes da sua colocação. Quanto a este procedimento o Optimal Blood (2010, p.16) sublima que “a identificação incorreta do doente é uma causa importante de danos evitáveis em todas as áreas da prática clínica, não só em medicina transfusional.” Também refere que “para o envio de sangue com segurança é fundamental a identificação e rotulagem correta das amostras de sangue, colhidas ao doente correto” (Ibidem, 2010, p.38). Assim, para uma maior segurança deve ser colocada uma pulseira de segurança transfusional no doente, e enviada ao serviço de sangue a requisição de hemocomponentes acompanhada do número de selos da pulseira de segurança transfusional, correspondentes ao número de unidades pedidas.

Em relação ao procedimento no controlo pré-transfusional, a verificação de todos os elementos de identificação da unidade a transfundir com o impresso que a acompanha, nomeadamente, uma elevada percentagem de enfermeiros (91,8%) confirmam sempre, ainda que haja alguns enfermeiros que confirmem bastantes vezes (6,1%). Seria desejável que esta prática estivesse interiorizada em toda a equipa, evitando comprometer a segurança do processo de cuidados e danos desnecessários para o doente.

Em relação à verificação da integridade física das unidades a transfundir, a maioria dos enfermeiros (79,6%), refere que verificam sempre, contudo 16,3% alegam que verificam bastantes vezes e um enfermeiro às vezes (2,0%). Mesmo assim, poderemos considerar que os enfermeiros revelam um nível de conformidade

tendencialmente positivo, em que a maioria afirmou cumprir as recomendações sempre ou quase sempre, mas ainda aquém do desejável.

Quando questionados sobre se têm em atenção o calibre do cateter endovenoso no momento da administração de componentes sanguíneos, 38,8% manifestam bastantes vezes, e 32,7% referem ter sempre em atenção. Também se constata que há enfermeiros que só verificam o calibre do cateter às vezes (22,4%) e 2% raramente. Na opinião de Mattia e Andrade (2016), a via de acesso utilizada para a transfusão é essencial que seja compatível para este fim, pois um acesso inadequado ocasiona a demora na transfusão e até mesmo rejeição do componente sanguíneo, quando ultrapassado o período de quatro horas da infusão, devido à alta pressão de fluxo através do cateter com pequeno lúmen pode causar a hemólise dos eritrócitos.

Podendo considerar também que esta situação pode levar ao aparecimento de infeções no local da punção. Estas dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares (PNSD 2021-2026), sendo a sua redução uma meta deste Plano. Também a OE (2017) descreve que na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção. Perante estas constatações é necessário um exercício de consciencialização da importância deste cuidado, por parte dos enfermeiros deste serviço.

Sobre se no momento da administração dos componentes sanguíneos, os enfermeiros têm em atenção a incompatibilidade de medicamentos com os componentes, apenas 61,2% referiu que têm sempre em atenção a incompatibilidade medicamentosa e 14,3% afirmou ter essa preocupação quase sempre. Embora a maioria dos profissionais manifestam este cuidado, o desejável é que todas as respostas se situassem na opção sempre. Preocupa ainda, que 22,4% dos enfermeiros revelem não cumprir as recomendações. A verificação da incompatibilidade medicamentosa é um procedimento fundamental para aumentar a segurança na utilização da medicação (PNSD 2015-2020; 2021-2026).

De fato, pretende-se que o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verifiquem sejam os previstos, devendo receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar (Despacho n.º 1400-A/2015). Também é sugerido que os profissionais devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-

validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica administrada.

Mattia e Andrade (2016) afirmam que nenhum medicamento pode ser infundido concomitante à bolsa do componente sanguíneo, nem mesmo ser infundido em paralelo, as soluções de glicose 5% podem causar hemólise das hemácias, enquanto as soluções de lactato de ringer podem ocasionar formação de coágulos pela presença de cálcio.

No que diz respeito à dupla confirmação com outro enfermeiro de todo o processo pré-transfusão, a maioria dos enfermeiros refere proceder bastantes vezes (42,9%) ou sempre (32,7%), às vezes e raramente, respetivamente 16,3 % e 6,1%, estando longe do cumprimento das orientações emanadas pela DGS (2012).

De acordo com a DGS (2012), os enfermeiros devem seguir as indicações de administração de componentes sanguíneos, entre outros: a verificação dos dados de identificação do recetor e das unidades a transfundir, se não estiver disponível um sistema de hemovigilância digital, eletrónico ou outro para confirmação dos dados do componente e do doente, deve ser efetuada dupla verificação (de preferência por dois profissionais). Corroborado por Mattia e Andrade (2016), as autoras referem a importância da dupla confirmação, de forma a minimizar os riscos de erros, aumentando a segurança transfusional. Igualmente Pina (2013) reforça que a dupla confirmação deve ser efetuada de forma independente por cada profissional, para minimizar a possibilidade de ocorrência de erros, sendo cada elemento responsável pela precisão da verificação. Assim, ainda há algum trabalho de consciencialização da importância desta prática sistemática, por mais de metade dos enfermeiros. A validação desta afirmação afigura-se pelos resultados à questão “alguma vez procedeu à administração de componentes sanguíneos, sem ter sido feita dupla confirmação?” em que apenas 4,1% respondeu nunca, 30,6% raramente, mas 38,8% às vezes e 22,4% bastantes vezes, que contraria, de algum modo, as respostas à questão anterior.

Na verificação dos impressos enviados para o serviço de Imunohemoterapia, verificámos que a maioria dos enfermeiros (97,7%) rubricaram como primeiro enfermeiro a proceder à confirmação do processo pré-transfusão de componentes sanguíneos. No entanto quando verificado a existência da rubrica do segundo enfermeiro, a maioria dos impressos (65,9%) não apresenta a assinatura do segundo enfermeiro de forma a comprovar a dupla confirmação. Resultados estes que estão

em linha com as referências dos inquiridos quando 22,4% responderam que habitualmente não fazem a dupla confirmação com outro enfermeiro.

Quando contrapomos com os dados referente à questão “procede à dupla confirmação com outro enfermeiro de todos os elementos de identificação e assina o impresso”, verificamos que existe alguma discrepância. Se por um lado, 75,6% dos enfermeiros referem que procedem bastantes vezes ou sempre à dupla confirmação, conforme as diretrizes da instituição, nos impressos analisados verifica-se a falta da assinatura do segundo enfermeiro que comprovaria a dupla confirmação em 65,9%.

Nos Cuidados Peri-transfusão, o que concerne ao tempo máximo de transfusão de cada componente sanguíneo, a maioria dos enfermeiros, referem que têm em atenção bastantes vezes (42,9%) ou sempre (34,7%). No entanto, também existem profissionais que só as vezes (20,4%) têm em atenção o tempo máximo de transfusão.

Uma vez que existem indicações sobre o tempo máximo de administração dos componentes sanguíneos, deveria ser um cuidado dos profissionais envolvidos, pois a segurança do doente deve ser uma preocupação constante e não apenas nos primeiros minutos enquanto se confirma ou não as possíveis reações adversas. Como atrás referido, citando Mattia e Andrade (2016), um período de infusão superior a quatro horas pode não satisfazer o efeito desejado com o tratamento, como levar à própria rejeição do componente sanguíneo.

A permanência junto do doente nos primeiros 10 minutos, após o início da transfusão é referida como bastantes vezes e sempre, por 34,7% e 14,3%, respetivamente, sendo que esta recomendação não é seguida por cerca de metade (51%) dos enfermeiros. Já o registo no impresso que acompanha as unidades é efetuado sempre por 89,8% dos enfermeiros e bastantes vezes por 10,2%. Também na monitorização dos sinais vitais no início e fim da transfusão, particularmente todos, à exceção de um, cumprem o recomendado.

A DGS (2012) refere que a monitorização dos parâmetros vitais do doente, nomeadamente – temperatura, tensão arterial e frequência cardíaca – devem ser avaliados e registados antes do início da transfusão, nos primeiros 15 minutos e no fim da transfusão, bem como vigiar o doente de forma atenta com particular atenção para os primeiros 15 minutos, no fim da transfusão e vigiar atentamente nas primeiras horas após o término do processo transfusional. Barbosa e Nicola (2014) reforçam a importância da monitorização da transfusão durante todo o seu percurso, devendo a

mesma ser acompanhada pelo profissional que a instalou durante os 10 primeiros minutos à beira do leito.

Os parâmetros vitais devem ser monitorizados e registados antes do início, 15 minutos após o início da administração e no fim da administração de cada unidade individual de componente sanguíneo. Embora não haja consenso relativamente à frequência subsequente da medida rotineira de parâmetros vitais durante a transfusão, é essencial a observação visual regular ao longo de toda a administração. É recomendado, também, que um doente que não esteja numa área aberta que permita uma observação visual contínua, deve ser observado de perto durante os primeiros 30 minutos da transfusão (Pina, 2013). Na nossa opinião, sugeríamos adicionar também a saturação de oximetria de pulso, que também nos fornece importantes dados quanto ao sistema respiratório do doente.

Cuidados na prevenção e controlo de reações adversas associadas à administração de componentes sanguíneos, apesar de 85,7% dos inquiridos referir conhecer os procedimentos, no entanto constata-se que cerca de 14% desconhecem os procedimentos da instituição/serviço.

Quanto às intervenções de enfermagem em relação à colheita de dados sobre antecedentes de complicações/reações adversas a transfusões, a maioria dos profissionais questionar sempre (40,8%) ou bastantes vezes (28,6%), mas 30,6% habitualmente não questionam e destes 6,1% nunca perguntam. Como os enfermeiros são dos profissionais responsáveis pela administração dos componentes sanguíneos, é necessário que conheçam a história clínica prévia do doente quanto a possíveis reações transfusionais preocupando que mais de 30% não tenham interiorizado a importância desta prática para a segurança do doente.

A informação ao doente e ou familiares sobre sinais e sintomas de possível ocorrência de reações adversas à transfusão, a maioria dos enfermeiros informam sempre (38,8%) e bastantes vezes (28,6%), mas 32,6% não cumprem sistematicamente esta recomendação. Mattia e Andrade (2016), em consonância com as indicações emanadas pela DGS (2012) reforçam o dever de informar explicitamente o doente sobre o processo transfusional e ocorrência de reações adversas alertando sobre os sinais e sintomas. Isto leva a que o doente ou familiar que o acompanha se sinta envolvido no seu processo de cuidados.

No que concerne à identificação de sinais e sintomas em caso de reação adversa durante a transfusão, cerca de 94% identifica sempre (46,9%) ou bastantes

vezes (46,9%) e alguns profissionais identificam às vezes (6,1%). Em relação a este cuidado verifica-se uma tendência positiva no atendimento da Norma da DGS (2012) e das orientações da instituição, contrastando com o estudo de Barbosa e Nicola (2014), em relação ao reconhecimento dos sinais e sintomas durante a terapia e no final da mesma, 50% e 67%, respetivamente, responderam às vezes. Como salientam os autores, nem sempre é assumida pelos enfermeiros a importância da identificação e da notificação dos eventos adversos.

Também Faquetti et al (2014) defendem que prevenir, eliminar ou minimizar os riscos associados ao tratamento transfusional, garantindo a eficácia dos hemocomponentes por meio de vigilância sistemática é papel dos profissionais da saúde envolvidos no processo, de modo a transmitir segurança e confiança ao doente. Desta forma, o registo de reações transfusionais ou quaisquer problemas de ordem técnica, é imperativo de qualidade nos cuidados.

Por seu lado, Carneiro, Barp e Coelho (2017, p.5) mencionam que:

“a equipe de enfermagem não tem a responsabilidade de fazer o diagnóstico da reação transfusional imediata, porém é essencial que ela esteja atenta ao transcurso da infusão, para detetar precocemente sinais e sintomas sugestivos de reação transfusional. Dessa forma, fazem-se necessários o conhecimento aprofundado e a capacitação de toda a equipe de enfermagem para reconhecer os sinais de reação e atuar tomando as medidas cabíveis para cada tipo de intercorrência”.

Nas notificações sobre reações adversas durante a transfusão de componentes sanguíneos, apenas uma minoria dos enfermeiros refere que notificaram sempre (10,32%) ou bastantes vezes (6,1%). Dos restantes, mais de metade nunca notificaram e 30,6% habitualmente não notificaram.

Nesta linha de pensamento, o IPST (2016) redige algumas recomendações no caso de o doente apresentar sinais ou sintomas que possam estar relacionados com uma reação transfusional, assim o enfermeiro deverá após outros cuidados urgentes ao doente, notificar a situação ao serviço de Imunohemoterapia, seguindo as orientações do mesmo, devendo ser efetuada uma investigação dirigida ao evento.

Neste cenário, entende-se que para a execução da transfusão sanguínea, é necessário que os profissionais de enfermagem estejam habilitados para executar os procedimentos, visando a segurança do paciente (Carneiro, Barp e Coelho, 2017). Deste modo, a equipa de enfermagem deve conhecer os cuidados acerca da

transusão de sangue e as possíveis complicações que este procedimento pode causar no quadro clínico do paciente (Mattia e Andrade, 2016).

Também Carneiro, Barp e Coelho (2017) sublinham que os enfermeiros devem saber identificar os sinais e sintomas relacionados com as reações transfusionais e prestar cuidados dirigidos à ocorrência de reações adversas. Os mesmos autores sugerem um conjunto de medidas imediatas na atuação de enfermagem como: comunicar a reação transfusional ou notificar a suspeita da reação ao Serviço de Imunohemoterapia por meio de impresso próprio e seguir as orientações emanadas pelo serviço; registrar a ocorrência no processo do doente.

A realização da notificação permite obter dados importantes para a hemovigilância em Portugal. Assim, segundo dados obtidos pelo IPST para o ano de 2019, foram reportadas cerca de 340 reações adversas nos recetores em 60 instituições, maioritariamente reações febris não hemolíticas e as reações alérgicas/urticariformes, representaram cerca de 76,58% do total de reações notificadas. Salienta-se que das 24 reações classificadas como graves, 5 foram complicações respiratórias da transfusão e que a dispneia foi reportada como sintoma em 19 das 315 notificações.

Em relação aos erros, foram notificados 45 em 24 instituições, dos quais 8 com consequências para o recetor. Dos 42 casos em que se conhece qual a fase do processo transfusional em que foi originado o erro, 33 ocorreram no local de transfusão, a maioria dos erros ocorreu na administração da transfusão com 22 notificações, seguida pelo laboratório de estudos pré-transfusionais com 9 notificações. O erro mais comum identificado com 15 notificações foi a identificação incorreta do doente a transfundir. Da totalidade dos erros notificados, 28 foram detetados no local da transfusão e 10 no serviço de imunohemoterapia (IPST, 2019).

Perante estas constatações, recomenda mais investimento no reforço da formação e sensibilização dos profissionais envolvidos no processo transfusional. Segundo Barbosa e Nicola (2014), quando o profissional identifica devidamente os sinais e sintomas de um incidente transfusional e intervém prontamente iniciando o processo de notificação, vela pela segurança do doente e contribui para que a instituição detenha dados mais fidedignos e para que haja redução da taxa de subnotificação dos eventos relacionados ao sangue e seus componentes.

Nos Cuidados Pós-transfusão, nomeadamente, se no final do processo transfusional enviam o impresso que acompanha a unidade a transfundir para o

Serviço de Imunohemoterapia, a maioria dos enfermeiros referem enviar sempre (61,2%), enviam bastantes vezes (30,6%) e apenas 8,2% às vezes. Conforme o registo informático do Serviço de Imunohemoterapia, a maioria dos impressos (89,6%) são reenviados novamente ao serviço.

Dos que não regressaram ao serviço (10,4%), podemos apenas especular sobre o destino dos mesmos, esquecidos no SU ou esquecidos nos processos dos doentes quando estes seguem para o internamento, pois nos impressos apenas tem a informação do serviço requisitante do componente e não o serviço de destino.

De acordo com a DGS (2012), após o término da transfusão de componentes sanguíneos, a equipa de enfermagem deve cumprir o legalmente estabelecido e seguindo a metodologia institucional para este procedimento, ou seja, enviar ao Serviço de Imunohemoterapia o impresso que acompanha o componente sanguíneo devidamente preenchido.

Por fim, questionados sobre se consultam o Manual de administração de componentes sanguíneos elaborado pelo Serviço de Imunohemoterapia, os enfermeiros referem que raramente consultam (38,8%), alguns profissionais consultam às vezes (20,4%) e alguns nunca consultaram (20,4%). Uma vez que o manual se baseia nas *guidelines* internacionais sobre a prática segura da administração de sangue e seus componentes, os profissionais deveriam interiorizar o hábito de consulta regular do manual, e sempre que este seja atualizado.

Em síntese, constatamos que existe uma conformidade positiva na prática dos enfermeiros em relação a aproximadamente metade das intervenções preconizadas pelas orientações vigentes e constantes no Manual de administração de componentes sanguíneos do Serviço de Imunohemoterapia. No entanto, de forma a garantir a maior segurança e conforto de todos os doentes, a equipa de enfermagem deve dominar o conhecimento sobre o conjunto de intervenções que devem acompanhar a prática de administração de componentes sanguíneos, maior consciencialização da sua importância e todos pugnar por esta prática sempre.

Face a estes resultados e porque o enfermeiro especialista apropria competências que alicerçam a sua área de especialização, traduzindo-se num papel proeminente também, na formação e gestão de recursos de profissionais de saúde, otimizando a resposta da sua equipa às necessidades dos doentes e serviço, procurei sensibilizar a equipa para aspetos a melhorar nos cuidados na transfusão de sangue e hemoderivados, no sentido de promover práticas mais seguras, na procura da

excelência dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). As boas práticas de enfermagem no cumprimento das orientações sobre este procedimento é um indicador de excelência, na prestação de cuidados de enfermagem num serviço tão peculiar como o serviço de urgência onde a imprevisibilidade é uma constante tão presente no dia-a-dia.

CAPITULO VI. CONCLUSÕES DO ESTUDO

O estudo efetuado evidencia a importância do enfermeiro na prática transfusional, o qual precisa de acompanhar a legislação vigente bem como de atualizações referentes ao conhecimento específico desta prática, visto que, a transfusão de componentes sanguíneos consiste num processo complexo que envolve riscos para a pessoa que a necessita.

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, que permitem aumentar a segurança transfusional, a possibilidade de ocorrência de erros humanos persiste, uma vez que o processo transfusional depende de intervenções de enfermagem em toda a sua extensão. Deste modo, a segurança e qualidade na administração de componentes sanguíneos depende de fatores como o conhecimento e competência, assim como o sentido de responsabilidade na tomada de decisão, dos enfermeiros envolvidos no processo.

Tendo em conta que a prática profissional de enfermagem baseia-se na melhor evidência científica, obtida através da investigação, este estudo permitiu refletir sobre as práticas dos enfermeiros de um SU, no âmbito de um doente submetido a transfusão de componentes sanguíneos.

Os resultados obtidos revelam que a maioria dos enfermeiros possui alguma formação específica na área, mas reconhecem a necessidade de desenvolvimento de programas de formação contínua em Medicina Transfusional. Constatamos que em cerca de metade das intervenções recomendadas pelas orientações nacionais e internacionais, e preconizadas pela instituição hospitalar estão presentes nas práticas dos enfermeiros deste SUMC.

Ressalvem-se os resultados menos favoráveis, nomeadamente a confirmação da existência do consentimento informado, em que a maioria da amostra (61,2%) confirma às vezes, raramente ou nunca e apenas 38,8% confirmam bastantes vezes ou sempre; a incompatibilidade de medicamentos com os componentes sanguíneos a administrar; a administração de componentes sanguíneos sem dupla confirmação com outro profissional, apenas 24,4% dos participantes tem esta prática, bastantes vezes ou sempre; o conhecimento sobre reações adversas anteriores; assim como o conhecimento sobre o manual de administração de componentes sanguíneos elaborado pelo Serviço de Imunohemoterapia, constata-se que 14,3% dos profissionais não conhece os procedimentos da instituição/serviço. Os resultados apresentados anteriormente suscitam preocupação, na medida da sua importância, pelas suas implicações na segurança dos doentes. De forma a garantir maior segurança e conforto dos doentes, sugere-se que os gestores e responsáveis pela

formação em serviço e cada um dos enfermeiros devam promover a formação contínua e acompanhar em processo e auditoria, as necessidades existentes e monitorizar os resultados na praxis clinica, dos efeitos da formação.

Assim, julgamos que fez todo o sentido, a formação, no âmbito desta temática, e apesar de nem toda a equipa poder estar, podemos considerar que contribui para a sensibilização, atualização e/ou consolidação de conhecimentos.

Atendendo às limitações que envolveram este estudo, nomeadamente a amostra não abranger todos os elementos da equipa e não estabelecer relações entre o conhecimento e as práticas dos enfermeiros com algumas variáveis de caracterização socioprofissional, como o tempo de exercício profissional e no SU, resultados que com um estudo tipo 1 não são possíveis de obter.

Considera-se que em trabalhos futuros, seja relevante alargar este estudo a outros serviços ou multicêntricos, envolvendo mais enfermeiros, levando a um melhor conhecimento de outras realidades, nomeadamente, o seguimento dos impressos que acompanham os componentes sanguíneos quando os doentes são internados noutros serviços. Também optar por outro tipo de estudos (correlacionais ou de investigação-ação).

Como nota final, reside o compromisso de partilhar estes resultados com a equipa de enfermagem do SUMC, que ainda não foi realizado, pela dificuldade de gestão de tempos e disponibilidades de ambas as partes.

Apesar das dificuldades pessoais, nomeadamente a inexperiência da investigadora, a exigência do ENP, a indisponibilidade de tempo e, por vezes, a desmotivação que acompanhou este percurso, persiste neste momento uma sensação de realização, de aprendizagem, de mudança de atitude profissional para a tomada de decisão.

CONCLUSÃO

A abordagem ao doente crítico, por parte da equipa de enfermagem, requer uma resposta rápida, eficaz e estruturada, sendo essencial o domínio de conhecimentos e a prestação de cuidados fundamentada em conhecimentos científicos atuais. Face a complexidade da situação da pessoa em estado crítico, torna-se fundamental a especialização dos profissionais de enfermagem, de forma a exercer uma prestação de cuidados de qualidade e segurança, na procura pela excelência do cuidar. Assim, devido às competências gerais e específicas, os enfermeiros EEMC na vertente da pessoa em situação crítica, são os mais qualificados no cuidado a estes doentes.

Consciente de que na urgência e emergência a atenção dos profissionais se deve centrar sobretudo nas reações comportamentais e nas respostas fisiológicas, dos doentes às situações de instabilidade e de emergência, facilmente compreendi, que ser enfermeiro nestes serviços, implica uma capacidade de lidar com situações cruciais, com uma precisão muito mais elevada que noutros contextos, exigindo competência na integração da informação, no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisão.

Durante a realização do ENP usufruí da oportunidade de adquirir e desenvolver competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, refletindo sobre os conhecimentos adquiridos, sobre a necessidade da prática baseada na evidência, lembrando que a investigação científica conduzida pela teoria, orienta a prática de enfermagem na procura de cuidados de excelência. E do enfermeiro EEMC ser uma referência para os seus pares, na expectativa de ser um profissional reconhecido como “elemento chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica e ou falência orgânica” (OE, 2017).

Esta atualidade global provocada pela pandemia por COVID-19 veio inicialmente estremecer a prestação de cuidados de enfermagem, mas também possibilitou o crescimento e consciencialização dos cuidados ao doente crítico e a prevenção da infeção. Uma realidade que me acompanhou durante a realização do curso de mestrado, e que dificultou a sua execução, levando a uma readaptação, limitações que penso terem sido ultrapassadas com sucesso.

A formação contínua constitui-se como um elemento relevante para o desenvolvimento profissional do enfermeiro, desempenhando este trajeto um papel determinante na persecução deste desejo. Assumindo este percurso na íntegra, assim

como as contingências que o marcaram, reside em mim, modestamente, um sentimento de dever cumprido.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BARBOSA, Halana Batistel; NICOLA, Anair Lazzar. (2014). Enfermagem na terapia transfusional e hemovigilância: análise da conformidade em um hospital de ensino. *Revista Saúde (Santa Maria)*, 40(2), p.97-104, Disponível: <https://doi.org/10.5902/2236583413074>

BENNER, Patrícia (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

BRAZÃO, Maria da Luz [et al.]. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 23(3), p. 8-14. Disponível: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37556/1/Setembro%202016-Atividade%20dos%20Servi%C3%A7os%20de%20Urg%C3%Aancia%20Hospitalare.pdf>

CARNEIRO, Viviane Santos Mendes; BARP, Milara; COELHO, Maria Alice. (2017). Hemoterapia e reações transfusionais imediatas: atuação e conhecimento de uma equipe de enfermagem. *Revista: Mineira Enfermagem*. 21:e-1031. Disponível: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170041>

CERQUEIRA, José. (2008). Os direitos humanos e o Código Deontológico do Enfermeiro. *Lisboa. Revista Ordem dos Enfermeiros*. N.º 31, p. 29-32. http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF7/004865_RevOrdemEnfermeiros_31_Dezembro_2008.pdf

Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Disponível em: <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia20120701.pdf>

Decreto-Lei n.º 71/2019. Diário da República I Série, n.º 101 de 2019/05/27. pp. 2626-2642.

Decreto-Lei n.º 86/17. Diário da República I Série, n.º 144 de 2017/07/27. pp. 4256-4257.

Decreto-Lei n.º 267/07. Diário da República I Série, n.º 141 de 2007/07/24. pp. 4696-4717.

Despacho n.º 16549/2012. Diário da República II Série, n.º 251 de 2012/12/28, pp. 40974- 40976.

Despacho n.º 5613/2015. Diário da República II Série, n.º 102 de 2015/05/27, pp. 13551-13553.

Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República II Série, n.º 28 de 2015/02/10, 3882 pp. 2-10.

Despacho n.º 5850/2018. Diário da República II Série, n.º 113 de 2018/06/14, Parte E, pp. 16656- 16663.

Despacho n.º 3387/2018. Diário da República II Série, n.º 67 de 2018/04/05, pp. 9697

Despacho n.º 9390/2021. Diário da República II Série, n.º 187 de 2021/09/24, Parte C, pp. 96-102.

Despacho n.º 12310/2021. Diário da República II Série, n.º 243 de 2021/12/17, Parte C, pp. 135-138.

DEODATO, Sérgio. (2008). 10 anos de deontologia de Enfermagem. Revista: *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. N.º 31, pp. 5-8. http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF7/004865_RevOrdemEnfermeiros_31_Dezembro_2008.pdf

FORTIN, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

FAQUETTI, Maritza [et al]. (2014). Percepção dos receptores sanguíneos quanto ao processo transfusional. *Revista Brasileira de Enfermagem*. N.º67. p.936-941. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2014670611>

FRANTZ, Sonia Rejane de Senna [et al]. (2020). Trabalho e competência do enfermeiro nos serviços de hemoterapia: uma abordagem ergológica. *Revista Brasileira Enfermagem*. N.73. p.1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0775>

DEODATO, Sérgio. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade*. Coimbra, Edições Almedina, SA.

GEORGE, Júlia B. [et al.] (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

Instituto Politécnico de Viana do Castelo, (2019). *Regulamento de Frequência e Avaliação dos Cursos de Mestrado da ESS-IPVC*.

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2019). Relatório de Atividade Transfusional e Sistema Português de Hemovigilância. Lisboa: Instituto Português do Sangue e da Transplantação. http://hemovigilancia.net/files/RA_2019_v1_1.pdf

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2016). *Algoritmos de notificação de Reações Adversas em Recetores Sistema Português de Hemovigilância*. Lisboa: Instituto Português do Sangue e da Transplantação. <http://www.hemovigilancia.net/docs/Algoritmos.pdf>

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2011). *Definições padronizadas para a vigilância de reacções transfusionais não infecciosas*. Lisboa: Instituto Português do Sangue e da Transplantação. http://hemovigilancia.net/files/Portuguese_ISBT_definitions_jul_2011_verso_01.pdf.

MARTINS, Ana Sofia Machado. (2021). *Comunicação com a Família no Serviço de Urgência Durante a Pandemia da COVID-19*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Repositório Escola Superior de Enfermagem – Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/76605/1/Ana%20Sofia%20Machado%20Martins.pdf>

MATTIA, Daiana de; ANDRADE, Selma Regina de. (2016). *Cuidados De Enfermagem Na Transusão De Sangue: Um Instrumento Para Monitorização Do Paciente*. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002600015>

Mota, M. [et al.]. (2020). Gestão da dor na prática de enfermagem no serviço de urgência. *Millenium*. 2(5), 269-279. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.29.00257>

NUNES, Lucília. (2014). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*. Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros,

NUNES, Lucília. (2008) – Fundamentos éticos da deontologia profissional. Lisboa. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Nº 31. p. 33-45. http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF7/004865_RevOrdemEnfermeiros_31_Dezembro_2008.pdf

OLIVEIRA, Isadora Reis & RODRIGUES, Lilia Marques Simões. (2017). Tipos de liderança adotados pelo enfermeiro no âmbito hospitalar. *Revista Pró-iniverSUS*. N.08, pp.15-20. <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/692>

OLIVEIRA, Paulo E.P.; PEREIRA, Lilian V.; SANTOS, Nilde R.; SOUZA, Lays A.F. (2016). A enfermagem no manejo da dor em unidades de atendimento de urgência e emergência. *Revista Eletrônica Enfermagem*. N.º18 p.1-14. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37309>.

Optimal Blood Use. (2010). *Manual para Uso Ótimo do Sangue: apoio para o uso clínico seguro, eficaz e eficiente do sangue na Europa*. Optimal Blood Use.. http://ipst.pt/files/IPST/INFORMACAO_DOCUMENTACAO/manual_para_uso_optimo_do_sangue.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2021). *Parecer N.º56*. CONSELHO DE ENFERMAGEM.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2019). *REGULAMENTO DA NORMA PARA CÁLCULO DE DOTAÇÕES SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM*. Assembleia Geral Ordinária. https://www.aper.pt/Ficheiros/Consulta%20P%C3%BAblica/dot_3.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2018a). *Parecer N.º14*. MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2018b). *Parecer N.º118*. CONSELHO DE ENFERMAGEM. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10783/parecer-ce_n%C2%BA-118_2018_anonimizado.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2017a). *REGULAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA*. Leiria. Assembleia do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2017b). *Parecer N.º01*. CONSELHO DE

ENFERMAGEM e MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2017c). *Parecer N.º10. MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.*

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2017d). *Parecer N.º52. CONSELHO DE ENFERMAGEM.*

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2016). *Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros.*
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem.*

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2008). *Dor, Guia Orientador de Boa Prática.*
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2006). *Tomada de Posição. Investigação em Enfermagem. Conselho Diretivo.*

PINA, Maria Clara de Matos. (2013). *Cuidar com segurança na administração de componentes sanguíneos.* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Aberto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

PINTO, Pedro Serra. (2015). FORMAÇÃO: UMA NARRATIVA PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM. *NURSING*, Magazine Digital, p.1.
<https://www.nursing.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>

PHIPPS, Wilma J., SANDS, Judith K., MAREK, Jane F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica.* 6ª Ed. Loures: Lusociência.

POTTER, Patricia & PERRY, Anne (2003). *ENFERMAGEM: FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM – Conceitos e Procedimentos.* Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

PORTELO, Cláudia Marcelo. (2018). *Prática transfusional segura no doente em serviço de urgência – O papel do enfermeiro.* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem DE São João de Deus]. Repositório Aberto da Escola

Superior de Enfermagem DE São João de Deus, Évora.
<http://rdpc.uevora.pt/handle/10174/23449>

Portugal. Ministério da Saúde. (2020). *Norma n.º 004/2020. Covid-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de Covid-19*. Direção Geral de Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. (2018). *Norma n.º 005/2018. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Hospitais*. Direção Geral De Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. (2017). *Circular Normativa n.º 001. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção Geral De Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. (2015, atualizada a 2017). *Circular Normativa n.º 019/2015. “Feixes de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Direção Geral De Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020*. Direção Geral De Saúde

Portugal. Ministério da Saúde. (2013, atualizada a 2015). *Norma n.º 015/2013. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Direção Geral De Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. (2012). *Norma n.º 038/2012. Utilização Clínica de Concentrado Eritrocitário no Adulto*. Direção Geral De Saúde.

Portugal. Ministério da Saúde. (2008). *Circular Normativa N.º 11/20008. Programa Nacional de Controlo da Dor*. Direção Geral De Saúde.

PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde. (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Regulamento Interno ULSAM. (2011). Disponível: https://www.ulsam.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/10/2016/11/REGULAMENTO_INTERNO_ULSAM-verso-final.pdf

Regulamento n.º 101/2015. Diário da República. II Série, n.º 48 (2015-03-10), pp. 5948 – 5952.

Regulamento n.º 429/2018. Diário da República. II Série, n.º 135 (2018-07-16), pp.19359 – 19370

Regulamento n.º 140/2019. Diário da República. II Série, n.º 26 (2019-02-06) – Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, pp.4744 – 4750

SAMPIERI, Robert Hernández; CALLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Maria del Pilar Baptista. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. 5ª ed. São Paulo: Penso.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; SOMAVILLA, Mara Beatriz. (2010). CONHECIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE TERAPIA TRANSFUSIONAL. *Brasil. Cogitare Enfermagem*. 15(2). pp. 327-333 <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17871>

SOUSA, Clementina. (2021). *Unidade Curricular – Estágio de Natureza Profissional 2º ano*. Escola Superior De Saúde. Instituto Politécnico De Viana Do Castelo.

VILELAS, José. (2020). *Investigação – o processo de construção do conhecimento*. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.

WATSON, Jean. (2002). *Enfermagem. Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Camarate. Lusociência.

ANEXOS

Anexo I – Autorização da Comissão Ética da ULSAM

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

| | |
|---|--|
| Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº 20 - 05/03/2021 | Solicitado pelo Conselho de Administração |
| Assunto: | Em nome do(s) investigador(es): |
| Estudo de investigação subordinado ao tema "A transfusão segura de componentes do sangue no Serviço de Urgência". | "Maria José Faria Igreja, aluna do VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESSVC". |

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Trata-se de um estudo descritivo com uma abordagem maioritariamente quantitativa. Tem como objetivo geral: Analisar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros na transfusão de componentes sanguíneos em contexto de urgência. Pretendem aplicar um questionário a enfermeiros do serviço de urgência, pertencentes a uma amostra intencional da população que preenche os requisitos de inclusão e, ainda, recolher dados registados, em folha própria do serviço de Hematologia, referentes às transfusões de componentes de sangue, no serviço de urgência, ocorridos em 2019. Preveem que a amostra coincida com a população alvo, sendo composta por todos os enfermeiros do serviço de urgência, concretamente 74 enfermeiros, em prestação direta de cuidados ao doente que recorre ao serviço de urgência e que aceitem participar no estudo.

2. Fundamentação

"De acordo com a Optimal Blood Use (2010), o processo clínico transfusional pode ser definido como a transfusão de uma unidade de sangue para o doente correto, no momento correto e nas condições corretas, de acordo com as guidelines apropriadas, que permite uma utilização segura, clinicamente eficaz e eficiente do sangue humano doado. A hemoterapia detém, na atualidade, um papel de extrema relevância na saúde da população a nível mundial, assim como a hemo vigilância, ao garantir a segurança e qualidade ao longo de todo o processo transfusional, da doação à transfusão e na administração terapêutica do sangue e seus componentes.

A transfusão de componentes sanguíneos é um processo complexo que envolve uma multiplicidade de etapas e profissionais. Embora a terapia transfusional não seja isenta de riscos, quando associada a um procedimento seguro, os seus efeitos benéficos sobrepõem-se aos riscos a ela associados (DGS, 2020).

Também Silva e Somavilla (2010) referem que as transfusões sanguíneas devem ser realizadas por profissionais de enfermagem habilitados e qualificados, pois a administração de sangue e os seus componentes exige conhecimento das técnicas de aplicação, riscos e capacidade de intervir de forma efetiva nas complicações".

3. Conclusão/parecer

Dado que o estudo solicitado cumpre os requisitos exigidos pela CES da ULSAM, no Mod. Q741, emitimos parecer favorável ao solicitado. Nos impressos do serviço de hematologia, todos os dados de identificação do doente e do enfermeiro, tem que ser



Realização de Projeto de Investigação Clínica
Parecer nº 26/2021 -CES

Pág. 2 de 2

previamente à receção dos mesmos pelo investigador, anonimizados. O tempo de autorização para a colheita de dados é da data posterior à aprovação por esta Comissão de Ética.

Nota: Referências bibliográficas:

| | |
|------------------------------|--------------------|
| Relator(es) | Rosa Olívia Mimoso |
| Ratificado em reunião de dia | 20-05-2021 |
| Enviado parecer: ___/___/___ | |

20/05/2021

O Presidente da CES


ANTÓNIO RODRIGUES, DR
PRESIDENTE DA CES


Rosária Barros
Enfermeira Chefe




Anexo II – Autorizações dos diretores de serviço envolvidos.

Exmo. Sr. Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência
Da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
Enfº Cipriano Costa

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação

Eu, Maria José Faria Igreja, a frequentar o VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e Enfermeira na Unidade Cuidados Intermediários Polivalente, venho por este meio solicitar autorização para realizar um estudo de investigação subordinado ao tema "**A transfusão segura de componentes do sangue no Serviço de Urgência**", sob a Orientação da Professora Doutora Clementina Sousa e com a Coorientação do Mestre Samuel Sousa, Especialista na área científica de Enfermagem.

Este estudo tem como objetivo geral: Analisar os conhecimentos e a prática segura dos enfermeiros na transfusão de componentes sanguíneos no contexto de Urgência.

A colheita de dados será efetuada através de consulta dos impressos que acompanham as unidades de componentes do sangue encaminhados pelo serviço de Imuno-hemoterapia, referente ao ano 2019 e de um questionário a aplicar aos enfermeiros do Serviço de Urgência.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços.

Assim, solicito que seja concedida a autorização para a realização do estudo supracitado. Agradeço a vossa a resposta a este pedido, com a maior brevidade possível, na medida em que esta informação é um requisito exigido pela Comissão de Ética da ULSAM a quem vamos solicitar autorização para a realização do referido estudo.

Grata pela atenção, apresento os meus melhores cumprimentos.

25 de Fevereiro de 2021

Maria José Igreja

26/02/2021
Cipriano Costa
Enfº Cipriano Costa SU

Exmo. Sr. Diretor do Serviço de Urgência
Da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
Dr. João Andrade

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação

Eu, Maria José Faria Igreja, a frequentar o VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e Enfermeira na Unidade Cuidados Intermediários Polivalente, venho por este meio solicitar autorização para realizar um estudo de investigação subordinado ao tema **"A transfusão segura de componentes do sangue no Serviço de Urgência"**, sob a Orientação da Professora Doutora Clementina Sousa e com a Coorientação do Mestre Samuel Sousa, Especialista na área científica de Enfermagem.

Este estudo tem como objetivo geral: Analisar os conhecimentos e a prática segura dos enfermeiros na transfusão de componentes sanguíneos no contexto de Urgência.

A colheita de dados será efetuada através da consulta dos impressos que acompanham as unidades de componentes do sangue encaminhados pelo serviço de Imuno-hemoterapia, referente ao ano 2019 e de um questionário a aplicar aos enfermeiros do Serviço de Urgência.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços.

Assim, solicito que seja concedida a autorização para a realização do estudo supracitado. Agradeço a vossa a resposta a este pedido, com a maior brevidade possível, na medida em que esta informação é um requisito exigido pela Comissão de Ética da ULSAM a quem vamos solicitar autorização para a realização do referido estudo. Mais se informa que o Enfermeiro Chefe do serviço, Enfermeiro Cipriano Costa, foi abordado sobre a possibilidade de realização deste estudo.

Grata pela atenção, apresento os meus melhores cumprimentos,

25 de Fevereiro de 2021

Maria José Igreja

Autorizado, considero o estudo muito interessante para o serviço
João Andrade
UR04

Exmo. Sr. Diretor do Serviço de Imuno-hemoterapia
Da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
Dr. Miguel Jorrete

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação

Eu, Maria José Faria Igreja, a frequentar o VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo e Enfermeira na Unidade Cuidados Intermediários Polivalente, venho por este meio solicitar autorização para realizar um estudo de investigação subordinado ao tema "A transfusão segura de componentes do sangue no Serviço de Urgência", sob a Orientação da Professora Doutora Clementina Sousa e com a Coorientação do Mestre Samuel Sousa, Especialista na área científica de Enfermagem.

Este estudo tem como objetivo geral: Analisar os conhecimentos e a prática segura dos enfermeiros na transfusão de componentes sanguíneos no contexto de Urgência.

A colheita de dados será efetuada através de consulta dos impressos que acompanham as unidades de componentes do sangue encaminhados pelo serviço de Imuno-hemoterapia, referente ao ano 2019 e de um questionário a aplicar aos enfermeiros do Serviço de Urgência.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços.

Assim, solicito que seja concedida a autorização para a realização do estudo supracitado. Agradeço a vossa resposta a este pedido, com a maior brevidade possível, na medida em que esta informação é um requisito exigido pela Comissão de Ética da ULSAM a quem vamos solicitar autorização para a realização do referido estudo. Mais se informa que o Enfermeiro Chefe do serviço, Enfermeiro Cipriano Costa, foi abordado sobre a possibilidade de realização deste estudo.

Grata pela atenção, apresento os meus melhores cumprimentos.

5 de Março de 2021

Maria José Igreja

09/03/2021

*Dir. do Serviço Imuno-hemoterapia
Nada a opor, o SIM na figura da Dr.
Graça Sabrosa, ajudará sempre que
solicitado, a enfermeira M. J. Faria
M. J. Faria*

ULSAM
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
Miguel Jorrete
Diretor do Serviço de Imuno-hemoterapia
Grã. 57902 | Mar. 2021

APÊNDICES

Apêndice I – Folheto Informativo das Visitas no SU

Pode obter informações através dos contactos, que devem ser utilizados só para este fim (horário para informações das 8h às 24h):

Contatos:

Hospital de Santa Luzia
Estrada de Santa Luzia
4904-858 Viana do Castelo
Geral: 258 802 100
Linha de Informação: 258 802 337 / 258 828 888
www.ulsam.min-saude.pt

Hospital de Braga
Sete Fontes – São Victor
4710-243 Braga
Geral: 253 027 000
Serviço de Urgência: 253 027 200
https://www.hospitaldebraga.pt

Também tem ao seu dispor 24h/dia, a linha telefónica de aconselhamento clínico. Use-a preferencialmente, antes de se dirigir ao Serviço de Urgência:

Saúde 24: 808 24 24 24.

Para mais informações sobre Covid19:
<https://www.sns24.gov.pt>
<https://covid19.min-saude.pt>

FOLHETO INFORMATIVO

Acompanhamento e visitas no Serviço de Urgência da ULSAM

Este folheto tem como objetivo fornecer um conjunto de informações úteis à família/pessoa de referência durante a permanência do utente no Serviço de Urgência e/ou transferência para outra Unidade Hospitalar.

Viana do Castelo
2021

A lei nº 33/2009, de 14/07/2009, permite ao utente do serviço de urgência a presença de um acompanhante. No entanto, a pandemia COVID-19 impôs um conjunto de medidas de carácter extraordinário nas unidades hospitalares do Sistema Nacional de Saúde. Assim, a presença do acompanhante é permitida mediante a autorização do Enfermeiro e/ou médico responsável do utente e em situações excecionais.

Neste sentido, a Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) reconhece a importância e a necessidade de retomar, de forma adaptada, o regulamento de visitas no serviço de urgência.

De forma a minimizar a transmissão do SARS-Cov-2 na comunidade hospitalar, a ULSAM apela a todas as pessoas que queiram visitar os utentes que se encontrem no serviço de urgência, as seguintes recomendações:

- distanciamento físico entre visitante, utente e profissionais de saúde;
- etiqueta respiratória;
- utilização correta da máscara cirúrgica;
- higienização frequente das mãos de acordo com a norma 007/2019 da Direção Geral da Saúde.

O utente no Serviço de Urgência "internado" na Unidade de Decisão Clínica (UDC) ou na Área Laranja poderá receber a visita de uma pessoa significativa durante 15 minutos, das 11h30 às 13h00.

No momento da visita, ser-lhe-á solicitado que:

- ~~acompanhe~~ o assistente operacional até junto do utente;
- não utilize as instalações sanitárias dos utentes internados. Caso necessite, deve utilizar as instalações sanitárias disponíveis na entrada principal do hospital;
- ~~não~~ contacte com outros doentes ou visitantes;
- não leve/entregue qualquer objeto pessoal, géneros alimentares ou outros produtos ao utente internado sem prévia autorização;
- ~~recolha os pertences do seu familiar, para que este só tenha consigo o indispensável;~~
- Aguarde a chegada do assistente operacional para sair do local da visita.

CASO APRESENTE SINTOMAS SUGESTIVOS DE COVID-19 NÃO DEVERÁ REALIZAR A VISITA AO UTENTE.

Caso não lhe seja possível visitar o seu familiar/pessoa de referência:

- As equipas médicas e de enfermagem transmitirão sempre que possível a informação de forma regular por telefone à pessoa significativa indicada pelo utente ou registado no processo clínico;
- Atualize no posto de informações do serviço de urgência os contactos de referência;
- Perante a transferência para outro hospital, as equipas médica e de enfermagem dar-lhe-ão conhecimento.

Apêndice II – Horário das Visitas na UDC e Área Laranja

ORGANIZAÇÃO DAS VISITAS NA UDC E ÁREA LARANJA

| Horário Visita: 11h30-11h45 | | |
|-----------------------------|-------------------------|--|
| Nº Mesa | Identificação do utente | Identificação do familiar/pessoa de referência (nome e contacto telefónico) |
| Mesa 1 | | |
| Mesa 4 | | |
| Mesa 7 | | |
| Mesa 10 | | |
| Mesa 13 | | |
| Mesa 16 | | |
| Mesa 19 | | |

| Horário Visita: 12h00-12h15 | | |
|-----------------------------|-------------------------|--|
| Nº Mesa | Identificação do utente | Identificação do familiar/pessoa de referência (nome e contacto telefónico) |
| Mesa 2 | | |
| Mesa 5 | | |
| Mesa 8 | | |
| Mesa 11 | | |
| Mesa 14 | | |
| Mesa 17 | | |
| Mesa 20 | | |

| Horário Visita: 12h30-12h45 | | |
|-----------------------------|-------------------------|--|
| Nº Mesa | Identificação do utente | Identificação do familiar/pessoa de referência (nome e contacto telefónico) |
| Mesa 3 | | |
| Mesa 6 | | |
| Mesa 9 | | |
| Mesa 12 | | |
| Mesa 15 | | |
| Mesa 18 | | |

Apêndice III - Questionário do estudo de investigação.

QUESTIONÁRIO

Este questionário tem por objetivo analisar os conhecimentos e prática segura dos enfermeiros na transfusão de componentes sanguíneos no Serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. Encontra-se dividido em duas partes numeradas com I e II. A primeira parte foi elaborada para caracterizar a amostra dos participantes, e a segunda para validar a pertinência do tema em estudo e para avaliar as percepções, os conhecimentos e pratica realizada no Serviço de Urgência.

Dado que este questionário constitui um instrumento fundamental deste trabalho solicito que responda com sinceridade a todos os itens e o seu total preenchimento.

A informação recolhida é confidencial e anónima, destinando-se exclusivamente a fins de estudo académico.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

1. Género

Feminino

Masculino

2. Há quanto tempo exerce funções como enfermeiro?

Anos _____

Meses _____

3. Possui título de:

Enfermeiro

Enfermeiro Especialista

Área de Especialização: _____

4. Há quanto tempo presta cuidados no SUMC?

- 0 – 5 anos
- 6 – 10 anos
- 11 – 15 anos
- 16 – 20 anos
- Mais de 20 anos

Parte II - As percepções sobre a pertinência da formação sobre a transfusão de componentes sanguíneos no Serviço de Urgência.

Por favor, assinale com X a opção por si escolhida.

1 – Desde que se encontra a prestar cuidados no SU da ULSAM, alguma vez procedeu à administração/vigilância de um componente sanguíneo?

Sim Não Não sei

2 – Na sua opinião, todas as áreas do SU reúnem condições de segurança para a administração de sangue e seus componentes?

Sim Não Não sei

2.1 – Se respondeu **Não**, mencione quais as áreas que reúnem condições seguras para a administração de sangue e seus componentes. (pode assinalar mais que uma opção)

- Admissão
- Sala de Emergência
- Área trauma
- UDC
- Área Laranja
- ADR

3 – Conhece os procedimentos estabelecidos pela instituição, em caso de ocorrência de uma reação adversa associada à administração de componentes sanguíneos?

Sim Não Não sei

4 – Enquanto profissional de saúde, efetuou alguma formação sobre segurança transfusional?

Sim Não Não sei

4.1 – Se respondeu **Sim** à questão anterior, mencione quantas?

4.2 – Por favor especifique, há quanto tempo realizou a mais recente:

Anos _____ / Meses _____

5 – Considera importante o desenvolvimento de programas de formação continua na área da administração de sangue e seus componentes pelos enfermeiros?

Sim Não Não sei

5.1 – Se respondeu **Sim**, refira em que áreas específicas necessita de formação?

Parte III - As perceções, os conhecimentos e a prática realizada na transfusão de componentes sanguíneos no Serviço de Urgência.

| | Nunca | Raramente | Às vezes | Bastantes vezes | Sempre |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6 – Confirma a existência de consentimento informado assinado pelo utente/médico. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 – Confirma a identificação do doente na requisição do pedido e coloca a pulseira de identificação transfusional? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 – No momento da colheita de sangue para piloto (tubo EDTA), confirma a identificação do | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

doente, seja confirmação verbal ou na pulseira de identificação?

9 – No momento da administração de sangue e componentes sanguíneos, tem em atenção qual o calibre do cateter para a administração de sangue e componentes sanguíneos?

10 – No momento da administração, tem em atenção a incompatibilidade de medicamentos e o componente sanguíneo a administrar?

11 – No momento do controlo pré-transfusional, verifica todos os elementos de identificação da unidade e do impresso que a acompanha?

12 – No momento do controlo pré-transfusional, verifica a integridade física da(s) unidade(s) a transfundir?

13 – Proceder à dupla confirmação com outro enfermeiro de todos os elementos de identificação e assina o impresso.

14 – Alguma vez procedeu à administração de componentes sanguíneos, sem ter sido feita dupla confirmação?

15 – Tem em atenção o tempo máximo de transfusão do

sangue e componentes.

16 – Avalia os sinais vitais no início, nos primeiros 15 minutos e no fim da transfusão.

17 – Quando inicia a transfusão começa com a infusão de forma lenta, permanecendo junto ao doente nos primeiros 10 minutos.

18 – Avalia o doente no fim da transfusão e vigia atentamente nas primeiras horas?

19 – Questiona o doente se tem história de reações adversas a transfusões anteriores.

20 – Informar o doente sobre o processo transfusional e ocorrência de reações adversas alertando sobre sinais e sintomas.

21 – Identifica, corretamente, os sinais e sintomas no caso de reações adversas transfusionais.

22 – Já procedeu a alguma notificação de reação adversa durante uma transfusão sanguínea.

23 – Após todo o processo de administração dos componentes sanguíneos, envia o impresso que acompanha a unidade para o serviço de Imunohemoterapia corretamente preenchido.

24 – Consulta o manual de administração de componentes sanguíneos, existente na instituição.

Obrigada pela colaboração.

Apêndice IV - Informação e Consentimento Informado

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Eu, Maria José Faria Igreja, aluna do VII Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo, encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital Santa Luzia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, o qual tem como linha orientadora de investigação o tema “**A transfusão segura de componentes do sangue no Serviço de Urgência**”. E tem como objetivo: analisar os conhecimentos e pratica segura dos enfermeiros na transfusão de componentes do sangue no contexto de Urgência.

Este trabalho encontra-se sob orientação da Professora Doutora Clementina Sousa e coorientado pelo Enfermeiro Especialista e Mestre Samuel Sousa, e será desenvolvido ao longo da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com relatório final.

Os aspetos éticos inerentes a esta pesquisa, nomeadamente o consentimento informado, a confidencialidade das fontes e o anonimato, serão respeitados.

A sua participação é voluntária, estando no direito de recusar a sua participação no estudo ou se o desejar, poderá abandonar o estudo em qualquer altura, sem qualquer tipo de prejuízo para si.

Este documento será assinado pela investigadora e pelo participante e ficará na posse do último.

Para qualquer esclarecimento adicional, estarei disponível através do endereço de correio eletrónico zezaigreja@hotmail.com ou através do telemóvel: 934345215.

Participante _____

Data ____/____/____

Grata pela sua colaboração,

(A estudante, Maria José Faria Igreja)

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter lido e compreendido o propósito e objetivo do estudo após leitura do documento em anexo, bem como após todas as informações verbais que me foram prestadas pela pessoa que acima assina. Foi-me dada a oportunidade de efetuar perguntas e, para todas elas, obtive uma resposta esclarecedora. De igual modo, foi-me dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta, havendo a garantia da possibilidade de poder abandonar a participação, em qualquer altura e sem qualquer tipo de prejuízo.

Assim, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que faculto, de forma voluntária, confiando que apenas serão utilizados para o propósito referido e eventual publicação científica, nas garantias de anonimato e confidencialidade que me são dadas.

Por favor, preencha a opção por si escolhida:

Aceito participar no estudo _____

Não aceito participar no estudo _____

Assinatura do participante _____

Assinatura do investigador _____

Data ____/____/____

Apêndice V – Plano da sessão de Formação.

PLANO DE SESSÃO

| | | | |
|------------|---|---------|------------|
| Atividade: | Formação | | |
| Tema: | Transfusão segura de componentes sanguíneos | | |
| Local: | Sala de formação da ULSAM | | |
| Horário: | 10:00horas (previsto) | Regime: | Presencial |

| | | | |
|-----------------|--|-----------|------------------|
| Publico-alvo: | Enfermeiros a exercer funções no SU | | |
| Equipa | Enfermagem do SU da ULSAM – Hospital Santa Luzia | | |
| Data | 23-06-2021 | Nº Horas: | 60min (previsto) |
| Objetivo Geral: | <ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar a equipa de enfermagem do SU para a importância da segurança transfusional, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança transfusional. Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da identificação das reações adversas, bem como na importância da notificação de incidentes relacionados com a temática. | | |

| Sessão | Conteúdos Programáticos | Objetivos Específicos | Tempo Previsto | Métodos e Técnicas Pedagógicas | Meios e Recursos |
|--------------|--|---|----------------|--|--|
| Apresentação | <ul style="list-style-type: none"> Apresentação ao grupo de formandos; Contextualização do tema a apresentar; Apresentação dos objetivos da sessão. | <ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar a equipa para a importância da segurança transfusional. | 5' | <ul style="list-style-type: none"> Expositivo | <ul style="list-style-type: none"> Computador |
| Temática | <ul style="list-style-type: none"> Segurança transfusional. Cuidados pré-transfusão de componentes sanguíneos; Cuidados per-transfusão de componentes sanguíneos; | <ul style="list-style-type: none"> Enumerar as etapas da cadeia transfusional; Identificar os cuidados a ter na colheita de sangue para tipagem; Identificar os cuidados a ter na administração de componentes sanguíneos; | 55' | <ul style="list-style-type: none"> Expositivo, Interativo | <ul style="list-style-type: none"> Projektor Multimédia Apresent |

| Sessão | Conteúdos Programáticos | Objetivos Específicos | Tempo Previsto | Métodos e Técnicas Pedagógicas | Meios e Recursos |
|--------------------------|---|---|----------------|--------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Cuidados Pós-transfusão de componentes sanguíneos; Reações adversas e sua notificação. | <ul style="list-style-type: none"> Identificar uma reação transfusional; Identificar os procedimentos em caso de reação adversa; Expor dados sobre notificações de reações adversas em Portugal, para o ano de 2019; Compreender os procedimentos inerentes a cada etapa da cadeia transfusional. | | | <ul style="list-style-type: none"> ação de Diapositivos |
| Metodologia de Avaliação | Dinamização da discussão interativa após síntese da sessão. Aplicação de um Questionário de avaliação da sessão e desempenho da formadora. | | | | |

| Data | Responsável pela Atividade |
|------------|-------------------------------------|
| 23-06-2021 | Maria José Faria Igreja (mestranda) |

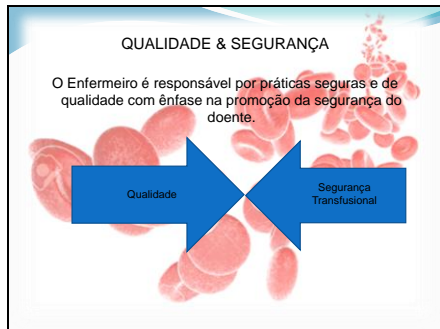
Apêndice VI - Formação “Transfusão segura de componentes sanguíneos”



Transfusão segura de componentes sanguíneos

Objetivos Sessão

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da segurança transfusional, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança transfusional.
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da notificação de incidentes/reacções adversas.



A SEGURANÇA da COMUNICAÇÃO

- A comunicação é um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde.

↳ Administração e Vigilância de componentes sanguíneos.



PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

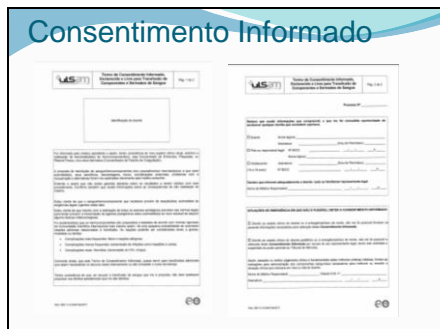


Componentes Sanguíneos
≠
Hemoderivados

- A prescrição de componentes sanguíneos só é realizada através da requisição (**identificação do utente**)



Amostra colhida por: Enf. _____
Em _____ de _____ de _____



Consentimento Informado

Amostragem de sangue Pré-transfusional

- Identificação correta do doente e autorização para a colheita.
- Colheita de piloto (tubo EDTA): provas de compatibilidade e identificado com etiqueta doente.

Pré-transusão

- Colocação de pulseira transfusional no doente



- Colocar selos da pulseira de transfusão:
 - Tubo EDTA ("piloto")
 - Pedido de requisição de componentes
 - Enviar nº correspondente de selos com as unidades pedidas.

Controlo Pré-transfusional

- Acesso venoso periférico ou central:
 - Pré-existente (CVP ou CVC): verificar sinais inflamatórios e permeabilidade;
 - 18 a 20G (lúmen pequeno pode causar a hemólise dos eritrócitos);
 - Não administrar medicação pelo acesso exceto NaCl 0.9%.

Incompatibilidade de medicamentos

- soluções de glicose 5%
 - hemólise das hemácias.
- soluções de lactato de ringer/soluções cálcio
 - formação de coágulos

Controlo Pré-transfusional

- Informar o doente sobre o processo transfusional e possíveis reações adversas, alertando sobre sinais e sintomas.
- Não é necessário restrição da ingestão oral durante a transfusão de qualquer componente.

Receção dos componentes

- Devidamente acondicionados em mala térmica fechada.
- Unidades conforme prescrição médica
 - Sistema de filtro (170/200 microns) – (1 sistema: 2 unidades mesmo componente)
 - Folha de controlo transfusional (= nº de unidades pedidas)

Folha de controlo Transfusional

Enviar ao Serviço de Imunohemoterapia no máximo até 24h pós-transfusão.

Controlo Pré-transfusional

- Verificar componentes enviados com folha de controlo transfusional.
 - Correta identificação dos dados do utente.
- Inspeção visual dos componentes – aspeto físico:
 - CE: sem agregados ou hemólise;
 - Plaquetas: turbilhão;
 - Plasma: totalmente descongelado.

Se houver qualquer anomalia na bolsa, a unidade não deve ser transfundida, e o banco de sangue deve ser imediatamente avisado.

O selo de calor ou o chip no tubo de dosagem estão seguros e sem vazamentos? Existe algum vazamento? Você comprimiu a bolsa? Examine a presença de sangue neste local.



A descoloração ou sinais de vazamento podem ser os únicos sinais de que a bolsa apresenta contaminação bacteriana, e possa causar reação grave, até mesmo fatal, se transfundida.

Controlo Pré-transfusional

- Verificar:
 - Integridade do saco
 - Prazo de validade / Grupo sanguíneo
 - N^o e concordância com a folha de controlo transfusional
 - Correspondência selos da pulseira



- Verificar confirmação dos dados do componente e do doente, deve ser efetuada dupla verificação (dois enfermeiros)



Segurança

Transfusional

Controlo transfusional

- Início lento nos primeiros 10 - 15 min → vigiar atentamente o doente e no final da transfusão.
- Avaliar SV:
 - Antes
 - 15 minutos após
 - Fim

Controlo transfusional

- Não utilizar bombas de perfusão nem sistemas de aquecimento (por rotina)



Pode causar hemólise

Concentrado Glóbulos Rubros

- Volume: 200/300ml
- Conservados entre 2 a 6^o C, não devem permanecer mais de 30 minutos à temperatura ambiente antes da administração.
- o tempo de administração não deve ultrapassar as 4 horas (pelo perigo de proliferação bacteriana)

DCS Norma nº 098/anex de 30/12/2012

Concentrado Glóbulos Rubros

- Compatibilidade ABO e RhD entre os glóbulos vermelhos do doador e do recetor.

| Tipo de sangue | Pode doar para: | Pode receber de: |
|----------------|-------------------|------------------|
| A - | A-, A+, AB- e AB+ | A- e O- |
| A + | A+ e AB+ | A+, A-, O+ e O- |
| B - | B+, B-, AB+ e AB- | B- e O- |
| B + | B+ e AB+ | B+, B-, O+ e O- |
| AB - | AB+ e AB- | A-, B-, AB- e O- |
| AB + | AB+ | Todos |
| O + | A+, B+, O+ e AB+ | O+ e O- |
| O - | Todos | O- |

Plaquetas

- Volume: 40ml, conservação a 22^oC em agitação.
- Pool de Concentrados Plaquetários (CPP) o obtido a partir da junção de 4-6 concentrados plaquetários standard ou após o processamento de 4-6 camadas leucoplaquetárias de diferentes dádivas de sangue total.
- Isogrupal ou compatível no sistema ABO.

Norma DGS 010/2012 de 16/12/2012.

Plasma

- Volume: 200-300ml
- Depois de descongelado deve ser transfundido imediatamente, ou se tal não for possível, deve garantir-se a sua conservação entre 2-6 graus Celsius por um período não superior a 24h.
- A transfusão ocorra no máximo dentro de 6 horas.

- O plasma a transfundir deve ser isogrupal ou compatível no sistema ABO. A compatibilidade no sistema Rh para efeito de transfusão de Plasma, não é relevante.

DGS Norma nº 009/2012 de 16/12/2012 atualizada a 02/12/2015.

| Componente | Tempo de infusão | Ritmo de infusão |
|------------|------------------|------------------|
| CE | 60-120min | 30-60 gts/min |
| Plaquetas | 23-30min | 125-225 gts/min |
| Plasma | 20-30min | 125-175 gts/min |

Problemas de infusão

- Depende:
 - Calibre do CVP
 - Da viscosidade do componente
 - ≠ pressão hidrostática entre o sistema de infusão e a PVC do doente
 - Provável vasoespasmos por infusão de glóbulos vermelhos muito frios.

Reação adversa

- É uma resposta indesejável ou efeito num doente, associado temporalmente com a administração de sangue ou de um componente sanguíneo.

Reações Adversas

Sinais e Sintomas:

- Arrepios / Tremores
- Alterações cutâneas (erupções, prurido, eritema facial, palidez...)
- Aumento T° C (Febre)
- Alterações Hemodinâmicas (Hipotensão, Taquicardia, Dor torácica)
- Alterações Respiratórias (Dispneia, dessaturação...)
- Alterações gastrointestinais (Diarreia, dores abdominais, náuseas/vómitos...)
- Alterações Renais (Hematúria, Oligoanúria...)

IPST (2011)

Proceder em caso reação adversa:

- Parar imediatamente a transfusão;
- Manter o acesso EV com soro fisiológico a 0,9%;
- Avisar o médico responsável pelo doente;
- Efetuar uma rápida avaliação clínica incluindo a verificação da identificação do doente,
 - verificação do rótulo de compatibilidade;
 - avaliação macroscópica do componente;
- Vigilância de SV (15min na primeira hora) e diurese.

- Avisar o serviço de Imunohemoterapia da suspeita de reação adversa:
 - Enviar o componente suspeito com sistema acoplado
 - Colheita de sangue e 1ª urina do doente
 - Folha de controlo transfusional – corretamente preenchida
 - Modelo de notificação rápida de suspeita de reações adversas graves – disponível no portal ULSAM

- Registrar a ocorrência:
 - Folha de controlo transfusional;
 - Processo do doente.

Notificação da Reação Adversa

Formulário de notificação de reação adversa da MSPT. O formulário contém campos para identificação do doente, do profissional de saúde, do estabelecimento de saúde, e do produto transfundido. Inclui também uma seção para a descrição da reação adversa, com opções para selecionar o tipo de reação (alérgica, hemolítica, febril, etc.) e a gravidade (leve, moderada, grave).

Reações Agudas

- Origem Imunológica:
 - Reação hemolítica aguda
 - Reação febril não hemolítica
 - Reação alérgica
 - Lesão pulmonar aguda associada a transfusão (TRALI)
 - Alo-imunização com destruição plaquetária imediata.

Reações Agudas

- Origem Não Imunológica:
 - Contaminação bacteriana
 - Sobrecarga circulatória
 - Reações hipotensivas

Reações Tardias

- Origem Imunológica:
 - Reação hemolítica tardia
 - Púrpura pós-transfusional
 - Doença do enxerto contra o hospedeiro pós-transfusional
 - Imunomodulação.
- Origem Não Imunológica:
 - Transmissão de agentes infecciosos
 - Hemosiderose pós-transfusional

ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A SEGURANÇA TRANSFUSIONAL

- Utilização correta dos protocolos.
- Melhorar a qualidade dos registos.
 - Registo em Clínico
- Participação em processos de melhoria.

Componentes prescritos e não transfundidos

- Devem ser devolvidos ao Serviço de Imunohemoterapia o mais rápido possível (garantir boas condições de armazenamento)
- Suspeita de componentes não conforme (ex: alterações visuais): descrever o motivo.
- Devolver folhas de controlo por preencher.

- A transfusão de componentes sanguíneos não é uma prática isenta de riscos para o doente.
- Os erros cometidos durante o processo transfusional podem ser evitados, através da formação e procedimentos.

Hemovigilância

- É um sistema organizado para:
 - Observar,
 - Registrar,
 - Analisar
- Reportar quando algo corre mal na cadeia transfusional.



Hemovigilância Portugal

• Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST)



• Serviços de Medicina Transfusional e Imunohemoterapia:

- um sistema de registo que identifique cada unidade de sangue, cada componente sanguíneo e o seu destino final, quer tenha sido administrado, devolvido ou destruído.

Tabela 66 - Tipo de reação e gravidade 2019

| Tipo de reação | Não Grave | Grave | Ameaça Vital | Morte | Total |
|--|------------|-----------|--------------|----------|------------|
| Reações Febris Não Hemolíticas | 162 | 1 | | | 163 |
| Reações Alérgicas/Urticariaformes* | 76 | 5 | 2 | | 83 |
| Reação Associada à Transfusão | 10 | 5 | | | 15 |
| Quimo | 7 | 1 | | | 8 |
| Sobrecarga Volumica | 10 | 8 | 1 | | 19 |
| Reação Transfusional Hipotensiva | 7 | | | | 7 |
| Reação Transfusional Serológica Tardia | 14 | | | | 14 |
| Reação Hemolítica Aguda Imune | 2 | 4 | 1 | | 7 |
| Reação Hemolítica Aguda Não Imune | 1 | | | | 1 |
| Total | 282 | 24 | 4 | 0 | 310 |

* 7 de Anafilaxia (2 Ameaças vitais e 5 Graves)

No que se refere à gravidade, 24 reações foram classificadas como graves, representando 7,62% do total. Registraram-se 4 casos de ameaça vital, relacionados com RAU, TACO e RNAL.

Fonte: IPST, RAT2019

Tabela 70 - Local de transfusão 2019

| Local transfusão | N | % |
|------------------------------------|------------|-------|
| Unidade | 71 | 22,54 |
| Medicina Interna | 102 | 31,46 |
| Hospital de Dia | 37 | 11,75 |
| Clínica | 34 | 10,79 |
| Hematologia / Hemato Oncologia | 23 | 7,39 |
| Outro | 20 | 6,35 |
| Unidade Cuidados Intensivos | 16 | 5,08 |
| Oftalmologia | 11 | 3,49 |
| Medicina - Outra especialidade | 11 | 3,49 |
| Clínica - Outra especialidade | 9 | 2,86 |
| Psiquiatria | 8 | 2,59 |
| Gastroenterologia | 5 | 1,59 |
| Urologia | 5 | 1,59 |
| Otorrinolaringologia | 4 | 1,27 |
| Genecologia | 2 | 0,63 |
| Hematologia / Unidade de Hemofilia | 2 | 0,63 |
| Unidade de Cuidados Palliativos | 1 | 0,32 |
| Receção | 1 | 0,32 |
| Urologia | 1 | 0,32 |
| Cardiologia | 1 | 0,32 |
| Total Geral | 310 | |

IPST, RAT 2019

Tabela 83 - Tipos de Erro em 2019

| Tipo de Erro | N | % |
|---|-----------|-------|
| Identificação incorrecta do doente | 15 | 20,55 |
| Administração da unidade errada | 14 | 19,18 |
| Administração de componentes não necessários por erro | 9 | 12,19 |
| Administração de grupo ABO errada | 8 | 10,96 |
| Incompatibilidade ABO | 8 | 10,96 |
| Erro na interligação | 4 | 5,48 |
| Erro na distribuição | 4 | 5,48 |
| Amostra colhida a outro doente | 3 | 4,11 |
| Administração do grupo Rh(D) errada | 2 | 2,74 |
| Erro de transcrição | 1 | 1,37 |
| Não deteção de reações transfusionais | 1 | 1,37 |
| Tubo de amostra mal identificado | 1 | 1,37 |
| Tratamento incorrecto de reacção transfusional | 1 | 1,37 |
| Não foram registadas as recomendações especiais | 1 | 1,37 |
| Erro na grupagem | 1 | 1,37 |
| Total | 73 | |

Tabela 84 - Local de Ocorrência do Erro 2019

IPST, RAT 2019

Enfermeiro

- Detém informações sobre a identidade/patologia do doente;
- Confirma pedido de sangue e consentimento informado;
- Colheita de sangue para teste de compatibilidade;
- Confere características dos componentes de sangue recebidos;
- Confere correto transporte e armazenamento
- Avalia SV durante processo de transfusão;
- Verifica existência de reações adversas e alertam sobre sinais e sintomas;
- Assegura que o doente certo recebe o componente certo;
- Regista os dados na folha de controlo transfusional e devolvem ao serviço de Imunohemoterapia;
- Na eventualidade de reacção adversa ou suspeita, realizam as diligências necessárias.

"Por muito bem que estejam organizadas as fundações da vida, a vida comporta sempre riscos."

Havelock Ellis

Bibliografia

- Manual para Administração de Componentes Sanguíneos. ULSAM, 2019
- Optimal Blood Use – Manual para Uso Ótimo do Sangue: apolo para o uso clínico seguro, eficaz e eficiente do sangue na Europa. Optimal Blood Use, 2010.
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação – Relatório de Atividade Transfusional e Sistema Português de Hemovigilância. Lisboa: Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2019.
- Instituto Português do Sangue e da Transplantação – Definições padronizadas para a vigilância de reações transfusionais não infecciosas. Lisboa: Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2011.

Apêndice VII - Questionário da Avaliação da Formação

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação:

Transfusão Segura de Componentes Sanguíneos

Objetivos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço de urgência para a importância da segurança transfusional, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança transfusional.
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da notificação de incidentes/reações adversas.

O preenchimento do questionário de avaliação tem como propósito melhorar a formação apresentada, bem como perceber se os objetivos definidos foram alcançados.

Solicita-se a sua colaboração pois a mesma é imprescindível para o desenvolvimento deste projeto. Por favor, responda com sinceridade a todos os itens que se seguem.

Grata pela sua colaboração.

(A Estudante: Maria José Faria Igreja)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Formação: **Transtusao segura de componentes sanguineos**

Data: 23-06-2021

Duração: 30 minutos

De acordo com a sua opinião, preencha a tabela seguinte tendo em conta a legenda abaixo indicada:

1 – Insuficiente, 2 – Medio, 3 – Suficiente, 4 – Bom, 5 – Muito Bom

| | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1 - Expectativas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| A ação correspondeu as suas expectativas. | | | | | |
| 2 – Conhecimentos adquiridos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Os conhecimentos que esperava vir a adquirir foram obtidos | | | | | |
| 3 – Conteúdos programáticos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pertinencia e interesse dos conteúdos abordados | | | | | |
| 4 – Organização/Funcionamento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Acolhimento / Cortesia | | | | | |
| Disponibilidade | | | | | |
| Sugestões: | | | | | |
| _____ | | | | | |
| _____ | | | | | |
| Intervenção do Formador: Maria José Igreja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Despertou interesse | | | | | |
| Expressou-se com clareza | | | | | |
| Prestou os esclarecimentos solicitados | | | | | |
| Estabeleceu boa relação com o grupo | | | | | |
| Utilizou metodologia facilitadora de aprendizagem | | | | | |
| Contributos em termos de formação | | | | | |