



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Prática transfusional segura no doente em serviço de urgência – O papel do enfermeiro

Cláudia Marcelo Portero

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos
Santiago

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico- Cirúrgica, A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

Prática transfusional segura no doente em serviço de urgência – O papel do enfermeiro

Cláudia Marcelo Portero

Orientação: Professora Doutora Maria Dulce dos Santos
Santiago

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico- Cirúrgica, A Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Évora, 2018

AGRADECIMENTOS

Não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que contribuíram para que fosse possível finalizar este Mestrado.

À Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago pela orientação, pela partilha de conhecimentos, pela disponibilidade permanente e por todo o apoio que me deu, o que possibilitou a conclusão de todas as etapas deste percurso.

Às Enfermeiras-Chefes da Unidade de Cuidados Intermédios e do Serviço de Urgência, e aos Supervisores Clínicos, pelas orientações, pelo incentivo, pela partilha de experiências e conhecimentos, e por toda a confiança depositada, tornando possível a concretização dos objetivos.

A todos os colegas pela amizade, pela colaboração, pelo companheirismo e pelo incentivo dado, o que permitiu chegar a esta fase.

Aos meus familiares pelo seu apoio incondicional desde o primeiro dia, sem o qual não teria sido possível ultrapassar os obstáculos desta longa caminhada.

RESUMO

A hemoterapia é essencial na assistência em saúde e é fundamental para cuidar de doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica. O enfermeiro tem um papel imprescindível na cadeia transfusional, cuja prática se impõe como determinante na diminuição dos riscos a que os doentes estão sujeitos quando necessitam desta terapia.

O presente relatório pretende descrever as fases de um projeto no qual, junto de 52 enfermeiros, foram identificadas estratégias promotoras de uma prática transfusional segura no serviço de urgência. Posteriormente, foi elaborada e planeada a utilização de uma *checklist* sobre transfusão de componentes sanguíneos, e foi implementado um plano formativo, com abordagem de conteúdos relacionados com todo o processo transfusional.

De igual forma, pretende descrever e analisar detalhadamente a aquisição e o desenvolvimento de Competências de Mestre, Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Transfusão de Componentes Sanguíneos; Segurança do paciente; Enfermeiros

ABSTRACT

Safe Transfusion Practice In The Emergency Room Patient – The Role Of The Nurse

Hemotherapy is essential in health care assistance and it is fundamental in the care for patients experiencing complex processes of critical illness. Nurses have an essential role in the transfusion chain, whose practice is a key determinant in reducing the risks patients are subjected to when they need this therapy.

This report aims to describe the phases of a project in which, with 52 nurses, were identified strategies to promote safe transfusion practice in the emergency department. Subsequently, a checklist on blood component transfusion was prepared and planned, and a training plan was implemented, with a content approach related to the entire transfusion process.

Likewise, it intends to describe and analyze in detail the acquisition and development of Master's Skills, Common Competences of Specialist Nurse and Specific Competences of Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, in the perspective of the Critical Situation Person.

Keywords: Blood Components Transfusion; Patient safety; Nurses

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos.....	CXII
Anexo A – Autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário do Algarve.....	CXIII
Anexo B – Autorização da Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	CXV

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndices.....	CXVII
Apêndice A – Projeto de Estágio.....	CXVIII
Apêndice B – Artigo Científico sobre Segurança Transfusional: prática de enfermagem num serviço de urgência.....	CXLIII
Apêndice C – Questionário de Caracterização dos Enfermeiros e de Análise das suas Perceções, dos seus Conhecimentos e da Prática Transfusional Realizada no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....	CLXVII
Apêndice D – Consentimento Informado dos Enfermeiros que Participaram no Projeto de Intervenção Profissional.....	CLXXIII
Apêndice E – <i>Checklist</i> sobre Transfusão de Componentes Sanguíneos.....	CLXXV
Apêndice F – Plano de Sessão da Formação sobre Transfusão de Componentes Sanguíneos.....	CLXXVIII
Apêndice G – Apresentação <i>Powerpoint</i> da Sessão de Formação sobre Transfusão de Componentes Sanguíneos.....	CLXXXI
Apêndice H – Questionário de Avaliação das Sessões de Formação sobre Transfusão de Componentes sanguíneos.....	CCI
Apêndice I – Resultados dos Questionários de Avaliação das Sessões de Formação sobre Transfusão de Componentes Sanguíneos.....	CCIV

Apêndice J – Póster sobre Precauções Básicas de Controlo de Infeção: tipos de isolamento.....	CCVI
Apêndice L – Póster sobre Precauções Básicas de Controlo de Infeção: descontaminação de equipamento clínico.....	CCVIII
Apêndice M – Cartaz sobre Limpeza de Salpicos e Derrames de Matéria Orgânica.....	CCX
Apêndice N – Cartaz sobre o Plano de Emergência Externa: sistema de ativação.....	CCXII
Apêndice O – Cartaz sobre o Plano de Emergência Externa: níveis de resposta em situação de catástrofe.....	CCXIV

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos

Gráfico n.º 1 – Perceção dos enfermeiros relativa à influência da formação sobre o processo transfusional na diminuição de eventos adversos.....	65
Gráfico n.º 2 – Registos globais dos enfermeiros referentes à hemovigilância realizada.....	66
Gráfico n.º 3 – Perceção dos enfermeiros relativamente à pertinência dos conteúdos abordados na formação.....	72
Gráfico n.º 4 – Perceção dos enfermeiros relativamente à influência da formação na consolidação de conhecimentos.....	73
Gráfico n.º 5 – Perceção dos enfermeiros relativamente à influência da formação no aumento da segurança na abordagem de procedimentos relacionados com o processo transfusional.....	73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabelas

Tabela n.º 1 – Atendimentos de urgência realizados de 2014 a 2016.....	28
Tabela n.º 2 – Rácio de hóspedes nos estabelecimentos hoteleiros por cada 100 residentes em Portugal entre 2010 e 2015.....	31
Tabela n.º 3 – Caracterização dos enfermeiros do SUMC.....	61
Tabela n.º 4 – Perceção dos enfermeiros relativamente ao processo transfusional (conhecimentos e prática profissional)	63
Tabela n.º 5 – Registos dos enfermeiros referentes aos novos critérios incluídos na auditoria ao processo clínico.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

CIPE – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

DGS - Direção Geral de Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

IPST - Instituto Português do Sangue e da Transplantação

n.º - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PE – Projeto de Estágio

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

UE – Universidade de Évora

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	13
2 – APRECIÇÃO DO CONTEXTO.....	16
2.1 – Caracterização do Centro Hospitalar Universitário do Algarve.....	16
2.2. Caracterização do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.....	20
2.2.1 – Recursos físicos e materiais.....	22
2.2.2 – Recursos humanos.....	25
2.2.3 – Análise da população-alvo.....	27
2.2.4 – Triagem de doentes.....	28
2.3 – Análise da Produção de Cuidados.....	30
3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	33
3.1 – Fundamentação.....	33
3.2 – Enquadramento Concetual e Teórico.....	49
3.2.1 – Segurança do doente.....	49

3.2.2 – Hemovigilância.....	50
3.2.3 – Qualidade.....	50
3.2.4 – Pessoa em situação crítica.....	52
3.2.5 – Prática baseada na evidência.....	53
3.3 – Objetivos.....	57
3.4 – Metodologia.....	57
3.5 – Recursos Utilizados.....	60
3.6 – Resultados e Discussão.....	61
3.7 – Conclusão.....	74
4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	76
4.1 – Competências de Mestre e Comuns de Enfermeiro Especialista.....	77
4.2 – Competências de Mestre e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa em Situação Crítica.....	91
5 – CONCLUSÃO.....	103
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105

1 – INTRODUÇÃO

Após a conclusão do período de estágio do primeiro Curso de Mestrado em Associação na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso n.º 5622 de 2 de maio de 2016 (Universidade de Évora [UE], 2016), é fundamental analisar e refletir sobre as atividades realizadas, bem como sobre a importância que todo o seu percurso teve no processo de aquisição e desenvolvimento de Competências de Mestre, de Competências de Enfermeiro Especialista e de Competências de Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

O estágio final foi realizado no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), o qual decorreu ao longo de 388 horas, distribuídas por 18 semanas, com início a 18 de setembro de 2017 e término a 27 de janeiro de 2018, como previsto no calendário escolar da UE, publicado no despacho n.º103/2017 de 24 de novembro (UE, 2017a).

Durante as primeiras semanas e, de acordo com o planeamento da unidade curricular, foi realizado um Projeto de Estágio (PE) no qual foram definidas as atividades propostas a serem realizadas, bem como o tempo previsto à sua concretização, de forma a adquirir e desenvolver as competências acima referidas (UE, 2017b). Na sua elaboração foi tido em conta o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, republicado como anexo do Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto, publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º151 (Ministério da Educação e Ciência, 2013), referente às Competências de Mestre, e os regulamentos n.º 122/2011 e 124/2011 de 18 de fevereiro, publicados no Diário da República, 2.ª série, n.º35 (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011a & 2011b), relativos às Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e às Competências Específicas de Enfermeiros Especialistas, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, respetivamente.

A sua realização serviu como uma linha orientadora de todo o percurso, permitindo traçar objetivos, estabelecer prioridades e definir atividades para adquirir e desenvolver as competências acima referidas, tendo em conta o período de tempo previsto para a realização do estágio final. Após terem sido aferidas, junto da Professora Orientadora e da Supervisora Clínica, a qualidade e a pertinência das

atividades propostas, o PE serviu para guiar as ações na prática, de forma a ser possível alcançar os objetivos previamente definidos.

Ao longo de todo o estágio foram realizadas reflexões, quer pessoais, quer junto da Professora Orientadora e da Supervisora Clínica, de forma a adequar e adotar a melhor conduta possível. Desta forma, o PE serviu como um documento orientador das atividades propostas, as quais foram sujeitas a alterações e reformulações sempre que foi considerado necessário.

Tal como nele considerado, destaca-se o desenvolvimento do tema relativo à segurança transfusional no doente em serviço de urgência e responsabilidade do enfermeiro na qualidade do processo de transfusão sanguínea, o qual se enquadra no âmbito da linha de investigação e de ação do mestrado, a “Segurança e qualidade de vida”.

Sendo a hemoterapia essencial na abordagem de diversas situações clínicas, e fundamental para cuidar de doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, e o enfermeiro um profissional de saúde com um papel imprescindível em várias etapas da cadeia transfusional, cuja prática se impõe como determinante na diminuição dos riscos a que os doentes estão sujeitos perante a necessidade de realizar transfusão de componentes sanguíneos, o tema eleito foi trabalhado sob a forma de um Projeto de Intervenção Profissional (PIP), junto de um grupo de enfermeiros, e visou aumentar a segurança dos doentes que necessitem de realizar terapia transfusional no SUMC. Para fundamentar o seu desenvolvimento, foi eleito o modelo para a mudança da prática baseada em evidências, de June Larrabee.

De acordo com o planeamento da unidade curricular, ficou definido para o estágio final, a realização do PE, a elaboração de um artigo científico e a produção do relatório de estágio. O PE e o artigo científico encontram-se presentes nos apêndices A e B, respetivamente.

Assim, a realização do presente relatório tem como objetivos descrever pormenorizadamente o desenho e a implementação do PIP, e analisar detalhadamente o processo de aquisição e desenvolvimento das competências acima descritas.

A sua redação e formatação respeita o novo acordo ortográfico português e está de acordo com a sexta edição da norma de referência *American Psychological Association* (APA, 2010).

Após a introdução, seguimos para o segundo capítulo onde é feita uma apreciação do contexto onde decorreu o estágio final. Inicialmente é efetuada uma descrição do Centro Hospitalar, seguida de uma caracterização do SUMC, com posterior análise da produção de cuidados nele realizado.

O terceiro capítulo, respeitante ao projeto de intervenção, inclui a fundamentação acerca da área temática do mesmo, o enquadramento concetual e teórico, e a descrição detalhada das várias fases que o constituíram, com apresentação dos resultados e das conclusões obtidas através da sua implementação junto da equipa de enfermagem.

Posteriormente, no quarto capítulo, é realizada uma análise pormenorizada de todo o percurso de aquisição e desenvolvimento das Competências de Mestre, das Competências de Enfermeiro Especialista e das Competências de Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

Finaliza-se o presente relatório com uma descrição da importância da sua realização para a reflexão sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, efetuando-se uma síntese das principais conclusões obtidas neste mestrado.

2 – APRECIÇÃO DO CONTEXTO

No presente capítulo será efetuada uma caracterização do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, seguida de uma caracterização do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica onde se apresentam os seus recursos físicos, materiais e humanos, é efetuada uma análise da população alvo e é descrito o processo de triagem dos doentes, com posterior análise da produção de cuidados realizados no contexto.

2.1 – Caracterização do Centro Hospitalar Universitário do Algarve

A criação do Centro Hospitalar do Algarve, Entidade Pública Empresarial (E.P.E.), remonta ao ano de 2013, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 69/2013 de 17 de maio, publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º95, e resulta da junção entre o Hospital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio “como forma de racionalização e adequação de meios, redução imediata de custos, criação de sinergias, obtenção de maior eficácia, eficiência e efetividade na operacionalização de objetivos únicos para os cuidados hospitalares da região” (Ministério da Saúde, 2013, p.2960). Posteriormente, a 23 de agosto de 2017, é alterada a sua designação para Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E, ao abrigo do Decreto-lei n.º 101/2017 de 23 de agosto, publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º162, passando este a assumir as competências da Administração Regional de Saúde do Algarve, Instituto Público, referentes ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (Ministério da Saúde, 2017).

A Unidade Hospitalar de Faro, anteriormente designada por Hospital de Faro, teve o início da sua atividade a 4 de dezembro de 1979. Ao longo dos anos foi aumentando a sua capacidade de resposta

assistencial, tendo sido requalificado a 22 de janeiro de 2008 como hospital central, dotado de um Serviço de Urgência Polivalente (Centro Hospitalar do Algarve, 2017).

As Unidades Hospitalares de Portimão e Lagos constituíam o anteriormente designado Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, o qual teve origem no ano de 2004 e era constituído por serviços de diversas especialidades médicas e um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (Centro Hospitalar do Algarve, 2017).

O CHUA é constituído por três unidades hospitalares (Faro, Portimão e Lagos), por quatro Serviços de Urgência Básica (Vila Real de Santo António, Loulé, Albufeira e Lagos) e pelo Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul, correspondendo à única instituição pública de cuidados de saúde na região do Algarve (Centro Hospitalar do Algarve, 2017).

A sua área de influência direta estende-se a toda a população residente na região do Algarve (16 concelhos), estimada em cerca de 441.699 habitantes para o ano de 2016 (PORDATA, 2018b), e aproximadamente 5 milhões de visitantes anuais (Centro Hospitalar do Algarve, 2017).

A sua missão é a de garantir a universalidade e equidade no acesso aos cuidados de saúde, bem como a de apoiar o ensino, a formação contínua pré e pós-graduada, e a investigação no âmbito da saúde, visando uma prestação diferenciada e de qualidade de cuidados de saúde à população. Assim, através da Portaria n.º75/2016 de 8 de abril, publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º69, estabeleceu um protocolo de associação com a Universidade do Algarve, tendo criado o Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica do Algarve (Centro Hospitalar do Algarve, 2017).

A nível geográfico, tem duas características que se apresentam como limitação para a sua atividade assistencial. Por um lado, as unidades que o constituem encontram-se disseminadas ao longo de todo o território da região, distando a Unidade Hospitalar de Faro 70 quilómetros (Km) da de Portimão, 90Km da de Lagos e 60Km do Serviço de Urgência Básico de Vila Real de Santo António, correspondendo a 140Km a distância máxima verificada entre as unidades mais distantes (Serviço de Urgência Básico de Vila Real de Santo António e a Unidade de Lagos). Por outro lado, corresponde ao hospital de Portugal Continental com uma maior distância dos seus hospitais de referência, localizados em Lisboa, a cerca de 300Km de distância (Centro Hospitalar do Algarve, 2017).

A nível interno, encontra-se estruturado em serviços clínicos, os quais são agrupados em departamentos, de forma a promover e otimizar a partilha e o interesse comum entre serviços, dispondo de:

- Serviços clínicos departamentalizados
 - Departamento de Cirurgia;
 - Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos;
 - Departamento Materno-Infantil;
 - Departamento de Medicina;
 - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

- Serviços clínicos não departamentalizados
 - Serviço de Anatomia Patológica;
 - Serviço de Anestesiologia 1 e 2;
 - Serviço de Cuidados Paliativos e Convalescença Hospitalar;
 - Serviço de Imuno-Hemoterapia;
 - Serviço de Medicina Física e de Reabilitação;
 - Serviço de Patologia Clínica;
 - Serviço de Radiologia.

- Serviços de apoio
 - Serviços de apoio à prestação de cuidados de saúde;

- Serviços e gabinetes de apoio à gestão e logística geral.

- Comissões técnicas
 - Comissão de ética;

 - Comissão de farmácia e terapêutica;

 - Comissão da qualidade e segurança do doente;

 - Comissão da prevenção e controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos;

 - Comissão de coordenação oncológica;

 - Comissão técnica de certificação da interrupção voluntária da gravidez;

 - Comissão para o aleitamento materno;

 - Equipa de gestão de altas;

 - Núcleo hospitalar de apoio a crianças e jovens em risco.

- Órgãos consultivos
 - Conselho consultivo geral;

 - Conselhos consultivos setoriais.

(Centro Hospitalar do Algarve, 2017, pp.30-31)

De acordo com o Despacho n.º10319/2014 de 11 de agosto, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º153, um sistema de urgência tem como função o atendimento e tratamento de situações urgentes. A rede de serviços de urgência é constituída por três níveis de resposta com ordem crescente, tanto no que respeita a recursos, como no que se refere à capacidade de resposta, sendo eles o Serviço de Urgência Básico (SUB), o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, e o Serviço de Urgência Polivalente (Ministério da Saúde, 2014).

O CHUA é composto pelos três níveis de resposta, situando-se os Serviços de Urgência Básicos na Unidade Hospitalar de Lagos, Loulé, Albufeira e Vila Real de Santo António, o SUMC na Unidade Hospitalar de Portimão, e o Serviço de Urgência Polivalente na Unidade Hospitalar de Faro (Centro Hospitalar do Algarve, 2017).

Uma vez que o estágio final foi realizado no SUMC do CHUA, seguidamente será realizada uma caracterização do mesmo.

2.2. Caracterização do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Relativamente ao Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos, a Unidade Hospitalar de Portimão/Lagos é constituída por:

- Serviço de medicina intensiva 2
 - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente;
 - Unidade de Internamento de Doente Agudos;
 - Sala de Emergência/Reanimação;
 - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar.

- Urgência Geral
 - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de Portimão;
 - Serviço de Urgência Básico de Lagos;

- Viatura Médica de Emergência e Reanimação de Portimão.

(Centro Hospitalar do Algarve, 2017, pp.109-110)

O SUMC do CHUA tem como área de influência os concelhos de Aljezur, Lagos, Monchique, Portimão, Lagoa, Silves e Albufeira e possui as seguintes carteiras de serviço:

- Serviço de Urgência Pediátrica;
- Medicina Interna 24horas por dia;
- Cirurgia Geral 24horas por dia;
- Ortopedia 24horas por dia;
- Imuno-hemoterapia 24horas por dia;
- Anestesiologia 24horas por dia;
- Bloco operatório 24horas por dia;
- Imagiologia 24horas por dia, com a possibilidade de realização de radiologia convencional, tomografia axial computadorizada e ecografia simples;
- Patologia clínica;
- Apoio da especialidade de oftalmologia;
- Apoio da especialidade de otorrinolaringologia;
- Unidade de cuidados intensivos polivalente;
- Unidade de cuidados intermédios;

- Viatura Médica de Emergência e Reanimação;
- Ambulância de Suporte Imediato de Vida.

(Centro Hospitalar do Algarve, 2017, p.56)

2.2.1 – Recursos físicos e materiais

Localizado no primeiro piso de um edifício de seis andares, o SUMC é composto por:

- Uma admissão de doentes, com quatro postos de trabalho;
- Uma sala onde se realiza a triagem de doentes, com dois postos de trabalho e uma arrecadação, destinada a armazenar material de limpeza e desinfeção de equipamento clínico;
- Uma sala de emergência/reanimação, que se localiza à entrada do Serviço de Urgência (SU), destinada à prestação de cuidados aos doentes em situação crítica. Esta é constituída por duas boxes fixas que contêm um monitor *Philips IntelliVue MP5* e um ventilador *Dräger Oxylog 2000*, e uma boxe suplementar (em caso de necessidade). No interior da sala encontram-se dois monitores desfibrilhadores – *Philips Heartstart Mrx* e *Nihon Kohden Acti Biphase cardio-life*;
- Uma arrecadação, que se encontra junto à sala de emergência/reanimação, onde se encontram armazenadas seringas infusoras, uma maca coquille, um aquecedor externo, um armário com material esterilizado (pulmões-teste, traqueias do ventilador e máscaras para ressuscitadores manuais), dois monitores desfibrilhadores (*Philips Heartstart Mrx* e *Lifepak 12*), utilizados em caso de acompanhamento de doentes transferidos intra e inter-hospitais, e duas malas de transferência. A inexistência de uma sala de hemodinâmica e de uma Unidade de Cuidados Intensivos Coronários na Unidade Hospitalar de Portimão faz com que, frequentemente, seja ativado o Protocolo de Via Verde Coronária, com a transferência dos doentes para a Unidade Hospitalar de Faro. Assim, existem duas malas de transferência previamente preparadas, uma

utilizada exclusivamente para o acompanhamento dos doentes, após ativação do referido protocolo, e outra para as restantes transferências existentes.

- Uma arrecadação, destinada ao armazenamento de material de consumo clínico;
- Uma dispensa para armazenamento de soros;
- Uma sala, localizada junto à admissão de doentes, denominada de sala de espera de azuis/verdes, onde se encontram a aguardar os doentes com possibilidade de caminhar;
- Uma sala, localizada junto ao balcão de enfermagem, denominada de sala de espera de amarelos/laranja, onde se encontram a aguardar os doentes com possibilidade de caminhar;
- Um balcão de enfermagem, destinado à prestação de cuidados aos doentes com possibilidade de caminhar, ou que se encontram sentados em cadeiras-de-roda/cadeirão. Esta sala possui rampas com gases medicinais, permitindo também a monitorização cardíaca dos doentes com recurso aos monitores eletrocardiográficos portáteis disponíveis no serviço (três). No interior da sala permanecem os doentes que carecem de observação contínua e/ou que se encontrem a realizar oxigenoterapia ou aerossoloterapia;
- Um balcão de atendimento médico, com quatro postos de trabalho, que se localiza junto ao balcão de enfermagem e à sala de espera de amarelos/laranja;
- Um gabinete de especialidade;
- Um balcão de ortopedia, constituído por uma sala onde são observados os doentes do foro ortopédico, e um gabinete de ortopedia, destinado à realização de técnicas ortopédicas. Ambas as salas possuem uma maca permanente;
- Uma sala de pequena cirurgia, destinada à prestação de cuidados aos doentes que necessitem de pensos, suturas ou técnicas invasivas (colocação de cateteres venosos centrais, cateteres supra-púbicos e drenos torácicos; e realização de toracocenteses, paracenteses e punções lombares);

- Uma sala de decisão clínica, destinada à observação e ao tratamento dos doentes de urgência em maca, e dos doentes em regime de internamento geral, que se encontrem a aguardar vaga nas unidades de internamento. Esta sala contém vinte e três rampas com gases medicinais, dispondo de três monitores cardíacos fixos, sendo também possível recorrer à utilização dos três monitores eletrocardiográficos portáteis disponíveis no serviço, sempre que necessário. No interior da referida sala encontra-se um carro de reanimação destinado à assistência dos doentes em maca, bem como à assistência prestada no gabinete de ortopedia, sempre que são realizados procedimentos nos quais é necessário recorrer à sedação dos doentes;
- Um gabinete da Enfermeira-Chefe;
- Um gabinete do Diretor Clínico;
- Dois gabinetes para médicos;
- Uma copa;
- Seis casas-de-banho – duas para os profissionais de saúde; duas localizadas no interior da sala de decisão clínica; uma localizada entre o balcão de enfermagem e a sala de espera de amarelos/laranja; uma localizada na sala de espera de verdes/azuis;
- Uma sala para armazenamento de resíduos;
- Duas salas para eliminação de resíduos;
- Um corredor que se estende ao longo de todo o serviço (desde a entrada no SU até à sala de decisão clínica). No corredor, entre o balcão de enfermagem e o balcão de atendimento médico existem nove rampas com gases medicinais e quatro vacuómetros; entre o balcão de enfermagem e a sala de decisão clínica existem sete rampas com gases medicinais; e, no interior da decisão clínica, existe um espaço para cinco cadeirões com gases medicinais. Os espaços descritos anteriormente são destinados à utilização em situações especiais, tendo em conta a Norma Hospitalar n.º4/NH/CHA de 5 de novembro (Centro Hospitalar do Algarve,2015).

2.2.2 – Recursos humanos

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, administrativos, assistentes operacionais, vigilantes e funcionários dos serviços de limpeza e de alimentação.

A equipa médica é constituída por clínicos gerais, especialistas em cirurgia geral e medicina interna, tendo apoio permanente de anestesiologia, medicina intensiva e ginecologia/obstetrícia.

As especialidades de oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e gastroenterologia estão disponíveis em escala alternada entre a Unidade Hospitalar de Faro e de Portimão. As escalas de urgência de psiquiatria realizam-se somente na Unidade Hospitalar de Faro.

A equipa de enfermagem é composta por 66 elementos, dos quais faz parte uma Enfermeira-Chefe e uma Enfermeira que substitui a Enfermeira-Chefe.

Os enfermeiros encontram-se distribuídos por quatro equipas, chefiadas por um enfermeiro com título de especialista, encontrando-se a cumprir uma sequência de turnos rotativos, e uma equipa que cumpre horário flexível, simultaneamente com a Enfermeira-Chefe e com a enfermeira que a substitui. Na ausência da Enfermeira-Chefe ou da enfermeira que a substitui, o enfermeiro chefe de equipa é responsável pela gestão do serviço e supervisão dos seus elementos, colaborando na assistência aos colegas na prestação direta de cuidados, especialmente nas situações críticas que requeiram tratamento na sala de emergência/reanimação.

Por turno de trabalho, os enfermeiros são distribuídos por postos, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados e registo dos mesmos, de todos os doentes neles alocados pelo que, na organização dos cuidados de enfermagem, é utilizada a metodologia individual de trabalho. Os registos de enfermagem são realizados no sistema ALERT® para os doentes de urgência, e no SClínico para os que se encontram em regime de internamento. Nestes, a linguagem utilizada corresponde à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Relativamente ao número de enfermeiros por escala de trabalho e, sempre que possível, encontram-se previstos 12 enfermeiros para o turno da manhã e da tarde e 10 para o turno da noite. Compete ao enfermeiro chefe de equipa proceder à distribuição dos enfermeiros pelos postos de

trabalho, para os turnos previstos em escala. Os postos de trabalho existentes e o número de enfermeiros previsto para cada um encontram-se seguidamente apresentados e correspondem a:

- Chefia de equipa – um enfermeiro

- Sala de emergência/reanimação
 - Um enfermeiro escalado de Reanimação;

 - Um enfermeiro escalado de Via Verde – este enfermeiro é responsável por apoiar o enfermeiro escalado na Sala de emergência/reanimação, e é responsável pela transferência inter-hospitalar (para a Unidade Hospitalar de Faro) de um doente, após ativação do Protocolo de Via Verde Coronária.

- Balcão de enfermagem
 - Um enfermeiro escalado para a sala onde se realiza a triagem dos doentes;

 - Dois enfermeiros escalados para a sala de enfermagem (mais um enfermeiro de apoio, sempre que é possível ter 12 enfermeiros em escala de trabalho);

- Pequena cirurgia/ortopedia – Um enfermeiro

- Sala de decisão clínica
 - Um enfermeiro responsável pela prestação de cuidados aos doentes de urgência em maca, do género feminino;

 - Um enfermeiro responsável pela prestação de cuidados aos doentes de urgência em maca, do género masculino;

 - Dois enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados aos doentes em regime de internamento geral.

Embora todas as equipas sejam chefiadas por um enfermeiro que possui o título de Enfermeiro Especialista, os restantes postos de trabalho são assumidos pelos enfermeiros, independentemente

do seu título profissional, com exceção dos postos de triagem e dos correspondentes à prestação de cuidados na Sala de emergência/reanimação, os quais só são distribuídos pelos enfermeiros após completarem 6 meses de exercício de funções no SU, pela especificidade inerente aos mesmos, a qual requer experiência de cuidados de urgência. De acordo com as recomendações do Grupo Português de Triagem, para realizar a triagem dos doentes os profissionais devem ter, pelo menos, seis meses de experiência de prestação de cuidados de urgência (Grupo Português de Triagem de Manchester, 2015).

Como indicado no Despacho n.º10319/2014 de 11 de agosto, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º153, um SUMC diz respeito ao segundo nível de acolhimento de situações de urgência, devendo dar apoio ao SUB e referenciar para o Serviço de Urgência Polivalente, as situações que careçam de uma maior diferenciação de cuidados ou apoio de especialidades inexistentes, tendo em conta as respetivas redes de referência (Ministério da Saúde, 2014). Desta forma, na Unidade Hospitalar de Portimão existe uma escala de transferência, assegurada pelos enfermeiros que prestam cuidados no SU, encontrando-se um dos enfermeiros escalado de transferência para o turno da manhã (primeiras transferências) e dois enfermeiros (primeiras e segundas transferências) para os turnos da tarde e da noite. Habitualmente são realizadas transferências quer para a Unidade Hospitalar de Faro, quer para hospitais em Lisboa (hospitais de referência).

2.2.3 – Análise da população-alvo

De acordo com os dados obtidos através do Relatório de Gestão e Contas 2016, o CHUA teve um aumento de 1,9% no número de atendimentos de urgência, comparativamente com o ano precedente, ao qual correspondeu mais 6760 atendimentos urgentes, com uma média de mais 16 episódios de urgência diários. O SUMC foi o que obteve o maior aumento, com um registo de mais 4,1% (Centro Hospitalar do Algarve, 2017).

Na tabela que se segue (tabela n.º 1), apresentam-se os dados referentes aos atendimentos de urgência realizados de 2014 a 2016.

Tabela n.º 1 – atendimentos de urgência realizados de 2014 a 2016

Ano	2014	2015	2016
N.º total de atendimentos de urgência realizados no CHUA	289.929	350.414	357.174
N.º total de atendimentos de urgência realizados no SUMC	88.391	93.210	97.011

(Fonte: Centro Hospitalar do Algarve, 2017, pp.76-77)

O CHUA tem como função a prestação de cuidados quer à população residente no Algarve, quer à população não residente que recorre às unidades que o constituem. Atualmente (entrada em vigor no mês de fevereiro de 2018), o SUMC é responsável pelo atendimento dos doentes com uma faixa etária superior ou igual a 18 anos. Aos doentes com idade inferior, a prestação de cuidados é realizada no serviço de urgência pediátrica. Na altura de realização do estágio final, o SUMC era responsável pelo atendimento dos doentes com idade superior ou igual a 14 anos.

2.2.4 – Triagem de doentes

Aos doentes urgentes que recorrem ao SU é estabelecida uma prioridade clínica, através da utilização do Sistema de Triagem de Manchester, a qual permite a obtenção de uma de cinco prioridades clínicas possíveis. Esta é estabelecida tendo por base a identificação de problemas, os quais são reconhecidos quer pela queixa do doente, quer pelos sinais de gravidade que apresenta. Assim, pode ser atribuída uma das seguintes prioridades:

- Emergente (cor vermelha) – doentes que necessitam de um atendimento imediato, com tempo-alvo previsto de 0 minutos;
- Muito urgente (cor laranja) – doentes que necessitam de um atendimento praticamente imediato, com um tempo-alvo previsto até 10 minutos;
- Urgente (cor amarela) - doentes que necessitam de um atendimento rápido, embora possam aguardar, com um tempo-alvo previsto até 60 minutos;
- Pouco urgente (cor verde) - doentes que podem ser encaminhados para outros serviços de saúde ou que podem aguardar pelo atendimento, com um tempo-alvo previsto até 120 minutos;
- Não urgente (cor azul) - doentes que podem ser encaminhados para outros serviços de saúde ou que podem aguardar pelo atendimento, com um tempo-alvo previsto até 240 minutos.

(Grupo Português de Triagem de Manchester, 2015)

No SUMC, os tempos médios de espera para a primeira observação médica no ano de 2016, estiveram acima dos recomendados e corresponderam a:

- Doentes triados com cor laranja – mais 15 minutos;
- Doentes triados com a cor amarela – mais 17 minutos;
- Doentes triados com a cor verde – mais 45 minutos.

(Centro Hospitalar do Algarve, 2017)

A pulseira de cor branca diz respeito a procedimentos que podem ser programados. Desta forma, e de acordo com o Despacho n.º 4835-A/2016 de 8 de abril, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 69, compete tanto aos doentes como às instituições de saúde desincentivar a recorrência aos SU de situações que não careçam de tratamento urgente (Ministério da Saúde, 2016).

2.3 – Análise da Produção de Cuidados

O CHUA visa a utilização de processos que garantam qualidade na assistência dos doentes e nos quais seja efetuada uma gestão do risco clínico. Um dos seus valores e princípios essenciais é o respeito pelos princípios éticos, pelos direitos dos doentes, pela dignidade humana e por uma prestação de cuidados baseada em elevados padrões de segurança (Centro Hospitalar do Algarve, 2017).

A nível hospitalar, e de forma a aumentar a qualidade dos cuidados prestados, existe uma comissão de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos que é responsável pela realização de atividades formativas no âmbito das infeções associadas aos cuidados de saúde, a qual tem em conta as normas e objetivos definidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e as orientações do Plano Nacional de Controlo de Infeção (Centro Hospitalar do Algarve, 2017).

A nível da Unidade Hospitalar de Portimão/Lagos existe formação na área de Suporte Imediato de Vida, cujos formadores têm, todos eles, experiência em cuidados de urgência. Esta é constituída por uma componente prática e uma teórica, ambas sujeitas a avaliação. Trata-se de uma formação de cariz obrigatório para todos os enfermeiros, a qual é repetida caso o formando não obtenha aproveitamento.

Relativamente à oferta de cuidados de saúde na região do Algarve e, ao nível dos cuidados de saúde primários, existem três agrupamentos de Centros de Saúde, cada um localizado em cada capital do concelho, os quais são constituídos por dezasseis centros de saúde. No que respeita aos cuidados hospitalares, a referida região é constituída por 10 hospitais, dos quais seis unidades hospitalares são privadas, três são integradas no CHUA, e uma unidade é especializada em medicina física e de reabilitação (Centro Hospitalar do Algarve, 2017).

De acordo com o Relatório de Gestão e Contas 2016, e por um lado, o número de recursos humanos é deficitário o que, associado a lacunas assistenciais existentes na região do Algarve ao nível de cuidados de saúde primários, condiciona a prestação a nível hospitalar. Por outro lado, a nível hospitalar, e em relação à média nacional, a disponibilidade de camas é 25% inferior nesta região. De igual forma,

verifica-se “um número muito significativo de visitantes fruto da vocação turística da Região, que concentrando a procura essencialmente nos meses de verão introduzem sazonalidade na procura potencial de cuidados de saúde, em particular cuidados urgentes” (Centro Hospitalar do Algarve, 2017, p.22).

Na tabela que se segue (tabela n.º 2), apresenta-se o rácio de hóspedes nos estabelecimentos hoteleiros por cada 100 residentes em Portugal entre 2010 e 2015.

Tabela n.º 2 – Rácio de hóspedes nos estabelecimentos hoteleiros por cada 100 residentes em Portugal entre 2010 e 2015

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Continente	61,8	61,2	57,9	57,4	68,4	73,8
Norte	43,6	44,3	43,2	43,9	50,6	55,3
Centro	64,3	63,3	59,3	58,6	68,1	76,1
Algarve	238,7	234,9	215,2	209,5	258,5	259,7
Portimão	284,6	259,7	243,0	209,1	270,2	283,6
Região Autónoma dos Açores	86,6	80,8	72,7	65,8	69,3	91,5
Região Autónoma da Madeira	104,8	87,9	71,5	75,4	87,2	93,0

(Fonte: PORDATA, 2018a)

Através da consulta da tabela acima apresentada, verifica-se que o Algarve corresponde à região com o maior rácio de hóspedes nos estabelecimentos hoteleiros, por cada 100 residentes em Portugal. Analisando os dados apresentados, específicos na região do Algarve e na cidade de Portimão, verifica-

se que, em ambos, houve um decréscimo desde 2010 até 2013, com um aumento a partir do ano de 2014, atingindo o maior valor no ano de 2015.

Esta concentração populacional existente, essencialmente nos períodos de férias, onde se verifica um aumento significativo de pessoas presentes na referida região, poderá levar ao aumento do número de atendimentos verificados a nível hospitalar, o que irá igualmente influenciar a prestação de cuidados nele realizados.

Tendo em conta as condicionantes acima referidas, ao nível do CHUA, tem havido um esforço institucional na tentativa de adequar o número de recursos humanos existentes para que não seja afetada a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, face ao aumento de situações de urgência e aos picos de afluência existentes. Do mesmo modo, e embora na prestação de cuidados seja utilizado o método individual de trabalho, no SUMC os enfermeiros trabalham numa relação de interajuda, como forma de alcançarem práticas seguras.

3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O capítulo que se segue inicia-se com uma fundamentação acerca da área temática do PIP, seguido de um enquadramento concetual e teórico que sustenta o seu desenvolvimento. Posteriormente, são descritas as fases que o constituíram e apresentados os resultados e as conclusões obtidas através da sua implementação junto da equipa de enfermagem do SUMC.

3.1 – Fundamentação

A hemoterapia é definida como a administração de sangue e/ou componentes sanguíneos, por via endovenosa, de forma a “restabelecer o volume sanguíneo”, “aumentar a capacidade de transporte do oxigénio”, “assegurar a correcção de deficiências imunológicas” e “assegurar a correcção das alterações hemorrágicas e dos factores de coagulação” (Veiga et al., 2011, p.229). Esta constitui-se como uma importante medida na abordagem de diversas situações clínicas, entre outras, no tratamento de doentes críticos, contribuindo para a evolução dos cuidados de saúde (DGS, 2012).

Na transfusão de componentes sanguíneos é necessário que se efetue um uso ótimo do sangue, o qual é definido como “uma utilização segura, clinicamente eficaz e eficiente do sangue humano”. A transfusão segura significa a ausência de reações adversas ou infeções; clinicamente eficaz, entendida como benéfica para o doente; e eficiente, definida como a administração apenas quando necessária para o doente (Optimal Blood Use, 2010, p.2).

A cadeia transfusional é composta pelas seguintes fases:

- Monitorização do doente;
- Avaliação do doente e decisão da necessidade de transfusão;
- Requisição do componente sanguíneo;
- Realização de testes pré-transfusionais;
- Envio do componente sanguíneo;
- Administração do componente sanguíneo.

(Optimal Blood Use, 2010)

Esta terapia exige a implementação de rigorosas medidas ao longo de toda a cadeia transfusional, de forma a minimizar os riscos imunológicos e infecciosos, garantir a administração de componentes que sejam clinicamente eficazes, e diminuir a ocorrência de erros. Quando associada a um procedimento seguro, os seus efeitos benéficos sobrepõem-se aos riscos a ela associados (DGS, 2012). Para tal, requer liderança e suporte a todos os níveis, incluindo líderes nacionais e regionais, administração hospitalar e profissionais de saúde, com o objetivo de garantir a administração do componente sanguíneo certo ao doente certo e no momento certo (New Zealand Blood Service, 2016).

Contudo, a mesma não é ausente de riscos e as reações transfusionais podem ocorrer e resultar em consequências para os doentes, desde uma reação não grave até uma reação que pode levar à morte. Assim, uma reação transfusional pode ser classificada em:

- Grau 1 – não grave
 - Necessidade de intervenção médica (por exemplo tratamento sintomático);
 - Ausência de danos permanentes ou compromisso de um órgão ou função.
- Grau 2 – grave
 - Necessidade de hospitalização ou prolongamento da hospitalização devido ao evento;

- Deficiência ou incapacidade, significativa ou persistente, resultante do evento adverso;
- Necessidade de intervenção cirúrgica ou médica para impedir danos irreversíveis ou compromisso de um órgão ou função.
- Grau 3 – ameaça vital
 - Necessidade de intervenção *major* para impedir morte.
- Grau 4 – morte
 - Morte após reação adversa transfusional.

O Grau 4 somente deve ser utilizado se a morte for “possivelmente”, “provavelmente” ou “definitivamente” relacionada com a transfusão.

(IPST, 2011, p.11)

De acordo com dados obtidos através do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), para o ano de 2016, foram analisadas 414 reações adversas em recetores em 60 instituições, maioritariamente reações febris não hemolíticas, com 205 notificações, seguidas por reações alérgicas/urticariformes, com 114 notificações (IPST, 2016b).

Uma reação adversa é definida como “ (...) 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 interacção entre um receptor e um produto biologicamente activo” (IPST, 2011, p.3).

Um 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. (...) Pode ou não dar origem a uma reacção adversa” (IPST, 2011, p.3).

Da totalidade das reações adversas em recetores notificadas, 398 (96,12%) foram reações precoces e 16 (3,8%) reações tardias (IPST, 2016b). As reações transfusionais graves (por exemplo uma reação séptica grave ou uma reação hemolítica) podem ocorrer em breves minutos após o início da

administração do componente, pelo que é imprescindível identificar, saber atuar perante a sua ocorrência e notificar os eventos adversos que sejam suspeitos (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018).

Relativamente à gravidade, da totalidade de reações adversas notificadas, 46 foram classificadas como graves e 2 classificadas como casos de ameaça vital, das quais 1 com imputabilidade previsível/provável relacionada com uma reação alérgica/urticiforme e 1 com imputabilidade demonstrada, relacionada com uma reação hemolítica aguda (IPST, 2016b).

Uma reação adversa, quanto à imputabilidade pode ser:

- Definitiva (ou certa) – presença de evidências conclusivas de que o evento adverso foi atribuído à transfusão;
- Provável – prova clara da atribuição do efeito do evento adverso à transfusão;
- Possível – prova indeterminada/ presença de uma causa alternativa do efeito do evento adverso à transfusão.
- Improvável – prova clara da atribuição do efeito do evento adverso a outra causa que não a transfusão.
- Excluída – ausência de evidências que concluem o efeito do evento adverso relacionado à transfusão.

(IPST, 2011)

Relativamente aos quase-erro, foram notificados 245 em 35 instituições, 186 (75,92%) dos quais com origem no local de transfusão. A fase da cadeia onde ocorreu a maioria dos quase-erro correspondeu às áreas clínicas, antes de ter sido efetuado o envio do pedido do componente aos serviços de medicina transfusional, maioritariamente na colheita e identificação da amostra, com 99 notificações, seguida pela requisição, com 84 notificações. Os serviços de imuno-hemoterapia corresponderam ao local onde mais se detetaram os quase-erro (IPST, 2016b).

Em relação aos erros, foram notificados 31 em 18 instituições, 9 com consequências no recetor. Relativamente ao local de origem, 21 dos erros notificados foram originados no local de transfusão.

No que se refere à fase da cadeia, a maioria dos erros ocorreu na administração da transfusão, com 18 notificações, seguida pelo laboratório de estudos pré-transfusionais, com 6 notificações. Da totalidade dos erros notificados, 16 foram detetados no local da transfusão e 15 no serviço de imunohemoterapia (IPST, 2016b).

Por sua vez, um evento adverso é definido como uma “ocorrência indesejável e não pretendida antes, durante ou após a transfusão de componentes sanguíneos a qual pode 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 reacção num receptor” (IPST, 2011, p.3).

Na transfusão do componente, o erro humano, que pode ocorrer na fase de decisão da necessidade de transfundir, de identificação da amostra de sangue para tipagem, ou de identificação do doente aquando da administração do componente, exige um reforço da utilização de medidas de segurança, não somente as que se relacionam com a segurança infecciosa (DGS, 2012).

Relativamente à fase da decisão da necessidade de transfundir, e de forma a evitar erros, o prescritor deve:

- Efetuar uma avaliação clínica completa do doente e das suas necessidades individuais e decidir, posteriormente, a necessidade de tratamento através da administração de componentes sanguíneos ou através da utilização de outras estratégias;
- Registar no processo do doente a decisão tomada (a indicação da transfusão ou a alternativa escolhida);

(Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018)

- Assegurar que a terapia transfusional é efetuada apenas quando claramente indicada;
- Assegurar que o doente é adequadamente monitorizado durante todo o processo transfusional, por um profissional treinado, e que terá uma resposta imediata se houver uma reacção transfusional;
- Assegurar que os testes de compatibilidade foram realizados.

(New Zealand Blood Service, 2016)

Assim, o médico que requisita o componente sanguíneo tem a responsabilidade de garantir que:

- A transfusão dos componentes sanguíneos é clinicamente apropriada;
- Os benefícios esperados com a administração do componente sanguíneo superam os perigos potenciais;
- O consentimento informado do doente foi obtido e documentado;
- Os prestadores de cuidados do doente foram informados da prescrição do componente sanguíneo;
- Os fatores de risco do doente foram identificados e avaliados, bem como os requisitos especiais são documentados;
- A história de reações adversas medicamentosas, reações transfusionais anteriores e alergias conhecidas do doente foram identificadas.

(Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018)

A requisição de componentes sanguíneos deve dar uma instrução clara e legivelmente identificar o doente, devendo conter:

- A identificação correta do doente, incluindo o nome completo do doente, o número único de registo hospitalar, o género e a data de nascimento;
- A terminologia adequada ao componente sanguíneo a ser administrado;
- Os detalhes do tipo de componente sanguíneo necessário (o número de unidades, a data prevista de administração, o tipo de componente sanguíneo a ser administrado, o local onde vai ocorrer a sua administração e a urgência);
- Instruções especiais relacionadas com a administração, como por exemplo, a necessidade de utilizar um aquecedor de sangue ou terapêutica a ser administrada antes ou após a transfusão do componente;

- A identificação inequívoca do prescritor;
- Os requisitos especiais relacionados com o componente a transfundir.

(Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018)

- O diagnóstico clínico e indicações para a transfusão;
- Os valores analíticos basais do doente;
- Referência a história transfusional ou obstétrica;
- O tipo de cirurgia (se aplicável).

(Direção-Geral da Saúde, 2012)

Na fase da colheita de sangue para tipagem, a identificação correta do doente, antes da colheita da amostra, é vital no processo de transfusão. Os eventos adversos que se relacionam com os erros de identificação do doente são considerados como a causa mais comum de dano evitável, relacionado com a transfusão. Assim, deverá sempre ocorrer a identificação positiva do doente e a rotulagem das amostras de sangue deve ser realizada ao lado do mesmo (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018).

Na colheita e identificação da amostra de sangue, os tubos devem ser identificados à mão, na presença do doente e no momento em que o sangue é colhido, pelo profissional que obteve a amostra. Desta forma, o enfermeiro deve:

- Efetuar a identificação positiva do doente no momento da colheita da amostra, solicitando que o mesmo diga o seu nome completo e a sua data de nascimento;
- Certificar que os detalhes são idênticos na informação do doente *versus na* pulseira de identificação do doente *versus* nos detalhes na requisição do componente sanguíneo;
- Colher a amostra de sangue para o tubo correto (tubo de hemograma);

- Rotular o tubo da amostra à mão, de forma legível, o qual deve conter: o nome completo do doente, o número único de registo hospitalar, a data de nascimento, a data e a hora da colheita, bem como a assinatura do profissional responsável pela colheita.

(New Zealand Blood Service, 2016)

Após ter sido realizada a colheita e identificação correta da amostra de sangue do doente, é essencial que sejam realizados os testes pré-transfusionais, que ocorra a rotulagem adequada do componente, e que o seu envio seja efetuado para a área clínica onde irá ocorrer a sua administração, garantindo um armazenamento adequado do mesmo, até que ocorra a sua administração (Optimal Blood Use, 2010).

Na administração do componente, deve haver documentação adequada para cada doente, a qual deve conter os detalhes de identificação do doente e os detalhes específicos de identificação do componente sanguíneo solicitado.

Após a emissão do componente sanguíneo, o profissional que o recebe no local onde irá ocorrer a sua administração, é responsável por assegurar que as informações presentes no rótulo do componente sanguíneo são idênticas às presentes em toda a documentação do doente (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018). A verificação final junto do doente, antes do início da transfusão, é imprescindível para prevenir a ocorrência de um erro. Assim, na identificação do doente, o enfermeiro deve:

- Verificar se a pulseira está firmemente colocada no doente e se está legível;
- Verificar se a identidade do doente é idêntica à identificação presente na etiqueta de compatibilidade anexada ao componente sanguíneo;
- Verificar se a identificação do doente e dos detalhes do componente sanguíneo no documento de colheita de sangue, ou no documento de compatibilidade da transfusão (nos locais onde são utilizados) são idênticos;
- Verificar o tipo de componente sanguíneo.

(Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018)

A verificação da identidade do doente e do componente sanguíneo tem de ser efetuada por dois profissionais, ao lado do doente e de forma independente, por cada profissional. Após a mesma, deverá ocorrer o início imediato da administração, sendo ambos os profissionais responsáveis pelo registo de verificação. Perante a impossibilidade de uma administração imediata, após dupla verificação, deverá ser repetido todo o procedimento de verificação (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018).

Na presença de doentes inconscientes ou incapazes de comunicar, os procedimentos a adotar são:

- Identificar o doente através do número único de registo hospitalar ou do número episódio de urgência;
- Atualizar a informação no sistema administrativo assim que houver uma identificação do doente, colocando uma nova pulseira de identificação, mantendo-se o número único de registo hospitalar ou o número episódio de urgência idêntico;
- Atualizar os detalhes da identidade do doente somente após terminar uma situação médica crítica ou uma ressuscitação;
- Informar o serviço de sangue da alteração na identificação do doente.

(Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018)

Relativamente ao componente sanguíneo, e antes do início da sua administração, o enfermeiro deve:

- Verificar se as informações são coincidentes na etiqueta de compatibilidade anexada ao componente sanguíneo e na prescrição;
- Verificar se as informações são coincidentes na etiqueta de compatibilidade anexada ao componente sanguíneo e nas etiquetas que acompanham o componente sanguíneo;
- Verificar se o tipo de componente sanguíneo é igual na prescrição, no componente e na etiqueta de compatibilidade laboratorial;
- Verificar a data de validade do componente sanguíneo;

- Verificar a integridade do produto sanguíneo;
- Verificar a conformidade do componente sanguíneo com quaisquer requisitos especiais que estejam presentes na prescrição.

(Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018)

Relativamente aos cuidados a ter na administração do componente, o enfermeiro deve:

- Utilizar um cateter de calibre 18-20G para transfusão não emergente em adultos;
- Misturar cuidadosamente o componente sanguíneo antes da sua utilização, efetuando inversão suave do mesmo;
- Utilizar para a transfusão do componente, apenas os sistemas de perfusão estéreis com filtro;
- Garantir que não são administrados medicamentos em simultâneo. O único fluido endovenoso compatível com componentes sanguíneos é o Cloreto de Sódio a 0,9%. As soluções de eletrólitos e colóides contendo cálcio (como por exemplo o Haemaccel® e o Lactato de Ringer) podem causar coagulação da linha de infusão ou do saco do componente sanguíneo, e as soluções de dextrose a 5% em água, ou cloreto de sódio hipotónico, podem causar hemólise do componente;
- Garantir que não são administrados dois componentes sanguíneos, em simultâneo, pela impossibilidade de determinar qual dos mesmos poderá ter sido responsável por uma reação adversa, no caso da sua ocorrência;
- Evitar a transfusão durante a noite, sempre que seja possível;
- Iniciar a administração do componente sanguíneo, assim que o mesmo seja entregue na área clínica.

(Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018)

A monitorização do doente ao longo de toda a transfusão, bem como após o seu término, é imprescindível para que seja detetada a presença de uma reação transfusional, permitindo uma intervenção imediata, no caso da sua ocorrência.

As reações transfusionais não infecciosas podem ser:

- Reações transfusionais hemolíticas – reação hemolítica aguda; reação hemolítica retardada; ou reação serológica retardada (aloimunização);
- Reações transfusionais não hemolíticas – reação transfusional febril não hemolítica; reação alérgica; doença de enxerto contra hospedeiro associada à transfusão; púrpura pós-transfusional; lesão pulmonar aguda relacionada com transfusão; dispneia associada à transfusão; sobrecarga volémica associada à transfusão; reação transfusional hipotensiva; ou outras reações transfusionais, que incluem a hemossiderose, a hipercaliemia e complicações não classificáveis da transfusão.

(IPST, 2011)

Uma **reação transfusional hemolítica** “é 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).

Uma **reação hemolítica aguda** tem início nas primeiras 24 horas após uma transfusão, e manifesta-se com a presença de sinais e sintomas clínicos e laboratoriais de hemólise. Estes podem incluir febre, arrepios ou tremores, eritema facial, dor torácica, dor abdominal, dor lombar ou dor nos flancos, náuseas ou vômitos, diarreia, hipotensão, palidez, icterícia, oligúria ou anúria, hemorragias difusas e urina escura (IPST, 2011).

Entende-se como uma **reação hemolítica retardada**, uma reação cuja manifestação de sinais clínicos ou biológicos de hemólise ocorre entre 24 horas a 28 dias após a transfusão. Os sinais e os sintomas são semelhantes aos apresentados numa reação hemolítica aguda, embora usualmente sejam menos severos. De igual forma, poderá ocorrer um aumento inadequado ou uma descida inexplicada no valor de hemoglobina apresentada pelo doente, após ter ocorrido a transfusão do componente (IPST, 2011).

A **reação serológica retardada** (ou aloimunização) é definida como a “existência de anticorpos clinicamente significativos contra as células vermelhas e que não existiam previamente (...) sem sinais clínicos ou laboratoriais de hemólise” (IPST, 2011, p.5).

A **reação transfusional febril não hemolítica** 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: presença de febre, com uma 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, ou presença de tremores e calafrios, podendo o doente apresentar, também, cefaleias e náuseas (IPST, 2016a). De igual forma, poderá ocorrer uma reação transfusional febril não hemolítica, na ausência de febre, apresentando o doente tremores ou calafrios, sem febre associada (IPST, 2011). 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 (IPST, 2016a). 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.

Considera-se a ocorrência de uma **reação transfusional alérgica** quando o doente apresenta durante, ou por um período até 4 horas após ter sido interrompida a administração do componente, dois ou mais dos seguintes sintomas: edema dos lábios, da língua ou da úvula; edema conjuntival; edema, eritema e prurido periorbitário; angioedema localizado; dispneia; broncospasmo; hipotensão; rubor generalizado; rash maculopapular; prurido; ou urticária (IPST, 2016a).

A **doença de enxerto contra hospedeiro**, associada à transfusão, é definida como um síndrome clínico que se caracteriza pela presença de exantema, diarreia, febre, disfunção hepática, pancitopenia e presença de achados histológicos (aquando da realização de biópsia), os quais ocorrem num período entre 1 a 6 semanas após ter ocorrido a transfusão, tendo sido excluída a sua presença associada a outra causa (IPST, 2011).

Na **púrpura pós-transfusional**, ocorre trombocitopenia entre 5 e 12 dias após ter ocorrido a administração do componente, apresentando o doente anticorpos contra o sistema de antigénios plaquetários humanos (IPST, 2011).

Perante a ausência de lesão pulmonar aguda, prévia à administração do componente, considera-se estar presente uma **lesão pulmonar aguda relacionada com a transfusão** 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; os exames radiológicos do doente apresentam infiltrados bilaterais; e há ausência de sobrecarga circulatória (IPST, 2016a).

Perante a presença de uma dificuldade respiratória, por um período de 24 horas após a transfusão, a qual não apresente os critérios definidos para uma reação alérgica, para uma lesão pulmonar aguda relacionada com a transfusão, ou para uma sobrecarga volémica associada à transfusão, a mesma deverá ser considerada como uma **dispneia associada à transfusão** (IPST, 2016a).

A **sobrecarga volémica associada à transfusão** ocorre na presença, ou perante o agravamento, de três ou mais sinais ou sintomas, por um período até 6 horas após ter ocorrido a transfusão do componente. Os sinais ou sintomas apresentados são: presença de dificuldade respiratória aguda, presença de insuficiência cardíaca esquerda, balanço hídrico positivo, radiografia apresentando evidência de edema pulmonar e elevação do peptídeo natriurético cerebral e da pressão venosa central (IPST, 2016a).

Após exclusão de qualquer outra causa subjacente à presença de hipotensão, a **reação transfusional hipotensiva** caracteriza-se pela presença de hipotensão durante a administração, ou por um período até 1 hora após ter sido interrompida a transfusão. No adultos (idade superior ou igual a 18 anos), está presente quando ocorre uma diminuição da pressão arterial sistólica superior ou igual a 30 milímetros de mercúrio ou quando a mesma é inferior ou igual a 80 milímetros de mercúrio; nas crianças e nos adolescentes (entre 1 ano e os 18 anos), é considerada quando ocorre uma diminuição igual ou superior a 25% da pressão arterial sistólica de base; nos recém-nascidos e nas crianças pequenas (idade inferior a 1 ano ou qualquer idade com um peso corporal inferior a 12 quilogramas), classificada quando ocorre uma diminuição superior a 25% do valor basal apresentado pela medida de registo, como por exemplo, a pressão arterial média (IPST, 2016a).

Hemosiderose é definida com um valor de ferritina sanguíneo superior ou igual a 1000microgramas por litro, o qual pode ou não manifestar-se com a presença de disfunção orgânica, associada à administração sucessiva de unidades de concentrado de eritrócitos (IPST, 2011).

A hipercaliémia presente (com um valor superior a 1,5 ou um valor superior ou igual a 5 mml/litro) até 1 hora, após ter ocorrido a administração do componente, pode ser considerada como uma **hipercaliémia associada à transfusão** (IPST, 2011).

As **complicações não classificáveis da transfusão** relacionam-se com a presença de um efeito adverso ou de uma reação que não se inclui numa das classificações anteriormente definidas, a qual, a nível temporal, se relaciona com a transfusão, não existindo outro fator de risco relacionável com a sua manifestação, para além da administração do componente (IPST, 2011).

É fundamental o reconhecimento e atuação perante a ocorrência de uma reação transfusional, devendo ser notificado o evento, para que seja realizada investigação adequada e sejam implementadas ações de melhoria que previnam a sua ocorrência ou recorrência (Ministério da Saúde, 2015). De acordo com as recomendações do IPST (2016a), se o doente apresentar sinais ou sintomas que possam estar relacionados com uma reação transfusional aguda, dever-se-á:

- Suspender a transfusão e efetuar uma rápida avaliação clínica incluindo a verificação da identificação do doente, a verificação do rótulo de compatibilidade e a avaliação macroscópica do componente;
- Procurar evidências de ameaça de vida do doente, e atuar em conformidade, as quais podem estar relacionadas com problemas respiratórios, problemas circulatórios, administração do componente errado ou contaminação da unidade.

Perante evidências de ameaça de vida do doente, nas quais haja a presença de sintomas graves ou ameaça vital, dever-se-á notificar o evento ao serviço de medicina transfusional, devendo ser efetuada investigação adequada. Na ausência de evidências de ameaça de vida do doente, dever-se-á informar o médico assistente e:

- Perante sintomas moderados, os quais incluem uma temperatura superior a 39°C ou um aumento superior a 2°C e/ou perante a presença de outros sintomas (com exclusão de rash cutâneo ou urticária isolados),
 - Notificar o evento ao serviço de medicina transfusional, devendo ser efetuada investigação adequada, se os sintomas apresentados possam estar relacionados com a administração do componente;

- Documentar os motivos pelos quais não se considera necessário notificar o evento, se a presença dos sintomas não estiver relacionada com a administração do componente.
- Diante da presença de sintomas ligeiros, os quais incluem o aumento isolado da temperatura com um valor superior a 38°C ou um aumento de 1 a 2°C e somente a presença de rash cutâneo ou urticária isolados:
 - Documentar os motivos pelos quais não se considera necessário notificar o evento.
 - Atuar, abordando o evento como moderado ou grave, se houver um agravamento dos sintomas.

(IPST, 2016a)

A medicina transfusional sofre mudanças rapidamente, sendo essencial a utilização das diretrizes mais atuais, baseadas nas evidências. Os serviços de saúde devem manter a documentação do treino relacionado com a transfusão, o qual deverá ser atualizado, bem como deve ser feita uma avaliação da competência dos elementos da equipa envolvidos no processo (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018).

O enfermeiro é um profissional de saúde com um papel imprescindível em várias etapas da cadeia transfusional, cuja prática se impõe como determinante na diminuição dos riscos a que os doentes estão sujeitos perante a necessidade de realizar transfusão de componentes sanguíneos. Desta forma, a sua prática deve ser baseada na evidência científica, promovendo a melhoria contínua da qualidade na assistência aos doentes que presta cuidados. Este está presente nas seguintes fases do processo de transfusão de componentes sanguíneos:

- Na identificação doente, colheita e rotulagem da amostra inicial de sangue do doente;
- Na confirmação dos dados do doente e dos resultados analíticos apresentados pelo mesmo, com os dados presentes na requisição do pedido de componentes sanguíneos;
- Na identificação do doente, colheita e rotulagem da amostra de sangue do doente para tipagem;

- No envio da requisição do pedido de componentes sanguíneos para o serviço de imuno-hemoterapia, juntamente com a amostra de sangue para tipagem colhido;
- Na receção dos componentes sanguíneos emitidos pelo serviço de imuno-hemoterapia;
- No armazenamento correto das unidades de componentes sanguíneos após a sua emissão pelo serviço de imuno-hemoterapia;
- No processo de confirmação dos dados e administração dos componentes sanguíneos;
- Na monitorização dos doentes ao longo de todo o processo (antes, durante e após a administração de componentes sanguíneos).

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica exigem que seja assegurada uma “ (...) intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2011b, p.8656). As situações de emergência relacionadas com a administração de componentes sanguíneos requerem procedimentos específicos, pelo que os enfermeiros têm de ter uma base de conhecimentos sólidos para conseguir responder, em tempo útil, às exigências de uma situação crítica que requeira a transfusão emergente de componentes sanguíneos, garantido a segurança do doente.

De acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º28, “o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 inscreve-se no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS” (Ministério da Saúde, 2015, p.2). De forma a garantir a melhoria contínua da qualidade, é necessário identificar, avaliar e hierarquizar os riscos, reconhecendo as ações de melhoria a desenvolver (Ministério da Saúde, 2015). Assim, promover medidas preventivas face a situações potencialmente comprometedoras para os doentes, é essencial para o enfermeiro alcançar a excelência do exercício profissional.

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, cuja prática é essencial para que seja garantida a qualidade no processo de transfusão e, assim, a segurança do doente, o projeto de intervenção do estágio final foi desenvolvido na área da “Segurança transfusional no doente em serviço de urgência e responsabilidade do enfermeiro na qualidade do processo de transfusão sanguínea”, e foi intitulado como “Prática transfusional segura no doente em serviço de urgência - O papel do enfermeiro”.

3.2 – Enquadramento Concetual e Teórico

Seguidamente será realizado um enquadramento concetual e teórico onde se abordam os conceitos de segurança do doente, de hemovigilância, de qualidade, de pessoa em situação crítica, e de prática baseada na evidência, com descrição da importância da utilização do modelo para a mudança da prática baseada em evidências.

3.2.1 – Segurança do doente

A segurança do doente é definida como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”, sendo o mínimo aceitável entendido como a “noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (DGS, 2011, p. 14-15).

A garantia da segurança e da qualidade do sangue e dos seus componentes, bem como da segurança dos dadores, dos profissionais e do serviço prestado, que promova benefícios para os doentes, requer o desenvolvimento de um sistema de qualidade no qual seja planeada, controlada e garantida a melhoria contínua da qualidade (DGS, 2017a).

3.2.2 – Hemovigilância

De acordo com o Despacho n.º 1649/2017 de 21 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º37, a informação em saúde deve ser partilhada entre os vários intervenientes no processo, onde a apresentação dos dados obtidos através das diferentes entidades de saúde, especificamente na área do sangue, promovem a implementação de ações de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2017).

A transfusão de sangue e de componentes sanguíneos acarreta riscos, os quais podem estar relacionados com infeção ou com reações no recetor. Desta forma, todos os profissionais envolvidos nas diferentes fases da cadeia transfusional devem ser incentivados a monitorizar e a notificar eventos relacionados com a transfusão de componentes sanguíneos (New Zealand Blood Service, 2016).

O Instituto Português do Sangue e da Transplantação é a entidade responsável pela monitorização centralizada, a nível nacional, da atividade da medicina transfusional e dos serviços de sangue, recolhendo os dados provenientes das diferentes entidades hospitalares, incluindo os setores social, público e privado, as quais devem garantir mecanismos de recolha da informação (Ministério da Saúde, 2017). Assim, a hemovigilância diz respeito a um sistema de vigilância centralizado, que engloba toda a cadeia transfusional e inclui o seguimento dos doadores de sangue, o qual é responsável pela recolha de informações referentes a eventos ou incidentes ocorridos, desde a colheita até à transfusão de sangue ou dos seus componentes, e pela promoção de medidas preventivas à ocorrência ou recorrência dos mesmos (IPST, 2017).

3.2.3 – Qualidade

A qualidade é definida como “o grau com que os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (DGS, 2011,

p.17). Assim, a qualidade na saúde exige uma intervenção multiprofissional com um contexto de aplicação local (OE, 2012).

Um sistema de qualidade relacionado com a transfusão requer:

- Liderança, cuja gestão assume responsabilidade na melhoria da qualidade, devendo existir, a nível hospitalar, uma comissão da transfusão (ou equivalente);
- *Standards* ou especificações referentes quer aos produtos quer ao processo de transfusão, de acordo com as *guidelines*;
- Documentação com indicações escritas referentes ao trabalho a realizar e ao registo do trabalho realizado;
- Controlo das alterações nos procedimentos, garantindo o registo correto das mesmas;
- Avaliação ou auditoria relativamente ao desempenho realizado, de forma independente;
- Formação dos profissionais e avaliação dos seus conhecimentos e competências;
- Melhoria da qualidade através da aprendizagem com os erros, os quais devem ser analisados para melhorar a prática clínica, promovendo medidas preventivas da sua ocorrência ou recorrência.

(Optimal Blood Use, 2010)

No ano de 2001 a OE lançou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem onde se encontram definidas as seis categorias de enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem, as quais são: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012).

No exercício das suas funções, os enfermeiros procuram a identificação atempada dos problemas potenciais dos doentes, prescrevendo, implementando e avaliando intervenções que contribuam para evitar a sua ocorrência ou minimizar os efeitos indesejáveis que lhes são associados (OE, 2012), tendo o dever de atualizar continuamente os seus conhecimentos, pelo que as decisões na prática devem ser baseadas na evidência científica disponível (OE, 2015). Assim, promover medidas preventivas face à

ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados com o sangue, é essencial para promover a saúde dos doentes e garantir a segurança e a qualidade no processo de transfusão de componentes sanguíneos.

3.2.4 – Pessoa em situação crítica

Entende-se por pessoa em situação crítica “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011b, p.8656). Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica “exigem observação, colheita e procura contínua” de dados como forma de “conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2011b, p.8656). Esta assistência imediata requer um empenho crucial por parte dos enfermeiros, na aquisição e desenvolvimento de competências que sustentem tomadas de decisões fundamentadas, que promovam a segurança e a qualidade de vida dos doentes críticos.

As situações de emergência relacionadas com a administração de componentes sanguíneos requerem procedimentos específicos, e a sua transfusão sem provas de compatibilidade deve sempre ser considerada como uma situação de exceção, pelos riscos a ela associados. Devem ser realizados testes de compatibilidade o mais precocemente possível para que ocorra, com a maior brevidade conseguida, a administração de componentes sanguíneos após a sua realização. Desta forma, mesmo perante as situações de emergência, é fundamental a correta identificação do doente e da amostra de sangue para a realização dos testes pré-transfusionais (DGS, 2017a).

Na assistência de situações críticas que requeiram a transfusão urgente ou emergente de componentes sanguíneos, é imprescindível que os enfermeiros detenham conhecimentos sobre a evidência disponível e atuem de acordo com as normas de procedimento estabelecidas pela instituição, para conseguirem intervir em tempo útil, garantindo a segurança dos doentes.

3.2.5 – Prática baseada na evidência

A prática baseada na evidência significa “fazer as coisas de uma forma mais eficaz e com os mais elevados padrões possíveis, mas também assegurar que o que é feito, é feito bem – para que se obtenham mais resultados benéficos do que nocivos” (Craig & Smith, 2004, p.4).

De acordo com o Decreto-Lei n.º185/2015 de 2 de setembro, publicado no Diário da República, 1ª série, n.º 171, os serviços de sangue têm a responsabilidade de desenvolver e manter um sistema que garanta a qualidade do sangue e dos seus componentes, tendo por base as boas práticas. Assim, os serviços de sangue e de medicina transfusional têm o dever de manter uma atualização referentes aos procedimentos, manuais de referência e de formação, normas de orientação e relatórios (Ministério da Saúde, 2015).

Em todas as instituições onde seja realizada terapia transfusional, é necessário a existência de um sistema de gestão da qualidade, no qual devem ser desenvolvidas e mantidas políticas locais que garantam a utilização das melhores práticas transfusionais recomendadas (New Zealand Blood Service, 2016).

A documentação relativa à transfusão de sangue e dos seus componentes é essencial no sistema de qualidade da transfusão, promovendo instruções para os procedimentos e para a prática clínica. Os documentos devem incluir a normalização dos procedimentos e *guidelines* referentes às indicações clínicas para a transfusão, os quais devem ser revistos e atualizados regularmente (Optimal Blood Use, 2010). De acordo com as recomendações da União Europeia (2010), devem haver procedimentos normalizados relativamente aos procedimentos estabelecidos para os serviços de sangue, no acordo existente entre os serviços de sangue ou de medicina transfusional e a unidade hospitalar, e para o processo clínico transfusional.

Relativamente aos serviços de sangue, estes devem ter procedimentos normalizados referentes:

- À gestão do *stock* e inventário;
- Ao rastreio de componentes sanguíneos;

- À recepção das amostras de sangue;
- À realização dos testes de compatibilidade;
- À dispensa de componentes sanguíneos;
- À dispensa de componentes sanguíneos nas situações de urgência;
- À notificação de incidentes e eventos adversos;
- A informação essencial para os profissionais, relacionada com os componentes sanguíneos.

No que respeita ao acordo existente entre os serviços de sangue ou de medicina transfusional e a unidade hospitalar, deve haver documentação relativa:

- Ao requisito dos componentes sanguíneos ao serviço de sangue;
- Ao armazenamento e ao transporte dos componentes sanguíneos;
- À verificação da qualidade aquando da recepção dos componentes sanguíneos;
- Ao rastreio dos componentes sanguíneos;
- À hemovigilância;
- À gestão de *stock*.

Por fim, em relação ao processo clínico transfusional, os serviços de medicina transfusional e as unidades clínicas devem ter documentação sobre:

- O rastreio de componentes sanguíneos;
- Os procedimentos de descongelação de plasma fresco congelado;
- A avaliação da necessidade de realização de hemoterapia;

- O consentimento informado do doente;
- A requisição de componentes sanguíneos, bem como de produtos fracionados;
- A requisição de sangue em casos de cirurgia programada;
- Os procedimentos a adotar em caso de administração de componentes sanguíneos não urgentes e urgentes;
- A colheita de amostras de sangue para a realização de testes de compatibilidade;
- O transporte para o serviço de medicina transfusional, das amostras de sangue colhido;
- Os requisitos de aceitação das amostras de sangue colhido;
- O transporte dos componentes sanguíneos para o local de administração;
- A seleção e a utilização dos sistemas de transfusão de componentes sanguíneos;
- Os procedimentos de preparação, administração e ritmo de infusão;
- Os procedimentos relacionados com o aquecimento durante a infusão;
- A confirmação antes do início da administração do componente sanguíneo, bem como a realização de verificações à cabeceira do doente;
- A monitorização do doente ao longo de todo o processo de transfusão;
- A monitorização e a gestão de reações adversas.

(Optimal Blood Use, 2010)

De acordo com as evidências disponíveis, a DGS emitiu normas relativamente à utilização clínica dos componentes sanguíneos e à abordagem na transfusão maciça, sendo esta entidade responsável pela atualização permanente das mesmas. Assim, estão disponíveis normas referentes à utilização clínica

de concentrado eritrocitário no adulto, de concentrados plaquetários no adulto e de plasma no adulto, bem como à abordagem da transfusão maciça.

Para obter uma prática profissional segura e de qualidade, é necessário que os profissionais reflitam sobre os pressupostos considerados adequados uma vez que os mesmos são utilizados na prestação diária de cuidados aos doentes, pelo que, “a prática reflexiva é uma componente chave de cuidados de saúde baseados na evidência” (Craig & Smith, 2004, p.7). Desta forma, a prática deve ser revista e questionada de forma contínua e as decisões tomadas devem ser baseadas na evidência disponível (Mullally; Craig & Smith, 2004).

A prática reflexiva objetiva adequar a conduta de prestação de cuidados aos doentes e resulta em interrogações constantes sobre os procedimentos a realizar na assistência em saúde. Através da utilização do Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências, é possível ser produzida evidência, a qual permitirá obter uma prestação segura e de qualidade dos cuidados de saúde.

O Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências consiste num processo de desenvolvimento e integração de mudanças na prática, baseadas nas evidências. Este desenvolve-se ao longo de etapas e inicia-se com uma avaliação da necessidade de uma mudança na prática, culminando com a integração de um protocolo baseado em evidências (Rosswurm & Larrabee, 1999). Após ter sido identificado um problema relacionado com a prática, através do uso de sistemas de classificação e linguagem padronizados, são identificadas potenciais intervenções e selecionados os resultados. Através de uma síntese da melhor evidência disponível, na qual é efetuada uma avaliação da viabilidade, dos benefícios e dos riscos da sua aplicação na prática, é projetada e posteriormente implementada uma mudança na prática. A posterior avaliação dos seus resultados permitirá tomar uma decisão no que se refere à sua integração e manutenção na prática (Maramba, Richards, & Larrabee, 2004).

No âmbito da sua atuação, os enfermeiros têm o dever de manter uma atualização contínua dos conhecimentos e de analisar com regularidade a prestação, identificando possíveis falhas que necessitem de uma mudança de conduta (OE, 2015), pelo que a integração e a manutenção da prática baseada na evidência requer pesquisa seletiva e constante das informações científicas produzidas disponíveis. Através da produção da evidência científica ou da sua utilização e integração na prática de cuidados, é possível contribuir para a excelência do exercício profissional de enfermagem.

3.3 – Objetivos

Definiram-se como objetivos do PIP:

- Objetivo geral:
 - Aumentar a segurança dos doentes que necessitem de realizar terapia transfusional no SUMC.

- Objetivos específicos:
 - Consolidar os conhecimentos dos enfermeiros do SUMC sobre os procedimentos inerentes ao processo transfusional;
 - Uniformizar os procedimentos relacionados com a administração de componentes sanguíneos.

3.4 – Metodologia

Tendo em conta a importância da hemoterapia no tratamento de diversas situações de urgência e emergência, as exigências que a mesma requer em termos da qualidade ao longo de todo processo de transfusão sanguínea, para garantir a segurança dos doentes, bem como a responsabilidade do enfermeiro em diversas etapas da cadeia transfusional, e após reunião com a Professora Orientadora, com a Supervisora Clínica e com a Enfermeira-Chefe, definiu-se como área temática do projeto a segurança transfusional no doente em serviço de urgência e responsabilidade do enfermeiro na qualidade do processo de transfusão sanguínea.

Posteriormente, e para obter dados referentes ao SUMC, realizaram-se reuniões com o gestor do risco clínico e com o responsável pelo serviço de imuno-hemoterapia.

Da reunião realizada com o gestor de risco clínico, tomou-se conhecimento que foi atualizada, no ano de 2016, a Norma de Procedimento relativa às intervenções de enfermagem na administração de componentes sanguíneos e hemoderivados, com inclusão de novos critérios na auditoria ao processo clínico – hemovigilância, como uma ação para redução do risco relacionado com o processo transfusional. Através da referida reunião, obteve-se uma apreciação positiva do gestor do risco clínico relativamente à área temática do projeto, o qual a considerou como uma área na qual seria importante intervir.

Na instituição onde se desenvolveu o projeto, os registos referentes à hemovigilância são efetuados em impresso próprio, cuja existência é prévia à atualização da Norma de Procedimento que se encontrava em vigor na altura em que decorreu o estágio, com obrigatoriedade de preenchimento por todos os enfermeiros, aquando da administração de componentes sanguíneos. De referir que as auditorias são realizadas para os serviços de internamento, não sendo realizadas para o serviço de urgência.

Através da reunião realizada com o responsável pelo serviço de imuno-hemoterapia, obteve-se o número de componentes sanguíneos administrados no ano de 2016, quer na referida Unidade Hospitalar, quer no SUMC, sendo assim possível calcular a taxa de administração correspondente ao serviço onde o PIP seria implementado. Da totalidade dos 3312 compostos sanguíneos administrados por 29 serviços, 983 (29,68%) foram administrados no SUMC para o referido ano, verificando-se assim que a hemoterapia foi uma terapia com expressão assinalável no cuidado aos doentes no SU (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2017).

Posteriormente procedeu-se à formalização do pedido de parecer ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do CHUA, bem como à Comissão de Ética da UE (as autorizações podem ser consultadas nos anexos A e B, respetivamente). Embora o PIP não estivesse relacionado com a prestação de cuidados aos doentes, envolveu uma população de enfermeiros com recolha de informações pessoais e sigilosas, exigindo uma declaração de consentimento informado, as garantias de anonimato e confidencialidade dos participantes, bem como a apreciação das referidas Comissões de Ética.

Como forma de obter estratégias para atingir os objetivos definidos, bem como selecionar conteúdos que fossem imprescindíveis de incluir no plano formativo sobre transfusão de componentes sanguíneos, distribuiu-se um questionário pelos enfermeiros que se encontravam em prestação direta de cuidados no referido serviço (o qual poderá ser consultado no apêndice C, e o consentimento informado no apêndice D), correspondendo a 52 o número dos que se encontravam acessíveis. De igual forma, aplicou-se a grelha de auditoria aos impressos de registo da hemovigilância efetuada e aos processos clínicos dos doentes submetidos a terapia transfusional no SUMC, correspondentes às administrações de componentes sanguíneos ocorridos no período de tempo de um mês. Para cada transfusão, e de acordo com o procedimento realizado na referida unidade hospitalar, foi aplicada a grelha de auditoria para os primeiros e segundos componentes administrados, tendo-se obtido um número total de 40 componentes sanguíneos administrados para o primeiro componente e 23 componentes sanguíneos administrados para o segundo componente, no período de tempo definido.

O questionário foi elaborado para ser possível efetuar uma caracterização sociodemográfica dos enfermeiros e aferir, junto dos mesmos, a pertinência do tema, bem como analisar as suas perceções, os seus conhecimentos e a prática realizada no SUMC.

Numa fase posterior, procedeu-se à criação de uma *checklist* sobre Transfusão de Componentes Sanguíneos (apêndice E), bem como à elaboração do plano de sessão (apêndice F), dos diapositivos de apoio (apêndice G) e dos questionários de avaliação (apêndice H) das sessões de formação. A realização destes documentos teve por base uma pesquisa científica sobre as evidências disponíveis referentes à área temática em estudo, bem como a consulta da Norma de Procedimento em vigor no hospital.

Seguidamente procedeu-se ao agendamento das datas para a realização das sessões de formação, junto da Enfermeira-Chefe e da Supervisora Clínica, tendo em conta a disponibilidade dos recursos necessários à sua realização (espaço físico e meios audiovisuais).

De forma a ser possível implementar o plano formativo, efetuou-se um convite aos enfermeiros para participarem nas sessões de formação. Este foi realizado quer junto dos enfermeiros, quer através de correio eletrónico, ao qual se anexou um folheto de divulgação, de forma a possibilitar a participação de todos os elementos interessados. O folheto de divulgação foi também afixado no serviço, em local destinado a esse fim. Realizaram-se duas sessões de formação com a carga horária de sessenta minutos cada, onde estiveram presentes 27 enfermeiros, nas quais se utilizou uma apresentação *powerpoint* dos conteúdos a abordar, bem como foram apresentados os impressos

existentes na instituição, referentes ao processo transfusional, e a *checklist* elaborada. No final da apresentação das sessões de formação foi estabelecido um diálogo com os enfermeiros presentes, para perceber a sua opinião acerca da formação implementada no aumento da segurança dos doentes que necessitem de realizar terapia transfusional no SUMC, onde foram discutidos os pontos fortes e os pontos a serem melhorados, bem como se procedeu à entrega do questionário de avaliação das sessões, para ser possível obter dados referentes à sua apreciação.

3.5 – Recursos Utilizados

Os recursos utilizados para a realização do PIP foram:

- Questionário de caracterização sociodemográfica e de avaliação das perceções, dos conhecimentos e da prática dos enfermeiros;
- Grelha de auditoria dos impressos de registo de hemovigilância;
- Espaço Físico – auditório da Unidade Hospitalar de Portimão do CHUA;
- Meios audiovisuais (computador, projetor e tela de projeção);
- Apresentação *powerpoint* da sessão de formação;
- Questionário de avaliação das sessões de formação.

3.6 – Resultados e Discussão

Os resultados obtidos, através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, foram organizados e posteriormente introduzidos e processados na aplicação informática Excel. Seguidamente será efetuada uma apresentação e discussão dos mesmos. Na tabela que se segue (tabela n.º 3), encontram-se organizados os resultados relativos à caracterização dos enfermeiros do SUMC.

Tabela n.º 3 – Caracterização dos enfermeiros do SUMC

		Percentagem (%)
Género	Feminino	71,2%
	Masculino	28,8%
Tempo de exercício de funções como enfermeiro	≤ 5 anos	36,6%
	>5 – ≤10 anos	44,2%
	>10 – ≤ 15 anos	11,5%
	>15 – ≤ 20 anos	5,8%
	≥ 20 anos	1,9%
Título profissional	Enfermeiro	84,6%
	Enfermeiro-Especialista	15,4%
	• Médico-Cirúrgica	75,0%
	• Saúde Comunitária	12,5%
	• Reabilitação	12,5%
Tempo de prestação de cuidados no serviço de urgência	≤5 anos	48,1%
	> 5 – ≤10 anos	42,3%
	>10 – ≤ 15 anos	9,6%
	>15 – ≤20 anos	0%
Com Consulta da Norma de Procedimento desde que se encontra a prestar cuidados no serviço de urgência		80,8 %
Sem consulta da Norma de Procedimento desde que se encontra a prestar cuidados no serviço de urgência		19,2%
Com conhecimento da atualização da Norma de Procedimento em 2016		40,4%
Sem conhecimento da atualização da Norma de Procedimento em 2016		59,6%

Com conhecimento de todos os impressos sobre o processo transfusional	71,2%
Sem conhecimento de todos os impressos sobre o processo transfusional	28,8%
Com formação sobre terapia transfusional enquanto profissional de saúde	13,5%
• Formação ≤ 5 anos	71,4%
• Formação > 5 anos	28,6%
Sem formação sobre terapia transfusional enquanto profissional de saúde	86,5%

(Fonte: da própria)

Através dos dados obtidos verificou-se que a maioria dos enfermeiros pertencia ao género feminino (71,2%), exercia funções como enfermeiro entre 5 e 10 anos (44,2%) ou há menos de 5 anos (36,6%), prestava cuidados no referido SU há menos de 5 anos (48,1%) ou entre 5 e 10 anos (42,3%), e somente 15,4% tinha o título de Enfermeiro Especialista.

Relativamente à Norma de Procedimento, apurou-se que 80,8% referiu ter consultado a mesma desde que se encontrava a prestar cuidados no serviço de urgência, correspondendo a 40,4 a percentagem dos que referiram ter conhecimento da sua atualização no ano de 2016 e 59,6 a percentagem daqueles que desconhecia. As Normas de Procedimento ou Normas de Orientação Clínica são “uma reflexão do que se supõe ser a melhor prática clínica com potencial para produzir marcados ganhos em saúde”. Estas devem basear-se na melhor evidência científica e servem como referência para a qualidade em saúde (Roque, Bugalho, & Vaz Carneiro, 2007, p.9).

No que diz respeito aos impressos, 71,2% dos enfermeiros referiu ter conhecimento de todos os impressos disponíveis na instituição, relacionados com o processo transfusional, correspondendo a 28,8% o número dos que considerou não conhecer.

Da totalidade dos enfermeiros, 86,5% referiu nunca ter tido formação sobre terapia transfusional, enquanto profissional de saúde.

Entre outros, foi possível obter dados referentes à perceção dos enfermeiros relativamente ao processo transfusional, relacionados com os seus conhecimentos e com a prática transfusional realizada no SUMC, os quais seguidamente serão apresentados na tabela n.º 4.

Tabela n.º 4 – Perceção dos enfermeiros relativamente ao processo transfusional
(conhecimentos e prática profissional)

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Qualquer transfusão de componentes sanguíneos acarreta riscos, podendo trazer um prejuízo fatal para o doente.	0%	0%	3,9%	19,2%	76,9%
Sinto que sei agir corretamente em caso de ocorrência de uma reação adversa associada à administração de componentes sanguíneos	0%	5,8%	26,9%	51,9%	15,4%
Conheço todos os procedimentos estabelecidos pela instituição onde presto cuidados, em caso de ocorrência de uma reação adversa associada à administração de componentes sanguíneos	0%	21,2%	36,5%	36,5%	5,8%
Gostaria de me sentir mais seguro em alguns procedimentos relacionados com o processo transfusional	0%	3,8%	5,8%	55,8%	34,6%
A administração de componentes sanguíneos no serviço de urgência é sempre efetuada de forma segura.	1,9%	13,5%	23,0%	55,8%	5,8%
A vigilância de um doente que se encontre a realizar transfusão de um componente sanguíneo, no serviço de urgência, é sempre efetuada de forma segura.	5,8%	17,3%	36,5%	38,5%	1,9%
Poderia haver uma maior segurança no processo transfusional realizado no serviço de urgência	0%	0%	5,8%	44,2%	50%

(Fonte: da própria)

Através da consulta dos dados obtidos, verificou-se que 96,1% (76,9% concorda totalmente e 19,2% concorda) dos enfermeiros considerou que qualquer transfusão de componentes sanguíneos acarreta riscos, podendo trazer um prejuízo fatal para o doente.

Embora 67,3% (15,4% concorda totalmente e 51,9% concorda) dos enfermeiros tenha considerado saber agir (26,9% não concorda nem discorda) perante a ocorrência de uma reação adversa, apenas 42,3% (5,8 concorda totalmente e 36,5% concorda) considerou conhecer todos os procedimentos estabelecidos pela instituição, no caso da sua ocorrência (salienta-se que 21,2% considerou não saber e 36,5% não concordou nem discordou). Contudo, quando questionados relativamente ao conhecimento de todos os impressos disponíveis na instituição, relacionados com o processo transfusional, 71,2% dos enfermeiros referiu conhecer, correspondendo a 28,8 a percentagem dos que consideram desconhecer. Os procedimentos estabelecidos pela instituição, em caso de ocorrência de uma reação adversa, indicam que a mesma deverá ser registada no processo clínico do doente, no impresso onde se regista a hemovigilância efetuada (o qual apresenta um local destinado a esse registo), bem como num impresso existente para a notificação de incidentes ou eventos adversos ocorridos.

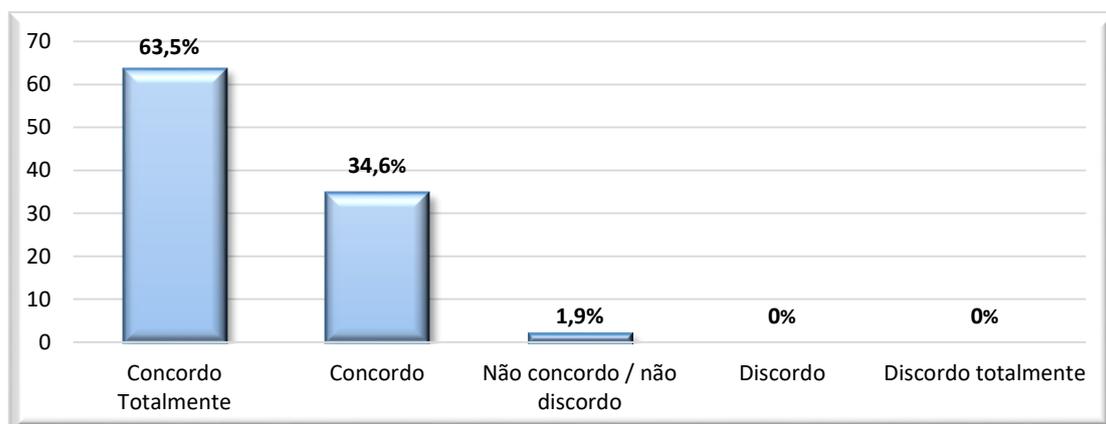
A obtenção dos resultados acima mencionados colocou a necessidade de sensibilizar os enfermeiros para a importância das notificações de incidentes ou eventos adversos. Tal como descrito nas Recomendações do Conselho da União Europeia, estas permitem “determinar o grau e as causas dos eventos adversos para definir soluções e intervenções eficazes” e os trabalhadores do setor da saúde devem ser incitados a adotar práticas ativas de notificação num “ambiente de notificação que seja aberto, justo e não punitivo” (Conselho da União Europeia, 2009, p.2-3). De acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, o Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020 tem como objetivo estratégico número 8 “assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes”. Assim, “a Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança (...) que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria” garantindo a “confidencialidade ao notificador e o anonimato da informação notificada e reportada” (Ministério da Saúde, 2015, p.9).

De igual forma, constatou-se que 90,4% (34,6% concorda totalmente e 55,8% concorda) gostaria de sentir maior segurança em procedimentos relacionados com o processo transfusional.

Relativamente à hemovigilância realizada no SUMC, e embora a maioria dos enfermeiros tenha considerado haver sempre uma administração (61,6%, dos quais 5,8% concorda totalmente e 55,8% concorda) e vigilância (40,4%, dos quais 1,9% concorda totalmente e 38,5% concorda) seguras, de componentes sanguíneos no SU, outros não concordaram. Todavia, correspondeu a 94,2 (50% concorda totalmente e 44,2% concorda), a percentagem daquelas que consideraram que seria possível aumentar a segurança no processo transfusional, realizado no serviço de urgência.

No gráfico que se segue (gráfico n.º 1), apresenta-se a perceção dos enfermeiros relativa à influência da formação sobre o processo transfusional na diminuição de eventos adversos

Gráfico n.º 1 – Perceção dos enfermeiros relativa à influência da formação sobre o processo transfusional na diminuição de eventos adversos



(Fonte: da própria)

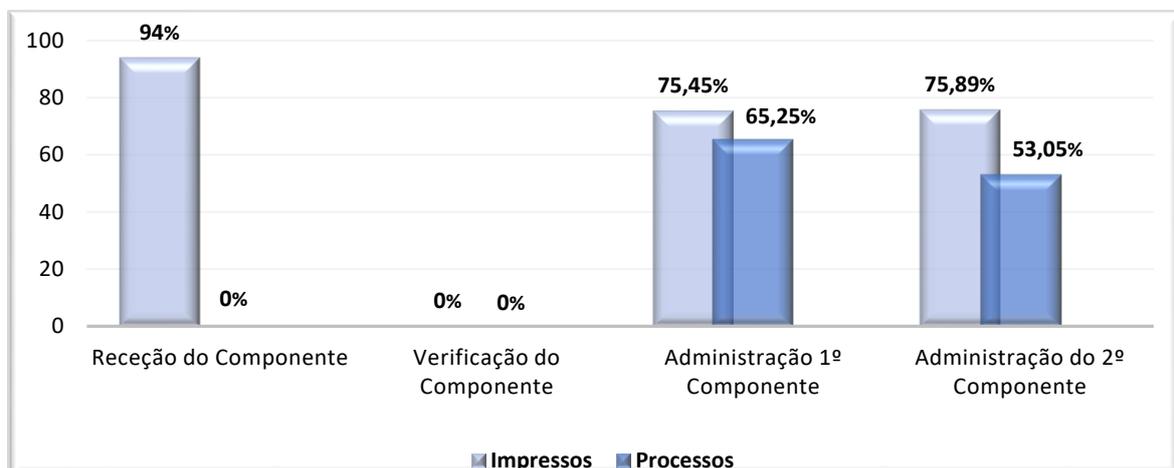
Os resultados acima apresentados revelaram que 98,1% (63,5% concorda totalmente e 34,6% concorda) foi da opinião que a formação dos profissionais sobre o processo transfusional é imprescindível para diminuir a ocorrência de eventos adversos relacionados com a transfusão de componentes san-

guíneos. Através da consulta dos dados da caracterização sociodemográfica dos enfermeiros, verificou-se que 86,5% referiu nunca ter realizado formação sobre terapia transfusional, enquanto profissional de saúde. De acordo com as recomendações da Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion Council (2018), os serviços de saúde devem promover a educação, o treino e a avaliação da competência dos profissionais, para garantir um reconhecimento e uma resposta adequada face à presença de eventos adversos.

A obtenção dos resultados acima apresentados levou a que se considerasse que os enfermeiros percecionaram a área temática do projeto como pertinente e merecedora de intervenção.

Os resultados dos registos globais dos enfermeiros sobre a hemovigilância realizada foram agrupados por categorias (recepção do componente, verificação do componente, administração do 1º componente e administração do 2º componente) e apresentam-se no gráfico que se segue (gráfico n.º 2).

Gráfico n.º 2 – Registos globais dos enfermeiros referentes à hemovigilância realizada



(Fonte: da própria)

Os dados acima apresentados, permitiram constatar que a categoria relativa à verificação do componente não obteve qualquer tipo de registo por parte dos enfermeiros. De igual forma foi possível observar que, embora se tivessem obtido registos para a maioria das categorias, as taxas foram distintas entre categorias.

Seguidamente apresentam-se na tabela n.º 5, os resultados dos registos dos enfermeiros referentes aos novos critérios incluídos na auditoria ao processo clínico, os quais não estão presentes nas folhas de registo de hemovigilância, como anteriormente foi referido.

Tabela n.º 5 – Registos dos enfermeiros referentes aos novos critérios incluídos na auditoria ao processo clínico

	Impressos de hemovigilância	Processo clínico
Receção do componente		
Enfermeiro responsável pela receção	70,0%	0%
Verificação do componente		
Estado do componente	0%	0%
Data de validade	0%	0%
Nº dador nas etiquetas	0%	0%
Administração do 1º componente		
Confirmação por dois enfermeiros dos dados	42,5%	0%
Enfermeiro responsável pelo início da administração	15,0%	100%
Parâmetros vitais após 15 minutos de administração	0%	0%
Administração do 2º componente		

Confirmação por dois enfermeiros dos dados	52,2%	0%
Enfermeiro responsável pelo início da administração	17,4%	82,6%
Parâmetros vitais após 15 minutos de administração	0%	0%

(Fonte: da própria)

Assim verificou-se que, embora 80,8% dos enfermeiros tivesse referido ter consultado a Norma de Procedimento, dos quais 40,4% afirmou saber que a mesma foi atualizada, nalguns dos novos critérios incluídos obtiveram-se registos e noutros não houve qualquer tipo de registo, pelo que se pode constatar que os novos critérios incluídos são do conhecimento dos enfermeiros.

De forma semelhante ao anteriormente observado, para aqueles que obtiveram registo, as taxas foram distintas, tendo sido possível verificar que a informação por vezes foi registada na folha de hemovigilância, outras vezes no processo clínico do doente, outras vezes em ambos os sítios. Perante o exposto, constatou-se que não existia uniformização nos registos dos enfermeiros em alguns dos procedimentos relacionados com a administração de componentes sanguíneos.

Relativamente à recepção do componente, verificou-se que correspondeu a 70% o registo do enfermeiro responsável pela mesma. De acordo com as recomendações da Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion Council (2011), na recepção do componente, quando existe um sistema de tubos pneumáticos (procedimento efetuado no serviço onde se desenvolveu o PIP) para transportar componentes sanguíneos, deve ser garantida a pronta recolha do componente transportado, incluindo um mecanismo para notificar o envio e a chegada do produto, bem como devem serem instituídos procedimentos de verificação adequados para evitar a alocação incorreta de componentes sanguíneos para o local ou para o doente incorreto. Quando o componente sanguíneo chega à área clínica onde foi solicitado, deverá ser um elemento da equipa devidamente treinado a efetuar a confirmação referente à entrega do produto sanguíneo correto (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018). De acordo com os procedimentos estabelecidos na instituição onde se realizou o projeto, a recepção de componentes sanguíneos deverá ser feita exclusivamente por um enfermeiro.

De igual forma, verificou-se que não houve qualquer registo referente à verificação do componente. De acordo com as recomendações da Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion Council (2018), e como anteriormente foi referido, deve ser verificado/a:

- Se as informações são coincidentes na etiqueta de compatibilidade anexada ao componente sanguíneo e na prescrição;
- Se as informações são coincidentes na etiqueta de compatibilidade anexada ao componente sanguíneo e nas etiquetas que acompanham o componente sanguíneo, relativamente ao nome completo do doente, à data de nascimento, ao número único de registo hospitalar, ao grupo sanguíneo e ao número único de dador/lote;
- Se o tipo de componente sanguíneo é igual na prescrição, no componente e na etiqueta de compatibilidade laboratorial;
- A data de validade do componente sanguíneo;
- A integridade do produto sanguíneo, a qual é confirmada pela exclusão de embalagens com qualquer vazamento ou danificadas, e pela ausência de alteração de coloração, evidência de hemólise ou presença de grandes coágulos;
- O componente sanguíneo quanto à conformidade com quaisquer requisitos especiais que estejam presentes na prescrição.

A confirmação final ao lado do doente é crucial para a prevenção de erros de transfusão, possibilitando a garantia da administração do componente certo ao doente certo (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018).

Na categoria administração do componente, verificou-se que o registo referente à confirmação por dois enfermeiros dos dados, somente foi registado na folha de registo de hemovigilância, tendo obtido uma taxa de 42,5% para o primeiro componente (num total de 40 componentes administrados) e uma taxa de 52,2% para o segundo componente (num total de 23 componentes administrados). Como anteriormente foi referido, a verificação da identidade do doente e do componente sanguíneo deve ser efetuada por dois profissionais, ao lado do doente, imediatamente antes da administração do componente. 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. O registo de confirmação tem de ser efetuado pelos dois profissionais. Após a dupla verificação, a administração do componente sanguíneo deverá ser iniciada imediatamente. Perante a impossibilidade de se efetuar a administração imediata, o processo de verificação deverá ser repetido. (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018).

Relativamente à assinatura do enfermeiro responsável pelo início da administração, observou-se que houve registo em ambos os sítios. Contudo, observando a taxas obtidas, verificou-se que se obtiveram taxas elevadas de registo nos processos clínicos dos doentes (100% e 82,6% para o primeiro e segundo componente, respetivamente), contrariamente às taxas obtidas para o mesmo item nas folhas de registos de hemovigilância (15,0% e 17,4% para o primeiro e segundo componente, respetivamente). O início da administração do componente deverá ser efetuado por um dos dois elementos responsáveis pela confirmação independente do doente e do componente, sendo da sua responsabilidade garantir que é apropriada a realização da transfusão naquele momento (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018).

Os parâmetros vitais devem ser medidos e registados, como mínimo, antes do início, 15 minutos após o início da administração e no fim da administração de cada unidade individual de componente sanguíneo. Contudo e, de acordo com as recomendações da Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion Council (2018), em áreas especializadas apropriadas, com experiência em transfusão, instituições individuais poderão considerar a observação visual contínua do doente durante os primeiros 15 minutos de administração, como uma alternativa razoável de se efetuar uma mensuração do sinal vital através do estado clínico do doente.

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. A frequência e registo dos parâmetros vitais deve ser ajustada de acordo com a condição clínica individual de cada doente (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2018). 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 (New Zealand Blood Service, 2016).

Através da observação dos resultados, verificou-se que o item referente ao registo dos parâmetros vitais 15 minutos após o início da administração do componente não obteve nenhum registo. As reações graves e potencialmente fatais (por exemplo, choque anafilático, sépsis e lesão pulmonar aguda

relacionada com a transfusão) podem ocorrer subitamente e progredir rapidamente, pelo que a necessidade de se manter uma monitorização do doente é fundamental durante a administração do componente sanguíneo (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2011). De igual forma, as reações graves são mais prováveis de ocorrer no período de 15 minutos após o início da administração do componente (New Zealand Blood Service, 2016). De acordo com a Norma de Procedimento em vigor, os parâmetros vitais também deverão ser registados pelos enfermeiros nos primeiros 15 minutos após o início da transfusão do componente.

Perante o exposto, identificaram-se como possíveis estratégias para consolidar os conhecimentos dos enfermeiros sobre os procedimentos inerentes ao processo transfusional e uniformizar os procedimentos relacionados com a terapia transfusional, a criação de uma *checklist* que sistematizasse todo o processo de transfusão de componentes sanguíneos e a implementação de um plano formativo que incluísse:

- A apresentação dos impressos disponíveis na instituição, relacionados com a transfusão de componentes sanguíneos;
- A exposição dos procedimentos estabelecidos pela instituição, em caso de ocorrência de uma reação adversa;
- A descrição das etapas da cadeia transfusional e dos procedimentos definidos para cada etapa;
- A discussão relativa à importância da verificação dos novos critérios incluídos na norma de procedimento, no aumento da segurança do doente submetido a terapia transfusional.

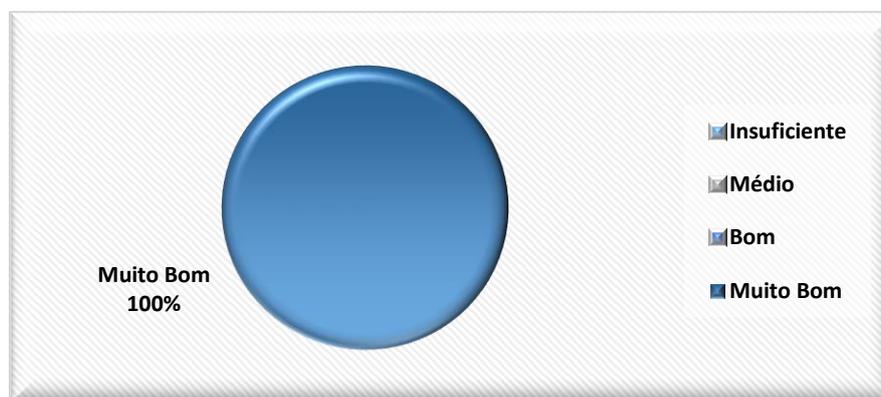
O regime de hemovigilância independente e profissional de Reino Unido recomenda a utilização de uma *checklist* como padrão de cuidados, ao lado do doente, para que possa ser efetuada uma verificação final da administração antes de ser realizada a transfusão. Esta lista permitirá evitar erros de administração, bem como será a última oportunidade de se poder detetar algum erro que possa ter ocorrido no processo transfusional anteriormente (Serious Hazards of Transfusion, 2017).

No final das sessões formativas e, após o parecer positivo da Enfermeira-Chefe e da Supervisora Clínica, apresentou-se a *checklist* realizada, embora na altura de término da produção deste RE, ainda se aguarde a aprovação do Conselho de Administração relativamente à sua implementação. Desta

forma, pretendeu-se dar a conhecer aos enfermeiros a *checklist* elaborada, bem como realizar um resumo dos potenciais benefícios advindos da sua aplicação futura. Através do diálogo estabelecido com os mesmos, foi possível apurar que estes se mostraram recetivos relativamente à sua utilização, tendo a mesma sido percecionada como uma possível estratégia benéfica na prevenção dos erros relacionados com a transfusão de componentes sanguíneos realizada no SUMC.

Através da aplicação do questionário de avaliação das sessões de formação foi possível, entre outros, obter dados da perceção dos enfermeiros acerca da pertinência dos conteúdos abordados na formação, bem como acerca da contribuição da sua realização na possibilidade de consolidação de conhecimentos e na possibilidade de aumentar a segurança na abordagem de procedimentos relacionados com o processo transfusional. Os resultados serão apresentados nos gráficos n.º 3, 4 e 5, respetivamente. A totalidade dos resultados obtidos, através do preenchimento do questionário de avaliação das sessões de formação realizadas, poderá ser consultada no apêndice I.

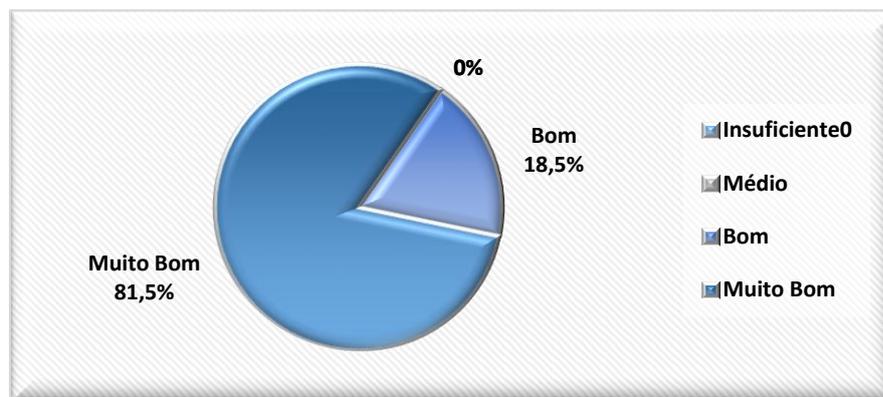
Gráfico n.º 3 – Perceção dos enfermeiros relativamente à pertinência dos conteúdos abordados na formação



Fonte: da própria

Diante do exposto, verificou-se que a totalidade dos enfermeiros presentes nas sessões de formação consideraram adequados os conteúdos que foram abordados na mesma.

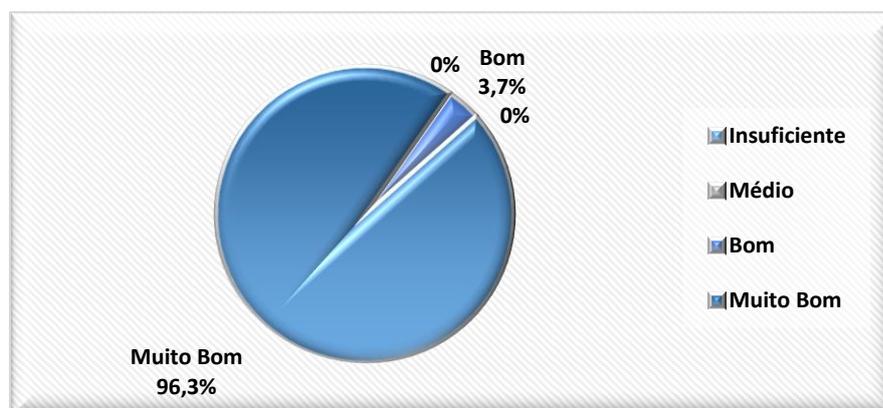
Gráfico n.º 4 – Perceção dos enfermeiros relativamente à influência da formação na consolidação de conhecimentos



Fonte: da própria

Assim, verificou-se que todos os enfermeiros presentes nas sessões de formação consideraram que a formação implementada foi benéfica na consolidação de conhecimentos sobre o processo transfusional, correspondendo a 18,5% os que a avaliaram como boa e 81,5% aqueles que a perceberam como muito boa.

Gráfico n.º 5 – Perceção dos enfermeiros relativamente à influência da formação no aumento da segurança na abordagem de procedimentos relacionados com o processo transfusional



Fonte: da própria

Diante do exposto, observou-se que a totalidade dos enfermeiros percecionou a sessão de formação como benéfica no aumento da segurança na abordagem de procedimentos relacionados com o processo transfusional, correspondendo a 3,7 a percentagem dos que a avaliaram como boa e 96,3% os que a consideraram como muito boa.

3.7 – Conclusão

A análise dos dados acima apresentados levou a que se considerasse que a formação em serviço implementada foi percecionada, pelos enfermeiros presentes nas sessões realizadas, como benéfica para consolidar conhecimentos sobre os procedimentos inerentes ao processo transfusional e para aumentar a segurança no processo de transfusão sanguínea realizado no SUMC. Seria vantajoso realizar uma observação participante e examinar os dados registados da prática dos enfermeiros, como forma de avaliar os benefícios da formação ministrada. Contudo, as limitações temporais apenas nos permitiram planear esta avaliação, a qual é encarada como uma oportunidade futura.

Embora a implementação da *checklist* aguarde a autorização da instituição, em caso de parecer positivo da mesma, poder-se-á avaliar a taxa da sua utilização e, simultaneamente, aplicar a grelha de auditoria aos impressos de registo de hemovigilância e aos processos clínicos dos doentes submetidos a terapia transfusional, 2 meses após o início do seu uso. Esta avaliação permitirá obter conclusões relativamente à sua utilização e, assim, decidir se a mesma deverá ser mantida, alterada ou rejeitada. Caso se confirme que a sua utilização é benéfica, seria vantajoso e necessário realizar uma re-avaliação da mesma, a qual poderia ocorrer nos períodos previstos às auditorias realizadas aos serviços de internamento.

Através de uma pesquisa e seleção da evidência científica disponível sobre o processo de transfusão de componentes sanguíneos, no PIP foram planeadas e concretizadas intervenções com vista à promoção de uma conduta preventiva e antecipatória de situações potencialmente comprometedoras da segurança dos doentes submetidos a hemoterapia no SUMC.

Refletindo sobre o objetivo geral e os objetivos específicos que compuseram o PIP, e através dos dados obtidos da percepção dos enfermeiros sobre a formação implementada, considera-se ter alcançado os objetivos inicialmente definidos.

O estágio final permitiu desenvolver e implementar um projeto que poderá ter uma continuação futura, no qual foram planeadas intervenções que permitirão a sua avaliação posterior.

As atividades acima descritas referem-se a um caminho através do qual foi efetuada uma tentativa de diminuir a probabilidade de ocorrência de incidentes no local da transfusão, com a máxima do aumento da segurança dos doentes.

4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Seguidamente será efetuada uma análise reflexiva sobre as atividades realizadas, quer ao longo do percurso profissional, quer ao longo dos estágios previstos neste mestrado (estágio I e estágio final), passíveis de adquirir e desenvolver as Competências de Mestre, as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

Como anteriormente foi referido, as competências serão apresentadas de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, republicado como anexo do Decreto-Lei n.º 115/2013, publicado no Diário da República, 1ª série, n.º151 (Ministério da Educação e Ciência, 2013) referentes às competências de mestre, e os Regulamentos n.º 122/2011 e 124/2011 de 18 de fevereiro, publicados no Diário da República, 2.ª série, n.º35 (OE, 2011a & 2011b), relativos às competências comuns dos enfermeiros especialistas e às competências específicas dos enfermeiros especialistas em pessoa em situação crítica, respetivamente.

As Competências de Mestre serão apresentadas conjuntamente com as Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista, uma vez que foi a soma das atividades desenvolvidas que permitiu a aquisição e o desenvolvimento da totalidade de competências previstas para este mestrado.

Para as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista será efetuada uma análise reflexiva entre as Competências de Mestre e cada um dos quatro domínios, os quais são: o da responsabilidade profissional, ética e legal; o da melhoria contínua da qualidade; o da gestão dos cuidados; e o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2011a).

4.1 – Competências de Mestre e Comuns de Enfermeiro Especialista

Competência de Mestre n.º 3 e Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Competência de Mestre n.º 3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais

A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

- **Competência A1** – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção
- **Competência A2** – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

No exercício de funções, as decisões foram tomadas de forma a promover a proteção dos direitos humanos, tendo em consideração o domínio da responsabilidade ética e profissional e o enquadramento jurídico, suportadas pelos princípios, valores e normas deontológicas que regulam a profissão.

De forma a consolidar e a rever alguns conceitos fundamentais que regulam a profissão de enfermagem, procedeu-se à revisão do REPE. De igual modo, foi também realizada uma consulta do código de ética do hospital e da legislação em vigor, para possibilitar uma adequação da conduta na prática. Nos serviços de urgência, variadas são as situações que ocorrem diariamente as quais, por vezes, suscitam dúvidas quanto ao comportamento a adotar, de forma cumprir e a zelar pelo cumprimento das normas deontológicas e da legislação. Assim, o empenho em aprofundar os conhecimentos nestes domínios esteve presente ao longo de todo o percurso.

Ao ver o doente como centro dos cuidados, houve sempre um esforço para que fossem respeitadas as suas decisões, com abstenção de juízos de valor e salvaguardando sempre a proteção e a defesa da pessoa humana, com empenho por se ter sempre presente a consciência das responsabilidades profissionais inerentes à profissão de enfermagem.

Na assistência aos doentes, procedeu-se de forma a assisti-los e não substituir ou tomar decisões pelos mesmos, tendo sido respeitadas as suas crenças, os seus costumes e os seus valores, mesmo quando as opções não foram coincidentes com as que, enquanto profissional de saúde, mais se desejasse para uma situação em particular. Esta atuação baseia-se num exercício de crescimento pessoal, onde o respeito pela liberdade e pela dignidade são cruciais e onde se deve aprender a cuidar sem discriminar, promovendo um cuidado holístico e que garanta a atribuição de igual valor à vida de todos os doentes.

O respeito pela privacidade do doente foi sempre merecedor de grande cautela, ao longo de toda a prática. A presença de um elevado número de doentes, que às vezes se verifica no SUMC, associada ao elevado número de pessoas nele presente (nomeadamente visitas, familiares, profissionais de saúde, voluntários, entre outros), exige que a privacidade do doente não possa ser descurada, mesmo perante o aumento do número de intervenções a realizar.

De igual forma, houve um esforço para que fosse conferido rigor técnico e científico às intervenções praticadas, atuando de acordo com uma conduta preventiva, promotora da diminuição da ocorrência ou re-ocorrência de incidentes, sendo um exemplo disso o PIP desenvolvido no estágio final. Assim, as decisões tomadas foram baseadas numa atualização permanente de conhecimentos, obtidos quer através da pesquisa da evidência científica mais atual, quer através da consulta das normas hospitalares, para que as mesmas pudessem ser as mais conscientes e seguras, com vista à obtenção de uma prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade. Estas foram acompanhadas por todo um processo reflexivo ao longo do estágio, no qual foi assumida a responsabilidade inerente à atuação praticada ou delegada, tendo sido avaliado o resultado das intervenções realizadas, adequando o comportamento adotado sempre que foi considerado necessário.

Ainda no que se relaciona com a prática de cuidados, houve um empenho em assegurar a continuidade dos cuidados prestados, bem como um esforço por ter presente a consciência da área de competência profissional, pelo que foram tidas em conta quer as intervenções autónomas, quer as interdependentes, inerentes aos cuidados de enfermagem.

Um projeto terapêutico singular é entendido como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar (...) é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a atender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações” (Silva et al., 2013, p.199). Embora o foco do projeto terapêutico singular seja o doente (em toda a sua singularidade), este deve incluir a participação da família do mesmo, bem como a sua rede social, com o objetivo de tornar o doente ativo na construção do processo de saúde (Silva et al., 2013). Assim, e tendo presente a multiplicidade de profissionais de saúde necessários para que se promova o máximo potencial de saúde dos doentes, as decisões sobre o projeto terapêutico dos doentes foram tomadas em equipa, tendo sido realizada uma reflexão sobre as mesmas, para que fosse possível organizar os cuidados de enfermagem, adquirir a satisfação do doente, promover a sua saúde, o seu bem-estar e o autocuidado, prevenir complicações, bem como promover a sua readaptação funcional (OE, 2012).

Embora a prestação de cuidados num SU seja, muitas vezes, associada à promoção da saúde, a qual é encarada como uma máxima na assistência dos doentes, especialmente nas situações de doença crítica e/ou falência orgânica, é fundamental atuar tendo presente o respeito pela pessoa em fim de vida e o respeito pelo corpo após a morte. Cada situação de saúde é individual e merecedora de igual consideração, pelo que, na conduta da prestação de cuidados, o esforço por alcançar o máximo rigor técnico jamais poderá ser ultrapassado pela consciência que, na assistência ao doente, se atua enquanto enfermeiro. Desta forma, considera-se ser tão crucial promover a vida de uma pessoa, como respeitá-la e assisti-la no fim da sua vida. Assim, no exercício de funções, houve sempre um esforço por se prestarem cuidados com dignidade ao doente em fim de vida, onde foi efetuada uma tentativa de respeitar a vontade dos doentes e dos seus familiares.

Pelas condicionantes inerentes ao ambiente de um SU, muitas vezes é necessário arranjar estratégias para ser possível assistir, com a máxima dignidade possível, os doentes em fim de vida, bem como a sua família, pelo que tem ocorrido uma reflexão constante sobre os comportamentos adotados, bem como um investimento pessoal para adquirir e consolidar conhecimentos relacionados com esta área temática.

Ao longo de todo o percurso, houve um empenho em ter sempre presente o dever de informar e o direito de cada pessoa ao consentimento informado. Assim, foram prestadas informações e esclarecidas todas as solicitações, dos doentes e dos seus familiares, referentes aos cuidados de enfermagem relacionados com as diversidade de situações de saúde com as quais houve oportunidade

de contactar ao longo do estágio. Do mesmo modo, houve um empenho em cumprir e em fazer cumprir com o dever de sigilo, pelo que foi promovida a confidencialidade da informação, quer escrita, quer oral, a qual apenas foi partilhada com os profissionais diretamente implicados no projeto terapêutico do doente. Tal como acima referido, o SU onde decorreu o estágio, acolhe e transfere uma multiplicidade de doentes diariamente, sendo vários os profissionais que contactam com cada doente. Assim, atuou-se de forma a ser promovido o cumprimento do dever de sigilo junto da equipa multidisciplinar, respeitando a privacidade e intimidade de cada doente. Simultaneamente, agiu-se de forma a proteger e a garantir o anonimato de todas as pessoas que contribuíram para desenvolver esta etapa de ensino, nomeadamente no que diz respeito a todas as que diretamente contribuíram para o desenvolvimento do PIP.

A prática reflexiva acompanhou todo o percurso, a qual, conjuntamente com as múltiplas discussões relacionadas com a prestação de cuidados, foram utilizadas como forma de se alcançar uma melhor prestação de cuidados. Enumeram-se as reuniões tidas com a Professora Orientadora e com a Supervisora Clínica como fundamentais para adequar o comportamento adotado.

Competência de Mestre n.º5 e Domínio da Melhoria da Qualidade

Competência de Mestre n.º5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais

B – Domínio da Melhoria da Qualidade:

- **Competência B1** – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica
- **Competência B2** – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade
- **Competência B3** – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Tal como descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária” e envolve uma multiplicidade de profissionais, devendo ter uma aplicação local (OE, 2012, p.5).

A realização do estágio permitiu que fosse realizada pesquisa e revisão dos programas nacionais e das normas e políticas hospitalares referentes à qualidade e segurança, a qual, juntamente com os trabalhos que nele foram realizados, traduziu-se numa oportunidade de melhoria da qualidade.

Na prática de cuidados, a manutenção de um ambiente seguro foi sempre tida em consideração e, como forma de atuar preventivamente, foi efetuada uma tentativa de identificar e gerir os riscos (reais e potenciais). As características associadas a um SU poderão ser propícias à ocorrência de incidentes e eventos adversos, pelo que se torna imprescindível a avaliação dos riscos e a promoção de um ambiente terapêutico seguro, tendo em conta as características individuais dos doentes. Enumeram-se, como exemplo, a prevenção das quedas, das úlceras de pressão e da transmissão das infeções associadas aos cuidados de saúde. Assim, foi efetuada uma avaliação individual de cada doente, com instituição de medidas de acordo com as necessidades identificadas. Por exemplo, para os doentes que apresentaram um risco elevado de queda, foi mantida a elevação das grades da maca e foi efetuada uma observação rigorosa dos mesmos, bem como se procedeu ao acompanhamento nas deslocações entre os espaços físicos dos serviços, de todos aqueles que conseguiam deambular, incentivando os profissionais para que fosse mantida uma observação atenta e rigorosa de todos os doentes presentes num espaço físico. A frequência do posicionamento dos doentes, com alívio das zonas de pressão, foi realizado tendo em conta o seu grau de mobilidade, e foi prevenida a ocorrência de lesões por humidade, para os doentes com grau elevado de dependência na eliminação.

Relativamente às infeções associadas aos cuidados de saúde, área merecedora de importante intervenção nos serviços de saúde, salienta-se a importância que a realização dos trabalhos sobre as precauções de controlo de infeção desenvolvidos (presentes nos apêndices J, L e M) teve, na implementação e na manutenção das medidas preventivas à sua ocorrência. Em ambos os estágios foram produzidos documentos referentes à sua prevenção, os quais foram elaborados como estratégias de intervenção face a problemas identificados. Através da sua realização, apresentação e exposição, foi possível refletir, junto da equipa multidisciplinar, sobre a conduta a adotar na prática, de forma a prevenir a sua ocorrência e a sua transmissão. A pesquisa bibliográfica acerca desta área temática permitiu consolidar alguns conhecimentos e adquirir outros, o que auxiliou uma atuação mais eficaz, no que se relaciona com a prevenção de riscos profissionais e de doenças consequentes do trabalho. Assim,

todo este processo permitiu aprofundar e adquirir conhecimentos que, conjuntamente com uma análise reflexiva sobre a prática, fez com que se tentasse aumentar a qualidade assistencial relativamente à prevenção da transmissão cruzada.

A identificação inequívoca dos doentes é uma das preocupações presentes ao longo de todo o percurso profissional. Desta forma, tem havido um empenho por fomentar, junto dos elementos que constituem a equipa multidisciplinar, a importância de todos os profissionais cumprirem com intervenções que diminuam a probabilidade de ocorrência de riscos. Na prática de cuidados, a promoção da segurança dos cuidados e da segurança dos registos esteve sempre presente. Exemplifica-se com o PIP desenvolvido, no qual a promoção da segurança do doente e a prevenção de complicações foi o elemento basilar que o constituiu e, no qual foram definidas estratégias para gerir o risco, havendo um empenho em incentivar os enfermeiros a notificar incidentes ou eventos adversos, a qual é associada a uma prática promotora da implementação de ações de melhoria.

Outro exemplo está relacionado com a prevenção das infeções da corrente sanguínea, associada ao uso de cateter venoso periférico. Na sua grande maioria, os doentes que recorrem ao SU necessitam da colocação de um acesso venoso periférico, para que seja administrada terapêutica, pelo que prevenir a sua ocorrência tem de ser encarada como uma prioridade na atuação dos enfermeiros. Assim, na prática de cuidados, foi sempre mantida a técnica asséptica em todas as punções realizadas, bem como na manipulação da torneira de três vias, aquando da administração de terapêutica, tendo sido efetuada uma seleção dos locais de punção, evitando sempre a utilização das zonas de flexão, e os membros com a presença de hemiplegia, pelo risco acrescido de flebite. Para os doentes que se encontravam em regime de internamento, no SUMC, todos os cateteres venosos periféricos, bem como todos os circuitos venosos foram datados, de forma a se proceder à sua substituição por um período de 72 em 72 horas, com exceção dos doentes imunossuprimidos e imunocomprometidos, cuja substituição dos circuitos venosos é recomendada de 24 em 24 horas, cumprindo com o procedimento definido pela norma hospitalar, prevenindo a infeção e a lesão do vaso. Deu-se sempre preferência à utilização de pensos transparentes, para ser possível observar o local de inserção do cateter, substituindo-os apenas quando se apresentavam húmidos ou sujos, prevenindo assim a infeção. Em todos os doentes com cateteres venosos periféricos, foi realizada uma observação cuidada e atenta quanto à presença de complicações, efetuando registos em conformidade. Refletir sobre o comportamento adotado torna-se extremamente importante pois, a realização muito frequente desta técnica, não pode colocar em risco a intervenção realizada na prática.

A prevenção da infecção urinária associada ao cateter urinário foi, também, uma intervenção prioritária na prestação de cuidados. A colocação de um cateter vesical é, também ele, um procedimento comumente realizado no SU, e o qual está diretamente relacionado com o aumento da taxa de infecção urinária. Assim, foi realizado um esforço por cumprir com as recomendações emitidas pela DGS (2017b), nomeadamente no que se relaciona com a avaliação da possibilidade de evitar o cateterismo vesical e com a verificação diária da necessidade de manutenção do cateter vesical. Perante a necessidade de proceder à cateterização vesical do doente, foi cumprida a técnica asséptica na realização do procedimento, bem como na conexão do sistema de drenagem. Para os doentes nos quais houve a necessidade de manter o cateter vesical, cumpriu-se com a técnica limpa na manipulação do sistema de drenagem, tendo sido reforçado o seu cumprimento, de forma individualizada entre doentes, junto da equipa de assistentes operacionais. De igual forma, houve a preocupação em ser mantido o saco coletor sempre abaixo do nível da bexiga do doente, procedendo-se a higiene diária do meato urinário, para os doentes incapazes, com um grau de dependência elevado, realizando ensinamentos para os que apresentaram um grau de dependência reduzido, de forma a promover a sua autonomia (DGS, 2017b). Ao longo de toda a prestação, e sempre que as condições do SU permitiram, procurou-se envolver a família no cuidado aos doentes, de forma a atender às necessidades culturais e espirituais dos mesmos e, assim, cuidar de forma holística.

Na sala de reanimação do SUMC, encontra-se reunida documentação relacionada com a prestação de cuidados aos doentes críticos, nomeadamente informação referente ao manuseamento de seringas infusoras, monitores cardíacos e ventiladores, e à preparação e administração de fármacos em situações de emergência. Assim, o período de estágio foi um momento no qual houve a possibilidade de consultar toda a documentação, o que possibilitou consolidar conhecimentos.

Na prática profissional, tem havido a necessidade de serem desempenhadas funções de segundo elemento de chefia da equipa, onde é assumida a gestão da mesma, nos períodos de férias e ausências do chefe de equipa. Identificam-se como fundamentais as reuniões tidas com a Enfermeira-Chefe, a Supervisora Clínica (enfermeira que substitui a Enfermeira-Chefe) e com os Enfermeiros Chefes de Equipa, no processo de reflexão que se realiza sobre a atuação tida, permitindo adequar a conduta relativamente à supervisão clínica da equipa e à gestão dos recursos existentes, bem como a pesquisa bibliográfica realizada, relacionada com a área temática da gestão.

No que se refere às situações multivítimas, identificam-se como fundamentais, as reuniões tidas com o Engenheiro responsável pelos planos de emergência do hospital, as quais, conjuntamente com as ações de formações sobre catástrofe, os trabalhos desenvolvidos (presentes nos apêndices N e O)

e a pesquisa bibliográfica efetuada, permitiram a aquisição de conhecimentos sobre os possíveis riscos e sobre a conduta segura a adotar perante a ocorrência dessas situações.

A melhoria da qualidade é alcançada através dos conhecimentos baseados na evidência e dos guias orientadores de boas práticas. Assim, prevenir os riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas que são reais, são medidas promotoras da qualidade em saúde, pelo que a tentativa de adequar a conduta tem estado presente ao longo do tempo, para serem prestados cuidados de saúde seguros e de qualidade.

Competência de Mestre n.º 1 e Domínio da Gestão dos Cuidados

Competência de Mestre n.º 1 – Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada

C – Domínio da Gestão dos Cuidados:

- **Competência C1** – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional
- **Competência C2** – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

No exercício de funções, a promoção de um ambiente favorável à prática de cuidados seguros e de qualidade, com avaliação dos riscos potenciais e reais, tem sido uma intervenção constante, como anteriormente foi referido. Embora a responsabilidade da prestação de cuidados tenha de ser assumida de forma individual por cada profissional, houve um empenho em ser promovido o método de trabalho em equipa, no qual todos os esforços são definidos em prol de um objetivo comum. Na prestação direta de cuidados, tem havido um empenho em conhecer os profissionais que constituem a

equipa, de forma a potenciar as qualidades individuais de cada elemento e, assim, gerir os cuidados de forma mais eficiente.

No âmbito da atuação, houve um esforço em colaborar nas decisões tomadas pela equipa multidisciplinar, tendo presente os direitos e os deveres profissionais, bem como a consciência de que a prestação de cuidados aos doentes envolve uma multiplicidade de profissionais que atuam de acordo com as suas competências específicas. Assim, o envolvimento de diversos profissionais, na assistência dos doentes, foi uma constante no processo do cuidar. Perante tarefas delegadas, houve um empenho em dar instruções claras e assumir as responsabilidades inerentes à sua delegação, tendo sido supervisionados e avaliados os cuidados prestados. A reflexão e a avaliação das intervenções instituídas, bem como a atualização do conhecimento, através da revisão bibliográfica e da consulta das normas hospitalares, contribuiu para suportar a prática, para colaborar na assistência dos colegas, na prestação de cuidados, e para adequar o comportamento.

As exigências dos cuidados prestados no SU levou a que, por vezes, fosse percecionada a desmotivação dos profissionais. Desta forma, houve um empenho em gerir o *stress*, no qual se tentou implementar estratégias motivacionais, elogiando o esforço e a dedicação demonstrada pelos profissionais que, diariamente, tentaram prestar cuidados de excelência. Contudo, diante de situações que foram consideradas merecedoras de esclarecimento, houve um empenho por manter a assertividade, bem como por fazer cumprir com as normas e com as regras estabelecidas na Unidade Hospitalar.

A gestão diária das emoções, o esclarecimento de dúvidas, e a reflexão sobre as preocupações presentes, quer junto da Enfermeira-Chefe e da Supervisora Clínica, quer junto dos colegas, permitiu refletir sobre a prática e evoluir enquanto profissional.

Tal como anteriormente foi descrito, e por um lado, o SUMC apresenta picos de afluência de doentes, bem como é um serviço que, com frequência, realiza a transferência inter-hospitalar de doentes. Assim, é habitual haver períodos, por turno de trabalho, nos quais o número de enfermeiros escalados para o turno de trabalho se encontra inferior ao previamente estabelecido. Estas situações exigem que seja efetuada uma gestão adequada dos seus recursos, como forma de serem prestados cuidados seguros e de qualidade. Por outro lado, um SU é um local no qual, por turno de trabalho, são admitidos uma multiplicidade de doentes, com variadas situações de saúde. Desta forma, perante as funções de gestão da equipa, é necessário que seja efetuada uma avaliação constante das situações, dos recursos existentes, dos tempos de espera em relação à assistência aos doentes, sendo necessário adquirir uma

visão geral do funcionamento do serviço para, assim, haver uma mobilização dos recursos existentes, como forma de ser organizar adequadamente o trabalho.

A relação entre liderança e satisfação no trabalho relaciona-se com o empoderamento, o apoio supervisionado e o apoio da prática profissional. Através de um desenvolvimento eficaz da liderança, um líder de enfermagem tem a possibilidade de capacitar as equipas, pelo que, desenvolver competências para liderar é essencial para a prática de enfermagem, permitindo a orientação do processo de trabalho e a concretização partilhada de objetivos comuns. Assim, é necessário que o líder promova harmonia no ambiente de trabalho, reconheça as necessidades da equipa, atuando perante as mesmas, dê suporte sempre que for necessário, permita abertura para a comunicação, atue de forma a promover a união e a integração do grupo, bem como garanta a satisfação (Moura et. al, 2017).

Como forma de adequar a conduta na prática, foi realizada pesquisa bibliográfica relacionada com os estilos de liderança e com as condicionantes inerentes à promoção de uma liderança eficaz, bem como foi efetuada uma observação diária dos estilos de liderança adotados pela Enfermeira-Chefe, pela Supervisora Clínica, e pelos Enfermeiros Chefes de Equipa. As pesquisas efetuadas, as reflexões realizadas, as discussões e a escuta, têm permitido adequar a conduta quando é necessário desempenhar funções de gestão da equipa.

As relações interpessoais são fundamentais para promover um ambiente positivo e favorável à prática de cuidados, pelo que o diálogo, a partilha de opiniões e as reflexões (pessoais e conjuntas) estiveram presentes ao longo da prática. O reconhecimento dos limites pessoais foi, também, alvo de reflexão constante, e a consciência da necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências, condicionou o interesse e o empenho na procura de estratégias que permitissem aumentar o conhecimento e adequar o comportamento. Perante a presença de dúvidas, foi sempre solicitada ajuda, quer junto da Enfermeira-Chefe, da Supervisora Clínica, dos Enfermeiros-Chefes de Equipa, bem como dos Enfermeiros Supervisores.

Através do desenvolvimento de relações com os elementos da equipa, reconhecendo as capacidades individuais de cada um, bem como através da promoção de uma comunicação constante, escuta e observação ativas, tem sido efetuada uma tentativa de coordenação do grupo. De igual forma, a promoção do trabalho em equipa tem sido transversal à prestação diária, na qual, todos os esforços são canalizados para atingir objetivos comuns.

Assim, na prática, houve a oportunidade de gerir recursos humanos e recursos materiais, em situações diversas. Exemplifica-se como gestão de recursos humanos, a necessidade de mobilizar enfermeiros, diante da presença de um elevado número de doentes atribuídos a um posto de trabalho, o acolhimento de doentes com processos de doença crítica, em simultâneo, na sala de emergência/reanimação, ou quando um elemento se encontrou ausente do serviço, por se encontrar a acompanhar um doente num transporte inter-hospitalar. Usualmente as transferências inter-hospitalares, realizadas na Unidade Hospitalar de Portimão, têm como destino a Unidade Hospitalar de Faro ou uma Unidade Hospitalar de Lisboa, como referido anteriormente. Relativamente à gestão de recursos materiais, houve a oportunidade de gerir o *stock* de fármacos, sendo um exemplo, a solicitação aos serviços farmacêuticos, da reposição dos níveis de estupefacientes. Para a realização deste procedimento, é necessário haver uma cooperação entre o enfermeiro chefe de equipa, o chefe de equipa médico e o farmacêutico hospitalar, sendo o enfermeiro o profissional responsável pelo transporte e armazenamento, dos referidos fármacos, desde a farmácia até ao SU. Assim, a observação do funcionamento do serviço relativamente à afluência de doentes, ao tempo de espera para observação médica e para a prestação de cuidados de enfermagem, às necessidades da equipa, tentando intervir em conformidade, bem como à necessidade de gerir o *stock* de recursos materiais, foi uma preocupação tida na prática profissional.

Embora haja um longo caminho a percorrer, as estratégias utilizadas vão permitindo adquirir, melhorar e adequar a conduta, de forma a cooperar para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade, possibilitando o desenvolvimento profissional, o que contribui para a procura da excelência do exercício profissional.

Competência de Mestre n.º 2, 6 e Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais

Competência de Mestre n.º 2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

Competência de Mestre n.º 6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular

D – Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais:

- **Competência D1** – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade
- **Competência D2** – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Ao longo deste percurso, houve a oportunidade de contactar e intervir em inúmeras situações, nas quais houve uma cooperação entre uma multiplicidade de profissionais. A observação dos comportamentos adotados, o diálogo estabelecido com os mesmos, bem como a reflexão sobre as intervenções realizadas, permitiram uma análise acerca das decisões que foram tomadas. A partilha de experiências permitiu desenvolver o auto-conhecimento e perceber a influência do comportamento pessoal junto dos elementos da equipa multidisciplinar. Salientam-se como extremamente benéficas e enriquecedoras as reuniões realizadas com a Supervisora Clínica e com a Professora Orientadora, as quais contribuíram para, conjuntamente com as atividades acima descritas, analisar mais aprofundadamente a conduta adotada, percebendo alterações a serem efetuadas na prática, de forma a aumentar a qualidade e a segurança na prestação de cuidados. Todo este processo permitiu uma maior consciencialização pessoal acerca dos limites pessoais e profissionais, o que possibilitou a procura de soluções para melhorar a intervenção futura.

No exercício de funções, houve a responsabilidade pela integração de novos colegas no serviço, bem como pela orientação de alunos. Estes desafios, conjuntamente com as solicitações, especialmente efetuadas pelos enfermeiros e pelos assistentes operacionais, relativamente a questões relacionadas com a prática dos cuidados, aumentaram a responsabilidade em adquirir e consolidar conhecimentos, de forma a promover cuidados de qualidade, transmitindo segurança à equipa, bem como promoveram uma reflexão acerca da forma como poderão ser favorecidas as aprendizagens e como poderá ser mantida a assertividade no comportamento adotado.

Por um lado, o enfermeiro tem como objetivo promover o bem-estar e a qualidade de vida àquelas a quem presta cuidados, de forma equitativa, tendo a pessoa direito ao melhor cuidado (Nunes, 2016). Desta forma, necessita de uma atualização constante dos seus conhecimentos e a sua prática deve ser baseada na melhor evidência científica, pelo que tem o dever de “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, 2015, p.86). Por outro lado, a incerteza associada à doença é um estado cognitivo e é definida como “a incapacidade para determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objectos ou eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão” (Bailey & Stewart; Tommey & Alligood, 2004, p.633). Esta é considerada como um fator de stress, quando se encontra associada ao contexto de doença, pelo que na prestação de cuidados, deverá ser incluída a sua apreciação e planeada a intervenção na mesma, no plano de cuidados dos doentes e das suas famílias (Tommey & Alligood, 2004).

Assim, o estágio traduziu-se como um período onde houve a oportunidade de refletir mais aprofundadamente e realizar pesquisa bibliográfica acerca de psicologia, de relação terapêutica, de técnicas de resolução de conflitos, de habilidades de comunicação, e de estratégias de capacitação da equipa. A diversidade de situações de saúde urgentes que ocorrem no SUMC, em conjunto com as suas capacidades assistenciais, fazem com que seja necessário adquirir competências para prevenir situações de eventual conflito, atuando adequadamente no caso da sua ocorrência, bem como para gerir sentimentos e emoções, respondendo de forma eficiente às exigências decorrentes dos processos de doença, especialmente quando associados a processo complexos de doença crítica. Desta forma, a revisão bibliográfica realizada, bem como os ensinamentos resultantes da observação, do diálogo e do esclarecimento de dúvidas, junto da Enfermeira-Chefe, da Supervisora Clínica, e dos Enfermeiros-Chefes de Equipa, permitiram adquirir e consolidar conhecimentos que irão possibilitar adequar a conduta no futuro e, assim, evoluir em termos de crescimento pessoal e profissional.

Relativamente à aquisição de conhecimentos relacionados com a prática de cuidados, tem havido um empenho em manter uma presença assídua nas sessões de formação que vão sendo realizadas, no SUMC, quer enquanto formanda, quer enquanto formadora. No serviço onde ocorre a prática de cuidados, e onde decorreu o estágio final, anualmente são reunidos os temas onde se considera oportuno intervir, através da realização de formação em serviço. De igual forma, a nível hospitalar, existe um programa formativo onde, a participação enquanto formanda, tem sido uma atividade de participação ativa. A presença assídua nas formações realizadas, com posterior pesquisa bibliográfica acerca dos temas abordados, bem como os momentos de discussão estabelecidos com a equipa de

profissionais, contribuiu para adquirir e consolidar conhecimentos, integrando-os na prática de cuidados. Enumeram-se como exemplo, a participação nas ações de formação sobre “Vias Verdes – AVC, Coronária, Sépsis e Trauma”, “Padrões de Qualidade”, “Cetoacidose Diabética” e “Via Aérea Difícil”, enquanto formanda.

O período de estágio possibilitou a identificação de necessidades, para as quais foram produzidos dispositivos formativos que permitiram auxiliar a prática de cuidados, como uma estratégia para a sua resolução. A realização do estudo de caso e do PIP são exemplos de trabalhos desenvolvidos, no âmbito do mestrado, que contribuíram para a promoção da qualidade assistencial, através da utilização do método científico.

Um estudo de caso é considerado como uma estratégia de ensino problematizadora e humanística que permite desenvolver uma crítica e reflexão do conhecimento teórico-prático, do planeamento da assistência e da avaliação dos resultados, sendo as decisões tomadas tendo por base o processo de enfermagem, o que possibilita uma assistência planeada e individualizada com metas a alcançar (Silva, Paixão, Lins, Jesus, & Pereira, 2014). Na sua realização, e para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, dos resultados esperados e das intervenções planeadas, foi utilizada a CIPE, a qual foi elaborada pelo *International Council of Nursing* para implementar o processo de enfermagem e constitui uma “uniformização das terminologias científicas utilizadas pela enfermagem, reunindo os diagnósticos, as intervenções e os resultados da prática de enfermagem” (Barra & Sasso, 2012, p.441,). Esta diz respeito a uma terminologia que utiliza a “tecnologia científica mais moderna para a sua manutenção e desenvolvimento e que envolva a participação a nível mundial na investigação e na aplicação clínica” (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.15), permitindo “uma relação concreta entre as avaliações clínicas, os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem” (Barra & Sasso, 2012, p.446).

No PIP realizado, a inexistência de dados referentes à prática realizada no SUMC, incitou a procura de resultados do registo da mesma. Assim, através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, foram obtidos resultados, os quais foram organizados e analisados, culminando com a produção do artigo científico definido para o estágio final, o que contribuiu para promover estratégias de intervenção para obter ganhos em saúde. A sua divulgação, junto da equipa de enfermagem, contribuiu para que se tivesse efetuado uma reflexão sobre o comportamento adotado e sobre possíveis alterações a serem realizadas, na prática, para promover qualidade e segurança assistencial.

A apresentação dos trabalhos realizados permitiu uma discussão, junto da equipa multidisciplinar, relativamente às áreas temáticas abordadas, o que possibilitou uma reflexão acerca dos comportamentos adotados e de ações de melhoria a serem aplicadas na prática, com o objetivo de promover melhoria assistencial dos cuidados prestados.

4.2 – Competências de Mestre e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa em Situação Crítica

Competência de Mestre n.º 4 e K1

Competência de Mestre n.º4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

Competência K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Tal como descrito no Despacho n.º10319/2014 de 11 de agosto, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º153, um sistema de urgência tem como função o atendimento e tratamento de situações urgentes. No local onde se desenvolve a prática de cuidados, e onde decorreu o estágio final, houve a oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica e à sua família, em diversas situações.

Como anteriormente foi referido, tratando-se de um serviço de urgência médico-cirúrgico, variadas vezes houve a necessidade de acompanhar doentes na transferência interhospitalar, cujas unidades distam, em muitos quilómetros, do SUMC. Da mesma forma, o acompanhamento dos doentes na realização de exames complementares de diagnóstico, e no processo de transferência intrahospitalar, é uma prática diária que ocorre no SUMC. Assim, houve um empenho em detetar e prevenir potenciais

focos de instabilidade, promovendo medidas preventivas da sua ocorrência. A pesquisa bibliográfica realizada acerca das práticas baseadas na evidência, relacionadas com os processos complexos de doença crítica, bem como a consulta dos manuais de manuseamento dos equipamentos, necessários à prestação de cuidados ao doente crítico, permitiram aumentar a segurança nos procedimentos realizados e agir mais prontamente perante as situações ocorridas. A reflexão sobre todas as situações, nas quais houve oportunidade de terem sido prestados cuidados, permitiu adequar o comportamento e aumentar a qualidade e a segurança na assistência prestada.

Ao longo dos estágios, houve a oportunidade de contactar com doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica, em fases distintas de progressão da doença, e em contextos diversos, o que possibilitou o desenvolvimento de estratégias para identificar focos de instabilidade, estabelecer diagnósticos de enfermagem, intervir e avaliar os resultados da intervenção, as quais permitiram evoluir profissionalmente.

O estágio I decorreu numa Unidade de Cuidados Intermédios, a qual é entendida como um “local dotado de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de doentes instáveis com disfunções de órgãos e em risco de falência de funções vitais” (DGS, 2003b, p.6). No estágio final, para além da prestação de cuidados ter sido realizada num serviço de urgência, foram realizados quatro turnos na Viatura Médica de Emergência e Reanimação. A prestação de cuidados aos doentes críticos, nos contextos acima referidos, requereram a necessidade de gerir protocolos terapêuticos complexos, os quais exigiram níveis elevados de conhecimentos.

Ao longo do estágio foram múltiplas as situações vivenciadas, as quais permitiram contactar com necessidades de cuidados diversificados. Alguns dos processos complexos de doença crítica, nos quais ocorreu a prestação de cuidados, relacionou-se como a presença de episódios de edemas agudos do pulmão, enfartes agudos do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, asma descompensada, crises convulsivas, cetoacidose diabética, trauma por queda ou por acidentes de viação, intoxicações e sobredosagem, bem como paragens cardio-respiratórias. A diversidade de situações vivenciadas exigiu uma intervenção de cuidados específicos, com necessidade de administração de diferentes fármacos, manuseamento de linhas arteriais, cateteres venosos centrais e drenos torácicos, tendo sido necessário prestar cuidados a doentes submetidos a ventilação invasiva e não-invasiva.

O período de estágio possibilitou a revisão de conteúdos relacionados com uma diversidade de áreas temáticas, enumerando-se como exemplo, a consulta de documentação relacionada com os critérios de admissão de doentes na sala de emergência, técnicas de mobilização de vítimas de trauma,

procedimentos invasivos, monitorização hemodinâmica invasiva, manuseio do equipamento clínico disponível no SUMC, e transporte e acompanhamento do doente crítico na transferência intra e inter-hospitalar. A pesquisa bibliográfica efetuada para adquirir e consolidar conhecimentos, de acordo com as evidências científicas, conjuntamente com a análise e reflexão crítica dos cuidados prestados, permitiram adequar e melhorar a conduta na prática de cuidados, especialmente nas situações de doença crítica, as quais requerem uma “intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2011b, p.8656).

Ao longo de toda a prestação de cuidados, a gestão da dor foi também uma prioridade pois, “a Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde” e o seu controlo eficaz é um direito dos doentes e um dever dos profissionais de saúde, essencial na humanização dos cuidados, pelo que é considerada como o 5º sinal vital (DGS, 2003a, p.1). Desta forma, houve uma preocupação em monitorizar a dor de todos os doentes aos quais foram prestados cuidados e, após a tomada de decisão, em conjunto com a equipa multidisciplinar, foram instituídas medidas farmacológicas e não farmacológicas para o seu controlo eficaz, tendo sido efetuados registos em conformidade.

Como forma de melhorar a competência na resposta a situações de peri-paragem e paragem cardio-respiratória, houve um empenho em manter uma atualização da formação no âmbito do Suporte Imediato de Vida, ministrada pelo hospital, uma vez que os exercícios relacionados com a prática simulada, em suporte básico e avançado de vida, permitem uma prestação de cuidados mais eficazes perante a ocorrência de umas destas situações. Salienta-se, também, a formação de Suporte Avançado de Vida, ministrada pela ALENTO, durante o período no qual decorreu este Mestrado, como extremamente importante no aumento e desenvolvimento de competências relacionadas com a intervenção necessária na assistência dos doentes nas situações acima descritas.

Embora a prestação de cuidados a um doente crítico requeira competência técnica, é fundamental ter-se presente a importância da relação terapêutica estabelecida com o doente e com os seus familiares num contexto de doença crítica, uma vez que a “pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais” (OE, 2011b, p.8656). Tal como refere Phaneuf (2005), o trabalho relacional que o enfermeiro estabelece com a pessoa à qual presta cuidados é o veículo da sua intervenção. Para além de todo um domínio técnico-científico, este necessita adquirir um conjunto de conceitos que lhe facilitem o seu processo relacional. Assim, ao longo de toda a prestação de cuidados, houve um empenho em ter presente o bem-estar

físico, emocional e espiritual dos doentes e dos seus familiares, permitindo que os mesmos fossem elementos ativos no processo dos cuidados a serem prestados.

A gestão das emoções acompanhou a prestação dos cuidados, a qual, conjuntamente com as reflexões acerca da conduta adotada, se traduziram num conjunto de estratégias para adequar a intervenção na assistência dos doentes e das suas famílias, no que respeita às perturbações emocionais decorrentes de processos de doença crítica. Diariamente houve um empenho em estabelecer uma relação terapêutica com os doentes e com os seus familiares, onde um olhar atento e uma escuta ativa estiveram presentes, como forma de analisar as situações e planear uma intervenção precisa. Sempre que as situações permitiram, houve a preocupação em possibilitar o encontro entre o doente e a sua família, esclarecendo dúvidas relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem.

Tendo presente que a comunicação é “considerada como um instrumento básico fundamental utilizado pelo enfermeiro, seja no cuidado ao paciente, no atendimento à família ou nas relações com a equipa de trabalho” (Pereira, Fortes & Mendes, 2013, p.228), houve um empenho em efetuar pesquisa bibliográfica sobre habilidades comunicacionais e sobre estratégias facilitadoras da comunicação de más notícias, uma vez que esta é “uma das tarefas mais difíceis na prática clínica dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, e para a qual não existe preparação consistente na formação” (Pereira, Fortes, & Mendes, 2013, p.234).

Na prática profissional, o desempenho de funções num serviço de medicina (ao longo de três anos), fez com que, em inúmeras situações, houvesse a necessidade de estabelecer relações de ajuda com o doente em fim de vida e com os seus familiares. Como forma de melhorar a assistência, houve a oportunidade de realizar, no ano de 2011, uma formação intitulada de “Curso Avançado de Enfermagem em Cuidados Paliativos”, ministrada pelo Instituto de Formação em Enfermagem. Ao longo da experiência profissional, tem havido uma tentativa de adequar a intervenção na dignificação da morte e do processo de luto, sendo a formação acima referida um exemplo disso. Embora cada situação seja particular e merecedora de uma intervenção específica, desenvolver habilidades para gerir as situações temidas, é fundamental para adequar a prestação de cuidados aos doentes e às suas famílias.

A tentativa de igualar o valor do desenvolvimento de competências técnicas e de competências relacionais tem sido constante ao longo de toda a atuação pois, só assim, será possível prestar cuidados holísticos e de qualidade aos doentes e aos seus familiares.

Competência de Mestre n.º 6 e K2

Competência de Mestre n.º6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular

Competência K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação

Ao longo do estágio foi realizada pesquisa bibliográfica sobre esta área temática, de forma a adquirir conhecimentos sobre o conjunto de riscos possíveis de ocorrer na região do Algarve, os quais podem culminar numa situação de catástrofe ou emergência multivítimas. Através da consulta da Norma Hospitalar, referente ao Plano de Catástrofe Externa para as Unidades Hospitalares de Portimão e Lagos, foi possível consolidar conhecimentos relativamente à diversidade dos riscos potenciais associados à região do barlavento algarvio, local onde ocorre a prática profissional, e onde decorreu o estágio final, como anteriormente foi referido.

A região do Algarve é influenciada pela ação das placas Euro-Asiática e Africana, correspondendo a uma região na qual se regista uma elevada intensidade sísmica, em Portugal Continental. A presença das falhas de Açores-Gibraltar, de Portimão, de Loulé, de Espiche-Odiáxere e de Lagos, fazem com que a atividade sísmica verifique uma maior intensidade na foz do rio Arade, pelo que a região do barlavento algarvio é considerada como tendo um elevado risco sísmico, o que também poderá potenciar a rutura das barragens do Funcho, do Arade, bem como de Odiáxere. Da mesma forma, uma grande extensão das zonas ribeirinhas de Portimão e Lagos foram zonas salinas e sapais, as quais estão associadas à possibilidade de inundações perante a presença de marés que atinjam alturas mais elevadas, pelo que se deve considerar o risco de cheias e inundações (Centro Hospitalar do Algarve, 2015).

Por sua vez, a presença de zonas montanhosas, nesta região, acresce o risco de ocorrência de incêndios florestais, podendo ocorrer, também, a presença de ciclones e tempestades, os quais são frequentes na zona costeira, com a presença de ventos de elevada intensidade, o que potencia situações de risco no mar e na terra. Embora não ocorram frequentemente, poderão surgir tornados, os quais podem atingir alguma intensidade, provocando danos à população (Centro Hospitalar do Algarve, 2015).

No aeródromo municipal e Portimão é frequente a existência de grupos de paraquedistas e a atividade de pequenas aeronaves. De igual forma, no Verão, existe uma elevada procura de transportes marítimos e fluviais, registando-se uma grande atividade de passeios com um elevado número de turistas, na zona costeira, bem como a presença de navios de elevado porte no porto de Portimão. Assim, na região do barlavento algarvio deverá ser considerada a possibilidade da existência de acidentes de tráfego (Centro Hospitalar do Algarve, 2015).

Embora não estejam associados a um risco elevado de ocorrência, os incêndios urbanos são uma possibilidade, devendo ter-se presente a existência de aglomerados populacionais junto a zonas de floresta, e a presença de construções com elevada altura, as quais poderão dificultar uma intervenção perante a sua ocorrência. De igual forma, têm sido registados acidentes relacionados com gás propano e butano (Centro Hospitalar do Algarve, 2015).

Algumas atividades humanas, desenvolvidas nesta região, aumentam o risco de ocorrência de acidentes multivítimas. Enumeram-se, como exemplo, as provas automobilísticas realizadas no autódromo do Algarve, as provas de motonáutica, os concursos de paraquedismo, os espetáculos pirotécnicos, e a presença de um elevado número de pessoas (em discotecas, cinemas, festas locais, entre outros), especialmente nos meses de verão (Centro Hospitalar do Algarve, 2015).

A consciencialização acerca dos riscos reais e potenciais, que poderão ocorrer na região do barlavento algarvio, permite refletir sobre a forma de intervenção na prática, e faz com que surja a necessidade de aumentar e consolidar os conhecimentos, como estratégias para adequar a conduta perante a ocorrência destas situações.

Através da consulta do Despacho n.º 8669/2017 de 2 de outubro, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º190, foi possível apurar que a região do Algarve irá ter um plano de contingência para situações críticas, o qual será criado pela Comissão para a Planificação da Resposta em Saúde no contexto de Situações Críticas e de Exceção no Algarve (Ministério da Saúde, 2017). Como presente no

referente despacho, “ a região do Algarve representa uma área geográfica do País em crescente desenvolvimento, com especial importância estratégica face ao impacto económico da indústria do turismo”, sendo de extrema importância a “ (...) dinamização da sua rede de urgência e emergência, muito especialmente considerando o grande trauma e a eventualidade da ocorrência de situações com múltiplas vítimas” (Ministério da Saúde, 2017, p.22032).

O início da prática profissional no SU, no ano de 2012, aumentou a preocupação relativamente às questões relacionada com a catástrofe e emergência multivítimas, uma vez que este é o serviço que acolhe as vítimas em caso de ocorrência de uma destas situações e, perante as quais, os profissionais que se encontram na prestação direta de cuidados, terão de intervir. Assim, houve a oportunidade de participar numa formação em serviço intitulada “Organização/Gestão de Recursos Humanos no Plano de Emergência Externa do SU do CHBA” tendo ocorrido, neste momento, o primeiro contacto com o Plano de Catástrofe Hospitalar.

Enumera-se o período de estágio como um momento no qual foi possível refletir mais aprofundadamente sobre estas questões. Nele, realizaram-se duas reuniões com o Engenheiro Responsável pelo plano de catástrofe hospitalar, onde foram discutidos assuntos relacionado com o plano de emergência interna, tendo-se tomado conhecimento que o mesmo se encontra em reformulação, e que irão ser atualizadas as plantas de emergência para o SUMC. Da mesma forma, foram realizadas reuniões com a Enfermeira-Chefe, com a Supervisora Clínica e com os Enfermeiros-Chefes de Equipa, onde foram discutidas questões relacionadas com o SUMC, nomeadamente no que se refere à possibilidade de ocorrência de uma catástrofe, e aos procedimentos a serem adotados pelos profissionais. Simultaneamente, procedeu-se à análise do plano de emergência externa, tendo sido realizados dois cartazes referentes ao sistema de ativação e aos níveis de resposta em situação de catástrofe (apêndice N e O). Os documentos elaborados foram apresentados aos enfermeiros do SU, como uma estratégia de intervenção para guiar a prática, encontrando-se afixados no serviço. Estes permitiram que surgissem discussões e que fossem realizadas reflexões conjuntas entre os profissionais, relacionadas com o material disponível no SUMC, a sua localização, e a atuação dos profissionais em caso de ocorrência de uma situação de catástrofe.

Posteriormente, houve a oportunidade de participar numa reunião, realizada com os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento do plano de emergência externa, onde foram discutidos os procedimentos relacionados com a atuação dos profissionais no SUMC. Esta reunião foi prévia à realização de um simulacro, e objetivou a apresentação do plano que se encontra em vigor na unidade hospitalar,

onde foram discutidos os seus pontos positivos e os merecedores de reflexão ou atualização. As reflexões e as discussões posteriores permitiram a aquisição e a consolidação de conhecimentos relacionados com a atuação dos profissionais, perante a ocorrência de uma das situações descritas, especialmente os profissionais que se encontram a prestar cuidados no serviço de urgência.

As situações de catástrofe ou emergência multivítima são situações temidas, perante as quais todos os profissionais se devem empenhar em conhecer e em compreender a forma como poderão agir, no caso da sua ocorrência, pelo que as estratégias desenvolvidas objetivaram aumentar e consolidar o conhecimento para permitir melhorar a atuação na prática, em caso de necessidade.

Competência de Mestre n.º 6 e K3

Competência de Mestre n.º6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular

Competência K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde são infeções secundárias à prestação de cuidados e acarretam graves consequências negativas para o doente e família, podendo também trazer prejuízo para os próprios profissionais de saúde, aumentando os gastos em saúde (DGS, 2016). Um SU é um serviço onde habitualmente existe um grande fluxo de pessoas e, no qual, variadas vezes, se encontra um elevado número de doentes. Da mesma forma, é um local que acolhe doentes em situação crítica, os quais têm uma maior vulnerabilidade e, por isso, um risco aumentado de contrair uma infeção. Assim, refletir sobre as questões relacionadas com a prevenção da transmissão das infeções associadas

à prestação de cuidados de saúde é fundamental para adequar a prática de cuidados, contribuindo para a redução da sua ocorrência.

Ao longo da prestação de cuidados, houve um esforço em manter uma atualização permanente do conhecimento relativamente à prevenção da transmissão e controlo das infeções cruzadas, tendo sido esclarecidas as dúvidas relacionadas com a prática, junto das enfermeiras responsáveis pelo Controlo de Infeção Hospitalar, Enfermeira-Chefe e Supervisora Clínica.

As precauções básicas de controlo de infeção previnem a “transmissão cruzada de microrganismos, de um portador sã ou doente, para outro, de forma direta ou indireta, através de medidas aplicáveis a todos os intervenientes nos cuidados de saúde” (DGS, 2016). Estas são constituídas por dez itens, sendo eles: a colocação de doentes, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, a utilização de equipamento de proteção individual, a descontaminação do equipamento clínico, o controlo ambiental, o manuseamento seguro da roupa, a recolha segura de resíduos, as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013). A sua utilização garante a segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e de todas as pessoas que contactam com os serviços de saúde, devendo ser aplicadas a qualquer doente, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso. Assim, na prática de cuidados, houve um empenho em cumprir e em fazer cumprir, junto da equipa multidisciplinar, dos voluntários e das visitas, os procedimentos estabelecidos, uma vez que a adoção de medidas preventivas e de medidas que reduzam a quantidade e o número de microrganismos presentes no meio ambiente, é imprescindível na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Através da reflexão sobre os procedimentos a adotar, e da observação dos comportamentos utilizados na prática diária de cuidados, foi possível intervir e tentar melhorar a segurança e qualidade dos cuidados. O cumprimento da correta higiene das mãos foi uma medida que esteve presente ao longo de toda a prestação, sendo a mesma encarada como uma medida fundamental na assistência em saúde. Enumero a utilização de equipamento de proteção individual e a descontaminação do equipamento clínico, como dois itens nos quais houve a necessidade de reforçar a promoção de medidas preventivas, junto da equipa de assistentes operacionais. Através do diálogo estabelecido com os mesmos, reforçando a necessidade de adequarem a sua intervenção na assistência aos doentes, foi possível verificar mudanças de comportamentos.

Relativamente à assistência ao doente crítico, submetido a ventilação invasiva, houve um empenho em promover, junto da equipa de enfermagem, a utilização de clorexidina na realização da higienização oral dos doentes, como forma de prevenir a pneumonia associada à ventilação. Esta solução encontra-se disponível no *stock* do SUMC, estando sempre presente na sala de emergência/reanimação.

Quanto à colocação dos doentes, houve uma discussão junto da equipa de enfermagem, relacionada com os procedimentos a adotar perante um doente com suspeita ou confirmação de tuberculose. A nível da unidade hospitalar, foi emitida uma norma de procedimento, no ano de 2017, onde se encontra descrito o esquema de atuação, pelo que foi efetuada uma tentativa de consolidar o conhecimento dos enfermeiros, para que sejam cumpridos os procedimentos estabelecidos, prevenindo a transmissão da infeção cruzada entre os doentes, bem como precavendo a exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

O enfermeiro é um profissional que está permanentemente junto dos doentes, sendo a sua intervenção imprescindível na prevenção da transmissão das infeções associadas à prestação dos cuidados de saúde, as quais acarretam graves prejuízos para os doentes e têm um elevado encargo a nível financeiro. Assim, deve atualizar permanentemente os seus conhecimentos, e atuar de acordo com as diretrizes emitidas pela DGS e pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos.

Como forma de consolidar conhecimentos relativamente a esta área temática, houve a oportunidade de participar numa formação hospitalar sobre “Precauções Básicas em Controlo de Infeção” no ano de 2015, a qual pertence a uma das formações obrigatórias do hospital onde se desenvolve a prática profissional. A mesma baseia-se nas recomendações emitidas pela DGS e tem em conta as recomendações do Programa Nacional de Controlo de Infeção, permitindo que sejam apresentados e discutidos os assuntos relacionados com a prática de cuidados, baseados na evidência científica. De igual forma, a realização do estágio possibilitou aprofundar o conhecimento relativamente à temática das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Ao longo dos estágios foram realizadas reuniões com as Enfermeiras-Chefe e Supervisores Clínicos, com a finalidade de diagnosticar necessidades nos serviços. Do mesmo modo, foi efetuada reflexão sobre os procedimentos adotados na prestação de cuidados, bem como foram observados os comportamentos adotados pelos profissionais de saúde, na prestação direta de cuidados. Após terem sido identificadas as necessidades, foram realizadas reuniões com as enfermeiras responsáveis pelo Con-

trolo de Infeção Hospitalar e foi efetuada pesquisa bibliográfica, com consulta do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, das normas de orientação da DGS, bem como das normas hospitalares. Seguidamente, foi realizado um póster sobre “Precauções Básicas de Controlo de Infeção: tipos de isolamento” (presente no apêndice J), no estágio I, o qual foi posteriormente afixado no serviço, bem como foi realizada uma sessão de formação em serviço para a sua apresentação.

Os isolamentos poderão ser de proteção, quando são utilizados para proteger o doente imunocomprometido, de microrganismos provenientes de outros doentes, dos trabalhadores ou do meio ambiente; ou de contenção, quando são utilizados para prevenir a transmissão de microrganismos de um doente para outros e/ou para os trabalhadores, os quais podem ser transmitidos por via aérea, por gotículas ou por contacto (Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, 2011). As precauções de isolamento, segundo as vias de transmissão do agente, são medidas que deverão ser adotadas como complemento às precauções básicas de controlo de infeção e que, muitas vezes, suscitam dúvidas na prática diária, como por exemplo, no que se refere à colocação de doentes, à utilização de equipamento de proteção individual ou à descontaminação do equipamento clínico, de acordo com as vias de transmissão. Assim, torna-se imprescindível consolidar conhecimentos e atuar na prática de acordo com a evidência, de forma a diminuir a sua transmissão cruzada.

No estágio final, foi realizado um póster sobre “Precauções Básicas de Controlo de Infeção: descontaminação de equipamento clínico” (presente no apêndice L) e um cartaz sobre “Limpeza de Salpicos e Derrames de Matéria Orgânica” (presente no apêndice M). Ambos foram apresentados quer à equipa de enfermagem, quer à equipa de assistentes operacionais, encontrando-se afixados no serviço.

Nos serviços de saúde, o meio ambiente é um reservatório para microrganismos, essencialmente os multirresistentes. As superfícies contribuem para a contaminação cruzada, quer através das mãos dos profissionais de saúde, quer através de materiais ou produtos que contactam com essas superfícies. A correta higienização das mãos, a utilização de técnicas eficazes de limpeza e desinfecção de equipamento clínico, e o manuseamento correto dos resíduos, são imprescindíveis para a prevenção e redução das infeções associadas aos cuidados de saúde (Provincial Infectious Diseases Advisory Committee, 2013).

Os equipamentos e os dispositivos podem ser classificados como não críticos, aqueles que apenas contactam com a pele intacta, sem contactar com as mucosas, ou que não tocam diretamente no doente; como semi-críticos, aqueles que contactam com a pele ou membranas mucosas não intactas,

mas não as penetram; ou como críticos, aqueles que penetram tecidos estéreis, incluindo o sistema vascular. Desta forma, de acordo com o grau de risco de exposição, os mesmos exigem níveis de processamento ou reprocessamento diferentes, incluindo a limpeza, a desinfecção de baixo nível, a desinfecção de alto nível, ou a esterilização (Provincial Infectious Diseases Advisory Committee, 2013). Assim, atuar de acordo com as recomendações é imprescindível para se obter uma correta limpeza e desinfecção do material e das superfícies. Como anteriormente foi descrito, um SU é um serviço com uma grande afluência de doentes, e no qual, a correta limpeza e desinfecção do material é essencial para reduzir o número e a quantidade de agentes infecciosos presentes, prevenindo a transmissão das infecções.

A realização e a apresentação dos trabalhos acima referidos serviram como estratégias para prevenir e controlar a transmissão cruzada da infecção associada aos cuidados de saúde. Após a sua apresentação e exposição, as discussões entre os profissionais contribuíram para refletir sobre questões relacionadas com a prática e sobre alterações comportamentais e serem efetuadas, para antecipar a ocorrência de procedimentos de risco.

Adquirir e consolidar conhecimentos, relativamente aos procedimentos a adotar na prestação de cuidados aos doentes, é essencial para aumentar a segurança dos cuidados prestados e para prevenir a transmissão das infeções associadas aos cuidados de saúde. Através de uma base sólida de conhecimentos, é possível os profissionais de saúde atuarem prevenindo procedimentos de risco, especialmente quando associados à prestação de cuidados em situações críticas, nas quais os elevados níveis de *stress*, e a atuação pronta e em tem útil, poderão potenciar a sua ocorrência.

Competência de Mestre n.º7

Competência de Mestre n.º7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade

Considera-se que a sua soma das atividades acima descritas possibilitaram a aquisição e o desenvolvimento da Competência de Mestre número 7.

5 – CONCLUSÃO

O presente relatório permitiu descrever e analisar detalhadamente as atividades desenvolvidas no decurso deste mestrado. Assim, foi possível tomar consciência da mobilização dos conhecimentos adquiridos, quer no período de aulas, quer em toda a pesquisa bibliográfica realizada, os quais se traduziram num conjunto de ações conduzidas para guiar uma prática que objetiva o alcance da excelência da profissão.

Refletindo sobre as atividades desenvolvidas nos estágios, finda-se esta etapa com a sensação que as decisões tomadas tiveram por base uma procura contínua de evidências, as quais se traduziram numa identificação de problemas, formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções, com posterior execução e avaliação dos resultados obtidos, tendo havido um esforço pela implementação e manutenção de uma prática baseada no conhecimento científico mais atual. Esta procura do conhecimento sobre o saber visa a excelência do cuidar, onde o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser são essenciais na prática de enfermagem.

Como forma de aumentar a qualidade e a segurança assistencial, houve a oportunidade de definir estratégias de intervenção, de acordo com necessidades identificadas, e avaliar os resultados da sua implementação, junto da equipa multidisciplinar. Esta conduta irá ser assumida como prioritária na prestação futura de cuidados, onde se objetiva uma participação ativa na procura de medidas de melhoria da prática de cuidados.

Salienta-se, também, o ambiente onde se desenvolveram os estágios, como facilitador no processo de aquisição e desenvolvimento das competências referidas neste RE. A colaboração e o empenho de todos os orientadores e profissionais, os quais se tornaram aliados na concretização das atividades realizadas durante este período, permitiu o alcance dos objetivos definidos.

A partilha de experiências, no seio da equipa multidisciplinar, baseada em decisões refletidas e fundamentadas, proporcionou uma análise aprofundada sobre inúmeras temáticas o que, conjuntamente

com pesquisa bibliográfica sobre as mesmas, possibilitou a aquisição e a consolidação de conhecimentos, auxiliando uma prestação de cuidados de maior qualidade, o que se traduziu num processo de grande aprendizagem pessoal e profissional. De igual forma, o empenho em conciliar a vida pessoal, profissional e académica traduziu-se, também ele, num caminho de aprendizagem pessoal.

O desenvolvimento do PIP, no local onde se desenvolve a prática profissional, foi percecionado como uma experiência extremamente enriquecedora, onde houve facilidade em articular e envolver os diversos intervenientes, que colaboraram para que fosse possível a concretização das várias fases que o constituíram.

Como limitação considera-se o fator temporal pois, na altura de término deste relatório, ainda se aguarda a autorização para a implementação da *checklist* sobre transfusão de componentes sanguíneos realizada, pelo que não foi possível colher dados referentes aos possíveis benefícios advindos da sua utilização. Contudo, através dos resultados obtidos da perceção dos enfermeiros, relativamente ao PIP realizado, considera-se que a área temática eleita foi reconhecida, pelos mesmos, como merecedora de intervenção. De igual forma, o plano formativo implementado e a *checklist* elaborada, foram percecionados como benéficos no aumento da qualidade do processo de transfusão sanguínea realizado no SUMC, possibilitando, assim, o aumento da segurança do doente submetido a terapia transfusional, no referido serviço.

Considera-se que o facto de se ter planeado a avaliação do PIP, após ser implementada a *checklist*, permitirá encará-lo como um projeto em desenvolvimento, cuja primeira fase teve início no estágio realizado. Esta experiência foi percecionada como o início da procura de estratégias promotoras de uma prática preventiva, onde a segurança e a qualidade na prestação mobilizaram a ação. Diante do exposto, considera-se ter alcançado os objetivos definidos para este projeto.

Toda a investigação realizada no decorrer deste percurso fez com que, a procura da excelência do exercício da profissão de enfermagem, se transformasse numa experiência em que, a soma de intervenções planeadas e concretizadas, as quais aqui se encontram detalhadamente refletidas e analisadas, permitissem concluir este relatório com a perceção de terem sido atingidos os objetivos definidos para o mesmo. Desta forma, finda-se a redação deste RE, considerando que foram adquiridas e desenvolvidas as Competências de Mestre em Enfermagem, as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (6ª ed). Washington, DC: American Psychological Association. Acedido a 7 de março de 2018. Retirado de <http://lumenjournals.com/wp-content/uploads/2017/08/APA6thEdition.pdf>

Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion Council. (2011,dezembro). *Guidelines for the administration of blood products*. (2ª ed.). Sydney: Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Ltd. Acedido a 9 de outubro de 2017. Retirado de https://www.anzsbt.org.au/data/documents/guidlines/ANZSBT_Guidelines_Administration_Blood_Products_2ndEd_Dec_2011_Hyperlinks.pdf

Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion Council. (2018, janeiro). *Guidelines for the administration of blood products*. (3ª ed.). Sydney: Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Ltd. Acedido a 2 de março de 2018. Retirado de https://www.anzsbt.org.au/data/ANZSBT_Guidelines_Administration_Blood_Products_3rdEd_Jan_2018.pdf

Aviso n.º 5622/16 de 2 de maio. *Diário da República n.º84/16 – 2ª Série*. Ministério da Educação e Ciência. Acedido a 2 de março de 2018. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/74313811>

Barra, D. C. C. & Sasso, G. T. M. D. (2012). Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 21(2), pp. 440–447. Acedido a 11 de abril de 2017. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a24v21n2.pdf>

Centro Hospitalar do Algarve. (2017). *Relatório de Gestão e Contas 2016*. Faro: Centro Hospitalar do Algarve. Acedido a 25 de fevereiro de 2018. Retirado de http://www.chalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2017/02/01-CHALG_RC2016.pdf

Circular Normativa 09/DGCG (2003a). *A Dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Conselho da União Europeia (2009). Recomendações do Conselho de 9 de Junho de 2009 sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. *Jornal Oficial da União Europeia*. C151/01, pp 1-6. Acedido a 5 de Outubro. Retirado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32009H0703%2801%29>

Craig, J.V. & Smyth, R.L. (2004). *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Decreto-Lei n.º 69/13 de 17 de maio. *Diário da República n.º95/13 – 1ª Série*. Ministério da Saúde. Acedido a 15 de fevereiro de 2018. Retirado de <https://dre.pt/application/file/260989>

Decreto-Lei n.º115/13 de 7 de agosto. *Diário da República n.º151/13 – 1ª Série*. Ministério da Educação e Ciência. Acedido a 4 de Outubro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/498487>

Decreto-Lei n.º185/15 de 2 de setembro. *Diário da República n.º171/15 – 1ª Série*. Ministério da Saúde. Acedido a 4 de Outubro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/70171999>

Decreto-Lei n.º 101/17 de 23 de agosto. *Diário da República n.º162/17 – 1ª Série*. Ministério da Saúde. Acedido a 15 de fevereiro de 2018. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/108041480>

Despacho n.º10319/14 de 11 de agosto. *Diário da República n.º153/14 – 2ª Série*. Ministério da Saúde. Acedido a 7 de outubro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

Despacho n.º1400-A/15 de 10 de fevereiro. *Diário da República n.º28/15 – 2ª Série*. Ministério da Saúde. Acedido a 5 de outubro de 2017. Retirado de http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp_1400A_2015.pdf

Despacho n.º4835-A/16 de 8 de abril. *Diário da República n.º69/16 – 2ª Série*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Acedido a 23 de fevereiro de 2018. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/74076053>

Despacho n.º 1649/17 de 21 de fevereiro. *Diário da República n.º 37/17 – 2ª Série*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Acedido a 4 de outubro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/106494620>

Despacho n.º 98669/17 de 2 de outubro. *Diário da República n.º 190/17 – 2ª Série*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Acedido a 4 de dezembro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/108239880>

Direção-Geral da Saúde. (2003b). *Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 13 de Maio de 2017. Retirado de <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 16 de fevereiro de 2018. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números – 2015: Programa de Prevenção E Controlo de Infeções E de Resistência Aos Antimicrobianos*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em 27 de abril de 2017. Retirado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>

Grupo Português de Triagem. (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Acedido a 4 de março de 2018. Retirado de http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110

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. Acedido a 6 de outubro de 2017. Retirado de http://hemovigilancia.net/files/Portuguese_ISBT_definitions_jul_2011_verso_01.pdf

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2016a). *Algoritmos de notificação de reacções adversas em recetores: sistema português de hemovigilância*. Lisboa: Instituto Português do Sangue e

da Transplantação. Acedido a 6 de outubro de 2017. Retirado de <http://www.hemovigilancia.net/docs/Algoritmos.pdf>

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2016b). *Relatório de atividade transfusional e sistema português de hemovigilância 2016*. Lisboa: Instituto Português do Sangue e da Transplantação. Acedido a 6 de outubro de 2017. Retirado de http://www.hemovigilancia.net/files/RA_SPHv__2016.pdf

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2017). *Sistema português de hemovigilância*. Acedido a 22 de fevereiro de 2018. Retirado de <http://ipst.pt/index.php/sistema-portugues-de-hemovigilancia>

Maramba, P.J., Richards, S., & Larrabee, J.H. (2004). Discharge Planning Process: Applying a Model for Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, vol19 (2), pp123-129 Retirado da B-On

Moura, A.A., Bernardes, A., Balsanelli, A.P., Zanetti, A.C.B., & Gabriel, C.S. (2017). Liderança e satisfação no trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*. 30 (4). pp 442-450. Acedido a 22 de outubro de 2017. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n4/0103-2100-ape-30-04-0442.pdf>

New Zealand Blood Service. (2016). *Transfusion Medicine Handbook*. (3ª ed.). Auckland: New Zealand Blood Service. Acedido a 9 de outubro de 2017. Retirado de <https://www.nzblood.co.nz/assets/Transfusion-Medicine/PDFs/Transfusion-Medicine-Handbook-2016.pdf>

Norma 019 (2017b). *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Norma 021 (2017a). *Especificações do Sistema de Qualidade dos Serviços de Sangue e Serviços de Medicina Transfusional*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Norma 029 (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Norma 038 (2012). *Utilização Clínica de Concentrado Eritrocitário no Adulto*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Norma Hospitalar 3/I/S (2011). *Norma de Procedimento: Isolamentos – Precauções Básicas e Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão*. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

Norma Hospitalar 4/NH/CHA (2015). *Plano de Catástrofe Externa Unidades Hospitalares de Portimão e de Lagos*. Portimão: Centro Hospitalar do Algarve.

Nunes, L. (2016). Ética em Enfermagem: Os Limites do Agir Ético no Dia-A-Dia Do Enfermeiro. *Revista Servir*. 59(2), pp 7-17. Acedido a 15 de setembro de 2017. Retirado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos%20agir%20enfermeiro_%20Rev%20Servir_2016.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 22 de setembro de 2017. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20 de setembro de 2017. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Acedido a 3 de maio de 2017. Retirado de https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Optimal Blood Use. (2010). *Manual para Uso Optimo do Sangue: apoio para o uso clínico seguro, eficaz e eficiente do sangue na Europa*. Optimal Blood Use. Acedido a 9 de outubro. Retirado de http://ipst.pt/files/IPST/INFORMACAO_DOCUMENTACAO/manual_para_uso_optimo_do_sangue.pdf

Pereira, A.T.G., Fortes, I.F.L. & Mendes, J.M.G (2013). Comunicação de Más Notícias: Revisão Sistemática da Literatura. *Journal of Nursing*. 7(1), pp 227-235. Acedido a 15 de setembro de 2017. Retirado de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/7443/1/artigo%20mas%20noticias.pdf>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pordata. (2018a). *Hóspedes nos estabelecimentos hoteleiros por 100 habitantes – Onde existem mais e menos turistas nos estabelecimentos hoteleiros como hotéis e pensões, por cada 100 residentes?* Acedido a 4 de março de 2018. Retirado de <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Pordata. (2018b). *População Residente – Onde há mais e menos pessoas?* Acedido a 4 de março de 2018. Retirado de <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Portaria n.º 75/16 de 8 de abril. *Diário da República n.º69/16 – 1ª Série*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e Saúde. Acedido a 15 de fevereiro de 2018. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/74076044>

Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. (2013). *Best practices for cleaning, disinfection and sterilization of medical equipment/devices in all health care settings* (3ª ed.). Ontario: Public Health Ontario. Acedido a 3 de dezembro de 2017. Retirado de https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/PIDAC_Cleaning_Disinfection_and_Sterilization_2013.pdf

Regulamento n.º122/11 de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º35/11 – 2ª Série* (2011a). Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 4 de Outubro de 2017. Retirado de <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

Regulamento n.º 124/11 de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º35/11 – 2ª Série* (2011b). Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 4 de Outubro de 2017. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Roque, A., Bugalho, A. & Vaz Carneiro, A. (2007). *Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica*. Lisboa: CEMBE. Acedido a 10 de dezembro de 2017. Retirado de <http://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>

Rosswurm, M.A. & Larrabee, J. H. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, vol 31 (4), pp317-322. Retirado da B-On

Serious Hazards of Transfusion. (2017). *Annual Shot Report 2016*. Manchester: SHOT. Acedido a 2 de janeiro de 2018. Retirado de https://www.shotuk.org/wp-content/uploads/myimages/SHOT-Report-2016_web_11th-July.pdf

Silva, E.P., Melo, F.A.B.P., Sousa, M.M., Gouveia, R.A., Tenório, A.A., Cabral, A.F.F., Pacheco, M.C.S., Andrade, A.F.R. & Pereira, T.M. (2013). Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 14 (2), pp 197-202. Retirado de https://app.uff.br/observatorio/uploads/Projeto_Terap%C3%AAutico_Singular_como_Estrat%C3%A9gia_de_Pr%C3%A1tica_da_Multiprofissionalidade_nas_A%C3%A7%C3%B5es_de_Sa%C3%BAde.pdf

Silva, R. S., Paixão, G. P. N., Lins, D. B., Jesus, R. A., & Pereira, A. (2014). Estudo de caso como uma estratégia de ensino na graduação: percepção dos graduados em enfermagem. *Revista Cuidarte*. 5 (1), pp 606–612. Acedido a 12 de abril de 2017. Retirado de <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/98/156>

Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra* (5ª ed.).Loures: Lusociência.

Universidade de Évora. (2017a). *Calendário Escolar 2017/2018*. Acedido a 4 de março de 2018. Retirado de <http://gdoc.uevora.pt/400760>

Universidade de Évora (2017b). *Planeamento da Unidade Curricular*. Acedido a 11 de setembro de 2017. Retirado de https://www.moodle.uevora.pt/1718/pluginfile.php/70672/mod_resource/content/2/Est%C3%A1gio%20final_planeamento18%20Set%202017.pdf

Veiga, B.S., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I.S., Martins, M.M., Coelho, M.T. & Silva, P. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. (2ª ed.). Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Acedido a 6 de outubro de 2017. Retirado de http://cdi-esss.weebly.com/uploads/5/3/6/8/53684907/manual_enfermagem_15_07_2011.pdf

ANEXOS

Anexo A – Autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética do Centro Hospitalar
Universitário do Algarve

"Segurança do utente submetido a terapia transfusional" - Intervenção de Enfermagem no Serviço de Urgência

Patricia Salgado <patricia.salgado@ch Algarve.min-saude.pt>

sex 27-10-2017 13:54

Para: claudia.portero@netcabo.pt <claudia.portero@netcabo.pt>;

Exma. Sra. Enfermeira Cláudia Portero,

Encarrega-me a Sra. Enfª Supervisora Amélia Gracias de informar V. Exa. que o projecto de intervenção supracitado foi autorizado, sendo que, se encontram reunidas as condições para iniciar o mesmo.

Com os melhores cumprimentos,

Patricia Salgado

Secretariado do Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

Unidade Hospitalar de Portimão



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Centro
Hospitalar
Universitário
do Algarve

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

Sítio do Poço Seco | 8500-338 Portimão | Portugal

Tm1 966479442 | Tel. 282450300 | Ext. 35517

www.chalgarve.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



<http://outlook.live.com/owa/?Viewmodel=ReadMessageItem&ItemID=A0M&AD=ATM&MA80G&M605NnY0LTAvA0wMAoARpAAAZ?Y02p7qplPM1Y1...> 1/1

Anexo B – Autorização da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 18088

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Luís Sebastião, Prof.ª Doutora Sandra Leandra e Prof. Doutor Fernando Capela, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Prática transfusional segura no doente em serviço de urgência – O papel do enfermeiro*" da investigadora **Cláudia Portero** (mestranda) e Prof.ª Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

APÊNDICES

Apêndice A – Projeto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Especialidade Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Estágio Final

PROJETO DE ESTÁGIO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

Orientadores:

Enfermeira Leonor Luís

Enfermeira Paula Costa

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Discente:

Cláudia Portero, n.º 37121

Outubro

2017

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
ESCOLA SUPERIOR
SAÚDE
IPORTALEGRE



IPS
INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DR. LOPES DIAS

Especialidade Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Estágio Final

PROJETO DE ESTÁGIO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

Orientadores:

Enfermeira Leonor Luís

Enfermeira Paula Costa

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Discente:

Cláudia Portero, n.º 37121

Outubro

2017

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

APA - American Psychological Association

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

DGS - Direção Geral de Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPST - Instituto Português do Sangue e da Transplantação

n.º - número

p. – página

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Cronograma das atividades a desenvolver no estágio final para aquisição de Competências de MestreXI

Tabela 2 – Cronograma das atividades a desenvolver no estágio final para aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....XII

Tabela 3 – Cronograma das atividades a desenvolver no estágio final para aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica.....XVI

Tabela 4 – Cronograma das atividades a desenvolver para concretização do projeto em serviço.....XXI

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	5
2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA.....	8
3. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO FINAL.....	10
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

1 – INTRODUÇÃO

O Estágio II insere-se no âmbito da unidade curricular estágio final do 3º semestre do Mestrado em Enfermagem – Especialidade Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica - do ano letivo 2017/2018 e visa a articulação e integração de todos os conteúdos abordados nas diferentes unidades curriculares do curso, que se finalizam com a produção do Relatório do Mestrado. Para o referido estágio, e de acordo com documento Planeamento da Unidade Curricular, facultado pelo corpo docente, serão tidas em conta as competências clínicas e as competências de investigação com ponderação de 50% cada. Para as competências de investigação, pretende-se que o estudante elabore um artigo científico, resultado de um projeto em serviço que será desenvolvido ao longo do período de estágio (Universidade de Évora, 2017).

Irei realizar o estágio final no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), o qual decorrerá ao longo de trezentas e oitenta e oito horas, distribuídas por dezoito semanas de estágio com início a 18 de Setembro de 2017 e término a 27 de Janeiro de 2018. Destas, trezentas e trinta e seis horas correspondem a horas de estágio, catorze horas de orientação e tutoria e trinta e oito horas de observação, tendo em conta o documento Planeamento da Unidade Curricular. No período do estágio serão realizados 4 turnos na Viatura Médica de Emergência e Reanimação de Portimão, os quais correspondem ao estágio de observação em meios INEM (Universidade de Évora, 2017).

De acordo com o Despacho n.º10319/2014 de 11 de agosto, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º153, um sistema de urgência tem como função o atendimento e tratamento de situações urgentes. A rede de serviços de urgência é constituída por três níveis de resposta com ordem crescente, tanto no que respeita a recursos, como no que se refere à capacidade de resposta, sendo eles o Serviço de Urgência Básico, o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e o Serviço de Urgência Polivalente. Um SUMC diz respeito ao segundo nível de acolhimento de situações de urgência, devendo dar apoio ao Serviço de Urgência Básico e referenciar para o Serviço de Urgência Polivalente as situações que careçam de uma maior diferenciação de cuidados ou apoio de especialidades inexistentes no SUMC, tendo em conta as respetivas redes de referenciação (Ministério da Saúde, 2014).

De acordo com o guia de orientação, esta unidade curricular tem como objetivos de aprendizagem:

- Integrar princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento;
- Gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência multiorgânica;
- Colaborar em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações;
- Participar na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Participar no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas;
- Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

(Universidade de Évora, 2017)

Entende-se por “pessoa em situação crítica aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2011, p.8656).

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica

exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8656).

Ao longo do presente projeto de estágio será efetuada uma caracterização do SUMC onde se encontra a decorrer o estágio, serão descritas as atividades que me proponho realizar, bem como a calendarização prevista para a sua concretização, objetivando a aquisição final das Competências de Mestre em Enfermagem, das Competência Comuns de Enfermeiro Especialista

e das Competências Específicas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

Concluo o mesmo com as considerações finais nas quais será efetuada uma breve reflexão da importância da realização do pré-projeto como linha orientadora de definição de atividades a desenvolver, tendo em conta o período de tempo definido para a referida unidade curricular.

A sua redação respeita o novo acordo ortográfico português e a norma de referênciação *American Psychological Association (APA)*.

2 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA

O CHUA, Entidade Pública Empresarial, é constituído pelas unidades hospitalares de Faro, Portimão e Lagos e pelo Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul, sendo a sua área de influência toda a extensão da região do Algarve (dezasseis concelhos).

O SUMC tem como área de influência os concelhos de Aljezur, Lagos, Monchique, Portimão, Lagoa, Silves e Albufeira. Localizado no primeiro piso de um edifício de seis andares, é constituído por uma sala para realizar a triagem dos doentes, com dois postos de trabalho, uma sala de emergência/reanimação, constituída por duas boxes fixas e uma suplementar (em caso de necessidade), uma admissão de doentes, um balcão de atendimento médico, composto por quatro postos de trabalho, um gabinete de especialidade, um balcão de enfermagem, um balcão de ortopedia com uma sala e um gabinete de ortopedia, uma sala de pequena cirurgia e uma sala de decisão clínica. Na sala de decisão clínica encontram-se em observação e tratamento os doentes de urgência em maca e os doentes em regime de internamento geral, a aguardar vaga nas unidades de internamento.

Na organização dos cuidados de enfermagem é utilizada a metodologia individual de trabalho. Os registos de enfermagem são realizados no sistema *ALLERT* para os doentes de urgência, e no *SClínico* para os que se encontram em regime de internamento. Nestes, a linguagem utilizada corresponde à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

A equipa de enfermagem é composta por sessenta e seis enfermeiros, dos quais faz parte uma Enfermeira-Chefe e uma enfermeira que substitui a Enfermeira-Chefe. Os enfermeiros encontram-se distribuídos por quatro equipas, chefiadas por um enfermeiro com título de especialista, encontrando-se a cumprir uma sequência de turnos rotativos, e uma equipa que cumpre horário flexível, simultaneamente com a Enfermeira-Chefe e com a enfermeira que a substitui.

A equipa médica é constituída por clínicos gerais, especialistas em cirurgia geral e medicina interna, tendo apoio permanente de anestesiologia, medicina intensiva e ginecologia/obstetrícia. As especialidades de oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e gastroenterologia estão disponíveis em escala alternada entre a Unidade Hospitalar de Faro e de Portimão.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por vinte e seis elementos, distribuídos por quatro equipas, encontrando-se a cumprir uma sequência de turnos rotativos e uma equipa que cumpre horário flexível.

3 – CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER NO ESTÁGIO FINAL

Seguidamente serão apresentadas, em formato de tabela, as atividades que me proponho desenvolver, ao longo do estágio final, bem como a calendarização prevista para a sua realização, para aquisição de Competências de Mestre, Competências Comuns de Enfermeiro Especialista e Competências Específicas de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

Tabela 1 – Cronograma das atividades a desenvolver no estágio final para aquisição de Competências de Mestre

Competência	Atividades/Estratégias a desenvolver	Mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
<p>1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada; +</p> <p>2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; +</p> <p>3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; +</p> <p>4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida; +</p> <p>5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais; +</p> <p>6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular; +</p> <p>7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.</p>	1.1. Prestação de cuidados aos doentes tendo em conta a dimensão ética, jurídica e deontológica;		X	X	X	X	X
	1.2. Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre as <i>guidelines</i> mais atuais referentes aos processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;		X	X	X	X	X
	1.3. Presença em ações de formação contínua e ações de formação em serviço desenvolvidas no CHUA;				X	X	X
	1.4. Consulta de Normas e Políticas Hospitalares do CHUA;		X	X	X	X	X
	1.5. Divulgação da pesquisa realizada junto da equipa multidisciplinar;			X	X	X	X
	1.6. Prestação de cuidados de acordo com a evidência científica mais atual;		X	X	X	X	X
	1.7. Identificação de prioridades de intervenção na prestação de cuidados aos doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;		X	X	X	X	X
	1.8. Avaliação, planeamento, intervenção e avaliação da intervenção realizada aos doentes aos quais preste cuidados;		X	X	X	X	X
	1.9. Envolvimento da equipa multidisciplinar no processo de cuidados aos doentes;		X	X	X	X	X
	1.10. Articulação com a equipa multidisciplinar na gestão do regime terapêutico dos doentes;		X	X	X	X	X
	1.11. Reflexão com a equipa multidisciplinar sobre a gestão do regime terapêutico dos doentes;		X	X	X	X	X
	1.12. Análise de projetos e protocolos institucionais que estejam a ser desenvolvidos;		X	X	X		
	1.13. Realização de um projeto de intervenção sobre o tema “Segurança transfusional no doente em serviço de urgência e responsabilidade do enfermeiro na qualidade do processo de transfusão sanguínea”.				X	X	X
	1.14. Reflexão sobre comportamentos adotados;		X	X	X	X	X
	1.15. Diálogo com a equipa multidisciplinar sobre estratégias de melhoria na prestação de cuidados aos doentes.		X	X	X	X	X

(Fonte: da própria)

Tabela 2 – Cronograma das atividades a desenvolver no estágio final para aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Competência	Atividades/Estratégias a desenvolver	Mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.	1.1. Prestação de cuidados aos doentes tendo em conta a dimensão ética, jurídica e deontológica;		X	X	X	X	X
	1.2. Prestação de cuidados aos doentes de acordo com o código deontológico do enfermeiro;		X	X	X	X	X
	1.3. Atuação de acordo com o Regulamento Exercício Profissional do Enfermeiro;		X	X	X	X	X
	1.4. Reflexão sobre os processos de tomada de decisão;		X	X	X	X	X
	1.5. Atuação respeitando a proteção dos direitos humanos e dos direitos fundamentais - Diário da República – I Série A, n.º155 de Agosto de 2005;		X	X	X	X	X
	1.6. Consulta da Política Hospitalar n.º 26/CHBA de Maio 2011 – Código de Ética do CHBA;		X	X			
	1.7. Reflexão sobre o comportamento por mim adotado;		X	X	X	X	X
	1.8. Discussão com a Supervisora Clínica sobre o comportamento por mim adotado;		X	X	X	X	X
	1.9. Observação do comportamento adotado pelos profissionais de saúde nas situações com as quais tenha contacto;		X	X	X	X	X
	1.10. Discussão com os profissionais de saúde sobre comportamentos adotados nas situações vivenciadas.		X	X	X	X	X
A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	2.1. Atuação respeitando a proteção dos direitos humanos e dos direitos fundamentais - Diário da República – I Série A, n.º155 de Agosto de 2005;		X	X	X	X	X
	2.2. Envolvimento do doente na tomada de decisão do seu processo de saúde;		X	X	X	X	X
	2.3. Consulta da Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro sobre informação em saúde;		X	X			
	2.4. Consulta da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina - Diário da República – I Série A, n.º 2 de 3 de Janeiro de 2001;		X	X			
	2.5. Consulta dos direitos e deveres do doente nos serviços de saúde – Diário da República, I Série, n.º 57 de Março de 2014;		X	X			
	2.6. Consulta da Lei de Bases da Saúde – lei n.º 48/90, de Agosto;		X	X			
	2.7. Consulta do Código Penal;		X	X			
	2.8. Discussão com a equipa multidisciplinar sobre questões de segurança, privacidade e dignidade do doente;		X	X	X	X	X
	2.9. Reflexão sobre o comportamento por mim adotado;		X	X	X	X	X
	2.10. Discussão com a Supervisora Clínica sobre o comportamento por mim adotado;		X	X	X	X	X
	2.11. Observação do comportamento adotado pelos profissionais de saúde nas situações com as quais tenha contato;		X	X	X	X	X
	2.12. Discussão com os profissionais de saúde sobre comportamentos adotados nas situações vivenciadas.		X	X	X	X	X

B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área de governação clínica. B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.	3.1.Consulta da Norma Hospitalar n.º 13/ CHBA de Março de 2013 – Programa de Segurança do Doente – monitorização de indicadores;	X	X			
	3.2.Consulta da Norma Hospitalar n.º 2/CHA de Outubro de 2015 – Programa de Segurança do Doente;	X	X			
	3.3.Consulta da Norma Hospitalar n.º1/XII/E de Fevereiro de 2016 – Intervenção de Enfermagem na Promoção da Segurança do Ambiente Físico;	X	X			
	3.4.Consulta da Política Hospitalar n.º 24/CHBA de Março de 2013 – Política de Segurança do Doente;	X	X			
	3.5.Consulta da Política Hospitalar n.º 1/P/CHA de Outubro de 2015 – Política da Qualidade;	X	X			
	3.6. Consulta da Política Hospitalar n.º 4/P/CHA de Março de 2017 – Política de Saúde e Segurança no trabalho;	X	X			
	3.7. Consulta dos projetos e protocolos institucionais que estejam a ser desenvolvidos na área da qualidade;	X	X			
	3.8. Reflexão sobre os projetos e protocolos institucionais desenvolvidos;	X	X			
	3.9.Diálogo com os colegas sobre os projetos e protocolos institucionais desenvolvidos;	X	X			
	3.10. Reflexão sobre o comportamento adotado pela equipa de profissionais do Serviço de Urgência no que respeita aos projetos e protocolos institucionais desenvolvidos;	X	X			
	3.11. Discussão com a Supervisora Clínica, Enfermeira-Chefe e Enfermeiros Chefes de Equipa sobre focos de instabilidade e pontos de melhoria da equipa de profissionais do Serviço de Urgência no que respeita aos projetos e protocolos na área da qualidade;	X	X			
	3.12. Reflexão junto dos profissionais de saúde do Serviço de Urgência sobre estratégias para melhoria e obtenção de ganhos;	X	X	X	X	X
	3.13. Colaboração com a Supervisora Clínica em projetos e protocolos desenvolvidos ou em desenvolvimento na instituição.	X	X	X	X	X
B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.	4.1. Promoção de um ambiente seguro na prestação de cuidados aos doentes;	X	X	X	X	X
	4.2. Respeito pelas crenças dos doentes aos quais prestarei cuidados, bem como as crenças dos seus familiares;	X	X	X	X	X
	4.3.Consulta das Políticas hospitalares referente à qualidade e segurança;	X	X			
	4.4. Consulta da Política Hospitalar n.10/CHBA de Abril de 2010 – Política de Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde;	X	X			
	4.5. Consulta da Norma Hospitalar n.º7/I/S de Julho de 2011 – Controlo e Prevenção de Surtos de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde;	X	X			
	4.6. Consulta da Norma Hospitalar n.º4/I/S de Agosto de 2011 – Vigilância Epidemiológica da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde;	X	X			

	4.7. Identificação com a Supervisora Clínica e Enfermeira-Chefe das áreas que necessitem de uma maior intervenção no Serviço de Urgência, no âmbito da prevenção e controlo da infeção;	X	X				
	4.8. Pesquisa bibliográfica sobre as evidências científicas mais atuais relacionadas com as áreas identificadas;		X	X			
	4.9. Reunião com as Enfermeiras Responsáveis pela Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar para apurar projetos e protocolos desenvolvidos pela instituição no âmbito da prevenção e controlo da infeção;	X	X				
	4.10. Elaboração de um póster sobre “Descontaminação do Equipamento Clínico”;				X	X	
	4.11. Exposição, no Serviço de Urgência, do póster realizado;					X	
	4.12. Reunião com o Engenheiro responsável pelos planos de emergência do Hospital;	X	X				
	4.13. Reflexão sobre o comportamento por mim adotado;	X	X	X	X	X	
	4.14. Discussão com a Supervisora Clínica sobre o comportamento por mim adotado;	X	X	X	X	X	
	4.15. Observação do comportamento adotado pelos profissionais de saúde no âmbito da manutenção de um ambiente terapêutico seguro;	X	X	X	X	X	
	4.16. Discussão com os profissionais de saúde sobre comportamentos adotados nas situações vivenciadas.	X	X	X	X	X	
C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. +	5.1. Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre as evidências científicas mais atuais relacionadas com o processo de cuidados aos doentes aos quais preste cuidados;	X	X	X	X	X	
	5.2. Articulação com a equipa multidisciplinar na gestão do regime terapêutico dos doentes aos quais preste cuidados;	X	X	X	X	X	
	5.3. Envolvimento da equipa multidisciplinar no processo de cuidados aos doentes;	X	X	X	X	X	
	5.4. Reflexão com a equipa multidisciplinar sobre a gestão do regime terapêutico dos doentes aos quais preste cuidados;	X	X	X	X	X	
	5.5. Pesquisa bibliográfica sobre liderança e governação clínica;		X	X			
	5.6. Observação dos estilos de liderança adotados pela Enfermeira-Chefe, Supervisora Clínica e Enfermeiros Chefes de Equipa;	X	X	X	X	X	
	C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.	5.7. Reflexão sobre o comportamento por mim adotado quando presto cuidados desempenhando funções de chefia de equipa;	X	X	X	X	X
		5.8. Reflexão sobre a tomada de decisões;	X	X	X	X	X
		5.9. Identificação de pontos de melhoria no comportamento por mim adotado;	X	X	X	X	X
		5.10. Discussão com a Supervisora Clínica e Enfermeira-Chefe sobre o comportamento por mim adotado;	X	X	X	X	X
		5.11. Diálogo com a equipa multidisciplinar sobre atitudes e comportamentos adotados;	X	X	X	X	X
		5.12. Diálogo com a equipa multidisciplinar sobre preocupações/dificuldades sentidas e formas possíveis de intervir para auxiliar a resolução de problemas;	X	X	X	X	X

	5.13. Gestão dos recursos humanos e físicos disponíveis para uma prestação de cuidados segura.	X	X	X	X	X
D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.	6.1. Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre a conduta do enfermeiro;		X	X		
	6.2. Pesquisa bibliográfica sobre gestão de conflitos;		X	X		
	6.3. Observação do comportamento adotado pela Enfermeira-Chefe, Supervisora Clínica e Enfermeiros Chefes de Equipa na resolução de conflitos;	X	X	X	X	X
	6.4. Reflexão sobre o comportamento adotado face às situações vivenciadas;	X	X	X	X	X
	6.5. Discussão com a Supervisora Clínica sobre o comportamento por mim adotado;	X	X	X	X	X
	6.6. Diálogo com a equipa multidisciplinar sobre atitudes e comportamentos adotados;	X	X	X	X	X
	6.7. Diálogo com a equipa multidisciplinar sobre preocupações/dificuldades sentidas e formas possíveis de intervir para auxiliar a resolução de problemas.	X	X	X	X	X
D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.	7.1. Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre as evidências científicas mais atuais relacionadas com o processo de cuidados aos doentes aos quais preste cuidados;	X	X	X	X	X
	7.2. Consulta das Normas Hospitalares relacionadas com as técnicas necessárias à prestação de cuidados aos doentes;	X	X	X	X	X
	7.3. Prestação de cuidados de acordo com a evidência científica mais atual;	X	X	X	X	X
	7.4. Diálogo com a equipa de profissionais sobre pesquisas realizadas, necessárias à prestação de cuidados aos doentes que tenha contato;	X	X	X	X	X
	7.5. Divulgação da pesquisa realizada na adequação da prestação de cuidados;	X	X	X	X	X
	7.6. Identificação de áreas que necessite de aprofundar o meu conhecimento;	X	X	X	X	X
	7.7. Observação das estratégias adotadas pela Supervisora Clínica e Enfermeiros Chefes de Equipa na formulação e implementação de uma prática clínica especializada;	X	X	X	X	X
	7.8. Colaboração com a Supervisora Clínica na implementação de processos de formação desenvolvidos ou em desenvolvimento no Serviço de Urgência.	X	X	X	X	X

(Fonte: da própria)

Tabela 3 – Cronograma das atividades a desenvolver no estágio final para aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica

Competência	Atividades/Estratégias a desenvolver	Mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.	1.1. Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre as <i>guidelines</i> mais atuais referentes aos processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica com as quais tenha contato;		X	X	X	X	X
	1.2. Pesquisa sobre as normas de procedimento hospitalares referentes à utilização de técnicas necessárias à prestação de cuidados aos doentes com processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica com os quais tenha contato;		X	X	X	X	X
	1.3. Identificação de prioridades de intervenção na prestação de cuidados aos doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;		X	X	X	X	X
	1.4. Avaliação, planeamento, intervenção e avaliação da intervenção realizada aos doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica aos quais preste cuidados;		X	X	X	X	X
	1.5. Identificação de evidência de dor/mal-estar nos doentes com processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica com os quais tenha contato;		X	X	X	X	X
	1.6. Envolvimento do doente na tomada de decisão do seu processo de saúde;		X	X	X	X	X
	1.7. Gestão de medidas farmacológicas e não-farmacológicas no alívio da dor/mal-estar dos doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica com os quais tenha contato;		X	X	X	X	X
	1.6. Assistência do doente e da família nas perturbações emocionais decorrentes dos processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;		X	X	X	X	X
	1.7. Gestão da comunicação com os doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, com os seus familiares e/ou cuidadores, de acordo com as necessidades percebidas aquando da prestação de cuidados;		X	X	X	X	X
	1.8. Reflexão sobre o comportamento por mim adotado face às situações vivenciadas;		X	X	X	X	X
	1.9. Observação do comportamento adotado pela Supervisora Clínica e Enfermeiros Chefes de Equipa na assistência dos doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como na assistência aos seus familiares e/ou cuidadores;		X	X	X	X	X
	1.10. Observação do comportamento adotado pelos Enfermeiros na assistência dos doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, bem como na assistência aos seus familiares e/ou cuidadores;		X	X	X	X	X
	1.11. Discussão com a Supervisora Clínica sobre o comportamento por mim adotado;		X	X	X	X	X
1.12. Diálogo com a equipa multidisciplinar sobre atitudes e comportamentos adotados;		X	X	X	X	X	

	1.13. Diálogo com a equipa multidisciplinar sobre preocupações/dificuldades sentidas e formas possíveis de intervir para auxiliar na resolução de problemas.	X	X	X	X	X
	1.14. Reflexão sobre as situações vivenciadas no estágio de observação em meios INEM;			X		
	1.15. Diálogo com a equipa multidisciplinar sobre comportamentos adotados face às situações vivenciadas.			X		
K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação	2.1. Pesquisa sobre o Plano de Catástrofe desenvolvido na Instituição onde presto cuidados;	X	X			
	2.2. Reunião com o Engenheiro Responsável pelo Plano de Catástrofe Hospitalar;		X			
	2.3. Análise do Plano de Catástrofe desenvolvido na Instituição onde presto cuidados;					X
	2.4. Discussão com a Enfermeira-Chefe, com a Supervisora Clínica e com os Enfermeiros-Chefes de equipa sobre dúvidas existentes.					X
K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.	3.1. Leitura do Plano Nacional de Controlo de Infeção;	X	X			
	3.2. Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre diretrizes relacionadas com Controlo de Infeção;		X	X		
	3.2. Pesquisa sobre normas de procedimento hospitalar relacionadas com o controlo da infeção associada aos cuidados de saúde;		X			
	3.3. Identificação de projetos desenvolvidos na instituição sobre infeção hospitalar;	X	X			
	3.4. Reunião com a Enfermeira-Chefe e com a Supervisora Clínica para identificação de necessidades do serviço;	X	X			
	3.5. Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre os temas identificados;					
	3.6. Reunião com a Enfermeira Responsável pela Comissão de Controlo de Infeção do Hospital;		X			
	3.7. Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre o tema a desenvolver;		X	X		
	3.8. Realização de um póster sobre “descontaminação do equipamento clínico”;				X	X
	3.9. Exposição do póster sobre “descontaminação do equipamento clínico”;					X
	3.10. Prestação de cuidados aos doentes respeitando as medidas de controlo e prevenção da infeção;	X	X	X	X	X
	3.11. Observação do comportamento adotado pelos profissionais que se encontrem a prestar cuidados aos doentes;	X	X	X	X	X
3.12. Reflexão junto dos profissionais sobre cumprimento e estratégias de melhoria no cumprimento das medidas preventivas de transmissão da infeção.	X	X	X	X	X	

(Fonte: da própria)

4 – PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

De acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º28, “o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 inscreve-se no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS” (Ministério da Saúde, 2015). De forma a garantir a melhoria contínua da qualidade, é necessário identificar, avaliar e hierarquizar os riscos, reconhecendo as ações de melhoria a desenvolver (Ministério da Saúde, 2015).

No âmbito da “Segurança e Qualidade de Vida” do doente, o projeto de intervenção profissional que vou desenvolver no estágio final terá como tema “Segurança transfusional no doente em serviço de urgência e responsabilidade do enfermeiro na qualidade do processo de transfusão sanguínea”.

A transfusão de componentes sanguíneos é um processo complexo que envolve uma multiplicidade de etapas e profissionais. A segurança na transfusão requer a implementação de rigorosas medidas ao longo de toda a cadeia transfusional, de forma a minimizar os riscos imunológicos e infecciosos, garantir a administração de componentes que sejam clinicamente eficazes e diminuir a ocorrência de erros. A terapia transfusional não é isenta de riscos e estes poderão resultar em grave prejuízo para os doentes, podendo mesmo ser fatais. Contudo, quando associada a um procedimento seguro, os seus efeitos benéficos sobrepõem-se aos riscos a ela associados (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2012).

Na transfusão de componentes sanguíneos, o erro humano pode ocorrer nas fases de decisão da necessidade de transfusão, na identificação da amostra, ou na identificação do doente no momento da administração do componente (DGS, 2012).

No ano de 2016 foram analisadas 414 reações adversas em recetores, em 60 instituições de Portugal, correspondendo 398 (96,12%) a reações precoces e 16 (3,8%) reações tardias, o

que “realça a importância da monitorização dos doentes na administração da transfusão” (Instituto Português do Sangue e da Transplantação [IPST], 2016, p.55). Da totalidade de reações adversas descritas, 46 foram classificadas como graves e 2 como casos de Ameaça Vital. Nos casos de Ameaça Vital, 1 foi classificado com responsabilidade previsível/provável e 1 caso com responsabilidade demonstrada (IPST, 2016b).

No que se refere a Quase-erro foram notificados 245 em 35 instituições, 186 (75,92%) dos quais com origem no local de transfusão. Relativamente aos Erros, foram notificados 31 em 18 instituições, 9 com identificação de consequências no recetor. Da totalidade, 21 (67,74%) tiveram origem no local de transfusão (IPST, 2016b).

O enfermeiro é um profissional de saúde com um papel imprescindível e indispensável na hemovigilância, tendo a hipótese de diminuir amplamente os riscos a que os doentes estão sujeitos durante a transfusão de componentes sanguíneos. Desta forma, a sua prática deve ser baseada na evidência científica mais atual, promovendo a melhoria contínua da segurança e da qualidade na assistência aos doentes que presta cuidados.

Com o objetivo de conhecer a realidade da unidade hospitalar de Portimão, foram realizadas reuniões com o gestor do risco clínico e com o responsável pelo serviço de imunohemoterapia.

Após a reunião com o gestor de risco clínico, tomei conhecimento que foi atualizada, no ano de 2016, uma Norma de Procedimento relativa às intervenções de enfermagem na administração de produtos sanguíneos e hemoderivados, com inclusão de novos critérios na auditoria ao processo clínico – hemovigilância, como uma ação para redução do risco relacionado com o processo transfusional. No que se refere à receção do componente foi incluída a identificação do enfermeiro que receciona; na verificação do componente foi incluído o estado do componente, a data de validade e o número de dador nas etiquetas; e na administração de componentes foi incluída a confirmação por dois enfermeiros dos dados, a assinatura legível e o número mecanográfico no início da administração do componente, bem como a avaliação de parâmetros vitais (tensão arterial, pulso e temperatura) quinze minutos após o início da administração. As auditorias somente são realizadas para os serviços de internamento.

Após reunião com o responsável pelo serviço de imuno-hemoterapia, foi possível obter o número de componentes sanguíneos administrados na UHP e no SUMC no ano de 2016, sendo possível calcular a taxa de administração correspondente ao Serviço de Urgência. Da totalidade dos 3312 compostos sanguíneos administrados por 29 serviços, 983 (29,68%) foram administrados no SUMC, para o referido ano (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2017).

Sendo a administração de componentes sanguíneos um procedimento comum no Serviço de Urgência, com uma taxa correspondente de administração de 29,68% no ano de 2016, e o enfermeiro um profissional com um papel imprescindível em várias fases da cadeia transfusional, cuja prática se impõe como determinante na redução dos riscos a que os doentes estão sujeitos quando necessitam de realizar hemoterapia, o objetivo geral do plano de intervenção profissional a ser desenvolvido será aumentar a segurança dos doentes que necessitem de realizar terapia transfusional no SUMC.

Numa fase inicial, prevê-se aplicar um questionário junto da equipa de enfermagem de forma a ser possível efetuar uma caracterização da mesma, aferir a pertinência do tema em estudo e avaliar as perceções, os conhecimentos e a prática realizada no SUMC. Simultaneamente, aplicar a grelha de auditoria de hemovigilância às folhas onde se efetua o registo da hemovigilância realizada e aos processos clínicos dos doentes que necessitaram de realizar terapia transfusional no Serviço de Urgência, no período correspondente a um mês de administração de componentes sanguíneos, para obter dados referentes ao SUMC. Posteriormente, prevê-se realizar sessões formativas, tendo em conta a Norma de Procedimentos em vigor, objetivando aumentar a segurança dos doentes que necessitem de realizar terapia transfusional, no SUMC.

Na instituição onde se irá desenvolver o projeto, os registos referentes à hemovigilância são efetuados em impresso próprio, cuja existência é prévia à atualização da Norma de Procedimento que se encontra em vigor com obrigatoriedade de preenchimento por todos os enfermeiros, aquando da administração de componentes sanguíneos.

Face ao exposto, serão apresentadas, em formato de tabela, as atividades bem como o tempo previsto para a sua concretização, para ser possível desenvolver e implementar o projeto de intervenção, tendo em conta o período de tempo definido para a unidade curricular.

Tabela 4 – Cronograma das atividades a desenvolver para a concretização do projeto de intervenção profissional

	Etapas	Inicial Planeamento Execução Avaliação				
		Mês	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Atividades/Estratégias						
Identificação da área temática do projeto						
Validação do tema do projeto após reunião com Enfermeira-Chefe, Supervisora Clínica, Professora Orientadora e Enfermeira Supervisora						
Planificação do projeto						
Elaboração do questionário para aplicar aos enfermeiros						
Pedido de parecer ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHUA;						
Pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade de Évora;						
Aplicação dos instrumentos de colheita de dados						
Análise dos resultados						
Elaboração do plano da sessão de formação						
Realização das sessões de formação em serviço						
Avaliação das sessões de formação realizadas						

(Fonte: da própria)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste projeto de estágio teve em consideração o local onde se encontra a decorrer o estágio final e o período de tempo previsto para a sua realização.

Trata-se de um documento que serve como linha orientadora das atividades que me proponho realizar, neste campo de estágio, de forma a adquirir e a desenvolver as Competências de Mestre, as Competências Comuns de Enfermeiros Especialista e as Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica.

Ao longo da realização do estágio, as atividades a desenvolver ou o período de tempo estabelecido para a sua concretização poderá sofrer alterações, de acordo com as necessidades identificadas. As mesmas serão sempre comunicadas e validadas com a Professora Orientadora, Supervisora Clínica e Enfermeira-Chefe.

Para a concretização do referido estágio, será elaborado um artigo científico, de acordo com o estabelecido no documento Planeamento da Unidade Curricular (Universidade de Évora, 2017).

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2017). *Unidade Hospitalar de Portimão*. Retirado de Aplicação do Sistema de Informação de Sangue.

Despacho n.º10319/14 de 11 de agosto. *Diário da República n.º153/14 – 2ª Série*. Ministério da Saúde. Acedido a 7 de outubro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

Despacho n.º1400-A/15 de 10 de fevereiro. *Diário da República n.º28/15 – 2ª Série*. Ministério da Saúde. Acedido a 5 de outubro de 2017. Retirado de http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp_1400A_2015.pdf

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2016). *Relatório de atividade transfusional e sistema português de hemovigilância 2016*. Lisboa: Instituto Português do Sangue e da Transplantação. Acedido a 6 de outubro de 2017. Retirado de http://www.hemovigilancia.net/files/RA_SPHv__2016.pdf

Norma 038 (2012). *Utilização Clínica de Concentrado Eritrocitário no Adulto*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Regulamento n.º 124/11 de 18 de fevereiro. *Diário da República n.º35/11 – 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 4 de Outubro de 2017. Retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Apêndice B – Artigo Científico sobre Segurança Transfusional: prática de enfermagem num serviço de urgência

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Estágio Final

ARTIGO CIENTÍFICO

Segurança transfusional: prática de enfermagem num serviço de urgência

Orientadores:

Enfermeira Leonor Luis

Enfermeira Paula Costa

Prof.ª Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

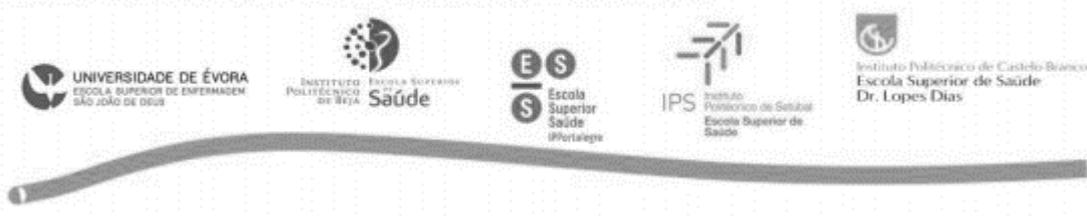
Discente:

Cláudia Portero, n.º 37121

Janeiro

2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica

Estágio Final

ARTIGO CIENTÍFICO

Segurança transfusional: prática de enfermagem num serviço de urgência

Discente:

Cláudia Portero, n.º 37121

Janeiro

2018

Autor – Cláudia Marcelo Portero, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, claudiaportero@netcabo.pt

Autor – Ana Paula Teixeira Costa, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, paulinha.paupau@gmail.com

Autor – Maria Dulce dos Santos Santiago, Instituto Politécnico de Beja, dulce.santiago@ipbeja.pt

Título - Segurança transfusional: prática de enfermagem num serviço de urgência

Resumo

A hemoterapia é fundamental para cuidar de doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. O enfermeiro tem um papel imprescindível em várias etapas da cadeia transfusional, cuja prática se impõe como determinante na diminuição dos riscos a que os doentes estão sujeitos quando necessitam desta terapia. Assim, pretendeu-se analisar a perceção dos enfermeiros de um serviço de urgência sobre o processo transfusional e hemovigilância realizada, bem como examinar os dados registados da sua prática, de forma a identificar possíveis estratégias para aumentar a segurança transfusional no referido serviço.

Desenvolveu-se um estudo durante 1 mês, onde foi aplicado um questionário a 52 enfermeiros e, simultaneamente, foi aplicada a grelha de auditoria ao impresso onde se regista a hemovigilância efetuada e aos processos clínicos dos doentes submetidos a terapia transfusional, no mês antecedente. Os resultados evidenciaram que a prática dos enfermeiros não foi consensual nalguns procedimentos, concluindo-se que a sua perceção sobre a hemovigilância realizada não corresponde aos dados registados da sua prática. Foram identificadas como possíveis estratégias para aumentar a segurança transfusional, a realização de formação em serviço, a criação de uma *checklist* sobre transfusão de componentes sanguíneos, e a atualização do impresso de registo da hemovigilância.

Palavras-chave – Transfusão de componentes sanguíneos; Segurança do paciente; Segurança do sangue; Enfermeiros; Serviços médicos de emergência

Title – Transfusion safety: nursing practice in an emergency service

Abstract

The hemotherapy is essential to care for patients experiencing complex processes of critical illness and / or organic failure. The nurse plays an essential role in several stages of the transfusion chain, whose practice is determinant in reducing the risks to patients when they need this therapy. Thus, it was intended to analyze emergency service nurses' perception regarding the transfusion process and haemovigilance performed, as well as to examine the recorded data of their practice, in order to identify possible strategies to increase transfusion safety in the referred service.

A study was carried out for 1 month, in which a questionnaire was administered to 52 nurses and, at the same time, the audit grid was applied to the form in which the haemovigilance performed and the clinical procedures of patients undergoing transfusion therapy were recorded in the previous month. The results showed that the nurses' practice was not consensual in some procedures, concluding that their perception about the haemovigilance performed does not correspond to the recorded data of their practice. Possible strategies for enhancing transfusion safety, on-the-job training, establishing a blood component transfusion checklist and updating the haemovigilance registration form have been identified as potential strategies.

Keywords – Blood component transfusion; Patient safety; Blood safety; Nurses; Emergency service.

Introdução

A hemoterapia é uma terapia essencial para salvar e melhorar milhares de vidas a cada ano. Constitui-se como importante medida na abordagem de diversas situações clínicas, entre outras, no tratamento imediato de doentes críticos com patologia hematológica, contribuindo para a evolução dos cuidados de saúde, tendo presente que “ainda que os novos desenvolvimentos de tratamentos de saúde venham apresentando expressivos progressos, não se encontrou como substituir o sangue humano para fins terapêuticos” (Ferreira, Martinez, & Mota, 2007, p.160). Contudo, esta terapia não é isenta de riscos e estes poderão resultar em graves prejuízos para os doentes, podendo mesmo ser fatais.

Na transfusão de componentes sanguíneos, o erro humano pode ocorrer nas fases de decisão da necessidade de transfusão, de identificação da amostra, ou de identificação do doente aquando da administração do componente (Direção- Geral da Saúde [DGS], 2012). Embora haja um empenho cada vez maior na garantia da segurança transfusional, a transfusão inadequada e erros administrativos evitáveis, constituem uma parte significativa das notificações sobre eventos adversos relacionados com a transfusão (New Zealand Blood Service, 2016).

A medicina transfusional sofre mudanças rapidamente, sendo essencial a utilização das diretrizes mais atuais, baseadas nas evidências. A nível hospitalar, devem ser desenvolvidas políticas locais de transfusão, garantindo que todos os profissionais envolvidos no processo recebam treino adequado e seja efetuada avaliação da competência (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2011).

O enfermeiro é um profissional de saúde com um papel imprescindível em várias etapas da cadeia transfusional, cuja prática se impõe como determinante na diminuição dos riscos a que os doentes estão sujeitos perante a necessidade de realizar transfusão de componentes sanguíneos. Desta forma, a sua atuação deve ser baseada na evidência científica mais atual, promovendo a melhoria contínua da qualidade na assistência aos doentes que presta cuidados.

No hospital onde desenvolvemos a nossa prática, foi atualizada a Norma de Procedimento relativa às intervenções de enfermagem na administração de produtos sanguíneos e hemoderivados, com inclusão de novos critérios na auditoria ao processo clínico – hemovigilância. Relativamente à receção do componente foi incluída a identificação do enfermeiro que receciona; na verificação do componente foi incluído o estado do componente, a data de validade e o número de dador nas etiquetas; e na administração de componentes foi incluída a confirmação dos dados por dois enfermeiros, a assinatura legível e o número mecanográfico no início da administração do componente, bem como a avaliação de parâmetros vitais (tensão arterial, pulso e temperatura) quinze minutos após o início da administração. De referir que as auditorias são realizadas semestralmente para os serviços de internamento, não sendo realizadas para o serviço de urgência, o que se apresenta como limitação.

As Normas de Procedimento ou Normas de Orientação Clínica são “uma reflexão do que se supõe ser a melhor prática clínica com potencial para produzir marcados ganhos em saúde” (Roque, Bugalho, & Vaz Carneiro, 2007, p.9). Devem basear-se na melhor evidência científica e possibilitam o “acesso fácil à síntese da informação relevante e eficaz numa patologia; reforçam a qualidade da decisão clínica (...); servem de base de referência para programas de qualidade em saúde (...)” (Roque, Bugalho, & Vaz Carneiro, 2007, p.3).

A administração de componentes sanguíneos é um procedimento comum no serviço de urgência e é fundamental para cuidar de doentes a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. No ano de 2016, a taxa de administração de componentes sanguíneos no serviço em estudo foi de 29,7%, num total de 29 serviços – 3312 compostos sanguíneos totais administrados em 29 serviços, dos quais 983 foram administrados no serviço de urgência (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2017).

Assim, pretendeu-se analisar a perceção dos enfermeiros de um serviço de urgência sobre o processo transfusional e sobre a hemovigilância realizada, bem como examinar os dados registados da sua prática, de forma a identificar possíveis estratégias a serem aplicadas, juntos dos mesmos, para diminuir a possibilidade de ocorrência de incidentes no local de transfusão. Os objetivos foram definidos com vista ao aumento da segurança dos doentes que necessitem de realizar hemoterapia, no serviço em estudo.

Fundamentação Teórica

A hemoterapia é definida como a administração de sangue e/ou componentes sanguíneos, por via endovenosa, de forma a “restabelecer o volume sanguíneo”, “aumentar a capacidade de transporte do oxigénio”, “assegurar a correcção de deficiências imunológicas” e “assegurar a correcção das alterações hemorrágicas e dos factores de coagulação” (Veiga et al, 2011, p.229). Embora considerada como uma terapia imprescindível na assistência em saúde, requer um processo complexo que envolve uma multiplicidade de etapas e profissionais, exigindo a implementação de rigorosas medidas ao longo de toda a cadeia transfusional, de forma a minimizar os riscos imunológicos e infecciosos, garantir a administração de componentes que sejam clinicamente eficazes e diminuir a ocorrência de erros. Quando associada a um procedimento seguro, os seus efeitos benéficos sobrepõem-se aos riscos a ela associados (DGS, 2012). Para tal, requer liderança e suporte a todos os níveis, incluindo líderes nacionais e regionais, administração hospitalar e profissionais de saúde, com o objetivo de garantir a administração do componente sanguíneo certo ao doente certo e no momento certo (New Zealand Blood Service, 2016).

Na transfusão de componentes sanguíneos é necessário que se efetue um uso ótimo do sangue, o qual é definido como “uma utilização segura, clinicamente eficaz e eficiente do sangue humano”. A transfusão segura significa a ausência de reações adversas ou infeções; clinicamente eficaz, entendida como benéfica para o doente; e eficiente, definida como a administração apenas quando necessária para o doente (Optimal Blood Use, 2010, p.2).

Maioritariamente, os problemas relacionados com a transfusão são causados por uma má comunicação, falta de procedimentos documentados e treino inadequado dos profissionais (New Zealand Blood Service, 2016).

De acordo com dados obtidos através do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, para o ano de 2016, foram analisadas 414 reações adversas em recetores, em 60 instituições. Destas, 398 (96,12%) foram reações precoces e 16 (3,8%) reações tardias. Da totalidade de reações adversas descritas, 46 classificadas como graves e 2 classificadas como casos de Ameaça Vital (1 com responsabilidade previsível/provável e 1 com responsabilidade demonstrada). Relativamente aos

quase-erro, foram notificados 245 em 35 instituições, 186 (75,92%) dos quais com origem no local de transfusão. Em relação aos erros, foram notificados 31 em 18 instituições, 9 com consequências no recetor, sendo que 21 (67,74%) tiveram origem no local de transfusão (Instituto Português do Sangue e da Transplantação, 2016).

Embora os eventos adversos mais graves sejam documentados no local da transfusão, é essencial que haja garantia de um fornecimento seguro e eficaz do sangue, o que implica rigorosas medidas no recrutamento e seleção dos doadores, triagem de infeção, testes sorológicos e produção de componentes sanguíneos (Norfolk, 2013). Desta forma, todos os profissionais envolvidos nas diferentes etapas da cadeia transfusional devem ter treino regular e deve ser avaliada a sua competência (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2011).

Material e métodos

Realizou-se um estudo com uma população de 52 enfermeiros de um serviço de urgência do sul do país. Após aprovação e autorização institucional, nomeadamente da Comissão de Ética e do Conselho de Administração, procedeu-se à recolha de dados, a qual foi efetuada por um período de 1 mês. Para a realização deste estudo foi garantido o cumprimento dos princípios da declaração de Helsínquia.

Foi aplicado um questionário aos enfermeiros em prestação direta de cuidados no serviço de urgência, após o seu consentimento informado, com a garantia de anonimato e confidencialidade dos participantes, de forma a caracterizar a população e validar, juntos dos mesmos, a pertinência do tema em estudo. Para tal, foram elaboradas questões relacionadas com a perceção dos enfermeiros relativamente aos efeitos adversos da transfusão (conhecimentos e prática transfusional) e ao processo transfusional/hemovigilância realizado no serviço de urgência, bem como referentes à sua opinião relativamente à influência da formação sobre o processo transfusional na diminuição de eventos adversos.

Na instituição onde se desenvolve o estudo, os registos referentes à hemovigilância são efetuados em impresso próprio, cuja existência é prévia à atualização da Norma de Procedimento em vigor, com obrigatoriedade de preenchimento por todos os enfermeiros, aquando da administração de componentes sanguíneos. Desta forma, foi aplicada a grelha de auditoria aos impressos da hemovigilância efetuada aos doentes submetidos a terapia transfusional no mês antecedente à aplicação do questionário. De igual modo, foi efetuada uma comparação entre os registos presentes no referido impresso e os realizados nos processos clínicos dos doentes, de forma a adquirir dados da totalidade de registos efetuados pelos enfermeiros, relativamente aos doentes submetidos a terapia transfusional, no período de tempo estabelecido para este estudo.

Posteriormente procedeu-se à introdução e ao tratamento dos dados obtidos na aplicação informática Excel.

Resultados

A população foi constituída por um total de 52 enfermeiros, cuja caracterização se apresenta na Tabela n.º 1.

Os resultados obtidos da perceção dos enfermeiros relativamente aos efeitos adversos da transfusão (conhecimentos e prática transfusional), bem como os referentes ao processo transfusional/hemovigilância realizado no serviço de urgência, encontram-se agrupados nas Tabelas n.º 2 e 3 (respetivamente). Segue-se o Gráfico n.º 1, onde se apresenta a distribuição dos enfermeiros relativamente à influência da formação sobre o processo transfusional na diminuição de eventos adversos.

Por fim, encontram-se organizados os resultados obtidos da aplicação da grelha de auditoria aos impressos da hemovigilância efetuada e aos processos clínicos dos doentes, na Tabela n.º 4.

Tabela n.º 1 – Caracterização da amostra

		Percentagem (%)
Género	Feminino	71,2%
	Masculino	28,8%
Tempo de exercício de funções como enfermeiro	≤ 5 anos	36,6%
	>5 – ≤10 anos	44,2%
	>10 – ≤ 15 anos	11,5%
	>15 – ≤ 20 anos	5,8%
	≥ 20 anos	1,9%
Título profissional	Enfermeiro	84,6%
	Enfermeiro-Especialista	15,4%
	• Médico-Cirúrgica	75,0%
	• Saúde Comunitária	12,5%
	• Reabilitação	12,5%
Tempo de prestação de cuidados no serviço de urgência	≤5 anos	48,1%
	> 5 – ≤10 anos	42,3%
	>10 – ≤ 15 anos	9,6%
	>15 – ≤20 anos	0%
Realização de hemovigilância no serviço de urgência		100%
Consulta da Norma de Procedimento		80,8 %
Sem consulta da Norma de Procedimento		19,2%
Com conhecimento da atualização da Norma de Procedimento em 2016		40,4%
Sem conhecimento da atualização da Norma de Procedimento em 2016		59,6%
Com conhecimento de todos os impressos sobre o processo transfusional		71,2%
Sem conhecimento de todos os impressos sobre o processo transfusional		28,8%
Com formação sobre terapia transfusional enquanto profissional de saúde		13,5%
• Formação ≤ 5 anos		71,4%
• Formação > 5 anos		28,6%
Sem formação sobre terapia transfusional enquanto profissional de saúde		86,5%

Nota: n=52 (Fonte: da própria)

**Tabela n.º 2 – Perceção dos enfermeiros relativamente aos efeitos adversos da transfusão
(conhecimentos e prática profissional)**

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Qualquer transfusão de componentes sanguíneos acarreta riscos, podendo trazer um prejuízo fatal para o doente.	0%	0%	3,9%	19,2%	76,9%
Sinto que sei agir corretamente em caso de ocorrência de uma reação adversa associada à administração de componentes sanguíneos.	0%	5,8%	26,9%	51,9%	15,4%
Conheço todos os procedimentos estabelecidos pela instituição onde presto cuidados, em caso de ocorrência de uma reação adversa associada à administração de componentes sanguíneos.	0%	21,2%	36,5%	36,5%	5,8%
Gostaria de me sentir mais seguro em alguns procedimentos relacionados com o processo transfusional.	0%	3,8%	5,8%	55,8%	34,6%

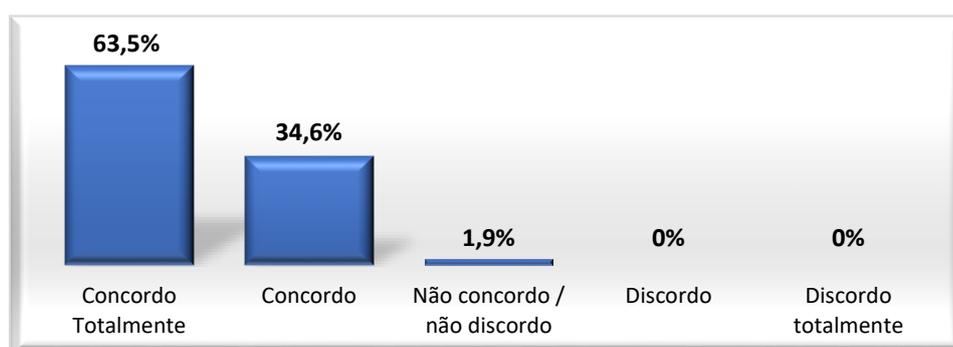
Nota: n=52 (Fonte: da própria)

Tabela n.º 3 – Perceção dos enfermeiros relativamente ao processo transfusional/
hemovigilância no serviço de urgência

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
A administração de componentes sanguíneos é um procedimento comum no serviço de urgência.	0%	0%	1,9%	32,7%	65,4%
A administração de componentes sanguíneos no serviço de urgência é sempre efetuada de forma segura.	1,9%	13,5%	23,0%	55,8%	5,8%
A vigilância de um doente que se encontre a realizar transfusão de um componente sanguíneo, no serviço de urgência, é sempre efetuada de forma segura.	5,8%	17,3%	36,5%	38,5%	1,9%
Poderia haver uma maior segurança no processo transfusional realizado no serviço de urgência.	0%	0%	5,8%	44,2%	50%

Nota: n=52 (Fonte: da própria)

Gráfico n.º 1 – Distribuição dos enfermeiros relativa à influência da formação sobre o processo transfusional na diminuição de eventos adversos



Nota: n=52 (Fonte: da própria)

Tabela n.º 4 – Resultados obtidos através dos registos dos enfermeiros

	Impressos de hemovigilância	Processo clínico
Registo da colheita de sangue para tipagem	NA	85,0%
Receção do componente		
Enfermeiro responsável pela receção	70,0%	0%
Etiqueta do doente	100%	NA
Produtos recebidos e nº de unidades	100%	0%
Data da receção	100%	0%
Hora da receção	100%	0%
Verificação do componente		
Estado do componente	0%	0%
Data de validade	0%	0%
Nº dador nas etiquetas	0%	0%
Administração do 1º componente		
Confirmação por dois enfermeiros dos dados	42,5%	0%
Etiqueta do componente	100%	NA
Parâmetros vitais pré-transusão	100%	75%
Data da administração	100%	100%
Hora de início da administração	100%	100%
Enfermeiro responsável pelo início da administração	15,0%	100%
Parâmetros vitais após 15' de administração	0%	0%
Hora de término da administração	100%	77,5%
Enfermeiro responsável pela administração	90,0%	77,5%
Parâmetros vitais pós-transusão	100%	62,5%
Reações adversas / observações	82,5%	60%
Administração do 2º componente		
Confirmação por dois enfermeiros dos dados	52,2%	0%
Etiqueta do componente	100%	NA
Parâmetros vitais pré-transusão	100%	73,9%
Data da administração	100%	82,6%
Hora de início da administração	100%	82,6%
Enfermeiro responsável pelo início da administração	17,4%	82,6%
Parâmetros vitais pós 15' de administração	0%	0%
Hora de término da administração	100%	60,9%
Enfermeiro responsável pela administração	100%	60,9%
Parâmetros vitais pós-transusão	100%	43,5%
Reações adversas / observações	65,2%	43,5%

Nota: n=40 componentes sanguíneos administrados para o 1º componente; n=23 componentes sanguíneos administrados para o 2º componente (Fonte: da própria)

Discussão

Através dos dados obtidos verificou-se que a maioria dos enfermeiros pertencia ao gênero feminino (71,2%), exercia funções como enfermeiro entre 5 e 10 anos (44,2%) ou há menos de 5 anos (36,6%), prestava cuidados no serviço de urgência em estudo há menos de 5 anos (48,1%) ou entre 5 e 10 anos (42,3%), e somente 15,4% tinha o título de Enfermeiro Especialista.

Todos os enfermeiros que participaram no estudo referiram ter realizado hemovigilância na sua prestação de cuidados no referido serviço. A percepção dos enfermeiros vai ao encontro dos dados obtidos no Serviço de Imuno-Hemoterapia onde, para o ano de 2016, a taxa de administração de componentes sanguíneos foi de 29,7% para o serviço de urgência, num total de 29 serviços onde ocorreu a administração de hemocomponentes.

Relativamente à Norma de Procedimento, 80,8% dos enfermeiros afirmou ter consultado a norma desde que se encontrava a prestar cuidados no serviço de urgência, correspondendo a 59,6% os que afirmaram não ter conhecimento se a mesma foi atualizada recentemente e 40,4% os que referiram saber.

Observando os dados obtidos através da aplicação da grelha de auditoria aos impressos sobre a hemovigilância efetuada e aos processos clínicos dos doentes submetidos a terapia transfusional, no mês antecedente ao da aplicação do questionário, relativamente aos novos critérios introduzidos, constata-se que:

- Na receção componente - em 70% das vezes foi registado o enfermeiro que recebeu o componente sanguíneo no serviço.

De acordo com as recomendações da Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion Council (2011), quando existe um sistema de tubos pneumáticos (procedimento efetuado no serviço em estudo) para transportar produtos sanguíneos, deve ser garantida a pronta recolha do componente

transportado, incluindo um mecanismo para notificar o envio e a chegada do produto e serem instituídos procedimentos de verificação adequados para evitar a alocação incorreta de componentes sanguíneos para o local/doente incorreto. De acordo com a Norma de Procedimento em vigor no hospital onde decorreu o estudo, a receção de componentes sanguíneos deverá ser feita exclusivamente por um enfermeiro.

- Na verificação do componente: não se obtiveram registos referentes ao estado do componente, à data de validade ou ao número de dador nas etiquetas.

De acordo com as recomendações da Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion Council (2011), no componente sanguíneo deve ser verificado se as informações são coincidentes na etiqueta de compatibilidade anexada ao componente sanguíneo e nas etiquetas que acompanham o componente sanguíneo (nome completo do doente; data de nascimento; número único de registo hospitalar; grupo sanguíneo; número único de dador/lote); se o tipo de componente sanguíneo é igual na prescrição, no componente e na etiqueta de compatibilidade laboratorial; a data de validade do componente sanguíneo; a integridade do produto sanguíneo (confirmada pela exclusão de embalagens com qualquer vazamento ou danificadas, e pela ausência de alteração de coloração, evidência de hemólise ou presença de grandes coágulos); bem como deve ser verificado o componente sanguíneo quanto à conformidade com quaisquer requisitos especiais na prescrição.

- Na administração de componentes - em 42,5% das vezes foi registado a confirmação por dois enfermeiros dos dados para o 1º componente e 52,2% para o 2º componente.

A verificação da identidade do doente e do componente sanguíneo tem de ser efetuada por dois profissionais, ao lado do doente, a qual deverá ser feita de forma independente por cada profissional. Após a dupla verificação, deverá ser imediatamente iniciada a administração do componente sanguíneo. Caso tal não ocorra, o processo de verificação deverá ser repetido. O registo de verificação tem de ser efetuado pelos dois profissionais (Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Council, 2011).

- Na administração de componentes – em 15% das vezes houve um registo do enfermeiro responsável pelo início da administração para o 1º componente administrado, correspondendo a 17,4% para o 2º componente, presente nas folhas de “Registo de Hemovigilância”. Contudo, no processo clínico do doente, as taxas de registo foram de 100% e 82,6% para o 1º e 2º componentes administrados, respetivamente.
- Na administração de componentes - não se obtiveram registos de parâmetros vitais avaliados 15 minutos após o início da administração do componente.

Como mínimo, os parâmetros vitais devem ser medidos e registados antes do início de cada unidade individual de componentes sanguíneos, 15 minutos após o início da administração de cada unidade de componente sanguíneo e no fim da administração de cada unidade de componente sanguíneo. A probabilidade de ocorrência de uma reação grave ocorre nos primeiros 15 minutos após ser iniciada a transfusão do componente sanguíneo (New Zealand Blood Service, 2016).

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. A frequência e registo dos parâmetros vitais deve ser ajustada de acordo com a condição clínica individual de cada doente. 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 (New Zealand Blood Service, 2016).

Face ao exposto observou-se que, embora 80,8% dos enfermeiros tenha referido ter consultado a Norma de Procedimento (dos quais 40,4% afirma saber que a mesma foi atualizada recentemente), em alguns critérios obtiveram-se registos e noutros não houve qualquer tipo de registo por parte dos enfermeiros. Contudo, relativamente aos que foram registados, alcançaram-se taxas distintas (70% para a “identificação do enfermeiro que receciona” os componentes sanguíneos e 40-50% para a “confirmação por dois enfermeiros dos dados” para o 1º e 2º compostos administrados). Poder-se-á então pensar que os novos critérios incluídos são do conhecimento dos enfermeiros, uma vez que alguns obtiveram registos.

Dos resultados observados, surgem então as seguintes questões: *Será que em todas as administrações de componentes sanguíneos realizadas os enfermeiros verificam todos os novos critérios incluídos,*

embora não efetuem um registo dos mesmos?; O que levará os enfermeiros a registar alguns dos novos critérios incluídos e outros não?

Relativamente aos critérios presentes no impresso de hemovigilância (o qual não apresenta os incluídos após a atualização da Norma de Procedimento), verificou-se que o item referente às reações adversas/observações, foi o que obteve as taxas mais baixas e, no qual, se verificaram os valores mais distintos entre o 1º e 2º componente administrado, tanto nos impressos de hemovigilância como nos processos clínicos dos doentes. Desta forma, surgem as seguintes questões: *O que levará os enfermeiros a efetuar um registo deste critério mais vezes para o 1º composto administrado em relação ao 2º? Será que os enfermeiros consideram não ser necessário registar esta informação no 2º componente administrado quando não houve intercorrências a registar no 1º?*

Correspondeu a 96,1% (76,9% concorda totalmente e 19,2% concorda) a taxa de enfermeiros que considerou que qualquer transfusão de componentes sanguíneos acarreta riscos, podendo trazer um prejuízo fatal para o doente. Embora 67,3% (15,4% concorda totalmente e 51,9% concorda) dos enfermeiros tenha considerado saber agir (26,9% não concorda nem discorda) perante a ocorrência de uma reação adversa, apenas 42,3% (5,8 concorda totalmente e 36,5% concorda) considerou conhecer todos os procedimentos estabelecidos pela instituição, no caso da sua ocorrência (salienta-se que 21,2% considera não ter e 36,5% não concorda nem discorda). Contudo, quando questionados relativamente ao conhecimento de todos os impressos disponíveis na instituição, relacionados com o processo transfusional, 71,2% dos enfermeiros considerou conhecer e 28,8% considerou que não.

Os procedimentos estabelecidos pela instituição, em caso de ocorrência de uma reação adversa, indicam que a mesma deverá ser registada no processo clínico do doente, no impresso onde se regista a hemovigilância efetuada, bem como num impresso existente para a notificação de incidentes ou eventos adversos ocorridos. Face ao exposto, surgem as seguintes questões: *Será que os enfermeiros consideram o impresso onde se efetua a notificação de incidentes ou eventos adversos como parte dos impressos relacionados com o processo transfusional?; Será que algum dos enfermeiros em estudo notificou alguma vez uma reação adversa no referido impresso?; Será que nunca houve a necessidade de notificar uma reação adversa?; Será que algum enfermeiro não notificou uma reação adversa por medo de ser punido?*

As notificações permitem “determinar o grau e as causas dos eventos adversos para definir soluções e intervenções eficazes” e os trabalhadores do setor da saúde devem ser incitados a adotar práticas

ativas de notificação num “ambiente de notificação que seja aberto, justo e não punitivo” (Conselho da União Europeia, 2009, p.2-3).

De acordo com o Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, o Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020 tem como objetivo estratégico número 8 “assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes”. Assim, “a Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança (...) que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria” garantindo a “confidencialidade ao notificador e o anonimato da informação notificada e reportada” (Despacho n.º 1400-A/2015, p.9).

Relativamente à perceção dos enfermeiros sobre a hemovigilância efetuada, embora a maioria tenha considerado haver sempre uma administração (61,6% - 5,8% concorda totalmente e 55,8% concorda) e vigilância (40,4% - 1,9% concorda totalmente e 38,5% concorda) seguras de compostos sanguíneos no serviço de urgência, outros não concordaram. Assim, surge a questão: *O que levará esses enfermeiros a não considerarem a administração/vigilância efetuada seguras?*

Todavia, foi consensual a opinião dos mesmos, correspondendo a 94,2% (50% concorda totalmente e 44,2% concorda) aqueles que consideraram que seria possível aumentar a segurança no processo transfusional. Desta forma, surge a seguinte questão: *Se os enfermeiros do serviço de urgência conhecerem os dados referentes à ocorrência de reações adversas notificadas, bem como os dados referentes aos quase-erro/erros ocorridos no local da transfusão, passarão a agir de forma diferente na sua prática?*

Por fim, 90,4% (34,6% concorda totalmente e 55,8% concorda) considerou que gostaria de se sentir mais seguro nalguns procedimentos relacionados com o processo transfusional e 98,1% (63,5% concorda totalmente e 34,6% concorda) foi da opinião que a formação dos profissionais sobre o processo transfusional é imprescindível para diminuir a ocorrência de eventos adversos relacionados com a transfusão de componentes sanguíneos, correspondendo a apenas 13,5% o número de enfermeiros que efetuou alguma formação sobre terapia transfusional, enquanto profissional de saúde (86,5% nunca teve formação na área). A opinião dos enfermeiros é coincidente com as evidências que referem que os profissionais envolvidos no processo transfusional devem receber treino adequado (Norfolk, 2013).

Perante a observação dos resultados adquiridos, surge então outra questão: *Será que a existência de uma checklist no serviço de urgência, sobre transfusão de componentes sanguíneos, seria útil para aumentar a segurança no processo transfusional?*

De acordo com as principais recomendações do regime de hemovigilância independente e profissional de Reino Unido, deve ser utilizada uma *checklist* como padrão de cuidados, ao lado do doente, para ser efetuada uma verificação final da administração antes de ser realizada a transfusão. Esta lista permitirá evitar erros de administração, bem como será a última oportunidade de se poder detetar algum erro que possa ter ocorrido no processo transfusional anteriormente (Serious Hazards of Transfusion, 2017).

Os dados obtidos suscitaram novas questões e futuros estudos permitiriam obter respostas. Porém, alcançaram-se taxas de conformidade elevadas na perceção de todos os enfermeiros que participaram no estudo relativamente à possibilidade de haver uma maior segurança no processo transfusional, à necessidade de se sentirem mais seguros em alguns procedimentos relacionados com o processo transfusional e à importância da realização de formação sobre a terapia transfusional para diminuir a ocorrência de eventos adversos relacionados com a transfusão de componentes sanguíneos.

Conclusão

Através dos dados obtidos, concluiu-se que a perceção dos enfermeiros do serviço de urgência sobre a hemovigilância realizada não correspondeu aos dados registados da sua prática. Verificou-se que apenas alguns dos novos critérios introduzidos na Norma de Procedimento obtiveram registo por parte dos enfermeiros e, nestes, as taxas foram distintas. Atualmente não existe uniformização em alguns dos procedimentos relacionados com a administração e vigilância de componentes sanguíneos no referido serviço. Contudo, foi unânime a opinião dos mesmos no que se refere à possibilidade de aumentar a segurança no processo transfusional, à necessidade que têm de sentir maior segurança em alguns procedimentos, bem como na possibilidade de diminuição de ocorrência de eventos adversos através da realização de formação.

Face ao exposto, surgem como possíveis estratégias para aumentar a segurança transfusional no serviço em estudo, a realização de formação em serviço sobre terapia transfusional, a criação de uma *checklist* sobre transfusão de componentes sanguíneos, bem como a sugestão de inclusão dos novos critérios presentes na Norma de Procedimento, no impresso onde se regista a hemovigilância efetuada.

Seria interessante e benéfico efetuar uma observação participante, de forma a colher dados reais da prática dos enfermeiros em relação à terapia transfusional, não limitando as conclusões aos dados obtidos dos seus registos. De igual modo, a repetição do estudo efetuado, após implementação de um plano formativo e de uma *checklist*, facultaria a obtenção de novas comparações e de novas conclusões.

As estratégias referidas tratam-se de caminhos a percorrer na tentativa de diminuir a probabilidade de ocorrência de incidentes no local da transfusão, através de uma intervenção junto dos enfermeiros, com a máxima do aumento da segurança dos doentes.

Bibliografia

Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion Council. (2011). *Guidelines for the administration of blood products*. (2ª ed.). Sydney: Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion Ltd. Acedido a 9 de outubro de 2017. Retirado de https://www.anzsb.org.au/data/documents/guidlines/ANZSBT_Guidelines_Administration_Blood_Products_2ndEd_Dec_2011_Hyperlinks.pdf

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2017). *Unidade Hospitalar de Portimão*. Acedido em 17 de outubro de 2017. Retirado de Aplicação do Sistema de Informação de Sangue.

Conselho da União Europeia (2009). Recomendações do Conselho de 9 de Junho de 2009 sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. *Jornal Oficial da União Europeia*. C151/01, pp 1-6. Acedido a 5 de Outubro. Retirado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32009H0703%2801%29>

Despacho n.º1400-A/15 de 10 de fevereiro. *Diário da República n.º28/15 – 2ª Série*. Ministério da Saúde. Acedido a 5 de outubro de 2017. Retirado de http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Fevereiro/Desp_1400A_2015.pdf

Ferreira, O., Martinez, E., Mota, C., & Silva, A. (2007). Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de Enfermagem. *Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP*, 29 (2), 160 – 167. Acedido a 13 de outubro. Retirado de <https://doi.org/10.1590/S1516-84842007000200015>

Instituto Português do Sangue e da Transplantação. (2016b). *Relatório de atividade transfusional e sistema português de hemovigilância 2016*. Lisboa: Instituto Português do Sangue e da Transplantação. Acedido a 6 de outubro de 2017. Retirado de http://www.hemovigilancia.net/files/RA_SPHv__2016.pdf

New Zealand Blood Service. (2016). *Transfusion Medicine Handbook*. (3ª ed.). Auckland: New Zealand Blood Service. Acedido a 9 de outubro de 2017. Retirado de <https://www.nzblood.co.nz/assets/Transfusion-Medicine/PDFs/Transfusion-Medicine-Handbook-2016.pdf>

Norfolk, D. (2013). *Handbook of transfusion medicine* (5ª ed.). TSO information & publishing solutions. Acedido a 10 de outubro. Retirado de <https://www.transfusionguidelines.org/transfusion-handbook>

Norma 038 (2012). *Utilização Clínica de Concentrado Eritrocitário no Adulto*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Optimal Blood Use. (2010). *Manual para Uso Optimo do Sangue: apoio para o uso clínico seguro, eficaz e eficiente do sangue na Europa*. Optimal Blood Use. Acedido a 9 de outubro. Retirado de http://ipst.pt/files/IPST/INFORMACAO_DOCUMENTACAO/manual_para_uso_optimo_do_sangue.pdf

Roque, A., Bugalho, A. & Vaz Carneiro, A. (2007). *Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica*. Lisboa: CEMBE. Acedido a 10 de dezembro de 2017. Retirado de <http://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>

Serious Hazards of Transfusion. (2017). *Annual Shot Report 2016*. Manchester: SHOT. Acedido a 2 de janeiro de 2018. Retirado de https://www.shotuk.org/wp-content/uploads/myimages/SHOT-Report-2016_web_11th-July.pdf

Veiga, B.S., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I.S., Martins, M.M., Coelho, M.T. & Silva, P. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem: Procedimentos Técnicos*. (2ª ed.). Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde. Acedido a 6 de outubro de 2017. Retirado de http://cdi-esss.weebly.com/uploads/5/3/6/8/53684907/manual_enfermagem_15_07_2011.pdf

Apêndice C – Questionário de Caracterização dos Enfermeiros e de Análise das suas Perceções, dos seus Conhecimentos e da Prática Transfusional Realizada no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Questionário

Eu, Cláudia Marcelo Portero, aluna do Mestrado em Enfermagem, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus em Évora, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção profissional no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) da Unidade Hospitalar de Portimão (UHP), do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, o qual tem como linha de investigação e de ação a “Segurança e Qualidade de Vida”.

Este projeto é orientado pela Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago e pela Senhora Enfermeira Paula Costa e será desenvolvido ao longo da Unidade Curricular estágio final.

No âmbito da “Segurança e Qualidade de Vida” do doente, o projeto terá como área temática “Segurança transfusional no doente em serviço de urgência e responsabilidade do enfermeiro na qualidade do processo de transfusão sanguínea”.

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 (Direção-Geral da Saúde, 2012).

O enfermeiro é um profissional de saúde com um papel imprescindível e indispensável na hemovigilância, tendo a hipótese de diminuir amplamente os riscos a que os doentes estão sujeitos durante a transfusão de componentes sanguíneos. Desta forma, a sua atuação deve ser baseada na evidência científica mais atual, promovendo a melhoria contínua da qualidade na assistência aos doentes que presta cuidados.

O questionário que se segue 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 perceções, os conhecimentos e prática realizada no SUMC.

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

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

Se o desejar, poderá abandonar a sua participação em qualquer altura deste estudo, sem qualquer tipo de prejuízo para si.

Caso necessite de algum esclarecimento, estarei disponível.

E-mail:

Telemóvel:

Grata pela sua colaboração.

A estudante

(Cláudia Marcelo Portero)

I. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

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 da UHP?

Anos _____

Meses _____

II - VALIDAÇÃO DA PERTINÊNCIA DO TEMA EM ESTUDO E AVALIAÇÃO DAS PERCEÇÕES, DOS CONHECIMENTOS E DA PRÁTICA REALIZADA NO SUMC

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

	Sim	Não
1 – Desde que se encontra a prestar cuidados no SUMC da UHP, alguma vez procedeu à administração/vigilância de um componente sanguíneo?		
2 – Tem conhecimento sobre todos os impressos disponíveis na UHP, relacionados com o processo transfusional?		
3 – Desde que se encontra a prestar cuidados no SUMC da UHP, alguma vez consultou a Norma de Procedimento relativa às intervenções de enfermagem na administração de produtos sanguíneos e hemoderivados?		
4 – Tem conhecimento se a Norma de Procedimento, referida na pergunta anterior, foi atualizada recentemente (ano de 2016)?		
5 – Enquanto profissional de saúde, efetuou alguma formação sobre terapia transfusional?		

1.1. Se respondeu **SIM** à pergunta “Enquanto profissional de saúde, efetuou alguma formação sobre terapia transfusional?”, por favor especifique há quanto tempo:

Anos _____

Meses _____

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

1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Não concordo nem discordo ; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente

1 – Qualquer transfusão de componentes sanguíneos acarreta riscos, podendo trazer um prejuízo fatal para o doente.	1	2	3	4	5
2 – A administração de componentes sanguíneos é um procedimento comum no SUMC da UHP.	1	2	3	4	5
3 – A formação dos profissionais sobre o processo transfusional é imprescindível para diminuir a ocorrência de eventos adversos relacionados com a transfusão de componentes sanguíneos.	1	2	3	4	5
4 – Sinto que sei agir corretamente em caso de ocorrência de uma reação adversa associada à administração de componentes sanguíneos.	1	2	3	4	5
5 – Conheço todos os procedimentos estabelecidos pela instituição onde presto cuidados, em caso de ocorrência de uma reação adversa associada à administração de componentes sanguíneos.	1	2	3	4	5
6 – Gostaria de me sentir mais seguro em alguns procedimentos relacionados com o processo transfusional.	1	2	3	4	5
7 – A administração de componentes sanguíneos no SUMC da UHP é sempre efetuada de forma segura.	1	2	3	4	5
8 – A vigilância de um doente que se encontre a realizar transfusão de um componente sanguíneo, no SUMC da UHP, é sempre efetuada de forma segura.	1	2	3	4	5
9 – Poderia haver uma maior segurança no processo transfusional no SUMC da UHP.	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua participação,

Cláudia Portero

Apêndice D – Consentimento Informado dos Enfermeiros que Participaram no Projeto de Intervenção Profissional

Consentimento Informado

Declaro ter lido e compreendido o propósito e objetivos do estudo após leitura deste documento, 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.

Apêndice E – *Checklist* sobre Transfusão de Componentes Sanguíneos

Checklist
Transfusão de Componentes
Sanguíneos

Etiqueta de identificação do doente

Utilizar: Sim - v
Não - •

Atenção: Itens a verificar para **CADA** componente sanguíneo administrado.

Unidade _____

CE CUP PFC

Doente com pulseira de identificação firmemente colocada	
Pulseira de identificação com informação legível: Nome completo; data de nascimento; n.º único de registo hospitalar	
Requisição do Componente Sanguíneo com identificação correta do doente Nome completo; data de nascimento; n.º único de registo hospitalar	
Detalhes do componente sanguíneo registado: Tipo de componente sanguíneo; n.º de unidades; serviço de destino	
Documentada a urgência da transfusão	
Registo de instruções especiais	
Registo de alergias conhecidas / história de reações adversas a medicamentos/ reações transfusionais anteriores	
Registo da colheita de sangue para tipagem pelo profissional responsável pela colheita	
Registo da data e hora de receção do componente sanguíneo no serviço	
Registo do tipo de componente sanguíneo e n.º de unidades recebidas no serviço	
Assinatura do enfermeiro responsável pela receção do componente sanguíneo no serviço	
Confirmada a identidade do doente e do componente sanguíneo por 2 profissionais, de forma independente e ao lado do doente NOTA: Caso não ocorra a administração imediata após dupla verificação – repetir o procedimento.	
Identificada a identidade do doente (identificação positiva do doente, sempre que possível)	
Identificado o componente sanguíneo - etiqueta de compatibilidade anexada ao componente sanguíneo <i>versus</i> etiqueta que acompanha o componente sanguíneo Nome completo; data de nascimento; n.º único de registo hospitalar; grupo sanguíneo; n.º único de dador/lote	
Verificada a data de validade do componente sanguíneo	
Integridade do componente sanguíneo mantida Sem vazamento/embalagens não danificadas; sem alteração de coloração; sem coágulos	
Detalhes idênticos Informação do doente + pulseira de identificação + etiqueta de compatibilidade anexada ao componente sanguíneo + etiqueta que acompanha o componente sanguíneo + processo clínico	
Acesso EV permeável com cateter de calibre 18-20G (preferencialmente)	
Acesso EV apenas com perfusão de Cloreto de Sódio 0,9% (se necessário)	
Componente sanguíneo misturado cuidadosamente (inversão) antes do início da administração	
Registada hora de início da administração do componente sanguíneo	
Registados PV no início da administração	
Assinatura do enfermeiro responsável pelo início da administração	
Registados PV 15 minutos após o início da administração	
Registados PV no fim da administração	
Registada a hora de fim de administração	
Assinatura do enfermeiro responsável pela administração	
Registadas reações adversas /observações	
Enviado para o SIH a folha 1 (branca) e 3 (verde) de "Registo de Hemovigilância"	
Anexado ao processo do doente a folha 2 (amarela) de "Registo de Hemovigilância"	

Data: ____/____/____

Enf.º Responsável/n.º mecanográfico: _____

PROCEDIMENTOS EM CASO DE REACÇÃO ADVERSA

(De acordo com a Norma Hospitalar)

PARAR A TRANSFUSÃO

Manter acesso venoso com NaCl 0,9%



CONTACTAR MÉDICO RESPONSÁVEL

Iniciar medidas corretivas de acordo com os sinais e sintomas



COMUNICAR O OCORRIDO AO SIH

Contacto telefónico – Extensão



VERIFICAR TODOS OS REGISTOS IDENTIFICATIVOS

- Requisição do hemocomponente
- Unidade administrada
- Identidade do doente



REGISTAR NA FOLHA “REGISTO DE HEMOVIGILÂNCIA” NO CAMPO “REAÇÕES ADVERSAS REGISTRADAS” E ENVIAR PARA O SIH, ACOMPANHADA DE AMOSTRA DE SANGUE TOTAL (tubo EDTA e tubo seco) E BOLSA DO COMPONENTE ADMINISTRADO COM O SISTEMA ACOPLADO



FAZER O REGISTO DA REACÇÃO ADVERSA TRANSFUSIONAL

- Processo clínico do doente
- Impresso “Sistema de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos” da instituição

Apêndice F – Plano de Sessão da Formação sobre Transfusão de Componentes Sanguíneos

		PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO	
Tema: Transfusão de Componentes Sanguíneos			
Formador: Estudante da Especialidade Médico-Cirúrgica - Cláudia Portero, n.º 37121		Orientação: Enf.ª Especialista Leonor Luís; Enf.ª Especialista Paula Costa Prof.ª Dr.ª Maria Dulce dos Santos Santiago.	
Âmbito: 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus			
Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica			
Data: 15/01/2017; 22/01/2017	Hora: 16:00horas	Duração: 60minutos	
Local: Auditório da Unidade Hospitalar de Portimão, do Centro Hospitalar Universitário do Algarve			
Objetivos Geral: <ul style="list-style-type: none"> • Consolidar os conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência sobre os procedimentos inerentes ao processo transfusional; • Uniformizar os procedimentos relacionados com a administração de componentes sanguíneos. 			
Objetivos Específicos: No final da sessão, os formandos devem ser capazes de: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os principais problemas relacionados com a transfusão de componentes sanguíneos; • Conhecer os novos critérios incluídos na Norma de Procedimento hospitalar; • Identificar os cuidados a ter na colheita de sangue para tipagem; • Identificar os cuidados a ter na administração de componentes sanguíneos; • Identificar uma reação transfusional; • Conhecer o protocolo de atuação na transfusão maciça; • Conhecer os procedimentos em caso de situações de emergência; • Identificar os procedimentos em caso de reação adversa; • Compreender os procedimentos inerentes a cada etapa da cadeia transfusional. 			
Meios audiovisuais: Computador; projetor e tela de projeção		Recursos materiais: Sem recursos materiais	
Metodologia: Métodos expositivo, interrogativo e ativo			
Avaliação da sessão: Aplicação de um questionário de avaliação sobre o tema abordado			

 PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO			
	Conteúdos	Metodologia	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação ao grupo de formandos; • Contextualização do tema a apresentar; • Apresentação dos objetivos da sessão. 	Expositiva	5min.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Enumerar as etapas da cadeia transfusional; • Expor dados sobre notificações de reações adversas em Portugal, para o ano de 2016; • Enumerar os principais problemas relacionados com a transfusão de componentes sanguíneos; • Identificar os novos critérios incluídos na Norma de Procedimento hospitalar; • Descrever os procedimentos a ter na colheita de sangue para tipagem; • Descrever os procedimentos a ter na administração de componentes sanguíneos; • Expor o algoritmo de atuação na transfusão maciça; • Identificar os procedimentos em caso de situações de emergência; • Identificar os procedimentos em caso de reação adversa; • Expor o algoritmo de atuação em caso de reação adversa. 	Expositiva Interrogativa Ativa	40min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Sumário dos pontos-chave da sessão; • Esclarecimento de dúvidas existentes. 	Expositiva Interrogativa Ativa	10min.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da sessão e desempenho do formador. 	Aplicação de um questionário	5min.

Apêndice G – Apresentação *Powerpoint* da Sessão de Formação sobre Transfusão de Componentes Sanguíneos

Transfusão de Componentes Sanguíneos

Tutoria:

Enfermeira Especialista Leonor Luth
Enfermeira Especialista Paula Costa

Docente orientador:

Professora Doutora Maria Dulce dos Santos Santiago

Disciplina:

Clínica de Enfermagem, n.º 37221

Junho
2024

Objetivos da sessão

- ▶ Identificar os principais problemas relacionados com a transfusão de componentes sanguíneos;
- ▶ Conhecer os novos critérios incluídos na Norma de Procedimento Hospitalar;
- ▶ Identificar os cuidados a ter na colheita de sangue para tipagem;
- ▶ Identificar os cuidados a ter na administração de componentes sanguíneos;
- ▶ Identificar uma reação transfusional;
- ▶ Conhecer os procedimentos em caso de reação adversa;
- ▶ Conhecer o protocolo de atuação na transfusão maciça;
- ▶ Conhecer os procedimentos em caso de situações de emergência;
- ▶ Compreender os procedimentos inerentes a cada etapa da cadeia transfusional.

Junho
2024

Sangue

"Solução aquosa (plasma) que contém água, proteínas, eletrólitos e constituintes orgânicos e inorgânicos. Os seus componentes celulares compreendem os eritrócitos, os leucócitos e os trombócitos (plaquetas)".

- ▶ Eritrócitos – "disco bicóncavo anular, fixo e flexível", cujo principal componente é a hemoglobina → proteína responsável pelo transporte de oxigénio/ dióxido de carbono e pela manutenção do pH normal (suações intracelulares);
- ▶ Leucócitos – "constituem o sistema de defesa móvel do organismo contra invasores estranhos" e podem ser classificados em granulócitos polimorfonucleares (neutrófilos, eosinófilos e basófilos) e leucócitos não-granulares (linfócitos e monócitos);
- ▶ Trombócitos – "fragmentos de células anucleares, granulares, em forma de disco", essenciais à hemostase e à coagulação.

(Pégo, Smith & Nivalo, 2020, p.899-902)

- ▶ É considerado como um dos maiores tecidos do corpo humano, constituído por diversos tipos de células especializadas, essenciais ao seu normal funcionamento. Uma alteração numa ou mais destas células pode resultar numa grande variedade de distúrbios sanguíneos - desde neoplasias, a distúrbios de plaquetas e coagulação, até doenças mais comuns como a anemia.



(Laperrière, 2024)

Junho
2024

Fonte: <http://you.rhsmith.edu/~rhsmith/medteach/teach/physiol/2002/02/02%20Regulac%20Mucosa%200201111.jpg>

Anemia

Pode ser definida como uma diminuição da quantidade de hemoglobina resultante da perda de sangue, diminuição da síntese de hemoglobina e diminuição da produção ou aumento da destruição de glóbulos vermelhos. É considerada como um dos distúrbios hematológicos mais comuns, com repercussão direta na saúde.

[Figueras et al, 2014]

Na União Europeia

- > 80 milhões de pessoas são afetadas por distúrbios hematológicos, das quais 50 milhões de pessoas afetadas por diversos tipos de anemia.

A nível mundial

- > 1,6 bilhões de pessoas afetadas por anemia.

[Figueras et al, 2014]

Junho
2018

Hemoterapia

Administração de sangue e/ou componentes sanguíneos, por via endovenosa, de forma a "restabelecer o volume sanguíneo", "aumentar a capacidade de transporte do oxigénio", "assegurar a correção de deficiências imunológicas" e "assegurar a correção das alterações hemorrágicas e dos factores de coagulação".

[Velgo et al, 2011, p.259]

- > Essencial para o progresso da medicina moderna;
- > Essencial para salvar e melhorar milhares de vidas a cada ano e no tratamento imediato de doentes críticos com patologia hematológica;
- > Processo complexo que envolve uma multiplicidade de etapas e profissionais;
- > Exige a implementação de rigorosas medidas ao longo de toda a cadeia transfusional -> de forma a minimizar os riscos imunológicos e infecciosos, garantir a administração de componentes que sejam clinicamente eficazes e diminuir a ocorrência de erros;
- > Quando associada a um procedimento seguro, os seus efeitos benéficos sobrepõem-se aos riscos a ela associados.

[Direção-Geral de Saúde, 2012]

Objetivo: Garantir a administração do componente sanguíneo certo ao doente certo e no momento certo.

[New Zealand Blood Service, 2016]

Junho
2018

Hemoterapia

- > O sangue é um tecido humano que depende de dadora voluntária e é um recurso "precioso" e "escasso".
- > Na transfusão de componentes sanguíneos, é necessário que se efetue um uso ótimo do sangue:
Uso ótimo do sangue - "Uma utilização segura, clinicamente eficaz e eficiente do sangue humano doado"
 - Segura: sem reações adversas ou infeções
 - Clinicamente eficaz: apresenta benefícios para o doente
 - Eficiente: não são efectuadas transfusões desnecessárias".

[Optimal Blood Use, 2012, p-3]

- > É necessário liderança e suporte a todos os níveis, incluindo líderes nacionais e regionais, administração hospitalar e profissionais de saúde.

[New Zealand Blood Service, 2016]

Junho
2018

HISTORIA

https://pt.wikipedia.org/wiki/Hist%C3%B3ria_da_sangue

- 1492 – primeira tentativa de realização de uma transfusão de sangue, via oral;
- 1628 – William Harvey expõe as suas descobertas sobre a circulação do sangue;
- 1665 – Richard Lower realizou a primeira transfusão de sangue entre animais;
- 1667 – Jean-Baptiste Denon realizou a primeira transfusão de sangue num humano (transfunde sangue de cordeiro num humano); Prática de transfusões heterólogas;
- 1667 – Denon relata o primeiro caso de reação hemolítica transfusional;
- 1675 – Proibição da prática de transfusão - considerada criminosa;
- 1818 – James Blundell realizou a primeira transfusão de sangue humano numa mulher com hemorragia pós-parto;
- 1900 – Karl Landsteiner descobre grupos sanguíneos - sistema ABO;
- 1907 – Helioisen fala da necessidade da realização de provas de compatibilidade para evitar a reação transfusional;
- 1914 – documentada a primeira transfusão humana bem sucedida, utilizando citrato como meio de conservação;
- 1940 – Landsteiner, Wiener, Levine e Starzorz - descoberta do fator Rh;
- 1955 – John Landy cria o primeiro Banco de Sangue;
- 1960 – Selzeron e Fahay realizaram o primeiro procedimento de aferese;
- 1967 – descoberta da imunoglobulina anti-Rh.

Junho
2014

(Martins-Pedra, 2017)

Cadeia Transfusional



Junho
2014

(Optimal Blood Use, 2013, p.6)

Erro humano

Na Transfusão de Componentes Sanguíneos, o erro humano pode ocorrer nas fases:

- > decisão da necessidade de transfusão;
- > identificação da amostra;
- > identificação do doente no momento da administração do componente.

> O maior risco transfusional da atualidade é a administração do componente incorreto.

(Inação-Silva do Louro, 2015)

> Mais de metade dos incidentes graves são causados por erro humano, essencialmente na identificação da amostra e na transfusão do componente.

(Fonseca, 2018)

Junho
2014

Erro humano

A maioria dos problemas relacionados com a transfusão são causados por uma má comunicação, falta de procedimentos documentados e treino inadequado dos profissionais.

Os problemas mais frequentes são:

- > Prescrição de componentes sanguíneos/produtos fracionados não exigidos pelo doente ou que não são o tratamento mais adequado para a condição clínica do doente;
- > Preenchimento incompleto/ incorreto de requisições de componentes sanguíneos ou rótulos de tubos de amostra;
- > Coletas inadequadas de amostras, resultando em incidentes relacionados com "sangue errado no tubo";
- > Atrasos na administração dos componentes sanguíneos causados pela falha na comunicação precisa sobre o tempo e o serviço onde são necessários;
- > Administração de componentes sanguíneos /produtos fracionados que se destinam a outro doente;
- > Falhas em reconhecer e atuar adequadamente perante uma reação adversa.

Junho
2018

(New Zealand Blood Service, 2016)

Em Portugal...

- > Analizadas 414 reações adversas em recetores em 60 instituições, no ano de 2016:
 - > 398 (96,12%) reações precoces;
 - > 16 (3,8%) reações tardias.
- > Da totalidade de reações adversas descritas:
 - > 46 classificadas como graves;
 - > 2 classificadas como casos de Ameaça Vital - 1 com responsabilidade provável/previsível e 1 com responsabilidade demonstrada.
- > Notificados 345 quase-erros em 35 instituições, no ano de 2016
 - > 186 (75,92%) com origem no local de transfusão.
- > Notificados 31 erros em 18 instituições, no ano de 2016 - 9 com identificação de consequências no recetor.
 - > 21 (67,74%) tiveram origem no local de transfusão.

Junho
2018

(Instituto Português do Sangue e da Transfusão [IPST], 2016)

Embora os eventos adversos mais graves sejam documentados no local da transfusão, é essencial que haja garantia de um fornecimento seguro e eficaz do sangue, o que implica rigorosas medidas no recrutamento e seleção dos dadores, triagem de infeção, testes sorológicos e produção de componentes sanguíneos.

(New York, 2013)



Junho
2018

Fonte: http://3.bp.blogspot.com/_U0Dh-3u7YLA/888M0p0U454/AAAAAAAAAAU/8-8uP7uUu180/s1600/sembrer_sanguecoment1000.jpg

A nível hospitalar

Atualiza a Norma de Procedimento relativa às intervenções de enfermagem na administração de componentes sanguíneos e hemoderivados, em fevereiro 2016



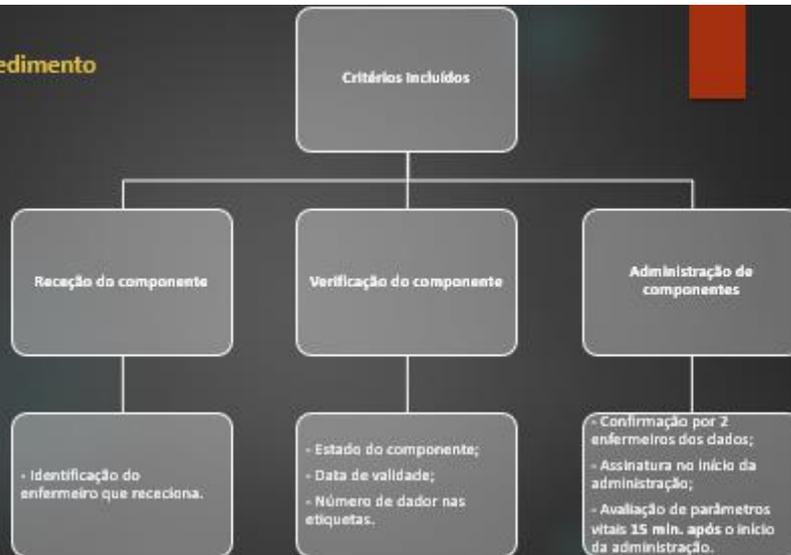
Incluídos novos critérios na auditoria ao processo clínico – hemovigilância.

- > Ano 2016 - Da totalidade dos 3312 compostos sanguíneos administrados por 29 serviços, 983 (29,68%) foram administrados no Serviço de Urgência.

Centro Hospitalar Universidade do Algarve, 2017

Junho
2018

Norma de Procedimento



Decisão de Transfundir

Na decisão de transfundir, o prescriptor deve:

- > Efetuar uma avaliação clínica completa do doente e das suas necessidades individuais;
- > Considerar os benefícios versus riscos da transfusão;
- > Assegurar que a terapia transfusional é efetuada apenas quando claramente indicada;
- > Assegurar que o doente é adequadamente monitorizado durante todo o processo transfusional;
- > Registrar no processo do doente a decisão (indicação da transfusão / alternativa escolhida).

Flow Chart (Blood Bank), 2016

(Aurilio and the National Society of Blood Transfusion, 2015)

Orientações Específicas → Normas emitidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS):

- > 038/2012 – utilização clínica de concentrado eritrocitário no adulto;
- > 010/2012 – utilização clínica de concentrados plaquetários no adulto;
- > 009/2012 (atualizada em 2015) – utilização clínica de plasma no adulto;
- > 011/2013 (atualizada em 2017) – abordagem da transfusão maciça.

Junho
2018

Prescrição de componentes sanguíneos

O prescriptor é responsável por garantir:

- A transfusão dos componentes sanguíneos é clinicamente apropriada;
- Os benefícios esperados com a administração do componente sanguíneo superam os perigos potenciais;
- O consentimento informado do doente foi obtido e documentado;
- Os prestadores de cuidados do doente foram informados da prescrição do componente sanguíneo;
- Os fatores de risco do doente são identificados, bem como os requisitos especiais são documentados.

[Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion, 2011]



Atualizado
2024

Fonte: <https://www.transfusao.com.br/wp-content/uploads/2019/07/Checklist-1.jpg>

Prescrição de componentes sanguíneos

A requisição deve dar uma instrução clara e legivelmente identificar o doente. Deve conter:

- Identificação correta do doente - nome, n.º único de registo hospitalar, género e data de nascimento;
- Diagnóstico clínico e indicações para a transfusão;
- Valores analíticos;
- Detalhes do tipo de componente sanguíneo necessário (n.º de unidades/ data prevista, tipo de componente sanguíneo/ local onde vai ser administrado o componente);
- Referência a história transfusional/ obstétrica;
- Tipo de cirurgia (se aplicável);
- Identificação inequívoca do prescriptor;
- Requisitos relacionados com o componente a transfundir;
- Identificação inequívoca do profissional responsável pela colheita da amostra;
- Data/hora da colheita da amostra.

[Direção-Geral da Saúde, 2013]

[Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion, 2005]

Atualizado
2024

Colheita de sangue para tipagem

A identificação correta do doente antes da colheita da amostra é VITAL no processo de transfusão

[New Zealand Blood Service, 2016]

Atualizado
2024

Etiqueta de compatibilidade



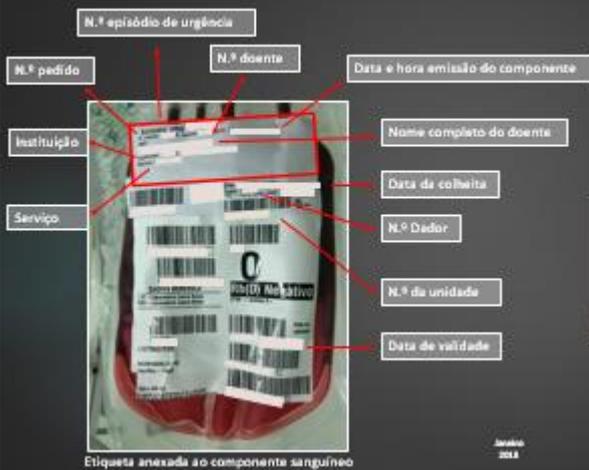
A etiqueta de compatibilidade deve ser anexada a cada componente sanguíneo após conclusão dos testes pré-transfusionais e emissão do componente ao serviço requisitante.

- Deve conter:
- Doente (Destinatário)
- nome completo do doente;
 - número único hospitalar/ número de episódio de urgência;
 - data de nascimento;
 - grupo sanguíneo ABO / Rh (D).

- Componente sanguíneo
- número da doação / número do lote;
 - grupo sanguíneo ABO / Rh (D);
 - declaração de compatibilidade (ou seleção);
 - quantidade emitida (se aplicável);
 - data de validade.

(Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion, 2007)

A nível hospitalar



Etiqueta que acompanha o componente sanguíneo

N.º Doente: _____ Processo: _____ Episódio: _____ D.º nasc: _____

Nome completo do doente: _____

COMPATIBIL: Data/ Hora Emitido em: Data/ Hora

Serviço: _____

Componente: CONCENTRADO DE ERMITOCITOS

N.º de unidade: _____

COMPATIBIL: _____ Emitido por: _____

Administração de componentes sanguíneos

Reações graves com ameaça de vida podem ocorrer e progredir rapidamente, de forma imprevisível.

- Educar e aconselhar o doente a informar imediatamente os profissionais de saúde perante a presença de algum efeito adverso que ocorra durante ou após a transfusão (antes do início da administração do componente sanguíneo);
- Monitorizar todos os doentes quanto à presença de sinais de potenciais complicações à transfusão => intervir prontamente em caso de suspeita de qualquer problema;
- Iniciar a administração da transfusão apenas se o doente poder ser prontamente observado e num local onde o haja suporte de emergência disponível;
- Observar o doente de perto durante os primeiros 15 minutos após o início de cada unidade;
- Observar o doente de perto durante a transfusão.

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.

(New Zealand Blood Service, 2016)



Junho 2014

Fonte: <http://blog.com.br/legis/relatoria/2011/02/04/relatorio-da-comissao-nacional-de-saude-ctsc-pncc-2011-2012.pdf>

Componentes sanguíneos - plaquetas

Plaquetas:

- > Iniciar a administração o mais rapidamente possível após a sua emissão pelo serviço de sangue;
- > Administrar através de um filtro de 170-200µm;
- > Administrar a um ritmo de infusão rápido, de acordo com a tolerância do doente – habitualmente um adulto faz um volume de 250-300ml que pode perfundir em 20 – 30 minutos;
- > O armazenamento das plaquetas é efetuado no serviço de sangue à temperatura de ambiente de 22° C (+/- 2° C), com agitação constante por um período de 5 dias (7 dias para os componentes submetidos a métodos de redução patogénica);
- > As plaquetas não devem ser transportadas ou armazenadas num refrigerador;
- > Sempre que seja possível, devem ser colocadas no agitador antes da transfusão e após o transporte.

[06], 2019

Junho
2018

Componentes sanguíneos – plasma fresco congelado

Plasma fresco congelado (PFC)

- > Iniciar a administração imediatamente após ser descongelado pelo serviço de sangue. Na impossibilidade de uma administração imediata, garantir uma conservação entre 2° C – 6° C (não exceder 24 horas);
- > Transfundir por um período máximo até 6 horas após conservação à temperatura ambiente ou abertura do sistema de punção -> elevado risco de contaminação bacteriana;
- > O PFC deve ser congelado a, pelo menos, -30° C - idealmente até 6h após a colheita (não podendo ultrapassar 18h), utilizando um sistema que permita obter a congelação num período máximo de 1h;
- > O PFC deve ser armazenado a, pelo menos, -25° C (conservação máxima até 2 anos);
- > Após ser descongelado, o plasma não pode ser novamente congelado;
- > No adulto, a dose inicial habitual é de 10-15mL/Kg (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIa);
- > Em caso de hemorragia ativa / coagulação intravascular disseminada, poderá ser necessário doses mais elevadas - até 20 mL/kg ou administrações repetidas (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação IIa);
- > Situações de hemorragia: avaliar a eficácia transfusional do plasma através da resposta clínica do doente e do controlo analítico.

Junho
2018

[05], 2018

Transfusão maciça

Devem ser incluídos todos os doentes com hemorragia maciça (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C):

- > Perda de sangue correspondente a 100% da volémia em 24h;
- > Perda de sangue correspondente a 50% da volémia em 3 horas;
- > Perdas sanguíneas a velocidade de 150ml/minuto (adulto).



Utilizados os equivalentes dinâmicos:

- > administração > 10 unidades de CE / 24h;
- > ≥ 6 unidades CE / até 3h;
- > ≥ 4 unidades de CE / 1h.

Atuação:

- > Contactar o Serviço de Sangue -> informações relevantes para ativar o protocolo da transfusão maciça/ verificação do stock de componentes sanguíneos/ gestão adequada do trabalho (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C);
 - > O Serviço de Sangue tem de emitir de imediato – tempo máxima de 15 minutos (após ativação do protocolo) – 2 unidades de CE (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C)
- Parante desconhecimento do grupo sanguíneo (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C):
- > Grupo O;
 - > ORN - mulheres em idade fértil

Junho
2018

[06], 2019

Transfusão maciça

Atuação:

- > Devem ser transfundidas unidades de CE para atingir valores de hemoglobina de 7-9g/dL (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C)
- > Devem ser disponibilizados os restantes componentes sanguíneos de acordo com os testes laboratoriais. Em caso de impossibilidade devem ser disponibilizados até completar (Grau de Recomendação IIa, Nível de Evidência C):
 - 4 CE (concentrado de eritrócitos) + 4PFC (plasma fresco congelado) + 1CPP (concentrado de pool de plaquetas)
- > Assim que seja possível, deverá estar disponível sangue submetido a testes pré-transfusionais (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência C)
- > Na hemorragia significativa, deve ser prescrito concentrado de fibrinogénio (Grau de recomendação I, Nível de evidência C)
 - > Dose inicial de 25-50mgKg⁻¹ (Grau de Recomendação II, Nível de Evidência C)

(201, 2015)

Junho
2014

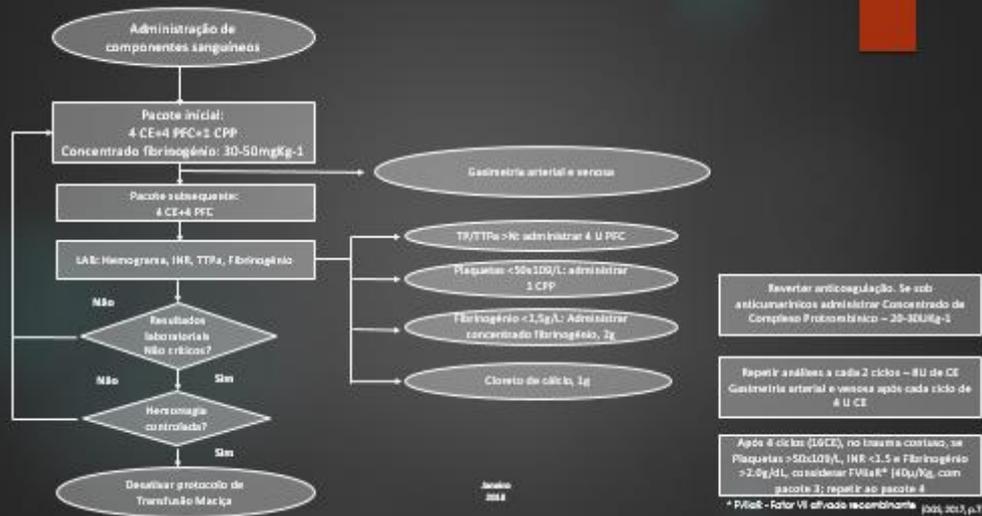
Transfusão maciça

- > No trauma grave, deve ser prescrito precocemente – primeiras 3 horas – antifibrinolíticos (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência A)
 - > Ácido tranexâmico - 1g em 10 minutos, seguido de 1mg/kg/h, ou
 - > Ácido aminocaprílico - 150mg/kg, seguido de 15mg/kg/h.
- > Devem ser administrados cristaloides e/ou colóides precocemente -> atingir a normovolemia (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B)
- > Devem ser corrigidas as alterações eletrolíticas - potássio, magnésio, cálcio ionizado (de acordo com protocolo);
- > Em situações de hipotermia (de acordo com protocolo), está indicado:
 - > Uso de cobertores térmicos;
 - > Aquecimento:
 - > Sala/ambiente
 - > Gases, se o doente estiver submetido a ventilação mecânica -> aquecer e humidificar;
 - > Todos os fluídos/ produtos sanguíneo administrados.

(201, 2015)

Junho
2014

Algoritmo da transfusão maciça – Componentes Sanguíneos



Junho
2014

* FVIIa - Fator VII ativado recombinante (201, 2017, p.1)

Situações de emergência

- > O envio de unidades de CE sem provas de compatibilidade deve sempre ser uma situação de exceção.
- > As unidades devem ser devidamente assinaladas e conter o rótulo – "SANGUE SEM PROVAS";
- > Deverá ser armazenado um segmento da tubuladura da unidade sem provas para posteriormente serem realizadas as provas de compatibilidade, assim que seja possível colher uma amostra de sangue ao doente.

Antunes et al., 2009

Junho
2018

A nível hospitalar

The image displays three screenshots of hospital forms. The first screenshot on the left shows a form with a red circle around the 'Grau de Urgência' field. The second screenshot in the middle shows a form titled 'GRAU DE URGÊNCIA' with a red circle around the 'Urgente' section. The third screenshot on the right shows a form with a red circle around the 'Grau de Urgência' field. A red line connects the circles in the first and second screenshots.

Junho
2018

Administração de Soluções Endovenosas

As soluções fluidas EV não devem ser co-administradas com componentes sanguíneos

Administração intermitente de terapêutica:

- > Suspender a transfusão;
- > Lavar a linha de infusão utilizando cloreto de sódio a 0,9%;
- > Administrar a medicação;
- > Lavar a linha com cloreto de sódio a 0,9% antes de reiniciar a transfusão.

(Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion, 2013)

Junho
2018

Dispositivos de pressão externa/ dispositivos de infusão rápida

Dispositivos utilizados para infundir grandes volumes de concentrado de eritrócitos em situações de sangramento crítico.

Estes dispositivos devem:

- > Exercer pressão uniforme sobre toda a unidade;
- > Ter um indicador para medir a pressão;
- > Não exceder os 300mmHg de pressão.

É obrigatória a sua monitorização atenta enquanto estiver em uso.



Fonte: <http://www.gordonsmith.com/engprod/comp13000.jpg>



(Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion, 2011)

Jacóbio
2018

Fonte: http://www.hendersonhospital.co.uk/assets/whats-new/infusion-devices-manual-pressure-infuser_en.jpg

Aquecedor

- > O aquecimento de sangue é raramente necessário ou desejável. Contudo, se clinicamente indicado, utilizar APENAS um aquecedor de sangue apropriado e aprovado;
- > O aquecimento das células vermelhas só deve ocorrer à medida que fluem através de um sistema de administração de sangue, utilizando um aquecedor de que contenha um termómetro visível e um alarme sonoro;
- > As células vermelhas não devem ser aquecidas acima de 40 °C;
- > Os aquecedores de sangue devem ser submetidos a um programa de manutenção regular;
- > Deve ser efetuado um registo da temperatura utilizada na administração do concentrado de eritrócitos, quando for utilizado um aquecedor de sangue.

(New Zealand Blood Service, 2016)

(Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion, 2011)



Jacóbio
2018

Fonte: http://www.hendersonhospital.co.uk/assets/whats-new/BCI/compresor_0m_011.jpg

Definições gerais sobre eventos adversos

- > **Evento adverso** – “ocorrência indesejável e não pretendida antes, durante ou após a transfusão de componentes sanguíneos a qual pode 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 reacção num receptor”.
- > **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. (...) Pode ou não dar origem a uma reacção adversa.”

(RBT, 2011, p.4)

Jacóbio
2018

Definições gerais sobre eventos adversos

- > **Quase evento** - "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 receptor".
- > **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 receptor e um produto biologicamente activo".

(PFR, 2011, p.4)

É imprescindível "reconhecer, reagir e denunciar" eventos adversos suspeitos.

(Institute and Home Based Society of Blood Transfusion, 2011)

Junho
2018

Reações transfusionais

> Gravidade

Grau 1 (não grave)	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade de intervenção médica (ex.: tratamento sintomático); Ausência de danos permanentes ou compromisso de um órgão ou função.
Grau 2 (grave)	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade de hospitalização/ prolongamento da hospitalização devido ao evento; Deficiência ou incapacidade, significativa ou persistente resultante do evento adverso; Necessidade de intervenção cirúrgica ou médica para impedir danos irreversíveis ou compromisso de um órgão ou função.
Grau 3 (ameaça vital)	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade de intervenção maior para impedir morte.
Grau 4 (morte)	<ul style="list-style-type: none"> Morte após reação adversa transfusional.

Nota: O Grau 4 somente deve ser utilizado se a morte for "possivelmente", "provavelmente" ou "definitivamente" relacionada com a transfusão.

(PFR, 2011)

Junho
2018

Reações transfusionais

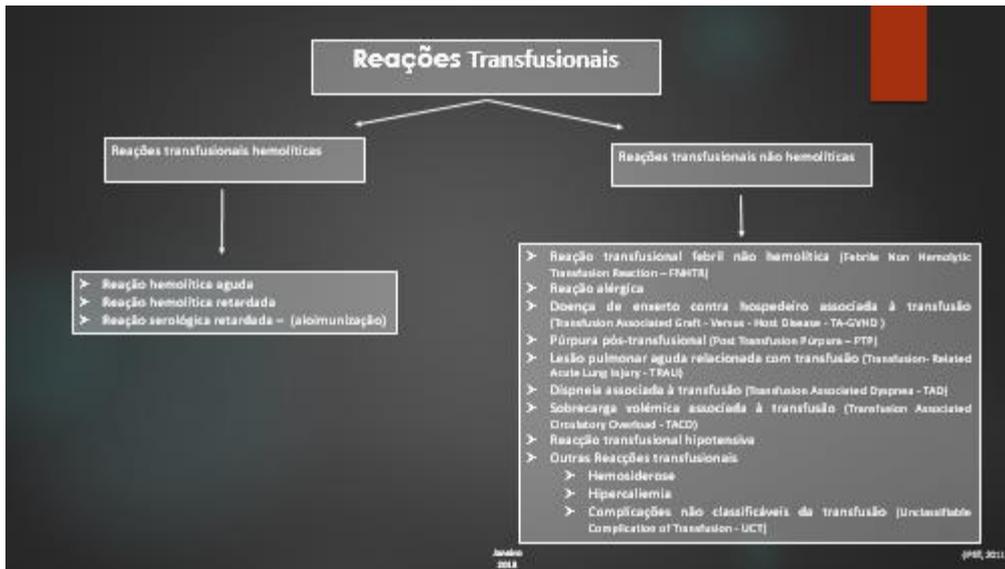
> Imputabilidade

Definitiva (certa)	Presença de evidências conclusivas de que o evento adverso foi atribuído à transfusão.
Provável	Prova clara da atribuição do efeito do evento adverso à transfusão.
Possível	Prova indeterminada/ presença de uma causa alternativa do efeito evento adverso à transfusão.
Improvável	Prova clara da atribuição do efeito do evento adverso a outra causa que não a transfusão.
Excluída	Ausência de evidências que concluam o efeito do evento adverso relacionado à transfusão.

NOTA: "Só os casos possíveis, prováveis e definitivos devem ser utilizados para comparações internacionais".

(PFR, 2011, p.12)

Junho
2018



Reações Hemolíticas Transfusionais

"É 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".

[97], 2011, p.48

- > **Reação hemolítica aguda** – tem início nas primeiras 24 horas após uma transfusão com manifestação de sinais clínicos e laboratoriais de hemólise.

Sinais comuns:

<ul style="list-style-type: none"> > Febre; > Arrepios/ tremores; > Sintoma facial; > Dor torácica; > Dor abdominal; > Dor lombar / flancos; > Náuseas / vômito 	<ul style="list-style-type: none"> > Distúrbio; > Hipotensão; > Palidez; > Ictericia; > Oligoúria; > Hemorragias difusas; > Urina escura.
---	---

- > **Reação hemolítica retardada** – manifestação de sinais clínicos ou biológicos de hemólise entre 24 horas a 28 dias após a transfusão. Os sinais/sintomas são semelhantes aos apresentados numa reação hemolítica aguda, embora usualmente menos severos. Poderá ocorrer uma aumento inadequado ou uma descida inexplicada no valor de hemoglobina após a transfusão.
- > **Reação serológica retardada (aloimunização)** – "existência de anticorpos clinicamente significativos contra as células vermelhas e que não existiam previamente (...) sem sinais clínicos ou laboratoriais de hemólise".

[97], 2011, p.48



A nível hospitalar

Identificação do doente	Identificação da unidade
Nome do doente	Nome da unidade
N.º de identificação	N.º de identificação
Localização	Localização
Idade	Idade
Sexo	Sexo
Profissão	Profissão
Estado civil	Estado civil
Religião	Religião
Alergias	Alergias
Medicação	Medicação
Exames laboratoriais	Exames laboratoriais
Exames de imagem	Exames de imagem
Exames de diagnóstico	Exames de diagnóstico
Exames de monitorização	Exames de monitorização
Exames de avaliação	Exames de avaliação
Exames de acompanhamento	Exames de acompanhamento
Exames de avaliação	Exames de avaliação
Exames de acompanhamento	Exames de acompanhamento
Exames de avaliação	Exames de avaliação
Exames de acompanhamento	Exames de acompanhamento

Identificação do doente	Identificação da unidade
Nome do doente	Nome da unidade
N.º de identificação	N.º de identificação
Localização	Localização
Idade	Idade
Sexo	Sexo
Profissão	Profissão
Estado civil	Estado civil
Religião	Religião
Alergias	Alergias
Medicação	Medicação
Exames laboratoriais	Exames laboratoriais
Exames de imagem	Exames de imagem
Exames de diagnóstico	Exames de diagnóstico
Exames de monitorização	Exames de monitorização
Exames de avaliação	Exames de avaliação
Exames de acompanhamento	Exames de acompanhamento
Exames de avaliação	Exames de avaliação
Exames de acompanhamento	Exames de acompanhamento
Exames de avaliação	Exames de avaliação
Exames de acompanhamento	Exames de acompanhamento

Identificação do doente	Identificação da unidade
Nome do doente	Nome da unidade
N.º de identificação	N.º de identificação
Localização	Localização
Idade	Idade
Sexo	Sexo
Profissão	Profissão
Estado civil	Estado civil
Religião	Religião
Alergias	Alergias
Medicação	Medicação
Exames laboratoriais	Exames laboratoriais
Exames de imagem	Exames de imagem
Exames de diagnóstico	Exames de diagnóstico
Exames de monitorização	Exames de monitorização
Exames de avaliação	Exames de avaliação
Exames de acompanhamento	Exames de acompanhamento
Exames de avaliação	Exames de avaliação
Exames de acompanhamento	Exames de acompanhamento
Exames de avaliação	Exames de avaliação
Exames de acompanhamento	Exames de acompanhamento

Identificação do doente	Identificação da unidade
Nome do doente	Nome da unidade
N.º de identificação	N.º de identificação
Localização	Localização
Idade	Idade
Sexo	Sexo
Profissão	Profissão
Estado civil	Estado civil
Religião	Religião
Alergias	Alergias
Medicação	Medicação
Exames laboratoriais	Exames laboratoriais
Exames de imagem	Exames de imagem
Exames de diagnóstico	Exames de diagnóstico
Exames de monitorização	Exames de monitorização
Exames de avaliação	Exames de avaliação
Exames de acompanhamento	Exames de acompanhamento
Exames de avaliação	Exames de avaliação
Exames de acompanhamento	Exames de acompanhamento
Exames de avaliação	Exames de avaliação
Exames de acompanhamento	Exames de acompanhamento

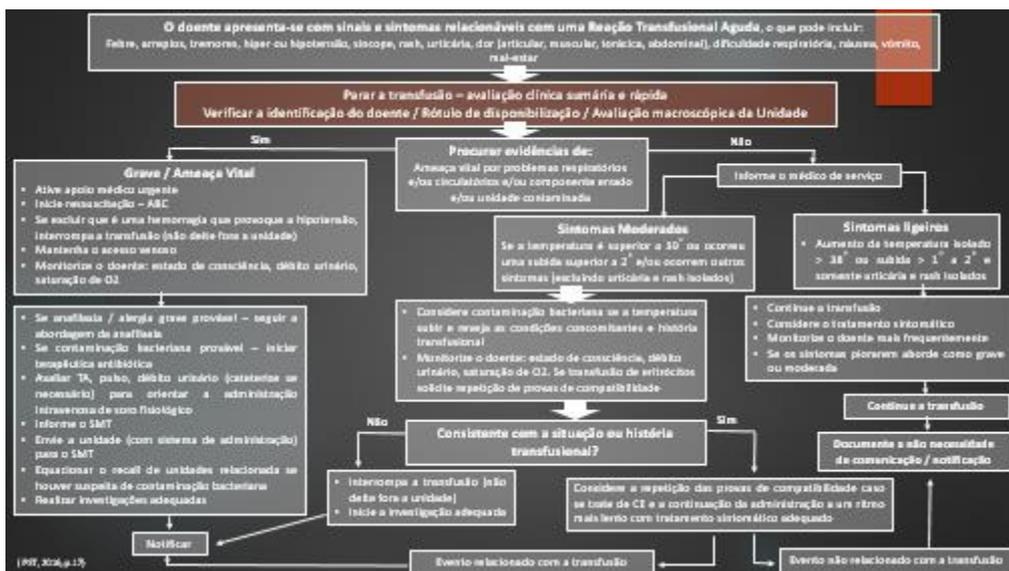
Junho 2011

Reações transfusionais agudas: reconhecimento e atuação



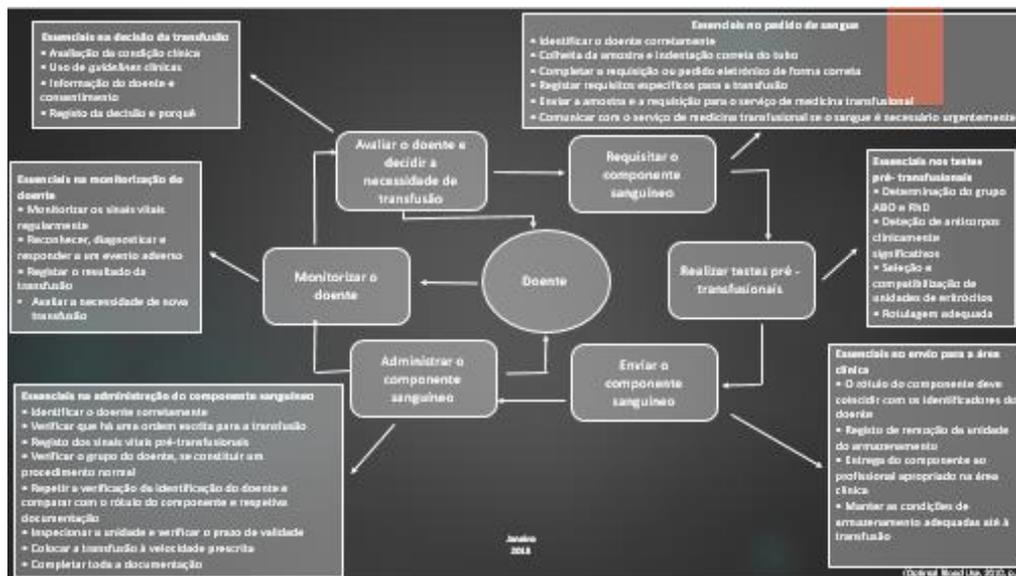
Fonte: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4c/RedLightBulb.jpg>

Junho 2011



Em Resumo...

Juliano
2018



Dúvidas/questões/sugestões



Fonte: <http://iStockphoto.com.br/ep-cv-88974604/2013/10.jpg>

Juliano
2018

Apêndice H – Questionário de Avaliação das Sessões de Formação sobre Transfusão de Componentes Sanguíneos

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Transusão de Componentes Sanguíneos

Objetivos: consolidar os conhecimentos dos enfermeiros do serviço de urgência sobre os procedimentos inerentes ao processo transfusional e uniformizar os procedimentos relacionados com a administração de componentes sanguíneos, sustentando uma prática de enfermagem promotora da segurança do doente submetido a terapia transfusional.

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

(Cláudia Marcelo Portero)

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

1 – Insuficiente; 2 – Médio; 3 – Bom ; 4 – Muito Bom

Relativamente à sessão formativa	1	2	3	4
Clareza dos objetivos apresentados				
Correspondência com as suas expectativas				
Duração da abordagem dos conteúdos				
Meios audiovisuais utilizados adequados				
Relativamente aos conteúdos abordados	1	2	3	4
Pertinência dos conteúdos abordados				
Possibilidade de consolidação de conhecimentos				
Possibilidade de aumento da segurança na abordagem de procedimentos relacionados com o processo transfusional				
Possibilidade de aumento da segurança no processo transfusional				
Relativamente ao formador	1	2	3	4
Clareza na abordagem dos conteúdos				
Domínio sobre o tema abordado				
Clima favorável à participação dos formandos				
Esclarecimento de dúvidas colocadas				

2. Sugestões/Críticas:

3. De que forma pensa que será alterada a sua prática após a sessão de formação apresentada?

4. Observações:

Obrigada pela sua participação,

Cláudia Portero

Apêndice I – Resultados dos Questionários de Avaliação das Sessões de Formação sobre Transfusão de Componentes Sanguíneos

Relativamente à sessão formativa	1	2	3	4
Clareza dos objetivos apresentados			3,7%	96,3%
Correspondência com as suas expectativas			3,7%	96,3%
Duração da abordagem dos conteúdos			29,6%	70,4%
Meios audiovisuais utilizados adequados			25,9%	74,1%
Relativamente aos conteúdos abordados	1	2	3	4
Pertinência dos conteúdos abordados				100%
Possibilidade de consolidação de conhecimentos			18,5%	81,5%
Possibilidade de aumento do conforto na abordagem de procedimentos relacionados com o processo transfusional			3,7%	96,3%
Possibilidade de aumento da segurança no processo transfusional				100%
Relativamente ao formador	1	2	3	4
Clareza na abordagem dos conteúdos				100%
Domínio sobre o tema abordado				100%
Clima favorável à participação dos formandos			3,7%	96,3%
Esclarecimento de dúvidas colocadas				100%

Legenda: 1 – Insuficiente; 2 – Médio; 3 – Bom ; 4 – Muito Bom

Nota: n=27 (Fonte: da própria)

2 -Sugestões/Críticas:

Sem qualquer resposta a esta questão

3 - De que forma pensa que será alterada a sua prática após a sessão de formação apresentada?

“A prática será realizada com maior segurança e mais conhecimentos”

“Aumento da segurança durante todo o processo; aumento de conhecimentos”

“Maior vigilância na administração de componentes de sangue”

“Melhoria nos registos realizados durante o processo de transfusão”

“Com a introdução da *checklist* será possível otimizar o processo de monitorização e segurança na administração de componentes sanguíneos”

4 Observações:

Sem qualquer resposta a esta questão

Apêndice J – Póster sobre Precauções Básicas de Controlo de Infeção: tipos de isolamento

Precauções de Controle de Infecção: tipos de isolamento

Resumo: As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são infecções secundárias à prestação de cuidados, que acarretam graves consequências negativas para o doente e família, podendo também trazer prejuízo para os próprios profissionais de saúde, bem como aumentam os gastos em saúde. Prevenir a sua transmissão garante a segurança do doente, dos trabalhadores e de todas as pessoas que contactam com os serviços de saúde. A sua prevenção assenta em dois níveis – precauções básicas de controlo de infeção; - precauções baseadas nas vias de transmissão. É de extrema importância a aplicação das precauções básicas a qualquer doente. O estabelecimento de barreiras físicas, através do isolamento do doente, poderá ser necessário perante a suspeita/diagnóstico de infeção/colonização do doente com microrganismos epidemiologicamente relevantes, com risco de transmissão nosocomial. Existem dois tipos de isolamento: o de proteção e o de contenção.

Palavras-chave: Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; Prevenção da Transmissão Cruzada; Tipos de Isolamento; Vias de Transmissão.

Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são infeções que os doentes adquirem enquanto estão a receber tratamento médico ou cirúrgico e constituem o efeito adverso mais frequente na prestação de cuidados (World Health Organization, 2011). As IACS põem o prognóstico da doença, aumentam o tempo de internamento, com encargo financeiro para o sistema de saúde, custos aumentados para os doentes e suas famílias, bem como aumentam a mortalidade (Direção-Geral de Saúde, 2016).

Cadeia linear da transmissão:



Prevenção da transmissão cruzada de IACS

• **Primeiro Nível - Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI)**
Previnem a transmissão cruzada de microrganismos, de um portador são do doente, para outro, de forma direta ou indireta, através de medidas aplicáveis a todos os intervenientes nos cuidados de saúde* (DGS, 2016). A sua utilização garante a segurança dos doentes, profissionais de saúde e todas as pessoas que contactam com os serviços de saúde, devendo ser aplicadas a qualquer doente, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso (NP 029/2012).

Precauções Básicas de Controlo de Infecção

<ul style="list-style-type: none"> Colocação de Doentes; Higiene das Mãos; Etiqueta Respiratória; Utilização do Equipamento de Proteção Individual; Descontaminação do Equipamento Clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> Controlo Ambiental; Manuseamento Seguro de Resíduos; Recolha Segura de Resíduos; Práticas Seguras na Preparação e Administração de Injetáveis; Exposição a Agentes Microbianos no Local de Trabalho.
--	--

(NP 029/2012)

• **Segundo Nível – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão**
Em casos específicos está indicada a utilização das Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (via aérea, gotículas ou contacto) que constituem medidas adicionais às PBCI (NP 029/2012). Aplicam-se aos doentes com suspeita/diagnóstico de infeção/colonização por microrganismos epidemiologicamente relevantes, com risco de transmissão nosocomial (NP 318/2011).

Atenção: "Não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco".

(NP 029/2012)

Isolamento

"Estabelecimento de barreiras físicas, de nível variáveis, de modo a limitar ou mesmo suprimir a transmissão de agentes infecciosos de um doente para outro, dos doentes para os prestadores de cuidados ou dos prestadores de cuidados para os doentes" (DGS, 2015).

O isolamento deve ser utilizado como uma medida de exceção e não deve ser prolongado desnecessariamente (NP 318/2011).

Isolar um doente é uma decisão do médico responsável pelo doente ou do diretor do serviço (NP 318/2011).

Tipos de Isolamento

• **Isolamento de Proteção** – utilizado para proteger o doente imunocomprometido de microrganismos provenientes de outros doentes, dos trabalhadores ou do meio ambiente.

• **Isolamento de Contenção** – utilizado para prevenir a transmissão de microrganismos de um doente para outros sãos para os trabalhadores, os quais podem ser transmitidos por via aérea, gotículas ou contacto (direto ou indireto).

(NP 318/2011)

Isolamento de Contenção Baseado nas Vias de Transmissão

• **Isolamento Respiratório** – aplicam-se a doentes com infeção suspeita ou confirmada de infeção provocada por microrganismos transmitidos por núcleos de gotículas (partículas de diâmetro < 5 micrões), transportadas pelo ar. Os núcleos de gotículas permanecem em suspensão no ar e podem percorrer longas distâncias, por correntes de ar. (Exemplos: tuberculose, sarampo e varicela).

• **Isolamento por Gotículas** – aplicam-se a doentes com infeção suspeita ou confirmada de infeção provocada por microrganismos transmitidos por gotículas (partículas de diâmetro > 5 micrões). As gotículas só conseguem percorrer pequenas distâncias (<1 metro), depositando-se nas conjuntivas, mucosa oral ou nasal do hospedeiro. Não permanecem em suspensão no ar. (Exemplos: infeções invasivas por Haemophilus influenzae tipo B, tosse convulsa, difteria, faringite e pneumonia por Streptococcus B hemolítico grupo A ou escarlatina em crianças e lactantes, infeção meningocócica, infeções víricas por adenovírus, influenza, pertussis, parvovirus B19 e rubéola).

• **Isolamento por Contacto** – aplicam-se a doentes com infeção suspeita ou confirmada de infeção ou colonização provocada por microrganismos epidemiologicamente importantes e que podem ser transmitidos por contacto direto ou indireto com o doente. (Exemplos: Staphylococcus aureus resistente à Meticilina (MRSA), Clostridium difficile, Acinetobacter baumannii multiresistente, Herpes simples mucocutâneo cutâneo e não-natal, zoster disseminado, impetigo, pediculose, escabiose, conjuntivite hemorrágica vírica, infeções hemorrágicas víricas, difteria cutânea, fúngicas entalobólicas em crianças pequenas e lactantes).

Microorganismo	Isolamento de Proteção	Isolamento Respiratório	Isolamento por Gotículas	Isolamento de Contacto
Microorganismos	Bactérias e Agente contido com o doente (agente não é eliminado)	Bactérias e Agente contido com o doente (agente não é eliminado)	Bactérias e Agente contido com o doente (agente não é eliminado)	Bactérias e Agente contido com o doente (agente não é eliminado)
Prevalência de Infecção (PI)	Muito baixa (<1%)	Muito baixa (<1%)	Muito baixa (<1%)	Muito baixa (<1%)
Exatidão de Diagnóstico	Alta	Alta	Alta	Alta
Resistência	Alta	Alta	Alta	Alta
Risco	Alto	Alto	Alto	Alto
Vias	Contato direto	Ar	Ar	Contato direto

(NP 318/2011)

Conclusão

Enquanto enfermeiros, no exercício das nossas funções, temos o dever de cumprir as precauções básicas de controlo de infeção em todos os doentes, independentemente do seu diagnóstico, com o objetivo de reduzir o risco de transmissão cruzada, obtendo ganhos em saúde. As precauções de isolamento segundo as vias de transmissão do agente são medidas que deverão ser adotadas como complemento às PBCI, podendo ser utilizadas individualmente ou combinadas, de acordo com a via ou vias de transmissão do agente.

Referências Bibliográficas:
Direção-Geral de Saúde (DGS) (2016). Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos em Serviços – 2016. **Regulamento de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos**. 7-43.
NP 029 (2012). **Algoritmo de Prevenção de Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI)**. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
NP 318 (2011). **Algoritmo de Prevenção de Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão**. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
World Health Organization (WHO) (2011). **Report on the Burden of Infectious Diseases**. Geneva: World Health Organization.
DGS (2015). **Isolamento de Doentes**. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Junho de 2017

Apêndice L – Póster sobre Precauções Básicas de Controlo de Infeção: descontaminação de equipamento clínico

Apêndice M – Cartaz sobre Limpeza de Salpicos e Derrames de Matéria Orgânica

Autor: Portero, Cláudia*

Orientadores: Costa, Paula**; Luis, Leonor***; Santiago, Maria Dulce dos Santos****

* Mestranda – Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

** Enfermeira Orientadora;

*** Enfermeira-Chefe;

**** Docente Responsável

Limpeza de salpicos e derrames de matéria orgânica

Salpicos	Derrames
Utilizar Equipamento de Proteção Individual [EPI]	
<ul style="list-style-type: none"> Cobrir a área com toalhetes/celulose embebidos em hipoclorito de sódio (lixívia) a 1% -> deixar atuar por 5 minutos 	<ul style="list-style-type: none"> Circunscrever a área com toalhetes/celulose para evitar a dispersão dos líquidos Absorver a área com toalhetes/celulose
Descartar toalhetes/ celulose e EPI -> depositá-los no saco de resíduos do Grupo III (branco)	
Colocar novo EPI	
Lavar com água quente e detergente	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar solução de hipoclorito de sódio a 1% Deixar atuar por 5 minutos Lavar com água quente e detergente
Descartar EPI	
Higienizar as mãos	
Descontaminar os equipamentos de limpeza utilizados	

ATENÇÃO: Não utilizar produtos à base de cloro para remover **urina** -> libertação de vapores tóxicos

(Paiva, Fernandes & Silva, 2015)

Diluição de hipoclorito de sódio (lixívia) a 5%:

- Recipiente de 1000ml: 200 ml de hipoclorito de sódio (lixívia) a 5% + perfazer o restante com água
- Recipiente de 750ml: 150 ml de hipoclorito de sódio (lixívia) a 5% + perfazer o restante com água

Apêndice N – Cartaz sobre o Plano de Emergência Externa: sistema de ativação

Plano Hospitalar de Emergência - Plano de Emergência Externa (Unidade Hospitalar de Portimão)

Sistema de Ativação													
Fase de Alerta	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Orientação de Doentes Urgentes [CODU] – único interlocutor válido para comunicar o alerta ao Chefe de Equipa do Serviço de Urgência [SU] • O Chefe de Equipa do SU deverá comunicar ao Diretor do SU o alerta do CODU - fase em que é confirmada e caracterizada a ocorrência e é informado o Diretor da Urgência Pediátrica/ Chefe de Equipa da Urgência Pediátrica (caso ocorra envolvimento pediátrico) • Em caso de ativação do Plano de Emergência Externa [PEE] – TODOS os registos clínicos passam a ser executados em papel (incluindo as requisições de imagem/análises) • É formado o Gabinete de Crise, a quem todos os profissionais têm de prestar obediência 												
Fase de Alarme	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião dos elementos constituintes do Gabinete de Crise no Gabinete n.º6 do SU - Avaliação do acontecimento e desenvolvimento do nível de resposta adequado à situação - Centralização, organização e coordenação de todas as ações para resolução da emergência 												
Fase de Execução	<ul style="list-style-type: none"> • O Gabinete de Crise irá notificar as diferentes áreas do hospital a informar a situação em que se encontra e a dar instruções para execução do PEE • Triagem das vítimas no alpendre do SU com encaminhamento das mesmas através do circuito intra-hospitalar definido (<18 anos - circuito da Urgência Pediátrica; ≥ 18anos - circuito da Urgência de Adultos) - Equipa para a triagem: 1 médico com experiência em emergência + 1 enfermeiro com experiência em triagem + 1 administrativo + 1 assistente operacional - Triagem secundária segundo o Sistema de Triagem de Manchester - Triagem de Prioridades de Catástrofe • Todos os doentes que recorram ao SU passam pela triagem (mesmo que não sejam vítimas da catástrofe) • A derivação de doentes deverá ser efetuada para os Serviços de Atendimento Permanente das áreas de residência e para o Hospital de Lagos e de Faro (coordenação efetuada pelo CODU) • Transferir todos os doentes da decisão clínica e da UICD1 para as diversas Unidades de Internamento (em caso de necessidade de ampliação do hospital) e ativação do Plano de Contingência da UCI • Circuitos Externos - Acesso ao SU pela 2.ª entrada (entrada principal)/ saída do SU pela 1.ª entrada - Parques: <ul style="list-style-type: none"> . N.º 1/2 – destinam-se a funcionários . N.º 5 – destina-se APENAS às ambulâncias + pessoal que exerce funções no SU . N.º6 – destina-se aos familiares (com acesso e saída pela 3.ª entrada) . Parque subterrâneo – como reserva para acolhimento de familiares • Áreas do SU (centro de operações) → <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Zona de Triagem</th> <th style="width: 50%;">Sob o alpendre da Urgência Geral</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: red; color: white; text-align: center;">Zona Vermelha (de Reanimação)</td> <td>Sala de Emergência; UICD2; Extensão à Sala de Enfermagem do Pré-Atendimento</td> </tr> <tr> <td style="background-color: yellow; text-align: center;">Zona Amarela (de Tratamento Urgente)</td> <td>Decisão Clínica; UICD1; Extensão à área antiga do Pré-atendimento e Corredor junto aos gabinetes médicos dos balcões</td> </tr> <tr> <td style="background-color: green; text-align: center;">Zona Verde (de Tratamento não Urgente)</td> <td>Sala de Espera da Admissão; Parque de Estacionamento n.º5 com apoio de Tenda da Proteção Civil</td> </tr> <tr> <td style="background-color: gray; text-align: center;">Zona Cinzenta (de Escassa Reversibilidade)</td> <td>Sala de Espera de Amarelo/Laranja (APENAS se ativação de Nível 3)</td> </tr> <tr> <td style="background-color: black; color: white; text-align: center;">Zona Preta (de Irreversíveis e Falecidos)</td> <td>Gabinete de Triagem; Área da Casa Mortuária; Área do Instituto de Medicina Legal</td> </tr> </tbody> </table>	Zona de Triagem	Sob o alpendre da Urgência Geral	Zona Vermelha (de Reanimação)	Sala de Emergência; UICD2; Extensão à Sala de Enfermagem do Pré-Atendimento	Zona Amarela (de Tratamento Urgente)	Decisão Clínica; UICD1; Extensão à área antiga do Pré-atendimento e Corredor junto aos gabinetes médicos dos balcões	Zona Verde (de Tratamento não Urgente)	Sala de Espera da Admissão; Parque de Estacionamento n.º5 com apoio de Tenda da Proteção Civil	Zona Cinzenta (de Escassa Reversibilidade)	Sala de Espera de Amarelo/Laranja (APENAS se ativação de Nível 3)	Zona Preta (de Irreversíveis e Falecidos)	Gabinete de Triagem; Área da Casa Mortuária; Área do Instituto de Medicina Legal
Zona de Triagem	Sob o alpendre da Urgência Geral												
Zona Vermelha (de Reanimação)	Sala de Emergência; UICD2; Extensão à Sala de Enfermagem do Pré-Atendimento												
Zona Amarela (de Tratamento Urgente)	Decisão Clínica; UICD1; Extensão à área antiga do Pré-atendimento e Corredor junto aos gabinetes médicos dos balcões												
Zona Verde (de Tratamento não Urgente)	Sala de Espera da Admissão; Parque de Estacionamento n.º5 com apoio de Tenda da Proteção Civil												
Zona Cinzenta (de Escassa Reversibilidade)	Sala de Espera de Amarelo/Laranja (APENAS se ativação de Nível 3)												
Zona Preta (de Irreversíveis e Falecidos)	Gabinete de Triagem; Área da Casa Mortuária; Área do Instituto de Medicina Legal												
Fase de Encerramento	<ul style="list-style-type: none"> • Encerramento, pelo Coordenador do Plano, da ativação do PEE quando todas as vítimas já foram admitidas na Unidade Hospitalar de Portimão e/ou Lagos • Regresso aos registos via informática 												
Após o Encerramento	<ul style="list-style-type: none"> • Debriefing - reunião com todo o pessoal envolvido o qual deve responder às seguintes questões: "O que é que correu bem neste evento em que foi ativado o Plano de Emergência Externa?"; "O que é que podemos melhorar da próxima vez?" (Norma Hospitalar N.º: 4/NH/CHA, p.30); • Elaboração, pelo Coordenador do Plano, do Relatório Final com as seguintes informações: <ul style="list-style-type: none"> - As circunstâncias do evento e ativação - O n.º/categoria dos profissionais envolvidos - O n.º, tipo e prioridades das vítimas, indicando os respetivos destinos - As respostas dadas pelos profissionais às perguntas acima mencionadas - A resposta pessoal (do Coordenador do Plano) sobre o evento 												

(Norma Hospitalar N.º: 4/NH/CHA, 2015)

Autor: Portero, Cláudia*

Orientadores: Costa, Paula**; Santiago, Maria Dulce dos Santos***

* Mestranda – Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

** Enfermeira Orientadora

*** Docente Responsável

Referência Bibliográfica:

Norma Hospitalar 4/NH/CHA (2015). *Plano de catástrofe externa – unidades hospitalares de Portimão e Lagos*. Portimão: Centro Hospitalar do Algarve.

Janeiro de 2018

Apêndice O – Cartaz sobre o Plano de Emergência Externa: níveis de resposta em situação de catástrofe

