

#15

Enf^orm ação

Enfermagem em contínuo movimento

Rumar ao futuro, respeitando o legado

ARTIGOS

- ▶ Impacto do erro na administração do medicamento nos custos associados ao doente adulto, internado em hospital
Delmira Pombo; José Damião; Maria José Bento; Paula Ricardo
- ▶ Protocolo de cooperação do CHULC e ACES no seguimento do utente com Gastrostomia Percutânea.
Mónica Matos, Cláudia Alves, Mafalda Ribeiro

Janeiro - Julho 2024 | ISSN 2182-8261



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

CONSELHO DIRETIVO

Filomena Leal
Cristina Amaral
Helena Xavier
Irina Cardoso
Luis Pereira
[enformacao.direcao@gmail.com]

CONSELHO REDATORIAL

Cláudia Rodrigues
Helena Xavier
Isabel Mendes
Ivete Monteiro
Paula Duarte
[enformacao.cr@gmail.com]

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Marinho
Delmira Pombo
Lígia Malaquias
Luis Sousa
Maria das Neves Diniz
[enformacao.cc@gmail.com]

SEDE

Direção dos Serviços de Enfermagem
R. José António Serrano, 1150 Lisboa
Telefones 218 841 896 / 1573
Fax 218 864 616

DESIGN GRÁFICO

Integrated Resolutions
www.integratedresolutions.com

REVISTA DIGITAL

Periodicidade Semestral
ISSN 2182-8261



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Ser sócio

Ser Sócio da ACE representa benefícios **para todos os enfermeiros do CHULC, EPE!**

- > Inscrição em eventos científicos/formação organizados pela ACE, a **preços reduzidos**;
- > Acesso a programas exclusivos de **apoio à formação/investigação em enfermagem**;
- > **Publicação de artigos científicos** na revista ENFORMAÇÃO, com referência em vários meios;
- > **Acesso exclusivo a literatura científica** online, na área reservada de sócio e na biblioteca da ACE;
- > **Participação gratuita** em atividades institucionais promovidas pela Associação;
- > Utilização de **descontos e outras regalias** de Empresas/Instituições protocoladas;

e muito mais...

Saiba tudo em **www.acenfermeiros.pt**



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

Viver a Enfermagem é ter uma enorme capacidade de resiliência, entrega e luta pela coesão!



PRESIDENTE ACE

Filomena Leal

Caros Colegas,

Construir o Futuro é sempre um desafio estimulante, mas imprevisível. Podemos organizar, planear, mas temos de ser capazes de nos reorganizar de forma célere para atingir os objetivos a que nos propusemos.

Na vida pessoal e profissional esta é a realidade!

Viver a Enfermagem é uma proeza que nem todos entendem!

Viver a Enfermagem é ter uma enorme capacidade de resiliência, entrega e luta pela coesão!

Viver a Enfermagem é ser humanista, lutador, idealista e acreditar que o Futuro depende muito do Legado que todos nós vamos deixando às gerações mais jovens na profissão.

No serviço nacional de saúde os desafios são constantes e são a um ritmo de tal forma alucinante que sentimos um estremecer na nossa mente que resiste pela habilidade cognitiva que lhe é característica.

Mais um ano que está a terminar e como presidente da ACE sinto que continuamos com profissionalismo e dedicação a colaborar na formação dos Enfermeiros e de outros profissionais de saúde através de eventos científicos (congresso, webinars, encontros), no apoio à formação/investigação muito solicitada pelos sócios e na publicação da revista

Enformação de elevada qualidade científica e representativa do trabalho efetuado pelos profissionais no CHULC.

Em 2024 vamos realizar o 2º Congresso da Associação Científica dos Enfermeiros (ACE) sob o lema "**Construir o Futuro- Respeitando o Legado**" que vai decorrer em Lisboa, nos dias 21, 22 e 23 de fevereiro.

A Comissão Organizadora teve um enorme desafio em construir um programa que revele o estado de arte em várias áreas científicas e que seja representativo de toda a evolução existente ao longo dos anos, respeitando um legado de conhecimentos e valores que são base fulcral para construir um futuro mais rico para os diferentes grupos profissionais.

Aconselho-vos a navegar no website da ACE e consultar o programa que tem início com cinco cursos pré-congresso de elevado cariz científico e promotores de grandiosa partilha de conhecimentos.

Os profissionais de saúde podem apresentar comunicações livres e pósteres de acordo com o regulamento elaborado pela comissão científica. Será uma oportunidade para se evidenciar projetos e trabalhos de investigação que emergem do trabalho desenvolvido pelas equipas de saúde nas diferentes unidades clínicas ou por mérito individual.

Os temas das mesas proporcionarão adquirir novos conhecimentos e realidades a nível de gestão de cuidados, recursos humanos, formação e inovação.

O leque de oradores augura o êxito científico deste congresso que se completa com a vossa presença e participação.

Na continuidade do êxito das jornadas e de dois congressos de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação, vamos realizar o 3º congresso que aborda o tema - **A Jornada do Doente Respiratório** que vai decorrer em Lisboa a 22,23 e 24 de abril.

Em breve, no website da ACE o programa provisório.

Congratulamo-nos com a adesão de novos sócios e solicitamos ajuda a todos na divulgação da ACE visto que temos consciência que o tempo escasseia aos elementos dos corpos sociais para realizar esta função-

O Ano Novo inicia-se com um novo repto para todos. Vamos ser Unidade Local de Saúde São José. A ACE é sempre agregadora e a nossa experiência iniciou-se em maio de 2001. Vamos dar ênfase à nossa sigla – A- Acreditar; C- Comunicar; E- Evidenciar

O meu obrigado a todos que nos acompanharam neste ano.

Desejo um Feliz 2024. É um ano bissexto. 366 dias de oportunidade para fazermos a diferença.

Cito Paulo Coelho "*Não estamos sós. O mundo transforma-se, e nós somos parte dessa transformação.*"

Um Abraço
Filomena Leal

Viver a Enfermagem é ser humanista,
lutador, idealista e acreditar que o
Futuro depende muito do Legado que
todos nós vamos deixando às gerações
mais jovens na profissão.





2º CONGRESSO

ACE

CONSTRUIR O FUTURO RESPEITANDO O LEGADO

LISBOA | 21, 22 E 23 FEVEREIRO 2024

COMISSÃO ORGANIZADORA:

FILOMENA LEAL
CRISTINA AMARAL
Mª HELENA XAVIER
IRINA CARDOSO
LUIS PEREIRA
PAULA DUARTE
PAULA SANTOS
ELSA FOLGADO
PAULA PINHEIRO
ISABEL DIONÍSIO
ELSA MENOITA
RICARDO SILVA
ANA MARINHO DINIZ
CÂNDIDA DAMIÃO
CARLA VIGIA
ANA RITA COSTA

COMISSÃO CIENTÍFICA:

ANA BERNARDO
ANA NERO
ARMANDINA ANTUNES
CARLA ABREU
CARLOS CLEMENTE
MARISA CHÁINHO
SÉRGIO PALMEIRINHA

ORGANIZAÇÃO:



CURSOS PRÉ-CONGRESSO

CURSO 1 | LIDERANÇA E MOTIVAÇÃO DE EQUIPAS

CURSO 2 | REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

CURSO 3 | GESTÃO DA INFEÇÃO EM FERIDAS COMPLEXAS

CURSO 4 | DESAFIOS DA AMAMENTAÇÃO - INOVAÇÃO E EVIDÊNCIA

CURSO 5 | VIA AÉREA EMERGENTE

COMUNICAÇÕES LIVRES

POSTERES

MAIN TOPICS

INOVAÇÃO OR SAÚDE OR DIGITAL

ONCOLOGIA INTEGRATIVA

NOVOS MODELOS DE GESTÃO

#NURSING TRENDS

HOSPITAL 5.0 - QUE REALIDADE?

INSCRIÇÕES E SUBMISSÃO DE TRABALHOS EM:

www.acenfermeiros.pt



CHULC SEMPRE A MEXER

- 08** Bloco de cirurgia cardiotorácica renovado
- 09** CHULC-MAC participa em simulacro da E-Redes
- 11** ECORP: Medicina Interna em consultoria exclusiva e Proativa



ENFERMAGEM NA ATUALIDADE

- 18** Projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Cuidando cuidadores informais
O CAMINHO PARA A INDEPENDÊNCIA



- 12** HDE faz história ao separar gémeas siamesas pela oitava vez desde 1978
- 14** Voluntários da JMJ nos hospitais do CHULC
- 16** UCIM da Medicina 1 faz 35 anos na vanguarda do tratamento de doentes críticos



AGENDA



22

ARTIGOS

- 22** Impacto do erro na administração do medicamento nos custos associados ao doente adulto, internado em hospital
- 28** Protocolo de cooperação do CHULC e ACES no seguimento do utente com Gastrostomia Percutânea.



33

ENTREVISTA

- 33** Ana Rita Pedroso Cavaco



38

MARCAR A DIFERENÇA

- 38** 20 Anos Unidade Cérebro Vascular – H. S. José
- 42** Comemoração do 20º aniversário da Viva Mulher Viva



46

ACONTECEU

- 46** Encontro UCF todos os santos 2023 Vertente Saúde da Mulher e Neonatal.
- 47** II Encontro de Enfermagem de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos do CHULC A Globalidade do Cuidar à Criança em Situação Crítica



Bloco de cirurgia cardiotorácica renovado

Conteúdos cedidos por:



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

Gabinete de Comunicação

Estas obras constituem um importante contributo para a melhoria das condições de prestação de cuidados aos doentes

O Bloco Operatório de Cirurgia Cardiotorácica do CHULC, que funciona no Hospital de Santa Marta, volta a prestar cuidados aos doentes das especialidades de Cirurgia Cardíaca (adultos e idade pediátrica) e Cirurgia Torácica, após conclusão das obras de beneficiação realizadas ao longo de sete semanas, conforme previsto. A primeira cirurgia depois dos melhoramentos ocorreu durante o fim-de-semana passado, 9-10 de setembro.

Há muito aguardadas pelas equipas médicas e de enfermagem, estas obras constituem um importante contributo para a melhoria das condições

de prestação de cuidados aos doentes intervencionados e terão um impacto positivo na garantia de elevados padrões de qualidade que são um compromisso do CHULC.

A concretização deste investimento, no tempo previsto, só foi possível graças à plena dedicação dos profissionais envolvidos, em particular, das equipas da AGIE, da AGSTI e da AGH, nomeadamente os serviços de limpeza e serviços gerais, além da Coordenação de Enfermagem e de tantos outros do HSMarta, que, de forma indireta, colaboraram no projeto e a quem o Conselho de Administração do CHULC agradece.

CHULC-MAC participa em simulacro da E-Redes



O **CHULC-Maternidade Dr. Alfredo da Costa** participou na sexta-feira, 2 de junho, num simulacro promovido pela E-REDES, o Olissipo II, que permitiu testar os meios disponíveis para fazer face a uma falha na rede de distribuição elétrica que afete a maternidade.

Com este exercício, foi possível testar a resposta dos ventiladores, alimentados por baterias, das duas UPS que suportam a rede por 20 a 30 minutos, e de um gerador a gasóleo.

"Mesmo com todas estas redundâncias, que aferem um grau elevado de garantia de que teríamos mecanismos técnicos e procedimentais para responder a um evento desta natureza, resolvemos implementar mais algumas variáveis", explica Aldina Santos, responsável pelo Gabinete de Segurança do CHULC.

No âmbito do exercício foi simulado um cenário de incêndio na subestação que alimenta a MAC, seguido de uma falha no arranque do gerador de emergência da maternidade, que obrigou à ativação dos planos de contingência e evacuação de doentes. "E se, por ínfima que seja a hipótese, o gerador não arrancasse? E se, nesse momento, estivesse uma intervenção cirúrgica a decorrer numa das salas de bloco? E se, nesse dia, tivéssemos internados dois recém-nascidos ventilados?".

A introdução destas variáveis permitiu testar uma parte substancial dos procedimentos internos do CHULC-MAC, tanto clínicos como não-clínicos. "Podemos dizer que, apesar de satisfeitos, impõem-se ainda alterações com vista à melhoria contínua na capacidade de resposta e na satisfação de quem a nós recorre", diz Aldina Santos.



Com este simulacro, a E-REDES pretendeu testar o desempenho das equipas no terreno, de forma a antecipar a incerteza e a ameaça, reduzir o risco, evidenciar fragilidades e reforçar a articulação entre as entidades responsáveis pela proteção e intervenção em cenários de crise.

Aldina Santos destaca, ainda, a dinâmica que existe entre o CHULC e as forças de proteção e socorro da cidade de Lisboa, como a Polícia de Segurança Pública, a Polícia Municipal, o Serviço Municipal de Proteção Civil e o Regimento de Sapadores Bombeiros.

De acordo com a responsável pela Segurança, o CHULC "voltou a confirmar que dispõe de ferramentas e mecanismos para com os meios internos, tanto humanos como técnicos, transferir os doentes mais críticos para outras unidades hospitalares afetadas a este centro hospitalar e garantir a continuidade dos cuidados aos demais utentes internados". Exercícios como este, que terminou com a instalação de uma central de geração móvel da E-REDES para reposição do fornecimento de energia, são "uma das mais importantes ferramentas de que dispomos, não apenas para criar rotinas nos profissionais, mas principalmente para afinar os processos".





ECORP: Medicina Interna em consultoria exclusiva e Proativa

A Equipa de Consultoria e Responsabilidade Partilhada (ECORP) do CHULC-Hospital de São José, constituída por especialistas de Medicina Interna em atividade exclusiva e proativa junto dos doentes internados nas enfermarias cirúrgicas, completa um ano no mês de junho. Até à data, foram observados 1.145 doentes. Constituída por dois elementos fixos (Adriana Soares e Margarida Sá Pereira) e um rotativo (interno de formação específica), a equipa de Medicina Interna atua de forma próxima dos doentes cirúrgicos, aplicando a capacidade inerente da especialidade de ver doentes com múltiplas comorbilidades e/ou muito complexos, detetando, antecipadamente, o risco de descompensação e atuando de acordo. Para além de reduzir intercorrências médicas, há uma perceção de cuidados com melhor qualidade e coerência ao longo do internamento. Antes de ser implementado este projeto, os especialistas de Medicina Interna tinham uma postura reativa perante pedidos de colaboração da equipa clínica (via telefone ou sistema), que se sobrepunha à atividade assistencial das enfermarias de Medicina Interna. Com esta forma de atuação proativa, que contempla uma visita diária a todas as

enfermarias cirúrgicas falando com médicos e/ou enfermeiros para saber se algum doente suscita preocupação, há uma mudança de cultura na organização, com impacto na satisfação de todos profissionais e na equidade no acesso à Medicina Interna pelos doentes cirúrgicos.

Dos doentes observados ao longo do último ano, 47% só foram vistos uma vez, tendo, no entanto, beneficiado desta observação pois garantiu revisão clínica/laboratorial e reconciliação terapêutica, enquanto os restantes 53% tiveram seguimento posterior em regime de Responsabilidade Partilhada. Os motivos principais de seguimento por esta equipa foram: gestão de antibioterapia/infeção; gestão de fragilidade/comorbilidades; gestão insulina/alterações endocrinológicas. De acordo com Adriana Soares, especialista em Medicina Interna, os objetivos passam por garantir que todos os internos de Medicina Interna do CHULC passem pela equipa e por expandir esta forma de atuar aos restantes polos do centro hospitalar, tanto para benefício dos doentes como para reforçar a importância da especialidade de Medicina Interna na organização.

HDE faz história ao separar gémeas siamesas

pela oitava vez desde 1978



este "milagre" da Humanidade e da Ciência pelo que congratulo todos os profissionais do Centro Hospitalar que, mais uma vez, fizeram acontecer

Uma cirurgia de separação de gémeas siamesas unidas pela zona do abdómen e região pélvica, de quatro anos de idade, foi realizada a 28 de julho com êxito no CHULC-Hospital de Dona Estefânia (HDE). As irmãs, de nacionalidade angolana, agora autónomas, recuperam da intervenção ainda em cuidados intensivos. Tratou-se de um procedimento raro (em Portugal aconteceu pela oitava vez, sempre no HDE, desde 1978, tendo a última ocorrido há 24 anos), "de enorme complexidade e risco". As gémeas, Bibiana e Domingas, estiveram 14 horas no bloco operatório do HDE, ao cuidado de uma equipa multidisciplinar de mais de 40 profissionais do CHULC, contando ainda com a colaboração de três médicos alemães que ajudaram na utilização de um material inovador, essencial para o sucesso da parte final do procedimento e que permite o encerramento da parede abdominal das crianças, concluído no dia 7 de agosto para uma, e previsto até ao final desta semana para a outra. Em declarações proferidas na abertura da conferência de Imprensa de 7 de agosto, Rosa Valente de Matos, presidente do Conselho de Administração do CHULC,



disse "desejar as maiores felicidades às gémeas agora autónomas e sua família", acrescentando: "Não posso deixar de assinalar este "milagre" da Humanidade e da Ciência pelo que congratulo todos os profissionais do Centro Hospitalar que, mais uma vez, fizeram acontecer."



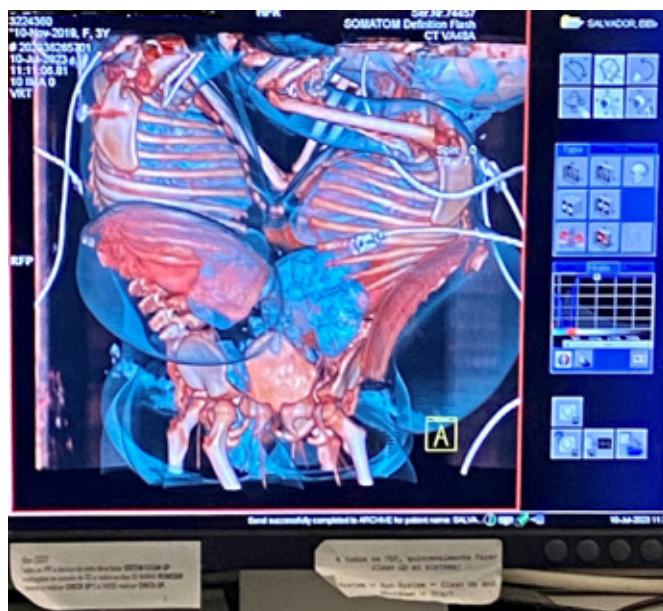
Rui Alves, líder da equipa cirúrgica e diretor do serviço de cirurgia pediátrica, destacou a raridade da cirurgia e o longo trabalho de preparação e pesquisa necessário e muita pesquisa bibliográfica, tendo sido encontrado apenas um caso semelhante, nos EUA, datado de 1966.

Salientou também "o detalhe importante" da idade das crianças (quatro anos), uma vez que a recomendação para este tipo de cirurgia é que aconteça entre os seis meses e o ano e meio de vida. Rui Alves adiantou que a separação do aparelho digestivo deixou uma das gémeas sem intestino grosso, uma vez que ambas nasceram com intestinos delgados separados, mas apenas um intestino grosso. Ainda assim, a questão, que remete para futuras soluções, "não será impeditiva de terem uma vida mais ou menos normal". "Esta fase apenas se destinou a separá-las, torná-las autónomas, mas a cirurgia não é de todo definitiva", explicou, referindo que vários procedimentos serão ainda necessários no processo de recuperação das gémeas, que têm pela frente "meses de permanência no hospital".

Catarina Ladeira, chefe da cirurgia plástica pediátrica, explicou que "o defeito da parede abdominal era muito grande" o que "impedia fechar com segurança o abdómen", havendo risco de compressão dos órgãos. O material inovador trazido pelos

médicos alemães, que deram formação aos clínicos portugueses no D. Estefânia sobre como utilizá-lo na fase de preparação da cirurgia, permite um encerramento gradual da parede abdominal sem recurso a próteses ou materiais externos, e usando apenas tecido abdominal das gémeas.

Fátima Alves, especialista em urologia pediátrica, explicou por seu turno que foi necessário reconstruir parte do sistema urinário das gémeas, que tinham duas bexigas autónomas, mas ambas tinham os ureteres cruzados, ligados à bexiga da irmã, tendo sido necessário fazer a ligação correta. A médica referiu também que as crianças têm



ambas um aparelho reprodutor "autónomo, completo e normal".

Teresa Cenicante, médica anestesiológica, disse que "o maior risco durante a cirurgia era o de hemorragia, que não se verificou, e sublinhou a importância do treino e da preparação de meses para chegar à separação das gémeas, "um momento muito emotivo para todos". Mercedes Ganito, enfermeira gestora do bloco operatório, revelou que as diferentes partes do corpo das gémeas foram identificadas por cores, formando-se duas equipas, a verde e a azul, uma distinção necessária para a "segurança dos procedimentos" durante a cirurgia, sendo fundamental não haver erros na mesa de operações, para saber "que membro pertencia a que criança, qual o soro de cada uma", entre outros aspetos.



Voluntários da JMJ nos hospitais do CHULC



A iniciativa **Gesto Missionário dos Voluntários da Jornada Mundial da Juventude (JMJ)**, solicitada pelo Bispo Auxiliar de Lisboa e presidente da Fundação JMJ Lisboa 2023, D. Américo Aguiar, esteve quinta-feira, 27, em cinco dos seis hospitais do CHULC (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central).

Vindos de vários continentes e países do mundo, e envergando as t-shirts da organização, os voluntários, em número superior a uma centena, maioritariamente jovens, visitaram os internamentos do HSJ, do HSMarta, do HSAC, do HCC e do HDE, assistiram a eucaristias, fizeram pinturas murais, melhoraram espaços, cantaram, deram sangue. O ministro da Saúde, Manuel Pizarro, associou-se ao acontecimento, almoçando na cantina do HSJ, na companhia do Conselho de Administração, em confraternização com os voluntários.

Os colaboradores do centro hospitalar foram convidados a estar presentes e a participar nas atividades, que incluíram a recolha de pulseiras que representarão os doentes junto do Papa. As refeições foram fornecidas pela Uniself, fornecedor do CHULC.

Em mensagem que o capelão do HSJ, padre Carlos Matos, deixou pode ler-se: "A visita dos voluntários ao CHULC, no contexto da Jornada Mundial da Juventude, foi sem dúvida uma oportunidade de encontro com aquilo que há de melhor em nós. Somos pessoas, independentemente do nosso credo, sensibilidade, etc., temos que nos relacionar e descobrir que a doença é uma condição que faz parte da vida. Não estamos ao serviço da doença, mas das pessoas. Vamo-nos completando. A juventude é sem dúvida motivo de alegria e esperança. Hoje o tempo parou entre nós! Um grande abraço."



Citados pela agência Ecclesia, que acompanhou a iniciativa, André Ribeiro, voluntário na JMJ, de 26 anos, da paróquia de Massamá (Lisboa), doou sangue no Hospital de São José, como "um gesto missionário". "Estamos a responder a um pedido do hospital porque têm falta de dádivas de sangue", disse.

Outra voluntária, Rita Galha realçou à mesma Ecclesia que "sempre" se sentiu voluntária e agora "chegou a vez de apoiar" quem a ajudou noutros momentos. A jovem contribuiu para a pintura do mural com o logotipo das JMJ. Com o Gesto Missionário, os participantes pretenderam levar a JMJ às pessoas que "não podem deslocar-se ao encontro", sublinhou.

uma oportunidade de encontro com aquilo que há de melhor em nós

O Gesto Missionário visitará, no total, cerca de 600 instituições que representam mais de 48 mil pessoas, impossibilitadas de participar na JMJ Lisboa 2023.

Para ver as imagens desta iniciativa no CHULC clique no link <http://jintrasp/divulgacao/fotos/Visita%20dos%20Voluntrios%20da%20JMJ%20aos%20hospitais%20do%20CHUL/Forms/All-items.aspx>



UCIM da Medicina 1 faz 35 anos na vanguarda do tratamento de doentes críticos



A Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) da Unidade Funcional Medicina 1 foi fundada em 1988 com uma capacidade de seis camas, lotação que se mantém atualmente.

Ao longo destes 35 anos, estabeleceu-se no Hospital de São José como uma importante valência no tratamento do doente crítico. Desde a sua origem, tratou-se de um projeto inovador que permitiu dar resposta a todos os doentes que necessitassem de cuidados médicos de nível 1, sendo a única unidade médica desta tipologia no País. Só mais tarde, em 2019, surgiu a UCIM-HSAC.

De 1988 a 2020, todo o staff do então denominado Serviço de Medicina 1.2 – HSJ contribuiu com entusiasmo e afíno, em esquema de rotatividade de equipas médicas e enfermagem dedicadas, para o êxito da unidade. Foi um período de intensa aprendizagem, dedicação e crescimento, com elaboração de protocolos e procedimentos visan-

do a crescente qualidade nos cuidados prestados aos doentes e a contínua diminuição de demora média.

O ano 2020 marcou uma viragem com a alocação de uma equipa médica fixa a esta valência, o que permitiu uma homogeneização de processos que se traduziu num aumento do número de admissões com conseqüente redução da demora média sem alteração das taxas de mortalidade. Criou-se, por outro lado, um plano organizativo e formativo estruturado.

A evolução dos indicadores entre 2018 e o primeiro semestre de 2023 mostra uma tendência anual para redução da demora média, um aumento de 30% no número de doentes saídos, tendo a taxa de ocupação aumentado 6,7% e a taxa de mortalidade reduzido 1 pp (ponto percentual). Prevê-se que até ao final deste ano haja uma tendência similar nos indicadores obtidos em 2022.

Evolução de indicadores

	2018	2019	2020	2021	2022	1º sem 2023
DEMORA MÉDIA	6,7	7,1	6,5	5,5	5,7	5,3
DOENTES SAÍDOS	282	220	316	343	368	187
TAXA DE OCUPAÇÃO (%)	86,4	89	92,6	90	93,1	90
TAXA DE MORTALIDADE (%)	8,5	11	8,2	10,5	7	7,5

A origem dos doentes atesta a importância da UCIM enquanto charneira na tríade Serviço de Urgência – Cuidados Intensivos – Enfermagem. A esmagadora maioria dos doentes provém destes serviços, sendo que 55% chegam das unidades de Cuidados Intensivos. Salienta-se ainda o grande número de doentes críticos admitidos com limitação terapêutica estabelecida (cerca de 30% do total), sendo que, destes, cerca de 60% têm alta hospitalar. Estes doentes não têm indicação para admissão em Cuidados Intensivos e, sem a UCIM, dificilmente conseguiriam ultrapassar as situações clínicas graves que apresentam.

Ainda que originalmente destinada a doentes do foro médico, assistiu-se, ao longo dos anos, a uma diversificação das patologias admitidas na UCIM, estreitando-se relações com as especialidades médico-cirúrgicas e cirúrgicas do Centro Hospitalar.

Historicamente há uma forte relação com os doentes com insuficiência respiratória aguda, nomeadamente com o advento das técnicas de ventilação não invasiva (VNI e oxigenoterapia de alto fluxo). Permite-se também o manejo de fármacos e técnicas diferenciadas e monitorização contínua.

Destaca-se desde sempre, o papel formativo da UCIM. A formação pós-graduada, tem sido desde a sua criação, um dos baluartes que rege a UCIM. A rotação de internos e assistentes por esta valência permite-lhes adquirir competências mais diferenciadas na gestão do doente crítico, sendo uma mais-valia formativa nas diferentes fases da carreira hospitalar. Neste processo, foi possível a integração progressiva de elementos de todos os polos da Medicina Interna do CHULC, de diferentes especialidades (Infeccologia, Medicina Interna, Imuno-hemoterapia, Oncologia, entre outras) e internos de Medicina Interna de outros centros hospitalares.

Salienta-se ainda uma intensa atividade científica com apresentação de comunicações em congressos nacionais e internacionais de referência, elaboração e revisão de inúmeros procedimentos sectoriais, estabelecimento de protocolos clínicos e colaboração com diferentes especialidades do hospital.

A resiliência da equipa de profissionais de saúde e a experiência acumulada permitiram ultrapassar muitas dificuldades ao longo destes anos. É imperativo existir um compromisso inabalável da Unidade Funcional, da Medicina Interna e do Centro Hospitalar no desenvolvimento dos Cuidados Intermédios, sob pena da estagnação e desmotivação.

As novas etapas avizinham-se para a UCIM cheias de desafios e sempre mantendo a excelência clínica, diferenciação técnico-científica, motivação formativa e capacidade de estabelecer pontes entre as diferentes áreas do hospital, como tem sido feito durante os últimos 35 anos.

A formação pós-graduada,
tem sido desde a sua
criação, um dos baluartes
que rege a UCIM



Grupo de trabalho do projeto CUIDANDO (Enfermeiros Especialistas) | Célia Santos; Luísa Manso; Maurício Cordeiro; Rute Santos; Vitória Esquivel

Projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Cuidando cuidadores informais O caminho para a independência.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação fazem uma avaliação completa do utente no seu contexto social e familiar, o mais precocemente possível.

Um evento de saúde que conduz ao internamento numa unidade de saúde leva quase sempre à perda de autonomia. Quando essa perda de autonomia perdura no tempo, o contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de

reabilitação é de primordial importância, quer na intervenção direta à pessoa, com o objetivo de lhe devolver a sua autonomia, quer apoiando-o nas suas tomadas de decisão, ajudando-o a recuperar o seu lugar anterior na sociedade e família, ou na **capacitação dos cuidadores informais**. O evento de saúde não vai afetar apenas a vida do utente, mas também da sua família, em particular do familiar que irá assumir a responsabilidade de satisfazer as necessidades básicas de vida de quem sofreu o evento. Se a meta da independência não é alcançável durante o período de internamento no serviço de **Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de Curry Cabral**, o contributo dos cuidadores informais surge como um recurso inestimável. O grau de complexidade das tarefas asseguradas pelos cuidadores informais é muito variável, podendo implicar apenas uma supervisão ou assegurar a totalidade de atividades básicas da vida diária.

A confrontação com o papel de cuidador levanta questões como a necessidade de aquisição de novas estratégias para o quotidiano e, de novos conhecimentos que lhes facilitarão não só as tarefas na prestação dos cuidados, mas também a adaptação ao novo papel.

Tendo por base estas reflexões, surgiu em 2022 o projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, **no serviço de internamento da Medicina Física e de Reabilitação, do Hospital de Curry Cabral, "CUIDANDO – Cuidadores informais- o caminho para a independência"**. Um projeto com o foco no ensino ao cuidador, com o objetivo de promover a sua autonomia no cuidado ao seu familiar. Foi desenvolvido numa fase inicial com sessões de educação para a saúde em grupo, abordando temas como higiene, vestuário, cuidados à pele, mobilidade (transferências, posicionamentos, mobilidade em cadeira de rodas, treino de marcha), risco de queda no domicílio, alimentação e hidratação. Posteriormente, mas ainda em 2022, foram também programados ensinamentos individualizados, dirigidos às necessidades específicas do doente e cuidador.

Em 2023, após avaliação e revendo-se este projeto numa dinâmica de melhoria contínua, recorrendo a um ciclo PDCA (plan-do-check-act), definiram-se medidas corretivas. Na operacionalização desta nova etapa definiram-se novas estratégias de inclusão de cuidadores no projeto **CUIDANDO**: cuidador identificado (através da avaliação inicial); cuidador presente (nas visitas); cuidador que expresse vontade de aprender a cuidar do seu familiar (inquirido no período da visita e preenchimento da folha de avaliação do contexto familiar). Os principais motivos de exclusão de um cuidador são alterações da mobilidade ou cognitivas.

Os objetivos específicos relacionados com a capacitação dos cuidadores mantêm-se, assim como o objetivo geral do projecto **CUIDANDO**: promover a autonomia no cuidar, do cuidador informal da pessoa internada no serviço de Medicina Física e de Reabilitação, através da implementação de um programa de preparação para a alta, com sessões de educação para a saúde e treinamentos individualizados de cuidados nas atividades de vida diária, como estratégia de capacitação do cuidador.

As metas a atingir mantêm-se: nas atividades de vida diária, pretende-se que o cuidador esteja apto a desempenhar sozinho a actividade de forma segura, até ao fim do internamento.

Na prática, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação fazem uma avaliação completa do utente no seu contexto social e familiar, o mais precocemente possível. Depois de identificado o cuidador de referência e a disponibilidade do mesmo, inicia-se o agendamento de sessões de ensino, nas quais são desenvolvidas as temáticas previamente enunciadas. No final da sessão, o enfermeiro avalia a aptidão do cuidador em cada atividade desenvolvida e agenda mais ensinamentos, de acordo com a necessidade.

Decorrendo das metas, os indicadores definidos nesta etapa do projeto são:

Indicador de estrutura: Satisfação do cuidador (inquérito a realizar após cada sessão de educação para a saúde realizada);

Indicador de processo: Número de cuidadores integrados no projeto CUIDANDO com agendamento de ensinamentos, ou com ensinamentos já realizados, nas várias atividades de vida diária;

Indicador de resultado: Número de cuidadores integrados no projeto CUIDANDO que conseguem assegurar o apoio nas atividades de vida diária de forma adequada, com a técnica correta, segura, prevenindo acidentes, ou seja, considerados aptos.

O ano de 2023 foi marcado por uma mudança significativa no foco central do projeto **CUIDANDO**, passando a privilegiar as sessões de ensino individuais e personalizadas, que se considera irem ao encontro das necessidades únicas de cada utente e família, orientadas para a prevenção do risco no domicílio, sendo desta forma facilitadoras na promoção da saúde. A equipa de enfermagem começou também a assumir cada vez mais o desafio lançado neste projeto, sendo crescente o número de cuidadores integrados no mesmo. Uma vez que este é um trabalho em contínuo desenvolvimento, as expectativas para o futuro são elevadas. Pretende-se implementar este projeto com cada vez mais diades cuidador-utente, pois cremos que os ganhos em qualidade de vida no pós-alta de uma família preparada são valiosos.

Eventos em destaque



▶▶ **20/01/2024** | Lisboa

2.ª Edição das Jornadas de Enfermagem do Centro de Responsabilidade Integrada (CRI) de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC).

A reunião irá decorrer no Auditório de Fisiatria do CHULC, no Hospital Curry Cabral, e é destinada a todos os profissionais de saúde.

Informações em:

<https://www.chlc.min-saude.pt/eventos/ii-jornadas-de-enfermagem-do-cri-gastrenterologia/>



▶▶ **21 a 23/01/2024** | Lisboa

Informações:

<https://www.acenfermeiros.pt/pages/ii-congresso-ace>



▶▶ **22 a 24/04/2024** | Lisboa

III Congresso de Cuidados Respiratórios em Enfermagem de Reabilitação

Informações: <https://www.acenfermeiros.pt/>



▶ **08 a 10/05/2024** | Figueira da Foz

O Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz acolhe, nos dias 8, 9 e 10 de maio de 2024 a 21.ª edição do Congresso Nacional da AESOP (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações).

O dia 8 de maio será reservado a workshops pré-congresso tal como nas edições anteriores.

Informações:

<https://diventos.eventkey.pt/geral/detalheeventos.aspx?cod=510>



▶ **08 a 10/05/2024** | Lisboa

A Associação Portuguesa de Enfermeiros, vai realizar a 17ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem.

Mais informações em: www.apenfermeiros.pt

IMPACTO DO ERRO NA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO NOS CUSTOS ASSOCIADOS AO DOENTE ADULTO, INTERNADO EM HOSPITAL



BIOGRAFIA

Delmira Pombo; José Damião; Maria José Bento; Paula Ricardo

A prevenção mostra-se menos onerosa que o erro da medicação

RESUMO:

Introdução: Os erros de medicação estão associados a eventos adversos contribuindo para um aumento de custos e diminuição da qualidade de vida dos doentes. **Objetivo:** identificar o impacto do erro na administração do medicamento nos custos associados ao doente adulto internado em hospital. **Método:** revisão sistemática da literatura utilizando as bases de dados EBSCO e PubMed, no período entre 2015-2020, cruzando os termos MeSH costs and cost analysis; medication errors; patient safety, inpatients, hospital care. A pesquisa revelou 450 artigos potencialmente elegíveis que foram submetidos aos critérios de seleção definidos. Resultaram três artigos que foram incluídos. **Resultados e Discussão:** Os estudos evidenciam um aumento dos custos e do tempo de interna-

mento para doentes com eventos adversos relacionados com medicamentos comparativamente com aqueles que não sofreram erros, não sendo possível quantificar o aumento do custo por dia de internamento. **Conclusão:** As conclusões são limitadas devido aos dados se basearem em relatos voluntários de incidentes, à escassez do número de artigos integrados e à impossibilidade de estabelecer uma interligação entre os estudos e definir um custo padrão associado ao erro.

PALAVRAS CHAVE:

Custos e análise de custo; erros de medicação; segurança do paciente; pacientes internados, assistência hospitalar.

ABSTRACT:

Introduction: Medication errors are associated with adverse events contributing to an increase in costs and a decrease in patients' quality of life. **Objective:** Identify the impact of medication administration error in the costs of adult patients admitted in the hospital. **Method:** systematic review of the literature using the EBSCO and PubMed databases, in the period between 2015-2020, crossing the terms MeSH costs and cost analysis; medication errors; patient safety, inpatients, hospital care. The research revealed 450 potentially eligible articles that were submitted to the defined selection criteria, resulting in three articles, that were included. **Results and discussion:** Studies show an increase in costs and length of stay for patients with drug-related adverse events when compared to those who have not experienced errors, and it is not possible to quantify the increase of cost per day of hospitalization. **Conclusion:** The conclusions are limited due to the data being based on voluntary reports of incidents, the scarcity in the number of integrated articles and the impossibility of establishing a connection between studies and set a standard cost associated with the error.

Keywords: Costs and cost analysis; medication errors; patient safety, inpatients, hospital care

1. INTRODUÇÃO

• Problemática

A questão da segurança do doente está muito presente na atualidade, em virtude do grande impacto económico para a saúde. Em 2017 a OMS lançou um desafio relacionado com a segurança do doente no que respeita a "medica-

mentos sem danos" cujo objetivo seria reduzir a taxa em 50% de danos graves e evitáveis nos cinco anos seguintes¹.

O processo de administração de medicamentos é multidisciplinar envolvendo a prescrição, a dispensa e a administração, portanto o erro do medicamento pode ocorrer em qualquer etapa deste processo. Os erros de medicação estão associados em grau variável a eventos adversos, podendo resultar em hospitalização mais prolongada, readmissões, incapacidade ou morte, contribuindo para um aumento de custos e diminuição da qualidade de vida dos doentes.

A prevenção mostra-se menos onerosa que o erro da medicação, uma vez que os benefícios vão além dos custos, e o erro conduz também ao aumento da morbimortalidade da população¹. Assim é importante haver melhorias dos sistemas e práticas no processo de administração de medicação, pelo que é fundamental conhecer as tecnologias que podem auxiliar na prevenção dos erros e os seus custos¹.

Os sistemas de informação podem ser utilizados como estratégias para identificar e intercepar o erro. A implementação destas tecnologias nas organizações de saúde, devido ao seu elevado custo, enfrenta ainda grandes barreiras, contudo, é necessário ter em conta os seus benefícios na prevenção (custos imensuráveis) e o próprio custo do erro da medicação.

São necessárias evidências clínicas e de custo efetividade para a implementação das intervenções assistenciais e quantificação da carga económica associada ao erro da medicação. As avaliações de custo efetividade fornecem informações essenciais para determinar se uma intervenção representa uma boa relação custo benefício e para priorizar entre diferentes intervenções e tecnologias. Favorecendo a tomada de decisão e a implementação de uma cultura de segurança¹.

Vários estudos sugerem que a identificação do doente na administração de medicamentos, a utilização do sistema de código de barras, e de sistemas automatizados de prescrição com alertas e dispensa de medicação tornam-se fundamentais para reduzir o erro² e conseqüentemente os custos.

• Pergunta de investigação – Qual o impacto do erro na administração do medicamento nos custos associados ao doente adulto internado em hospital?

• **Estratégia PICO:**

- √ **P** – Doente adulto internado em hospital
- √ **I** – Administração do medicamento
- √ **C** – N/A (não aplicável)
- √ **O** – Custos associados ao erro na administração do medicamento

• **Objetivo Geral** – Identificar o impacto do erro na administração do medicamento nos custos associados ao doente adulto internado em hospital.

2. METODOLOGIA

O processo de desenvolvimento da investigação decorreu através da pesquisa sistemática online em bases de dados digitais através dos servidores *EBSCO (CHINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Library, Information Science & Technology Abstracts)* e *PubMed* e de acordo com os critérios de elegibilidade (Tabela I). Cruzámos através do operador booleano “and” os termos *MeSH* definidos pelos tópicos major “costs and cost analysis” e “medication errors” com os tópicos minor “inpatients”, “patient safety” e “hospital care”.

Tabela I – critérios de elegibilidade de artigos

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE		
INCLUSÃO	Desenho	Estudos de impacto/avaliação económico/a Artigos revistos por pares
	População	Doentes adultos (maiores 18 anos) internados no hospital
	Intervenção	Administração de medicamentos
	Comparador	N/A
	Resultado	Impacto nos custos associados ao erro na administração de medicamento
	Língua	Inglês, Português e Espanhol
EXCLUSÃO	Espaço Temporal	2015-2020
	Todos os estudos secundários, revisão sistemática da literatura, estudos com crianças, estudos sem correlação com o objetivo da investigação, artigos referentes a economias subdesenvolvidas.	

Os critérios de elegibilidade definidos para a pesquisa atenderam ao objetivo definido para o estudo. Para garantirmos a atualidade dos estudos, considerámos apenas os cinco anos anteriores à data da pesquisa (2021/02/18). Foram excluídos todos os estudos secundários, os estudos sem correlação com o objetivo da nossa revisão, os estudos de revisão sistemática e os estudos com crianças. O processo de pesquisa terminou com a seleção dos artigos que cumpriram os critérios definidos.

A estratégia de pesquisa utilizada foi a definida na tabela II.

Tabela II – Estratégia de pesquisa

TERMOS		RESULTADOS		
		EBSCO	Pubmed	Total
#1	#1 AND #2	45	213	258
#2	#1 AND #2 AND #3	14	40	54
#3	#1 AND #2 AND #4	0	29	29
#4	#1 AND #2 AND #5	0	104	104
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5	0	5	5
TOTAL		59	391	450

#1 AND #2 - Costs and cost analysis AND medication errors

#1 AND #2 AND #3 - Costs and cost analysis AND medication errors AND patient safety

#1 AND #2 AND #4 - Costs and cost analysis AND medication errors AND inpatients

#1 AND #2 AND #5 - Costs and cost analysis AND medication errors AND hospital care

#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 - Costs and cost analysis AND medication errors AND patient safety AND inpatients AND hospital care

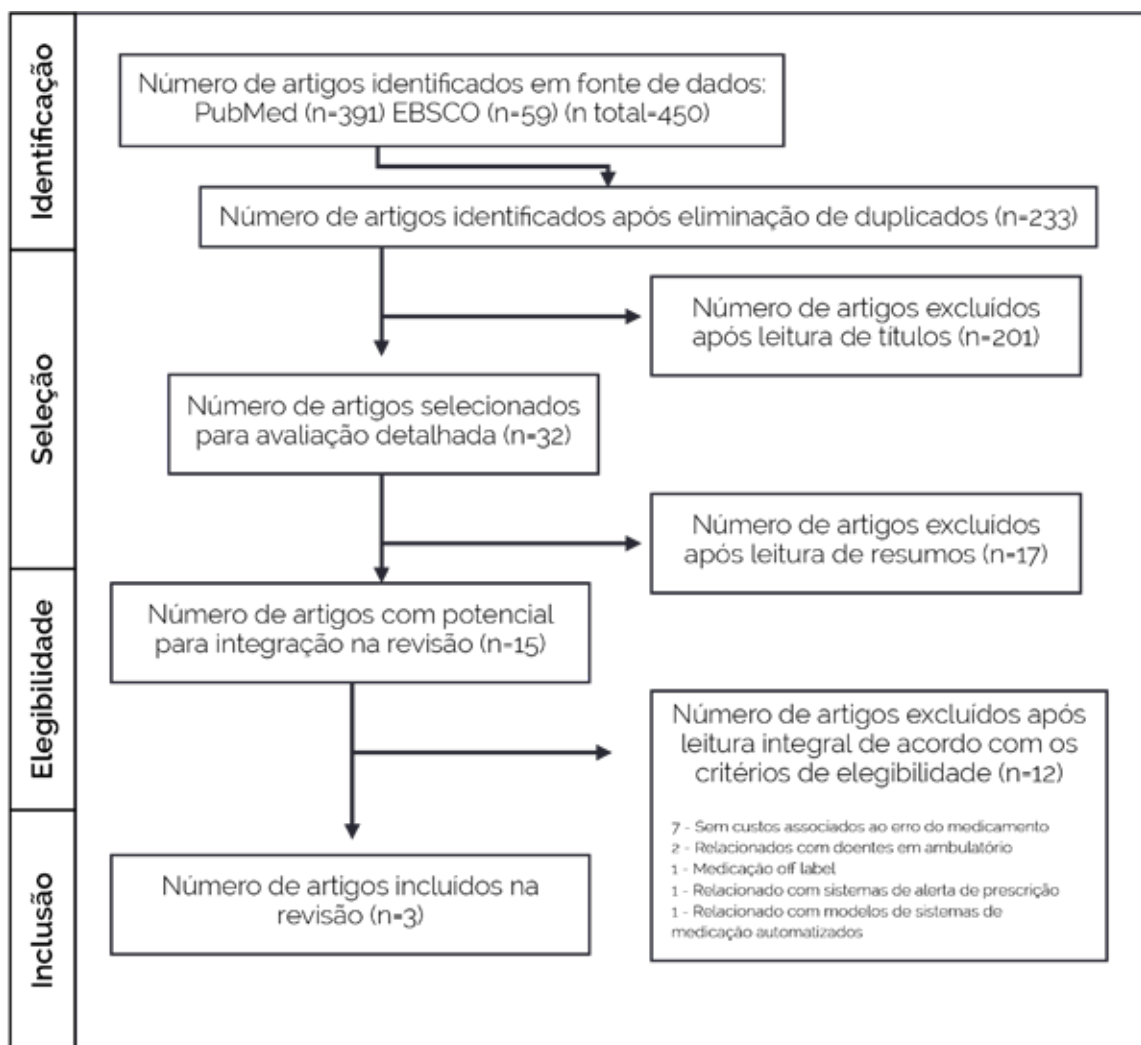
O método utilizado para a seleção dos artigos é apresentado no fluxograma 1.

Foram excluídos, com total acordo dos revisores, 217 artigos na leitura dos títulos por não cumprirem os critérios de inclusão. Foram selecionados 20 artigos, que apesar da existência de desacordo entre os investigadores, foram desempatados por maioria simples. Selecionámos ainda 12 artigos com a concordância de todos.

A seleção dos resumos foi efetuada separadamente por dois investigadores, recorrendo-se a um terceiro sempre que a decisão da sua exclusão não foi consensual, o que se verificou em 3 artigos. A elegibilidade dos artigos para leitura integral foi, também, realizada por dois investigadores independentes, tendo havido consenso pelo que não houve necessidade de recorrer a opinião de um terceiro investigador.

Estes artigos foram alvo de revisão e análise quanto a vários elementos, nomeadamente: descrição da amostra, tipo de estudo e resultados.

Fluxograma 1 - método utilizado para a seleção dos artigos



3. RESULTADOS

De acordo com a revisão efetuada foram incluídos três artigos que cumpriam os critérios previamente estabelecidos. Tratam-se de estudos retrospectivos, realizados em países socioeconomicamente desenvolvidos, mas com sistemas de saúde diferentes. Recorreram a notificações voluntárias de erro e grupos de controlo^{4,5}, evidenciaram custos adicionais associados ao erro na administração de medicamentos^{3,4,5} e aumento dos dias de internamento³, conforme resumo na tabela III.

Tabela III - Síntese dos principais achados dos artigos incluídos na revisão sistemática da literatura

AUTOR, ANO, PAIS	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	PERÍODO DE RECOLHA DE DADOS	TIPO DE ESTUDO	RESULTADOS
Tchouaket et al. (2017) Quebec - Canadá ³	2.699 doentes internados, em 22 serviços de internamento médico-cirúrgico, em 11 hospitais no Quebec, com pelo menos 2 dias de internamento em 30 dias.	Os dados foram recolhidos entre julho de 2008 e agosto de 2009. Analisados entre setembro de 2009 a agosto de 2010. (Custos calculados em 2014 de CAD) ⁷	Análise retrospectiva de gráficos Pesquisa empírica quantitativa	<ul style="list-style-type: none"> 5 eventos adversos causaram cerca de 1300 dias adicionais de internamento para 166 doentes e originaram mais de (408.970,08 €) em custos extra de tratamento. 29 casos de eventos adversos implicaram cerca de quatro dias adicionais de internamento e os seus custos teriam ultrapassado (34.080,84 €) e poderiam até mesmo ter atingido (68.161,68 €). Teriam custado mais que 333,99 € (até 1.976,69 €), dependendo da consequência, por dia adicional de hospitalização para tratar cada caso relacionado com este tipo de eventos adversos.

Choi et al. (2015) EUA ⁴	A amostra foi composta por 57 554 doentes internados em dois hospitais em New Jersey (EUA) recorrendo a relatórios de notificação voluntária de erro	Desde 1/1/2005 a 31/12/2006 (USD \$) ²	Estudo retrospectivo da análise de caso-controle	<ul style="list-style-type: none"> Os erros de medicação ocorreram a uma taxa de 0,8 por 100 admissões correspondendo a 470 doentes ou 1,6 por 1000 doentes-dia. A maioria dos erros ocorreu na fase de administração do processo de uso de medicamentos. Os tipos de erros mais frequentes foram hora errada, medicação errada, dose errada e erros de omissão. Os custos de tratamento atribuíveis a erros de medicação estavam na faixa de (7.153,51 €) usando o método de decomposição Blinder-Oaxaca e (7.542,60 €) usando o método de previsão reciclado.
Bryan et al. (2017) Chicago, EUA ⁵	242 relatos de erros de medicação de doentes internados num centro médico académico, utilizando um sistema de notificação voluntária de eventos e classificação de códigos de eventos adversos do medicamento	Doentes internados em um centro médico académico durante o período de abril de 2014 a maio de 2015 (USD \$) ³	Estudo retrospectivo Com caso - controle	<ul style="list-style-type: none"> Em 416 casos de hospitalização avaliados para inclusão no estudo, 242 têm correspondência com os 3.279 casos de controle para análise. As principais classes de medicamentos implicados nos erros de medicação avaliados incluíram agentes quimioterápicos (38%), corticosteroides (14%) e opioides (11%). Os custos totais de hospitalização diferiram significativamente (p = 0,044) entre os doentes que experimentaram evento adverso resultando em danos (mediana, (16.015,16 €); intervalo interquartil [IQR], (11.103,70 € - 33.423,94 €) e aqueles que não o fizeram (mediana, (14.144,63 €); IQR, (10.295,69 € - 22.341,65 €); o primeiro grupo também teve um tempo médio de permanência significativamente (p = 0,005) mais longo.

*1 - 1CAD = 0.68 € (câmbio 2014); *2 - USD \$ 1 = 0.85 € (câmbio 2006); *3 - USD \$ 1 = 0.82 € (câmbio 2015)

4. DISCUSSÃO

Os estudos selecionados apresentam como finalidade calcular a incidência do erro associado ao medicamento durante a hospitalização⁴, identificar tipos e causas de erros⁴ e estimar o excesso de custos associados ao internamento e tempo de internamento^{3,4,5}.

Os eventos adversos relacionados com o medicamento são uma das principais fontes do erro clínico, tornando-se um foco de pesquisa relacionado com a segurança do doente⁵, pois conhecer as causas e características do erro torna-se imprescindível para intervir com barreiras efetivas⁶.

O erro da medicação é considerado como qualquer evento evitável que possa causar ou levar ao uso inadequado do medicamento ou danos ao doente^{3,4,7} podendo ocorrer em qualquer fase do processo^{4,6}. Concomitantemente, o evento adverso é entendido como qualquer dano ou lesão causada ao doente, pela equipa de saúde relativa aos medicamentos⁶.

Os erros dos medicamentos são classificados de acordo com a fase em que ocorrem e o seu tipo⁴, o que também foi encontrado na revisão integrativa sobre o custo do erro de medicação e eventos adversos à medicação na cadeia medicamento-sa⁶, podendo ocorrer no momento da prescrição, dispensa ou administração⁶.

Os erros mais observados foram na fase da administração do medicamento^{4,6,7}, relacionados

com a medicação errada, dose errada e erros de omissão^{4,7}. Um dos artigos incluído no nosso estudo aponta como causas para a ocorrência do erro deslizos e lapsos de memória⁴, outros estudos referem que os erros também podem estar relacionados com negligência pessoal, carga de trabalho e rotatividade de profissionais⁷. A identificação do medicamento e a interrupção no momento da administração⁷ foram, também, considerados fatores importantes para a ocorrência do erro.

Todos os estudos evidenciam que o custo e o tempo de internamento para doentes com eventos adversos relacionados com medicamentos são maiores do que aqueles que não sofreram erros^{3,4,5}.

De acordo com Choi et al (2016)⁴ no seu estudo estimou os custos usando dois métodos para o cálculo: o reciclado (GLM) e o de decomposição Blinder-Oaxaca. Todas as características dos doentes estavam bem equilibradas nos dois métodos exceto o tempo de internamento suplementar, que apenas foi considerado no método GLM. Este facto traduziu-se numa diferença média nos custos de 7.542,60 € do método GLM em comparação com 7.153,51 € do método de Oaxaca.

No estudo de Bryan et al. (2017)⁵ os custos totais de hospitalização diferiam significativamente entre os doentes que experimentaram um evento adverso resultando em dano (mediana, 16.015,16

€; intervalo interquartil (IQR), 11.103,70 € - 33.423,94 €) e aqueles em que este não ocorreu (mediana, 14.144,63 €; IQR, 10.295,69 € - 22.341,65 €); o primeiro grupo também apresenta um tempo médio de internamento mais longo (5,0-11,0), comparativamente com o grupo de controle (4,0-7,0).

Segundo Tchouaket et al. (2017)³ conclui que os eventos adversos relacionados com medicamentos geraram aproximadamente quatro dias adicionais de internamento e o seu custo para os 29 casos teriam ultrapassado 34.080,84 € e poderiam até mesmo ter atingido 68.161,68 €. Teria custado mais que 333,99 € até 1.976,69 €, dependendo da consequência por dia adicional de hospitalização para tratar cada caso relacionado com este tipo de eventos adversos.

O atual estudo apresenta como limitação o facto dos dados obtidos se basearem no relato voluntário de incidentes^{4,5}, traduzindo-se numa tendência de subnotificação da verdadeira incidência de erros de medicação, devido a medo e punição ou falta de tempo para a sua notificação⁴. Acresce ainda a possibilidade de terem sido utilizados sistemas e linhas de orientação diferentes para os respetivos relatos. Por outro lado, a metodologia de relato de incidente tende a refletir eventos sem lesão aguda para o doente pois foram detetados antes do erro o atingir. Vários estudos apontam que menos de 10% dos erros relatados resultaram efetivamente em dano para o doente⁴. Deste modo, a grande maioria dos erros não é detetada conduzindo à subvalorização do custo total, nomeadamente no que respeita aos custos indiretos.

Embora a finalidade desta investigação não incidisse em estratégias de prevenção do erro, este aspeto estava presente em vários artigos consultados nomeadamente a melhoria dos programas de comunicação, formação e treino dos profissionais, bem como a implementação de novos sistemas e tecnologia de segurança^{2,3,4,7}.

5. CONCLUSÃO

Os estudos que fizeram parte da amostra da nossa investigação evidenciaram que os doentes adultos internados no hospital, que sofreram eventos adversos relacionados com erros na administração do medicamento, tiveram dias adicionais de internamento e mais custos associados.

Porém, face ao número de artigos incluídos nesta revisão e à metodologia utilizada, com base no

relato voluntário do erro, o custo atribuível a erros de medicação pode estar subestimado, principalmente no que respeita aos custos indiretos. Acresce o facto de não ter sido possível estabelecer uma interligação entre os estudos e definir um custo padrão associado ao erro do medicamento.

Não foram encontradas pesquisas nacionais que abordassem os custos associados ao erro na administração do medicamento, não nos permitindo conhecer e comparar com a realidade portuguesa. A falta de publicação nesta área evidencia lacunas do conhecimento e a necessidade de se desenvolverem novos estudos que permitam melhorar a segurança do doente, a construção e implementação de estratégias dirigidas à minimização do erro e consequentemente à diminuição dos custos associados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vilela, Renata Prado Bereta, Jericó, Marli de Carvalho. (2019) Implantação de tecnologias para prevenção de erros de medicação em hospital de alta complexidade: análise de custos e resultados. Einstein (São Paulo) [Internet]. [citado 2021 Abr 28]; 17(4): eGS4621. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082019000400301&lng=pt. Epub 01-Jul-2019. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019gs4621.
2. Risør, B.W., Lisby, M. & Sørensen, J. (2018) Análise comparativa de custo-efetividade de três diferentes sistemas automatizados de medicamentos implementados em um ambiente hospitalar dinamarquês. Appl Health Econ Health Policy 16, 91-106. <https://doi.org/10.1007/s40258-017-0360-8>
3. Tchouaket, E., Dubois, C. A., & D'Amour, D. (2017). A carga económica de eventos adversos sensíveis ao enfermeiro em 22 unidades médico-cirúrgicas: análise retrospectiva e correspondente. Diário da enfermagem avançada, 73(7), 1696-1711. <https://doi.org/10.1111/jan.13260>
4. Choi I, Lee SM, Flynn L, Kim CM, Lee S, Kim NK, Suh DC. (2016) Custos de incidência e tratamento atribuíveis a erros de medicação em pacientes hospitalizados. Res Social Adm Pharm. 2016 May-Jun;12(3):428-37. doi: 10.1016/j.sapharm.2015.08.006. Epub 2015 Ago 20. 26361821.
5. Bryan C. McCarthy, Jr., Pharm.D., M.S., BCPS, Kristin A. Tuiskula, Pharm.D, Tara P. Driscoll, Pharm.D., BCPS, Andrew M. Davis, M.D., M.P.H., FACP. (2017) Medication errors resulting in harm: Using chargemaster data to determine association with cost of hospitalization and length of stay, American Journal of Health-System Pharmacy, Volume 74, Issue 23_Supplement_4, 1 December 2017, Pages S102-S107, <https://doi.org/10.2146/ajhp160848>
6. Vilela RPB, Alcalá Pompeo D, de Carvalho Jericó M, Lins Werneck A. Custo do erro de medicação e eventos adversos à medicação na cadeia medicamentosa: uma revisão integrativa. JBES: Brazilian Journal of Health Economics / Jornal Brasileiro de Economia da Saúde [Internet]. 2018 Aug [cited 2021 May 4];10(2):179-89. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=132043026&lang=pt-br&site=ehost-live>. doi:10.21115/JBES.v10.n2.p179-189.
7. Godshall, Maryann PhD, CCRN, CNE, CPN; Riehl, Mariana BSN, RN (2018) Prevenção de erros de medicamentos na era da informação, Enfermagem: setembro - Volume 48 - Edição 9 - p 56-58 doi: 10.1097/01.NURSE.0000544230.51598.38

PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO DO CHULC E ACES NO SEGUIMENTO DO UTENTE COM GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA.



BIOGRAFIA

Mónica Matos | Enfermeira, Licenciatura em Enfermagem terminada em Março de 2008, CRI Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; monica.smatos@chlc.min-saude.pt; **Cláudia Alves** | Enfermeira, Licenciatura em Enfermagem terminada em Julho de 2018, CRI Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; claudia.alves2@chlc.min-saude.pt; **Mafalda Ribeiro** | Enfermeira, Licenciatura em Enfermagem terminada em Julho de 2009, CRI Gastrenterologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Lisboa, Portugal; mafalda.ribeiro@chlc.min-saude.pt;

RESUMO

A gastrostomia percutânea endoscópica é utilizada para garantir a alimentação entérica, em doentes com compromisso da via oral. Diversas patologias, condições físicas e fisiológicas, comprometem a nutrição adequada. A colocação desta sonda permite a utilização desta via de forma autónoma e efetiva, fora de um contexto hospitalar. É fundamental o acompanhamento periódico do doente, no sentido de resolução de dúvidas, constrangimentos e dificuldades identificadas. Neste sentido, foi desenvolvido um projeto de parceria com os centros de saúde, para otimizar a referenciação e seguimento de cada caso. Para o efeito, foram incluídos no projeto, doentes com a situação clínica de base estabilizada, sem complicações e que não necessitem de cuidados médicos diferenciados e ainda, que estejam ca-

O objetivo será proporcionar um acompanhamento, em que para além das consultas de revisão e follow-up telefónico, sejam realizadas visitas domiciliárias

pacitados para a aquisição de conhecimentos (o próprio/cuidador). Todos os doentes terão que pertencer à área funcional do Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central ou Loures/Odivelas. O objetivo será proporcionar um acompanhamento, em que para além das consultas de revisão e follow-up telefónico, sejam realizadas visitas domiciliárias por parte da equipa do centro de saúde. Os resultados esperados serão a redução de idas ao serviço de urgência, diminuindo e prevenindo potenciais complicações, bem como a poupança efetiva de recursos a todos os níveis.

Palavras-chave: Gastrostomia Percutânea Endoscópica; Parceria; Comunidade.

INTRODUÇÃO

O modelo de cuidados centrados no doente e cuidador visa dar resposta às suas necessidades de forma centralizada e personalizada, garantido a inclusão de todos os intervenientes no seu processo de saúde, de forma ativa. A perda de autonomia é um dos principais fatores limitadores no processo de saúde. Esta, é geralmente multifatorial, englobando limitações físicas, fisiológicas, psicológicas, emocionais e, por vezes, afetivas. A gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) para a maioria dos doentes/cuidadores pode representar, numa fase inicial, um fator acrescido de ansiedade. Importa compreender que, para além da situação clínica de base que por vezes se instala de forma insidiosa, fatores extra como procedimentos, consultas, tratamentos e restrições, funcionam como uma força de bloqueio à aprendizagem e aquisição de competências para o autocuidado ou para a prestação de cuidados, na perspetiva do cuidador.

A colocação de PEG está indicada nos casos em que existe um compromisso da via oral, limitando de forma severa, ou mesmo total, a alimentação de forma fisiológica. Segundo a Sociedade Portuguesa Endoscopia Digestiva, as principais indicações clínicas para a colocação de PEG são: Doenças Neurológicas Degenerativas (ELA, Parkinson, Esclerose Múltipla, Demência); Paralisia Cerebral, Traumatismo Cranioencefálico; Doença Vascular Cerebral; Anorexia, Neoplasia do Esófago; Traumatismo Facial e Distúrbios Orofaríngeos.

Após a estabilização clínica do quadro patológico inicial e avaliação funcional das sequelas, é ponderada a necessidade da colocação de PEG. Quando esta abordagem terapêutica é aplicada,

o doente passa a alimentar-se através da sonda e inicia o seu acompanhamento com a equipa multidisciplinar de Gastreenterologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC).

As ostomias de alimentação mais frequentemente colocadas no nosso centro hospitalar, são as gastrostomias endoscópicas percutâneas de utentes com PEG. A Equipa Multidisciplinar de Gastreenterologia do CHULC acompanha em média cerca de 70 doentes em diferentes momentos do processo, requerendo cuidados de enfermagem especializados nas fases pré e pós-ostomia.

O projeto em desenvolvimento é, neste momento, multifacetado e abrangente no que respeita à articulação com os recursos de proximidade comunitária, mais concretamente os Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa Central (ACESLC) e Loures/Odivelas (ACESLO).

O CHULC, ACESLC e o ACESLO, pretendem continuar a estreitar relações, numa ótica de complementaridade mútua, designadamente ao nível da especialidade de Gastreenterologia, por forma a facilitar a referenciação do utente no sistema, potenciar o acesso de proximidade e otimizar a utilização dos recursos existentes, acrescentando assim valor efetivo à prestação de cuidados de ambas as instituições.

Conforme preconizado pela Norma da DGS nº 014/2016, de 28/10/2016, atualizada em 03/03/2017, a intervenção do enfermeiro:

"(...) com formação específica e reconhecida em cuidados de estomaterapia, deve ser iniciada na fase pré-ostomia (consulta de enfermagem estomaterapia e internamento) e reforçada na fase pósoperatória (cuidados hospitalares, cuidados domiciliários, unidades de internamento de cuidados continuados e de cuidados paliativos e cuidados de saúde primários)",

contemplando a educação para a saúde com enfoque no autocuidado, sempre que possível.

Sendo o Centro de Responsabilidade Integrado de Gastreenterologia do CHULC uma unidade de referência nacional, considerou-se fundamental, o desenvolvimento e implementação de um programa de formação específica em cuidados a doentes com PEG, desenhado e orientado para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

De acordo com a Norma da DGS supracitada, a monitorização e seguimento hospitalar são mantidos apenas em situações clínicas específicas que se encontram identificadas, estando igualmente estabelecidos os critérios de alta hospitalar, entre os quais a existência de profissionais com formação e treino específico no cuidado ao doente com estoma de alimentação. Esta vertente refere-se aos cuidados de saúde primários.

Este protocolo de colaboração tem como pilar central a articulação de proximidade, que concretize uma efetiva integração de cuidados e personalização dos mesmos. Os utentes que, periodicamente, se deslocam ao CHULC para a Consulta de Enfermagem de Revisão da PEG, serão referenciados em articulação com as equipas de Enfermagem do ACESLC e o ACESLO, que por sua vez garantirão o acompanhamento e monitorização dos mesmos, no respetivo domicílio. Esta abordagem permite uma maior proximidade com o doente/cuidador, promovendo a mobilização dos recursos da comunidade de forma integrada, indo de encontro àquilo que é a realidade familiar e institucional do doente. Os ganhos são efetivados a curto, médio e longo prazo, na medida em que o processo logístico é agilizado, evitando deslocações penosas e dispendiosas do doente. O impacto no seio familiar é sentido pela positiva, na medida que permite uma gestão de disponibilidade mais facilitada, com menor índice de absentismo laboral, gastos reduzidos com transporte especializado e, mais importante ainda, permite às equipas adequar as estratégias, em consonância com o meio no qual o doente está inserido.

É necessário combater alguns mitos que, por vezes, causam um entrave à operacionalização deste tipo de iniciativa. Alguns deles têm por base ideias pré-concebidas dos próprios doentes e familiares, concretamente a crença que a presença deste tipo de dispositivos implica um internamento numa unidade hospitalar.

METODOLOGIA

O encaminhamento de utentes da Consulta de Enfermagem de Revisão de PEG do CHULC para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) pressupõe a verificação prévia de alguns requisitos básicos, relativos ao doente e à sua condição clínica, sendo assim considerados os seguintes critérios de inclusão:

- a) Situação clínica de base/que motivou a realização da PEG controlada;
- b) Ausência de complicações da PEG que necessitem de cuidados médicos;
- c) Utente e/ou representante legal e/ou cuidador com literacia e capacidade para adquirir competências para a gestão da situação de saúde em presença e das alterações decorrentes desta, designadamente para manutenção do autocuidado, gestão do regime terapêutico e adoção de estratégias adaptativas que visem a recuperação da autonomia, quando aplicável.

São Critérios de Exclusão:

- a) Não pertencer às Áreas de Influência das Unidades Funcionais do ACESLC e ACESLO que integram Enfermeiros com formação específica em cuidados de estomaterapia- PEG;
- b) Doença de base que implique acompanhamento hospitalar;
- c) Complicações relacionadas com a PEG que implicam cuidados médicos;
- d) Utente e/ou representante legal e/ou cuidador sem literacia adequada ou capacidade para compreender o que lhe é proposto no âmbito do processo de educação para a saúde.

No presente momento a equipa multidisciplinar acompanha, em Consulta de Revisão de PEG, cerca de 33 doentes do ACESLC e 14 do ACESLO, num universo de 70.

Atingida a premissa dos critérios de inclusão, inicia-se o processo de referenciação do doente para os ACES. Esta referenciação, de acordo com o fluxograma, é efetuada telefonicamente e por email encriptado com toda a informação necessária, atualizada para a continuidade de cuidados. Em todo o processo de referenciação, o doente e cuidador são envolvidos, na decisão e operacionalização, sendo requisito fundamental para o efeito a assinatura do consentimento informado.

Fluxograma do percurso do doente na consulta

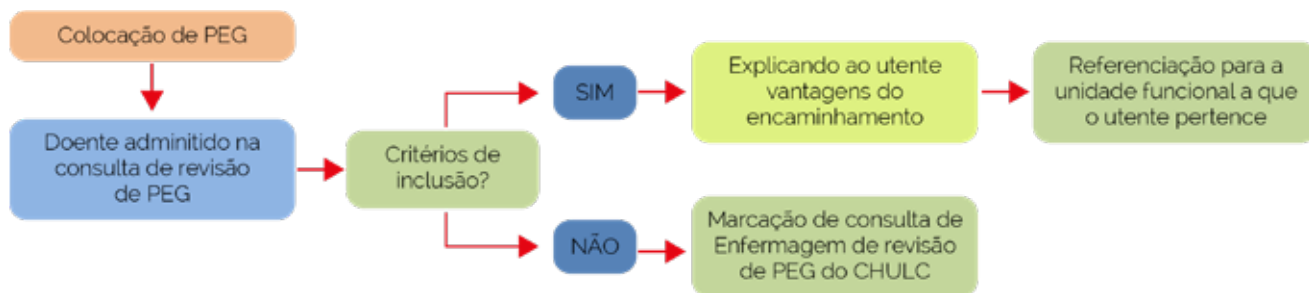


Imagem 1- Fluxograma do percurso do doente na consulta de revisão de PEG do CHULC.

Após a confirmação da receção do processo encriptado por parte dos ACES, é efetuado o agendamento de uma consulta domiciliária, para contacto e avaliação do doente. De forma complementar e em articulação com o agendamento do ACES é agendada uma teleconsulta de nutrição que apoia a visita domiciliária. Se a visita domiciliária for linear, sem alterações significativas e isenta de aparentes complicações é agendada nova consulta domiciliária. Em caso de necessidade e mediante avaliação por parte da equipa no terreno, há a facilidade de articular com a consulta de Revisão de PEG do CHULC, ou em casos mais concretos e extremos pode existir necessidade de encaminhamento para o serviço de urgência. O protocolo vigente preconiza a interação entre a equipa hospitalar e do ACES, para otimização de estratégias e partilha de informação. Esta interação estende-se também ao plano formativo, em que periodicamente são realizadas ações de formação, consoante as necessidades identificadas e a elaboração de material bibliográfico de suporte.

RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se à referenciação e encaminhamento dos doentes com PEG, que até ao desenvolvimento deste projeto não tinham uma resposta diferenciada e estruturada, no que respeita à assistência focada neste aspeto concreto: Consultas de Revisão de PEG no domicílio.

Em relação ao ACESLC, foram referenciados para esta estrutura funcional um total de 19 doentes, sendo que 7 dos quais de forma efetiva. Em relação aos restantes, não foi possível uma referenciação direta e imediata com o ACES, dado estes se encontrarem institucionalizados. Foi, no entanto, explorada uma alternativa no sentido de operacionalizar o seguimento, independentemente de os mesmos não se encontrarem em situação domiciliária.

Até à data, estes 12 doentes estão em fase ativa de referenciação. Existem 14 doentes, no momento de redação deste artigo, que aguardam referenciação, por não cumprirem os critérios de inclusão por diversos motivos (descompensação da situação clínica de base, necessidade de cuidados hospitalares específicos, entre outros).

No que respeita ao ACESLO foram referenciados para esta estrutura funcional um total de 8 doentes, 4 dos quais de forma efetiva. Existem 4 doentes institucionalizados, cujo acompanhamento está assegurado em moldes similares aos supracitados. De referir que existem 6 doentes, no momento de redação deste artigo, que aguardam referenciação igualmente por causas multifatoriais.

Segundo o estudo de Tiankanon *et al.* (2022) a taxa de complicações tardias, após a colocação de PEG, pode atingir até cerca de 23%. Exemplos dessas complicações podem ser a rotura de balão e desinsuflação do mesmo, a deslocação inadvertida do travão externo que está frequentemente associado a posicionamento incorreto da sonda, originando outras situações tais como, extravasamento de conteúdo gástrico pelo estoma e fenómenos de estase.

O objetivo deste projeto é conseguir reduzir a incidência de complicações associadas à utilização da PEG, para níveis inferiores aos descritos pela literatura revista. Espera-se atingir este objetivo através da potencial resposta assistencial, proporcionada pelo seguimento na consulta de Enfermagem de Revisão de PEG, com a integração operacional dos ACES como elo ativo em todo o processo.

DISCUSSÃO DO RESULTADOS

O projeto apresentado encontra-se em fase operacional, tendo sido implementado no primeiro trimestre de 2023. Os resultados devem, portanto, ser encarados considerando ainda o curto tempo de implementação no terreno.

É de salientar que, ao longo deste processo têm surgido alguns constrangimentos, havendo necessidade de ajustes e adaptações à realidade. Importa referir que um dos aspetos que foi reestruturado, foi precisamente o *timing* entre a referenciação e a primeira visita domiciliária por parte da equipa do ACES, sendo preconizado que a mesma ocorra nas primeiras 72 horas, por forma a garantirmos um acolhimento imediato ao doente e uma real contextualização clínica por parte da equipa dos cuidados de saúde primários.

A inclusão dos doentes institucionalizados foi outro dos constrangimentos encontrados inicialmente. No entanto, foi resolvido e neste momento estão integrados na Consulta de Enfermagem dos ACES. Outros fatores, por vezes limitantes, prendem-se com indisponibilidade do cuidador, que é sempre objeto de articulação no agendamento das consultas e visitas. Todos estes fatores contribuem para uma análise sistemática dos processos, no sentido de otimizar a resposta dada pela consulta.

CONCLUSÃO

Tendo em conta o vazio que existia na abordagem diferenciada ao doente com PEG, fora do meio hospitalar, acreditamos que a consulta de Enfermagem de Revisão de PEG, em sinergismo com os recursos comunitários, nomeadamente os ACES e outras instituições prestadoras de cuidados, vai permitir um nível superior de resposta a toda a problemática associada à utilização destes dispositivos. A experiência adquirida vai ser o alicerce de melhoria sistemática dos cuidados prestados e da formação adicional requerida por todos os intervenientes no processo.

Futuramente, esperamos poder avaliar o impacto desta consulta no que respeita à incidência de fenómenos como, a diminuição do tempo de vida útil da sonda, recorrência de episódios obstrutivos (quer da PEG, quer do trato gastrointestinal), *leak* peri-estoma e debrum mucoso.

Ao nível das complicações, é esperado a redução da sua incidência, avaliando as taxas de infeção peri-estoma, exteriorização da PEG, migração da sonda, défice nutricional, *"buried bumper"*, entre outros.

Numa outra esfera, pretende-se avaliar o impacto socioeconómico e, para isso, será importante avaliar a gestão dos agendamentos e deslocação dos doentes, quer isso implique transporte próprio ou especializado.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2014). Linhas de Consenso Ostomias de Alimentação: Linhas de Consenso Enfermagem para uma melhor Intervenção. Disponível em: <https://www.aeop.pt/ficheiros/12b5b3cc9f0f3eef96d412438fa3fcb5.pdf>.
- Campos, M. (2015). Guia - para a gastrostomia endoscópica percutânea - o caso da paralisia cerebral. Associação Portuguesa de Nutricionista. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/guias/Guia_para_a_gastrostomia_endoscopica_percutanea_APN_APPC.pdf.
- Fraille, D., Sánchez, M., Andrés, P. & Bermejo, M. (2003). Gastrostomia endoscópica percutânea: su utilidade em Atención Primaria. *MediFam*. 13 (1), 12-18.
- Kurion, M., Andrews, R., Tattersall, R., McAlindon, M., Wong, E., Johnston, A., Hoeroldt.
- B., Dear, K. & Sanders, D. (2017). Gastrostomies preserve but do not increase quality of life for patients and caregivers. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 15, 1047-1054.
- Lee, C., Kang, H., Lim, Y., Lee, J., Koh, M., Lee, J., Yang, C. & Kim, J. (2013). Comparison of complications between endoscopic and percutaneous replacement of percutaneous endoscopic gastrostomy tubes. *JKoren Medical Sciences*. 28, 1781-1787.
- Lucendo, A. J. & Frigal-Ruiz, A. B. (2014). Percutaneous endoscopic gastrostomy: An update on its indications, management, complications, and care. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 106(8), 529-539.
- Norma nº 014/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017: Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto. DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142016-de-28102016-pdf.aspx>.
- Roselló, E., Gómez, D., Valero, R. & Francés, J. (2021). Recambio de sonda de gastrostomia endoscópica percutânea en atención domiciliar. *Hospital a Domicilio*. 5(3), 167-171.
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Gastrostomia Percutânea Endoscópica. Disponível em: <https://www.sped.pt/index.php/publico/exames-endoscopicos/gastrostomiapercutanea-endoscopica>.
- Tiankanon, K., Aniwon, S., Karuehardsuwan, J., Wiangngoen, S. & Rerknimitr, R. (2022). Factors affecting late complications of percutaneous endoscopic gastrostomy tube replacement. *Clinical Nutrition ESPEN*. 49, 378-384.
- Valverde, R., Garcia, F. & Margaix, L. (2007). Gastrostomia endoscópica percutânea. *Enfermería Integral*. 7, 33-35.

”

É uma carreira que está mal feita. Não é negociada pela Ordem como todos sabem, é negociada pelos sindicatos, mas ela está manifestamente mal feita com poucas perspectivas de evolução.



Ana Rita Pedroso Cavaco

Nasceu em 21 de Abril de 1976, em Almada. Formou-se em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes, no Porto. É especialista e mestre em Saúde Comunitária e Saúde Pública pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e pósgraduada em Gestão pela Católica Lisbon School of Business and Economics. Com 26 anos de experiência profissional, iniciou a sua carreira no Serviço de Urgência do Hospital dos Capuchos, em Lisboa.

Passou por vários centros de saúde – no Porto e em Lisboa – onde coordenou cuidados continuados e equipas de Enfermagem. Exerceu, ainda, as funções de Enfermeira supervisora da Linha Saúde 24, esteve na Autoridade Antidopagem de Portugal e foi Adjunta do Secretário de Estado da Saúde no XV Governo Constitucional.

Em 30 de janeiro de 2016, tomou posse como Bastonária da Ordem dos Enfermeiros e, em 6 de Novembro de 2019, foi reeleita com a maior votação de sempre na história da instituição

Revista Enformação: Bom dia Senhora Bastonária, Enfermeira Ana Rita Cavaco. Muito obrigada por ter aceitado o convite da Revista Enformação.

Bastonária Ana Rita Pedroso: Obrigada.

Revista Enformação: Quase no término destes dois mandatos como bastonária da Ordem dos Enfermeiros, gostaríamos de perguntar que balanço faz deste percurso e o que gostaria de relevar no mesmo?

Bastonária Ana Rita Pedroso: Eu faço um balanço muito positivo porque a Ordem era uma instituição muito fechada em si mesma e nas pessoas que compunham os órgãos. Era muito raro ver a Ordem no terreno. Sempre houve no estatuto da

Ordem a possibilidade e a obrigação de fazer visitas de acompanhamento ao exercício profissional, mas isso não era uma realidade quando nós iniciamos funções! Como também não era uma realidade todo o trabalho de regulação que foi feito nestes dois mandatos. De facto, do ponto de vista da regulação, aquilo que nós encontramos quando chegamos era que a prática andava à frente do regulador, recuperar isto foi um trabalho muito grande. Assim em 1998, só havia 6 áreas de especialidade que se mantiveram até 2016. Ao longo dos nossos mandatos criamos mais 6, ficando com 12 áreas de especialidade e um modelo de competências acrescidas, quer para enfermeiros

de cuidados gerais (competência acrescida diferenciada), quer para enfermeiros especialistas (competência acrescida avançada). No nosso entender, as áreas de especialidade têm de ser de banda larga, ou seja, abrangentes. Não é como em Inglaterra que eles um número elevadíssimo de especialidades, quase têm a especialidade da "unha do pé"! Isso não é uma especialidade, isso é uma competência acrescida que pode ser complementar a uma área de especialidade e aí só têm acesso os enfermeiros especialistas, ou uma competência acrescida que dê acesso a todos como por exemplo a que criamos recentemente e que tem as duas vertentes: competência acrescida diferenciada e avançada em Enfermagem em Viabilidade Tecedular e Feridas. E tantas outras que criamos, da diálise, da supervisão clínica, de gestão, são dezenas que de facto ficam para a história da Ordem. Foi um trabalho muitíssimo intensivo, e só foi possível fazê-lo conhecendo a realidade daquilo que é o trabalho dos enfermeiros no terreno. E para isso, nós tivemos de estar mesmo nos locais, nos contextos de trabalho. E foi cansativo, foi duro, foi difícil e, sobretudo, teve muita oposição por parte de alguns agentes políticos, os quais estavam habituados a que a Ordem dos Enfermeiros não existisse e, portanto, a partir do momento em que passamos a existir, criamos algum "ruído" que incomodou algumas classes profissionais, às quais dá jeito que nós estejamos calados.

Revista Enformação: E que projetos gostaria ainda de ter desenvolvido como bastonária e que, infelizmente o tempo não permitiu desenvolvê-los?

Bastonária Ana Rita Pedroso: Eu diria que praticamente nada, tirando uma coisa mínima que é uma App que nós gostaríamos de ter desenvolvido para os enfermeiros. Mas na verdade, não sei também se ela vai trazer ou acrescentar alguma coisa, porque do ponto de vista digital a Ordem está na era digital. Nós somos a primeira Ordem do país a ter balcão único, que é uma coisa que existe na lei já há algum tempo. E a ter uma plataforma de formação que também não existia e um site completamente novo onde se encontram as informações todas que os enfermeiros precisam aceder. Portanto, há aqui do ponto de vista da modernização um trabalho tão grande, que eu não sei se hoje fará sentido esta App. Do ponto de vista da regulação nada, porque ela não é estanque,

vai continuar e era impossível nestes oito anos nós termos feito mais. Eu até estou surpreendida com o que conseguimos fazer, porque nós duplicamos as áreas da especialidade, eu não sei se as pessoas percebem o que isto implicou do ponto de vista científico e técnico. Como é que foi, por exemplo, a adaptação das escolas, que também entram neste processo. Houve uma grande resistência, tudo o que é novo e desconhecido gera medo. E portanto, não podíamos ter feito mais. Estou mesmo muito satisfeita com o trabalho realizado nestes dois mandatos.

Revista Enformação: Nesta época tão conturbada no SNS, e em especial na enfermagem, o que considera que contribui para a crescente insatisfação?

Bastonária Ana Rita Pedroso: Eu acho que obviamente as condições da carreira. É uma carreira que está mal feita. Não é negociada pela Ordem como todos sabem, é negociada pelos sindicatos, mas ela está manifestamente mal feita com poucas perspectivas de evolução. Para chegar ao topo da carreira demoraríamos 100 anos! Temos salários baixos na sua base, o que é um problema do país, não é um problema da classe de enfermagem, é um problema do salário médio. Progressivamente, os diferentes governos foram mantendo o salário médio, enquanto subiam o salário mínimo, nada contra a subida do salário mínimo, obviamente, mas não podem fazer isso à custa da destruição do salário médio. Foi isso que gerou uma grande insatisfação nos enfermeiros, como gera noutras classes profissionais que estão a sofrer exatamente do mesmo problema.

O despacho da criação do grupo de trabalho do internato saiu agora. Foram oito anos de muitas negociações para conseguirmos que os enfermeiros tivessem a sua especialidade paga como os médicos e como os farmacêuticos. Era uma coisa que faltava, porque os cuidados especializados, não são um custo são um investimento. A Ordem realizou um estudo sobre esta temática com a Universidade do Porto, comprovando esta necessidade.

Outro aspeto que contribui para a insatisfação são as horas a mais, e isso tem a ver com o baixo rácio que nós temos de enfermeiros por 1000 habitantes em Portugal. Portugal não forma enfermeiros a mais, forma aqueles que precisa, que são cerca de 3000 por ano, mas metade ou mais emigra. O

problema está na contratação, é um problema de retenção, que tem a ver com falta de contratação e todas as outras questões que eu já falei. E os enfermeiros emigram porque têm progressão na carreira, têm formação paga, são valorizados, têm salários mais elevados, têm outro tipo de condições que Portugal não conseguiu implementar, medidas de retenção ou de melhoria para a valorização dos enfermeiros.

E depois existe outro fator que os enfermeiros têm que se consciencializar, e refere-se à frustração profissional e ao sentir que não estamos a ser valorizados o suficiente. É um problema que tem a ver com a nossa maturidade enquanto classe, com aquilo que fazemos todos os dias, nos nossos contextos, junto com outras classes profissionais. O enfermeiro é o pivot de tudo o que se passa com o doente, é ele que está lá 24 horas por dia, e nesse contexto diário, o enfermeiro tem de saber impor as suas competências. Muitas vezes não tem ou vontade para isso, ou força para isso, e tem que ter! Porque essa valorização que nós procuramos, começa em primeiro lugar em cada um de nós, diariamente no que fazemos na nossa prática. E não começa só nas coisas às quais nós dizemos que sim, mas sobretudo começa naquelas em que nós sabemos dizer que não. E é uma classe profissional que tem muita dificuldade em assumir-se desse ponto de vista, do dizer que não, do recusar inclusive práticas que sabemos que

estão erradas, quer para nós, quer para os nossos doentes, e muitas vezes fazemo-lo por um medo, que eu nem percebo muito bem de onde é que ele existe. Esta maturidade que nós procuramos enquanto classe, tem de advir das nossas atitudes individuais no dia a dia.

Revista Enformação: Como Bastonária o que a preocupa mais, o abandono da profissão ou a emigração?

Bastonária Ana Rita Pedroso: O abandono da profissão é um fenómeno mundial. A OMS já o reconheceu e já apresentou muitos dados que comprovam este facto. A partir da pandemia COVID, houve um grande crescimento da taxa de abandono profissional. Portugal não é exceção embora com números mais baixos. A Ordem está precisamente a concluir um estudo sobre este fenómeno, começou antes da pandemia e agora voltamos a repetir o questionário para perceber algumas diferenças entre o antes e o depois da pandemia.

O que leva ao abandono profissional é tudo aquilo que eu já falei relativamente à desmotivação e acho que os enfermeiros têm, como terão outros profissionais, um sentimento de que as pessoas procuram o seu bem-estar, têm uma gratidão quando estão "aflitas", mas que rapidamente esquecem. Batem palmas à janela mas depois estão contra que nos paguem mais; batem palmas à janela mas depois não gostam que façamos greve e, portanto há aqui uma dualidade que muitas vezes nos leva a pensar. Fazendo um paralelismo com o preenchimento das escusas de responsabilidade, nestas os enfermeiros assumem que não estou a prestar bons cuidados de enfermagem e em segurança, porque não conseguem, por variadíssimos motivos, porque existem poucos enfermeiros não sendo possível cumprir as dotações seguras, porque não há material, porque trabalhamos horas a mais! Isso causa necessariamente um sofrimento ético muito grande e é legítimo que as pessoas não estejam para viver esse sofrimento e queiram melhores condições de vida, abandonando a profissão. É esse o fenómeno que a OMS identificou como estando a aumentar muitíssimo e avisou todos os países que tinham que implementar medidas para que isto não aconteça, são as chamadas medidas de retenção dos profissionais. Portugal não adotou nenhuma, até agora.



A partir da pandemia COVID, houve um grande crescimento da taxa de abandono profissional.

ENTREVISTA

Revista Enformação: A pergunta seguinte a Sr^a Bastonária já respondeu que era efetivamente, soluções para inverter estas tendências. Assim vamos avançar para uma área diferente que são as ULS. O CHULC a partir de janeiro será uma ULS, até já tem denominação ULS de S. José, gostaríamos de saber a sua opinião sobre este novo modelo de gestão, que benefícios para a população e para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros.

Bastonária Ana Rita Pedroso: Não tenho má ideia daquilo que é a organização de uma ULS ate porque trabalhei na primeira, em Matosinhos, e de facto do ponto de vista de organização para utentes e profissionais eu vejo muitas melhorias e muitas vantagens desde logo naquilo que é a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e o Hospital, que é um problema em todo o país, sendo que naquele contexto nunca foi, e nunca foi porque era como a instituição fosse um todo. Mas esta filosofia que no papel é ótima, nós temos de ver que ela é composta por todos nós e quando nós nos queixamos do sistema em abstrato, esquecemo-nos que o sistema somos nós, quem gere, quem presta cuidados e, portanto, se nós não estivermos dispostos, cada uma das classes profissionais a cumprir aquilo o que nos é exigido não há modelo que funcione neste país! Nem ULS, nem EPE, nem ACES, nenhum irá funcionar! O SNS é uma superestrutura que tem de confiar nos gestores que tem á frente sendo que esses gestores não podem ser escolhidos com o cartão partidário. Eu não posso por a gerir uma ULS, um Hospital, um ACES uma pessoa que precisa de um emprego, porque é do PS, porque é do PSD porque é de outro partido qualquer, não interessa qual é o partido porque quase todos, quando estão no governo, se comportam da mesma forma. Digo isto perfeitamente á vontade porque em 2002 trabalhei como adjunta no Ministério da Saúde e passaram-me pela mão currículos de pessoas que queriam ser escolhidas na altura para os primeiros hospitais SA, já la vão muitos anos. E, portanto, eu quando olhei para aqueles currículos percebi que 70 por cento não tinha capacidade para ir gerir nada na área da saúde, portanto recusei-me a participar nesse processo porque as pessoas não podem ser escolhidas desta forma, sendo que Portugal tem muito esta cultura. É um país profundamente hipócrita, deste ponto de vis-

ta, porque não admite que há pessoas que escolhem precisamente por esta razão. Não quer dizer que não coincida haver pessoas que sejam de um determinado partido e que sejam competentes, eu conheço alguns bastante competentes, mas se me pergunta qual a percentagem, 10 por cento no país todo! Portanto, isto não pode continuar a acontecer até porque são pessoas que depois não são independentes, do ponto de vista técnico, do ponto de vista da gestão, e adicionalmente têm um problema que mais uma vez é um problema do país, escondem os problemas.

Quantas vezes nos aconteceu nós denunciarmos situações que vimos dentro dos Hospitais, ninguém nos contou, e que os Conselhos de Administração declaram "A Bastonária é mentirosa... mentirosos são eles". É uma coisa inacreditável porque é muito mais fácil eu admitir que tenho um problema, que estou com uma dificuldade, e pedir ajuda para a resolução do mesmo do que tentar esconde-lo! Uma vergonha, quando há visitas de governantes ou até da própria Ordem escondem os doentes em maca debaixo de vãos de escada, dentro de casas de banho, em salas de trabalho de enfermeiros, em salas de arrumos, enfim situações totalmente aberrantes. Enquanto esta cultura não mudar eu posso ter os modelos que quiser. Se me pergunta se o modelo da ULS é bom, é, mas tem de vir com tudo isto que falei senão não vai funcionar.

Revista Enformação: Perante este panorama um bocadinho negro qual o futuro que antevê para a Enfermagem em Portugal?

Bastonária Ana Rita Pedroso: Eu antevêjo um futuro bom. E antevêjo um futuro bom se continuarmos nesta linha de valorização. Por parte do regulador, porque esse é o papel da Ordem é valorizar e regular tudo aquilo quanto os enfermeiros fazem no seu dia a dia. E quanto melhor nós o fizermos mais instrumentos temos para depois poder exigir, esse é o papel dos sindicatos de forma a obter outro tipo de recompensas que é aquilo que todos procuramos. Do ponto de vista, da valorização, da regulamentação nós fomos a profissão que mais evoluiu do ponto de vista, técnico, académico e científico em vinte, trinta anos, não houve outra! Eu tenho 47 anos, sou enfermeira há 26 anos e quando eu me formei, formei-me como bacharel e depois fiz um

ENTREVISTA

complemento para a licenciatura e depois fiz um mestrado e uma especialidade. Nessa altura, ainda não havia sequer em termos académicos, know-how, ou seja, não havia praticamente doutorados em enfermagem. Atualmente nós temos tudo isso, do ponto de vista académico, do ponto de vista técnico e científico e portanto, é um caminho que nós estamos a fazer. Muitas vezes os enfermeiros podem pensar e dizer "ai mas demora tanto tempo" não, não é verdade. Nós demorámos mesmo muito pouco tempo, se pensarmos inclusive que só entrámos para o ensino superior em 1989, ao contrário de outras profissões, algumas centenárias. Do ponto de vista da regulação, não é que não existissemos, mas nós tivemos durante muitos anos, um cunho, primeiro religioso, e depois quase de dedicação exclusiva dai os enfermeiros não poderem casar, portanto tudo isto foi ali ao virar da esquina, nós é que achamos que passou muito tempo, mas não foi! Há aqui uma serie de condicionantes, não sei se são condicionantes, mas aspetos sociais os quais ocorrem em duas gerações e para nós elas ainda não passaram, porque se eu estou a dizer que terminei como bacharel e tenho 47 anos, ainda não passaram e portanto, tudo aquilo que virá, para a frente, com este tipo de evolução vai ser ainda melhor e eu percebo, que as pessoas gostassem que fosse já hoje, mas eu ainda vou vê-las quando for velhinha.

Revista Enformação: Então, para terminar que mensagem de esperança é que gostaria de nos deixar?


Bastonária Ana Rita Pedroso: Eu gostaria que os enfermeiros, acima de tudo e antes de vestir uma farda, se lembrassem que são pessoas, são pessoas como os utentes e doentes que nós cuidamos e atendemos, se nós não estivermos bem, nós não vamos conseguir cuidar de ninguém e é o que mais vejo, que me entristece muito, e que gostaria que mudasse. Não é uma luta dos enfermeiros com a sociedade, é uma luta dos enfermeiros com eles próprios e isso não pode existir, se eu cuido de um doente e não consigo cuidar de quem está ao meu lado a trabalhar, eu falhei, como enfermeiro. Não é possível, ser bom enfermeiro, se eu não conseguir olhar para o que está a acontecer com o meu colega do lado que trabalha comigo. É essa humanidade

que os enfermeiros também carregam, porque, não é só a componente científica, mas essa humanidade que devia existir em toda a gente, mas que em algumas pessoas, na fila para atribuir a humanidade elas tinham ido à casa de banho. Essa humanidade que é característica, e que qualquer cidadão identifica num enfermeiro, e que alguns às vezes até não gostam e resistem, porque acham que é uma dimensão pouco importante e não é, é de facto uma dimensão igualmente importante a par com a questão técnica, científica e académica. Que essa humanidade se expanda na enfermagem, e que nós possamos ajudar-nos uns aos outros para cumprirmos a nossa missão. Primeiro estarmos bem connosco, estarmos bem olhando para aqueles que estão a dividir connosco o nosso trabalho e proteger as Pessoas, esse é o papel essencial do enfermeiro.

Revista Enformação: Senhora Bastonária muito obrigada pela sua disponibilidade.

Bastonária Ana Rita Pedroso: Obrigada eu.

**Entrevista realizada via zoom,
no dia 27 de novembro de 2023.**



Eu gostaria que os enfermeiros, acima de tudo e antes de vestir uma farda, se lembrassem que são pessoas

20 Anos Unidade Cérebro Vascular – H. S. José



Pedro Martins Rego, Enfermeiro Gestor, UCV

Diz-nos a voz popular que o mundo gira e avança, sendo a mudança uma constante...

Nós mudamos, o tempo muda, a vida muda... E ainda bem, porque se assim não fosse os dias seriam todos cinzentos e insípidos sem graça alguma...

O que não muda é a nossa vontade de continuar a fazer mais e melhor... E, é por isso, que todos os dias são para nós na Unidade Cérebro Vascular (UCV), um forte desafio que só é ultrapassável devido ao forte sentido de ética e empenho coletivo em fazer mais e melhor, alcançar um melhor desempenho e melhores resultados, potenciar o desenvolvimento pessoal e profissional de TODOS os membros da equipa e responder deste modo eficaz e eficientemente às mudanças e à evolução que o mundo técnico-científico nos traz na abordagem ao doente com Acidente Vascular Cerebral (AVC), e consequentemente, procurarmos melhorar a qualidade de vida dos nossos doentes e suas famílias. Foi este o mote que nos levou a celebrar os 20 anos da UCV.

”
O que não muda é
a nossa vontade de
continuar a fazer mais
e melhor...

O mundo muda, nós mudamos e os cuidados de enfermagem acompanham essa mudança...

O êxito de TODA a equipa está precisamente no acompanhamento destas premissas e concretiza-se nos resultados alcançados (a nível europeu e internacional) e que não são mais do que o espelho dos cuidados prestados em conjunto. Estes resultados, muitos deles traduzidos em prémios, que há muito recebemos, por exemplo da *European Stroke Organisation* (ESO), mais do que uma montra, são a prova de que em equipa conseguimos ultrapassar bloqueios, dificuldades intrínsecas e extrínsecas, superar obstáculos, e constatamos que as mudanças podem (e devem) ser construtivas e são um motor para a melhoria da qualidade dos cuidados, só possível com a colaboração de TODOS.

Especificamente, a equipa de enfermagem tem demonstrado ao longo destes 20 anos ser: Capaz, inclusiva e responsável com elevados padrões de competência; Credível, agindo com integridade, autoconfiança, automotivação e Inteligência Emocional perante os desafios diários; Conexa, ao demonstrar que se importa uns com os outros, que

respeita diferentes opiniões e trabalha a empatia como fator chave para o sucesso; Consistente e fiável à missão e aos princípios do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC).

É uma equipa que desenvolve um trabalho árduo e exigente, típico de gente que cuida de gente, que reconhece as suas vulnerabilidades, dificuldades e fracassos a par de todos os seus pontos fortes e sucessos... Que foge aos infortúnios e abraça os desafios, na ânsia de cuidar mais e melhor...

É esta autoconsciência, e que o gestor tem de trabalhar com a equipa diariamente, que nos faz Ser e Saber Ser, e deste modo expressar, estar, aprender e desafiar o dia de amanhã como único!

Sabemos que é isso que fazem as grandes equipas crescerem e terem sucesso juntas, e é isso que desejamos e queremos que aconteça connosco...

Não aprender com o que está menos bem, ou com aquilo que pode ser melhorado, não corrigir erros, é imperdoável, e todos devemos ter consciência disso. É por isso fundamental que se aposte continuamente na formação e treino dos elementos da equipa, no desenvolvimento pessoal e organizacional, no trabalho de sinergias e parcerias com os demais intervenientes na abordagem e percurso do doente com AVC, num trabalho de equipa globalizante, porque sabemos que não somos uma ilha isolada mas fazemos parte de um grande todo que é o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central!

E a este propósito não será demais relembrar que, uma organização que acredita na mudança é uma organização que é capaz, e que demonstra que o medo de voar não deve superar nunca o medo de sonhar ou cair...

Como todos sabemos, existem evidências que nos permite afirmar que o AVC pode ser prevenível, tratável e controlável, reduzindo assim a sua carga.

Mas isto implica ações conjuntas entre os diferentes órgãos de soberania e poder, numa maior e melhor articulação entre Ministério da Saúde e Serviços de Saúde, na definição de Planos de Intervenção que vão ao encontro das necessidades das pessoas, das famílias e das organizações.



Como tal, a nível de organização de um serviço como a UCV, não pode ser nunca menosprezado, as orientações emanadas pelo Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2030, elaborado pela *European Stroke Organisation* e *Stroke Alliance for Europe*.

Importa, pois, respeitar o passo importantíssimo que foi dado no final de agosto de 2021, em que as autoridades de Saúde Portuguesas (nomeadamente a DGS) se comprometeram, a suportar a implementação deste Plano como um guia orientador para as organizações e os serviços que a compõem, nomeadamente ao nível da Prevenção Primária, Organização dos serviços de AVC, Abordagem do AVC Agudo, Prevenção Secundária, Reabilitação e Avaliação e Melhoria da Qualidade de Vida dos Sobreviventes de AVC.

Na minha ótica, e no futuro... a nossa ansia não é sermos melhor do que ninguém, mas, podermos servir de exemplo, e prestarmos melhores cuidados, dia após dia, ano após ano, acompanhando aquilo que são as guidelines neste domínio, e conscientes do longo caminho que ainda temos de percorrer!

Por exemplo, ao nível da **Prevenção Primária**, a criação da Unidade Local de Saúde (ULS) pode ser uma janela de oportunidade para estreitar relações, estabelecer parcerias com os Cuidados de Saúde Primários, implementar estratégias intervenção multissetoriais que abordem os fatores de risco do AVC e sejam simultaneamente promotores de estilos de vida saudáveis.

Queremos Inovar no Cuidar, e a futura ULS de S. José pode ser uma oportunidade para isso mesmo...

Colocando o foco na **Organização dos Serviços de AVC**, e sabendo das disparidades que existem no nosso País, temos a felicidade de termos no CHULC uma UCV, onde os doentes com AVC têm acesso a um continuum de cuidados, com Admissões centralizadas através da Via verde AVC, acesso 24h/dia a técnicas de imagem cerebral e um trabalho de estreita relação com a Neurorradiologia de Intervenção, que, tem vindo a crescer e espelha a evolução na abordagem e tratamento à pessoa com AVC. Tudo isto só tem sido possível com o empenho, dedicação e boa disposição de uma equipa que desenvolve com alegria o seu Saber Fazer, estando neste momento a aguardar

o parecer sobre a candidatura realizada para a Certificação Europeia!

A nossa aposta relativamente à Organização da UCV passa por isso no futuro em :

- Desenvolver programas de sensibilização contínua da população para os sinais de alerta do AVC (desde a comunidade escolar à comunidade sénior) numa aposta clara da promoção da literacia em saúde;
- Manter atualizados os conhecimentos técnico científicos de acordo com a melhor prática baseada na evidência;
- Desenvolver mais processos de melhoria contínua da qualidade, não obstante a colaboração dinâmica com os processos em vigor nomeadamente nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;
- Colaborar e continuar os processos de acreditação externa (CHKS) e processos de auditoria interna;
- Captar Recursos Humanos e manter os talentos, de forma a garantir a existência de uma equipa especializada e com dotações seguras para a prática de enfermagem;
- Garantir a existência de 1 enfermeiro especialista em Reabilitação nos turnos da Manhã e Tarde;
- Apostar no alargamento da Unidade através do aumento do número de camas afim de garantirmos e melhorarmos o nível de cuidados na fase pós agudos para os doentes que carecem de cuidados de enfermagem especializados em Reabilitação;



- Renovar o mapa de equipamentos existentes na UCV, nomeadamente camas e monitorização, que pelo seu uso constante e consequente desgaste, carece de uma renovação e modernização;

- Pensar numa política de registos que nos permita utilizar o *benchmarking* como uma ferramenta entre Unidades AVC, afim de analisar os resultados em saúde, estatísticas, indicadores do trabalho desenvolvido, e consequentemente sejam um apoio para o processo de tomada de decisão e nos permitam melhorar os cuidados de saúde a prestar aos doentes.

Relativamente à **Abordagem do AVC Agudo**, os nossos desafios passam por reduzirmos os tempos de porta-agulha, e estabelecer uma maior e mais estreita parceria com o serviço de urgência na Via Verde do AVC. Para isso é preciso mais formação e sensibilização dos pares para esta temática, de forma a garantirmos e tornar exequível a velha máxima de que "tempo é cérebro", que só é possível com a colaboração de todos e uma ajustada coordenação de cuidados, e assim melhorarmos o acesso de todos a um tratamento adequado ...

No que concerne ao Pilar da **Reabilitação**, torna-se premente a existência de um Plano de Reabilitação consistente e coordenado pois sabemos ser uma premissa que a Reabilitação numa unidade AVC esteja sempre disponível, e sabemos que faz uma enorme diferença na recuperação destes doentes o facto de estes receberem cuidados com a intensidade correta logo que possível após um AVC. Acresce que a curva de recuperação dos doentes é muito maior nos primeiros 3 dias e primeira semana após AVC pelo que urge o cumprimento das necessidades atras referidas, nomeadamente o aumento do número de camas e dotação da equipa com enfermeiros especialistas em reabilitação para assim podermos apostar na Alta Precoce para o AVC como preconizado pelo Plano de Ação para o AVC na Europa 2018-2030.

Esta mudança de paradigma e abordagem estratégica deve ser ponderada e pode ser uma oportunidade estratégica a ter em consideração com a tão desejada criação do novo Hospital do Oriente, de forma a garantir os cuidados preconizados e desejados...

...a nossa ansia não é sermos
melhor do que ninguém,
mas, podermos servir de
exemplo, e prestarmos
melhores cuidados...

Até lá não esqueçamos os **Sobreviventes de AVC**, e as suas necessidades. É certo que sai do nosso domínio de intervenção, mas devemos ter uma voz ativa no apoio e alerta para as situações que estes vivenciam, e é por isso que mantemos uma estreita articulação com a SPAVC.

Ao festejarmos estes 20 anos, não podemos deixar de agradecer a quem teve a visão e esteve na vanguarda da criação e manutenção da UCV e que nos permite hoje que voemos mais alto sem medo de cair...

É uma honra estar como enfermeiro gestor nesta Unidade, sendo meu propósito capacitar a equipa e procurar todos os dias juntar experiências, somar conhecimentos, integrar competências, honrando claro está os legados e o passado, mas, procurando sempre evoluir, caminhar e criar pontes para o futuro, não obstante a incerteza e as contestações que todas as classes profissionais vivem no momento mas, na certeza de que o caminho percorrido hoje, será o passado de ontem e o futuro de amanhã... e como tal, consciente que ainda existe um longo caminho a fazer e percorrer!

Estes são os desafios de hoje, para que se mantenham amanhã os altos padrões e eficiência que temos demonstrado, querendo sempre melhorar e voar... Porque gostamos de fazer as coisas da maneira correta, respeitando o mapa mundo de cada um, e é isto que, diferencia o Saber Estar e Saber Fazer, do Saber Estar e Saber Fazer bem!!

Na vanguarda da excelência dos cuidados de enfermagem... e, nunca esquecendo que é preciso Cuidar de quem Cuida!

O mundo gira e avança... nós mudamos, o tempo muda, a vida muda... e por tudo o que já fizemos e queremos ainda fazer, sinto-me e sentimo-nos em Equipa, Gratos!



Teresa Lopes | Presidente da Viva Mulher Viva Associação

Comemoração do 20º aniversário da Viva Mulher Viva

Amigas e amigos
unidos por uma
força maior

No passado dia 18 novembro a Viva Mulher Viva Associação comemorou, no Hotel Mundial, em grande clima de festa, o seu 20º Aniversário.

Foi com grande satisfação que contámos com a presença de várias associadas (os), amigas (os), profissionais de saúde de diversas áreas relacionadas com a patologia da mama. Foi ainda para nós uma honra termos tido a presença da Dr^a. Rosa de Matos, Presidente do C. Administração do nosso Hospital de S. José.

A festa decorreu com belos momentos musicais, dança, cor, luz, risos, emoções, abraços e com a alegria que envolve um encontro de amigos.

Amigas e amigos unidos por uma força maior, ou porque um infortúnio nos juntou há 20 anos nesta Associação, motivo pelo qual devemos também **"Celebrar a Vida"**. É, pois, o momento de começar a contar um pouco da história da Viva Mulher Viva.

Decorria o ano de 2003, no Hospital de S. José, a consulta multidisciplinar da patologia da mama fazia 10 anos desde a sua criação e, tendo sido pioneira no nosso país, era considerada de grande sucesso. Chegara o momento de dar mais um passo. A Dr. Luzia Travado, psicóloga do Hospital, teve a ideia de criar uma Associação cujo foco seria o doente de cancro de mama e o seu bem-estar.

A ideia foi apadrinhada por um grupo de profissionais de saúde do qual faziam parte o Dr. António Araújo, a Dr^a Ana Correia, a Dr^a Cidália Ventura, e por um grupo de pacientes, a Antonieta, a Mariana, a Orísia, a Ana Maria, a Helena, a Isabel, a Margarida, a Judite e eu própria.

Com o apoio da Administração do Hospital, e com a sua sede social dentro desta instituição, nascia a nossa Associação, a "VIVA MULHER VIVA", com o objetivo social "BEM ESTAR E QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES DE CANCRO DE MAMA E SEUS FAMILIARES".

Este grupo inicial de pacientes, para além de integrarem alguns cargos dos Órgãos Estatutários da Associação, também abraçou o voluntariado, tendo-lhes sido dada, pelas psicólogas, a formação específica para o efeito.

A este grupo inicial juntaram-se outros elementos, a Gabriela, a Lucila, a Carmo, a Celeste, a Fernanda, a Dulce, a Isilda e o Florindo.

Assim foi criado o nosso grupo de voluntariado.

É graças a ele, e também a algumas amigas e amigos, que temos vindo, durante estes 20 anos, a manter a nossa Associação em atividade nas suas diversas vertentes, das quais passamos a salientar:

ACOMPANHAMENTO JUNTO DE NOVAS PACIENTES DE CANCRO DE MAMA

As nossas voluntárias, mediante indicação das nossas estimadas psicólogas, dão apoio a novas pacientes de cancro de mama, transmitem palavras amigas e de esperança, ou apenas, com uma postura solidária, as ouvem e lhes dão conforto. Este acompanhamento é efetuado de forma presencial nas enfermarias do Hospital, ou telefonicamente.

APOIO SOCIAL

Quando contactadas pelo Serviço Social do Hospital, fazemos, pontualmente e sempre que nos é possível, alguns pequenos donativos, colmatando desta forma alguma situação de dificuldade financeira de alguma paciente.

Oferecemos, ainda ocasionalmente, alguns alimentos (como leite, sumos, bolachas ou fruta), que as nossas profissionais de saúde distribuem, como pequeno-almoço ou lanche, a algumas pacientes carenciadas deslocadas ao hospital para consulta.

Às pacientes que, pelo efeito da quimioterapia, têm alopecia, emprestamos, sempre que temos disponibilidade, próteses capilares ou toucas de-





vidamente higienizadas. Oferecemos lenços e ensinamos como os podem utilizar de forma artística.

Sempre que alguma paciente necessita, oferecemos próteses mamárias que nos são cedidas pelo IPO, dentro de lindos saquinhos feitos pela nossa Associação.

Distribuímos pelas nossas pacientes almofadas-coração, que generosamente nos são oferecidos através duma nossa associada, também ela ex-paciente.

PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO

Sempre que possível participamos em eventos que nos transmitam conhecimentos científicos, ou que possam ser considerados como uma mais-valia para as pacientes, ou para a nossa Associação.

AÇÕES LÚDICAS

Porque a alegria e os convívios também fazem parte do nosso bem-estar, promovemos durante o ano vários eventos, almoços, passeios, festejamos o "Dia da Mulher", a "Semana Rosa" e realizamos o nosso "Fórum Anual".

Foi no passado mês de outubro que festejámos a "Semana Rosa", que se prolongou durante vários dias com os seguintes eventos:

- No dia 14 de outubro, fizemos o nosso habitual passeio de barco pelo Tejo.
- No dia 23 e 26 de outubro, com a colaboração

dos profissionais de saúde da Consulta Externa e do Internamento, festejámos essa data comemorativa, oferecendo fruta fresca, palavras e carinho a quem chegava.

- No dia 31 de outubro, por iniciativa das enfermeiras do Hospital de Dia dos Capuchos, enfermeira Helena Xavier e enfermeira Cândida Damião, participámos na realização de um workshop designado "Cuidados Oncoestéticos".

A Viva Mulher Viva participou neste evento no sentido de contribuir para dar algum conhecimento nessa área às pacientes, concretamente no que se refere à colocação de lenços e turbantes utilizados durante os tratamentos de quimioterapia.

Foi para nós, Viva Mulher Viva, uma grande satisfação, termos tido a possibilidade de contribuir para a alegria do rosto de algumas pacientes que foram lindamente tratadas e maquilhadas.

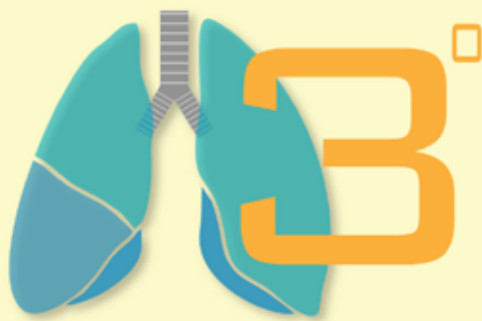
Desejamos, no futuro, dar continuidade à nossa Associação, honrando o seu objetivo, ou seja,

"Bem-estar e Qualidade de Vida das Pacientes de Cancro de Mama e seus Familiares".

Agradecemos a todos os que ao longo destes 20 anos nos têm acompanhado e apoiado.

BEM HAJAM!





3^o CONGRESSO

CUIDADOS RESPIRATÓRIOS EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A JORNADA DO DOENTE RESPIRATÓRIO

22,23 e 24 Abril 2024
LISBOA

INSCRIÇÕES E SUBMISSÃO DE TRABALHOS

A PARTIR DE 26 DE FEVEREIRO 2024 EM WWW.ACENFERMEIROS.PT

WORKSHOPS:

- ✓ Oxigenoterapia de Alto Fluxo
- ✓ Dispositivos de apoio à Clearance Mucociliar
- ✓ Avaliação do doente respiratório: Prova da marcha
- ✓ Telerradiografia do tórax / Auscultação Pulmonar
- ✓ Workshop Estomas Respiratórias & Deglutição

CURSO:

- ✓ Reabilitação Respiratória em Pediatria

PRINCIPAIS TEMAS:

- ✓ A Jornada do doente respiratório: Visão do CSP
- ✓ Reabilitação Respiratória: "Uma terapia com várias facetas - da Arte de prescrever à prática clínica nos diferentes contextos"
- ✓ Treino de exercício: Prescrição e desafios atuais
- ✓ A Jornada do doente respiratório: Visão do hospital
- ✓ Tratamento Farmacológico na Jornada do Doente Respiratório
- ✓ Hot topics na Asma
- ✓ Evidência dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação
- ✓ O Papel das Novas tecnologias na Gestão da Doença Crónica
- ✓ DPOC o que há de novo?
- ✓ Cuidados em fim de vida do doente respiratório
- ✓ Desafios do EEER na abordagem do doente respiratório nos contextos particulares
- ✓ Sono uma necessidade? Como alcançar o equilíbrio

COMISSÃO ORGANIZADORA:
ENF. CARMO CORDEIRO
ENF. LUISA ANTUNES



Encontro UCF todos os santos 2023

Vertente Saúde da Mulher e Neonatal.

13 outubro 2023 Trabalho em Equipa | Novos Desafios

No passado dia **13 de outubro** realizou-se o Encontro UCF Todos os Santos 2023, dedicado à vertente da Mulher e Neonatal. Subordinado à temática Trabalho em Equipa, Novos Desafios, este encontro dividiu-se em 3 workshops (Infeções congénitas no recém-nascido, diabetes gestacional e Sem abrigo no Feminino) que decorreram em simultâneo, e, várias sessões que contaram com a participação de peritos em áreas tão diversas como o prazer sexual, a menopausa, a capacitação dos pais, a doença psiquiátrica na gravidez e as dificuldades na sexualidade. De destacar a conferência de abertura "Trabalho em

equipa – novos desafios" realizada pela Dr^a Maria José Alves, que abordou a nova realidade das Unidades Locais de Saúde, que virá trazer novos desafios na articulação dos serviços. A conferencista deu ênfase à aposta na prevenção e à oportunidade de realizarmos trabalho em equipa, apostando na proximidade e na continuidade, com vista a um cuidar mais personalizado e humanizado do utente.



II Encontro de Enfermagem de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos do CHULC

A Globalidade do Cuidar à Criança em Situação Crítica

26 outubro 2023

A criança em situação crítica exige uma articulação de cuidados rigorosa e fundamentada, garantindo a continuidade de cuidados e analisando todas as vertentes que podem influenciar o seu estado de saúde. Dando continuidade à partilha e reflexão que teve início no ano passado, realizou-se no passado dia 26 de outubro o II Encontro de Enfermagem de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos do CHULC, submetido este ano à temática "A Globalidade do Cuidar à Criança em Situação Crítica". O Encontro contou a participação do Professor Doutor José Vilelas, Presidente do Colégio da Especialidade em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediatria, o qual abordou a realidade da saúde infantil em Portugal e os recursos existentes para a promoção e o cuidado da saúde

da criança. A variedade de temáticas (percurso de uma criança pelo CHULC, a infeção e a importância dos Sistemas de Informação nos cuidados Intensivos) permitiu a partilha de ideias e experiências, enriquecendo este dia.



Já descobriu

todas as vantagens

que os nossos parceiros lhe oferecem?

Lemos
design



EXTERNATO PASSOS MANUEL



TopAtlântico

MARY KAY®



Escola Superior de Enfermagem
S. Francisco das Misericórdias

Clínica Ispa
Saúde Psicológica



FITOCLINIC
MEDICINA NATURAL



INTEGRATED
RESOLUTIONS



VitaMove®
Salvador de Passos, Cloninger e Berti Star

FITOCLINIC
MEDICINA NATURAL

POLITÉCNICO
DE PORTALEGRE
Escola Superior
de Educação
e Ciências Sociais

NEYA
HOTELS
★★★★

ORAL+
CLÍNICA DOMICÍLIOS

PalmeiroFoods
natural solutions



FINEPRINT



Edições
PIAGET



FITNESS HUT
move.now.



saiba mais em www.acenfermeiros.pt

ACE