

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA
NA ÀREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Tânia Isabel Rodrigues Ferreira nº5190220

Leiria, 18 abril de 2022



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Tânia Isabel Rodrigues Ferreira nº5190220

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com
Relatório

Professor Orientador: Maria dos Anjos Dixe
Leiria, 18 abril de 2022

Pensamento/Dedicatória

“O Caminho para se conseguir a felicidade é fazendo as outras pessoas felizes”

“Deixar o mundo um pouco melhor do que o encontrámos”

Robert Baden-Powell

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe pela orientação, positivismo e *input* que permitiu a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Carla Damásio por todo o apoio e disponibilidade.

A todo o corpo docente da Escola Superior de Saúde de Leiria pelo apoio no meu percurso académico e profissional.

Aos Enfermeiros: Hugo, Luís, Mónica, Daniel e Teresa por toda a disponibilidade e dedicação na minha caminhada.

À Enfermeira Catarina Marques que me acompanhou e se disponibilizou sempre para me ajudar.

À Dr^a. Vânia Rodrigues que me acompanhou e se disponibilizou sempre para me ajudar.

A Enfermeira Lucinda, parceira de trabalho e mestrado que, nos momentos mais tenebrosos me deu alento para continuar.

À minha família pela paciência, pelo tempo roubado, pelo esforço exercido para que esta etapa da minha vida fosse alcançada.

Resumo

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e tem como finalidade descrever o percurso realizado.

Este relatório encontra-se dividido em duas partes, a primeira assenta numa análise retrospectiva e reflexiva. Esta análise visa demonstrar e fundamentar teoricamente as competências adquiridas tendo por base os regulamentos de enfermagem. Para a aquisição de competências da especialidade em Enfermagem à Pessoa em Situação crítica foram desenvolvidos para além do percurso académico, ensinamentos clínicos num serviço de urgência geral, unidade de cuidados intensivos e na comissão de qualidade e segurança.

A segunda parte mostra um estudo de investigação, que permitiu obter as competências de investigação indispensáveis para atribuição do grau de mestre.

A escolha do tema para o estudo de investigação prendeu-se com interesses da autora e com a importância da segurança na prestação de cuidados. Esta temática é cada vez mais uma preocupação mundial e nacional. Existem vários estudos que evidenciam que grande parte dos incidentes ou eventos adversos podem ser evitados se forem identificados e notificados.

Para perceber qual a opinião dos enfermeiros do bloco operatório relativamente à adesão às notificações de eventos adversos, conhecer as barreiras à notificação e as estratégias a adotar para promover a mesma, a autora aplicou dois questionários eletrónicos no período de 25 de fevereiro a 15 de março de 2022. Participaram no estudo 62 Enfermeiros do Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar de Leiria. Foram identificadas como principais barreiras a falta de cultura de reporte, sobrecarga de trabalho, ausência de *feedback*, esquecimento, conhecimento insuficiente sobre sistema e sobre o que reportar. As estratégias identificadas pelos profissionais como promotoras do processo de notificação foram a formação, o *feedback* e os *debriefings*.

De um modo geral pode concluir-se que as instituições devem criar condições favoráveis à prática de notificação, de modo a promover uma cultura de segurança e melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao doente.

Palavras-chave: Enfermagem; Eventos adversos; Notificação; Barreiras

Abstract

This report comes within the scope of the Master in Nursing for the Person in Critical Situation and aims to describe the path taken.

This report is divided into two parts, the first is based on a retrospective and reflective analysis. This analysis aims to demonstrate and theoretically support the skills acquired based on nursing regulations. In addition to the academic path, clinical teaching was developed in a general emergency service, intensive care unit and in the quality and safety committee for the acquisition of specialized skills in Nursing for the Person in Critical Situation.

The second part shows a research study, which made it possible to obtain the necessary research skills for the attribution of the master's degree.

The choice of topic for the research study was related to the author's interests and the importance of safety in the provision of care. This issue is increasingly a global and national concern. There are several studies that show that most incidents or adverse events can be avoided if they are identified and reported.

In order to understand the opinion of operating room nurses regarding adherence to adverse event notifications, to know the barriers to notification and the strategies to adopt to promote it, the author applied two electronic questionnaires in the period from February 25th to March 15th, 2022. Sixty-two nurses from the Central Operating Room of Centro Hospitalar de Leiria participated in the study. The main barriers identified were the lack of a reporting culture, work overload, lack of feedback, forgetfulness, insufficient knowledge about the system and what to report. The strategies identified by professionals as promoters of the notification process were training, feedback and debriefings.

In general, it can be concluded that institutions must create favorable conditions for the practice of reporting, in order to promote a culture of safety and improve the quality of care provided to the patient.

Keywords: *Nursing; Adverse Events; Notification; Barriers*

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

ABC - *Airway* (Via aérea) *Breathing* (Ventilação) *Circulation* (Circulação)

ACSA - *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía*

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ADR - Área Dedicada a Doentes Respiratórios

BOC - Bloco Operatório Central

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CA - Conselho de Administração

CHL - Centro Hospitalar de Leiria

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CJ - Conselho Jurisdicional

COVID-19 - Coronavírus *disease*

CQS - Comissão de Qualidade e Segurança

DAV - Diretivas Antecipadas de Vontade

DGS - Direção Geral da Saúde

DNR - Decisão de Não Reanimar

EC - Ensino Clínico

EEEMCPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

HSA - Hospital Santo André

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ISBAR - *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

ISO - *International Organization for Standardization*

JCI - *Joint Commission International*

KPC - *Klebsiella Pneumoniae* produtora de *Carbapenemases*

MCEEMC - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

MRSA - *Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus*

NAS - *Nursing Activities Score*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas no Controlo da Infecção

PE - Plano de Emergência

PPCIRA - Programa de Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Agitation/Sedation Scale*
RENDA - Registo Nacional de Não-Dadores
RENTEV - Registo Nacional do Testamento Vital
SIADAP - Sistema Integrado de gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública
SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SMI - Serviço de Medicina Intensiva
SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos
SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*
SUG - Serviço de Urgência Geral
TISS - *Therapeutic Intervention Score System*
UCAP - Unidade de Cuidados Agudos Polivalente
EU - União Europeia
UHD - Unidade de Hospitalização Domiciliária

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS	14
1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO CHL.....	15
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA DO CHL	17
1.3. COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA	19
2. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	21
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	21
2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	21
2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	24
2.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados	26
2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	30
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	32
2.2.1. Domínio do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica	32
2.2.2 Domínio da dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.....	37
2.2.3. Domínio da maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo adequado	39
PARTE II- INVESTIGAÇÃO	43
TÍTULO: ADESÃO À NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES PELOS ENFERMEIROS: DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	43
INTRODUÇÃO	45
1. ENQUADRAMENTO	46
2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	48
3. METODOLOGIA	48
4. RESULTADOS	50
5. DISCUSSÃO	56
6. CONCLUSÃO	59

CONSIDERAÇÕES GERAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Folheto	
APÊNDICE II - Instrumento para auditoria UHD	
APÊNDICE III - Formação – Analgesia via epidural em cuidados intensivos	
APÊNDICE IV - Questionário - Adesão à Notificação de Incidentes pelos Enfermeiros: diagnóstico da situação”.	
APÊNDICE V- Questionário - Validação de proposta de intervenção	
APÊNDICE VI - Declaração de autorização do estudo	
APÊNDICE VII - Declaração de autorização do estudo do Conselho de Administração	
ANEXOS	
ANEXO I - Plano de Melhoria da Qualidade e Segurança do Doente	
ANEXO II - Procedimento Interno para o Consentimento-Informado	
ANEXO III - Formação - Papel dos Indicadores para a Melhoria da Qualidade em Saúde	
ANEXO IV - Formação - Gestão do risco em Saúde	
ANEXO V - Alerta Precoce de Agravamento dos Doentes-IT.CHL.250.01-2020.11.25	
ANEXO VI - Alerta Precoce de Agravamento dos Doentes (IT.CHL.250.01) (2020.11.25)	
ANEXO VII - Plano de Emergência Interno do CHL	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das respostas da amostra quanto à sua opinião sobre o sistema de notificação existente na instituição	51
Tabela 2 - Distribuição das respostas da amostra quanto à justificação da sua opinião sobre a promoção da aprendizagem com a notificação de eventos adversos	51
Tabela 3 - Distribuição das respostas da amostra quanto à justificação da sua opinião quanto à importância da notificação na prevenção da ocorrência de incidentes e eventos adversos	51
Tabela 4 - Distribuição das respostas da amostra quanto à formação realizada no último ano	52
Tabela 5 - Distribuição das respostas da amostra quanto ao tipo de eventos adversos que lhe ocorreram e se foram ou não notificados	52
Tabela 6 - Distribuição das respostas da amostra quanto às barreiras face ao processo de notificação existente na instituição	53
Tabela 7 - Distribuição das respostas da amostra quanto às estratégias para promover a notificação de eventos adversos	54
Tabela 8 - Distribuição das respostas da amostra quanto ao que deveria ser efetuado com os registos das notificações dos eventos adversos	54
Tabela 9 – Grau de concordância para propostas a implementar.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do estudo	49
-------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem à pessoa em Situação Crítica com Relatório, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, com o intuito de apresentar e refletir sobre como foram desenvolvidas as competências específicas e as comuns incluindo as competências na área da investigação, pesquisa, autoconhecimento e a assertividade que todo o enfermeiro especialista deve ter e que são fundamentais para a melhoria de cuidados prestados (Regulamento de competências do enfermeiro especialista n.º 140/2019).

Considero que a realização deste relatório foi um ótimo contributo para o progresso do meu pensamento crítico, uma vez que me proporcionou momentos de reflexão essenciais para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura Enfermeira Especialista.

Peixoto e Peixoto (2016) consideram a prática reflexiva fundamental na aprendizagem profissional, referindo que esta prática desenvolve profissionais autónomos e críticos capazes de prestar melhores cuidados. Estes profissionais aprendem a refletir antes e depois das ações ou cuidados, avaliando os seus efeitos com o intuito de melhorar futuras práticas.

Também Netto e Silva (2018) confirmam, no seu estudo, a necessidade de formar pessoas e profissionais críticos e reflexivos. Estes autores consideram que o profissional ao refletir criticamente sobre a sua atuação desenvolve importantes aprendizagens no seu percurso formativo e pessoal.

Estes aspetos são reforçados por Peixoto e Peixoto (2017), que consideram que a formação profissional dos enfermeiros em ensino clínico assenta em estratégias de reconhecido valor, como o desenvolvimento de narrativas, estudo de casos reais, simulações clínicas, realização de planos de cuidados, criação de grupos de discussão (com profissionais, alunos e professores), uso de tecnologia de aprendizagem, resolução de problemas, realização de pesquisa e análise de publicações e, não menos importante, o incentivo à autorresponsabilização pela formação e aprendizagem.

A metodologia que suporta a realização deste relatório é então uma análise retrospectiva e reflexiva, suportada por fundamentação teórica. É composto por duas partes: a primeira refere-se à análise reflexiva sobre o desenvolvimento das competências que integra dois tópicos:

- Caracterização dos locais escolhidos para realização dos ensinos clínicos (EC), de modo a ser mais fácil compreender e contextualizar as atividades desenvolvidas e que contribuíram para o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação crítica. A

aquisição destas competências foi possível, através do planeamento e execução do EC I realizado no Serviço de Urgência Geral (SUG) no 1º ano, 2º semestre; EC II realizado no 2º ano, 2º semestre no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e EC III, realizado também no 2º ano 2º semestre, na Comissão da Qualidade e Segurança (CQS). Todos os ensinamentos clínicos decorreram no Centro Hospitalar de Leiria (CHL), com a duração total de quinhentas e quarenta horas. A escolha destes campos de estágios permitiu-me compreender melhor o circuito do doente crítico nesta instituição e dar resposta a muitas questões que me acompanhavam enquanto profissional da instituição, por desconhecimento da metodologia de trabalho utilizada nestes serviços.

- Análise reflexiva das atividades, que me permitiu alcançar os objetivos delineados para os ensinamentos clínicos e a aquisição de competências. Para cada EC, foi criado um projeto de aprendizagem para melhor direcionar os meus interesses, focando os aspetos e competências que pretendia desenvolver. Esta parte está subdividida em duas, dando resposta às competências de enfermeiro especialista inscritas no Regulamento nº 140/2019, que define as competências comuns que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas e às competências específicas de cada área de especialidade, presentes no Regulamento nº 429/2018, que evidencia as competências específicas que são definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

A segunda parte deste trabalho, permitiu-me desenvolver competências na área da investigação. Estas ferramentas são fundamentais para que o enfermeiro especialista consiga prestar cuidados de forma fundamentada, criando também a preocupação e abrindo horizontes para a necessidade cada vez maior de busca de evidência científica atualizada para a prática de cuidados, melhorando a sua prestação. Esta parte consiste na realização de um trabalho de investigação com todas as fases inerentes ao processo, aplicado no Bloco Operatório Central (BOC) do CHL, com o tema “Adesão à Notificação de Incidentes pelos Enfermeiros: Diagnóstico da Situação”.

Para finalizar este relatório será apresentada a conclusão seguida dos apêndices e anexos considerados necessários.

Para a elaboração deste trabalho foram seguidas as regras do Guia de Elaboração de trabalhos académicos, (Escola Superior de Saúde de Leiria, 2018).

PARTE I- ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

Para desenvolver as Competências Comuns do enfermeiro Especialista descritas no Regulamento nº 140/2019 da OE e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica presentes no Regulamento nº 429/2018 da OE, foram planeados EC em locais potenciadores do seu desenvolvimento. Este capítulo pretende caracterizar os locais de EC de forma a contextualizar as atividades desenvolvidas, que contribuirão para este percurso de aprendizagem.

1.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO CHL

Os serviços de urgência possuem especificidades e particularidades que pelo aumento da procura, pela crescente exigência de qualidade pelos utilizadores ou pela escassez de profissionais e recursos materiais, têm sido objeto de estudo em todo o mundo. A sua missão consiste no tratamento de ocorrências de instalação súbita que podem comprometer ou levar à falência funções vitais (Despacho Normativo nº 11/ 2002 de 6 de março).

O SUG do Hospital Santo André (HSA) é um serviço de urgência Médico-Cirúrgica, Integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência de acordo com o Despacho nº 13427/2015 de 24 de setembro, no que diz respeito ao nível de acolhimento das situações de urgência/emergência. Localiza-se no piso 01 da torre nascente do edifício hospitalar.

Este serviço está dotado de meios materiais e técnicos que lhe conferem uma autonomia para prestar cuidados em situações de emergência/ urgência durante vinte e quatro horas, trezentos e sessenta e cinco dias por ano, a utentes com idade igual ou superior a dezoito anos.

Composto por uma equipa multidisciplinar, desde médicos e enfermeiros até assistentes operacionais, assistentes administrativos e vigilantes, entre outros. Durante o meu EC neste serviço, o cargo de diretor do serviço encontrava-se vago, acumulando o diretor clínico esta função, talvez por este motivo presenciei e vivenciei algumas dificuldades no processo de gestão, nomeadamente no encaminhamento de doentes. A equipa de enfermagem era composta, à data, por cento e sete enfermeiros, incluído o enfermeiro gestor e um enfermeiro que o apoia. Nos turnos da manhã e tarde são distribuídos dezoito enfermeiros e no turno da noite dezasseis, pelas diferentes áreas do SUG.

A nível de orgânica funcional e distribuição de enfermeiros por área, o SUG está organizado da seguinte forma:

- Dois postos de triagem, com um enfermeiro permanente e a possibilidade de um segundo deslocado da área amarela quando existem muitos doentes em espera para serem triados;
- Área verde – à data ocupada pela Área Dedicada a doentes Respiratórios (ADR). Nesta área estão distribuídos quatro enfermeiros nos turnos de manhã, tarde e noite;
- Área verde 2 – é um local para atendimento de utentes triados com prioridade verde ou azul, que sejam independentes/autónomos e que não necessitam de aguardar o atendimento deitados em maca. Área que funciona apenas das 8 horas às 24 horas. Nesta área está distribuído um enfermeiro no turno de manhã e um de tarde;
- Área amarela - tem um formato *open-space*, tendo sido redimensionada para ceder espaço físico para a ADR. Nesta área encontra-se a valência de psiquiatria, e estão atribuídos quatro enfermeiros nos turnos de manhã e três nos turnos de tarde e noite;
- Área laranja – tem um formato *open-space*, e foi dimensionada para vinte e três boxes individuais, quatorze doentes em maca, oito em cadeirão e um quarto de isolamento. Estão atribuídos três enfermeiros por turno;
- Área vermelha (emergência) – em formato *open-space*, está dimensionada para atendimento até 5 emergências em simultâneo em boxes individuais. À data do EC, uma destas boxes destinava-se à execução de colheitas para despiste à Coronavírus *disease* (COVID-19). Todas as boxes estão equipadas com todos os materiais e equipamentos necessários para atuar numa situação crítica e/ou de falência orgânica.

Na área vermelha está distribuído um enfermeiro por turno, e quando não há situações de emergência, este colabora na prestação de cuidados na área amarela.

Importa refletir um pouco sobre esta realidade, se por um lado conduz a uma resposta eficaz na gestão de enfermeiros, aumentando o rácio de enfermeiros em outras áreas e diminuindo a sobrecarga de trabalho, por outro lado contradiz a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC), que afirma que a equipa de emergência deve responder a um estado de prontidão capaz de atuar de imediato, não podendo estar dependente da substituição noutros postos/áreas de trabalho (parecer nº 14/2018). O que se observa então, é que o enfermeiro destacado na sala de emergência, muitas vezes se encontra a prestar cuidados na área amarela que fica próxima da área vermelha e na impossibilidade da prestação de cuidados ser interrompida, outro enfermeiro dirige-se imediatamente à sala de emergência sempre que há necessidade.

As áreas anteriormente mencionadas são apoiadas pelas várias especialidades médicas existentes no SUG.

- Área roxa – tem um formato *open-space*, e serve para atendimento de utentes das especialidades médicas cirúrgicas de ortopedia e cirurgia. Nesta área está alocado um enfermeiro por turno;

- Gabinete de Informações aos Familiares - funciona das 8h às 24h com um enfermeiro que faz a ponte entre o doente internado do SUG e a família.

Existe ainda um enfermeiro coordenador por turno, que gere e otimiza a prestação de cuidados aos utentes, tendo em conta os meios humanos e materiais, presentes e disponíveis no turno.

De um modo geral, o circuito do doente inicia-se com o processo de admissão efetuado no balcão administrativo, seguindo-se a Triagem de Manchester efetuada por um enfermeiro, devidamente formado neste tipo de triagem. O enfermeiro triador introduz informaticamente os dados recolhidos, baseados na avaliação sumária do doente, escolhe o discriminador que melhor se adequa ao quadro sintomático, seguindo o fluxograma que atribui a prioridade de atendimento. É colocando uma pulseira com a cor que representa o grau de prioridade atribuída e o doente é encaminhado para a respetiva área de cuidados. Após o doente ser atendido na respetiva área, poderá permanecer no SUG em observação, ser transferido para um serviço de internamento hospitalar, interno ou externo, ir diretamente para o Bloco Operatório, ou ter alta clínica, com ou sem encaminhamento para centro de saúde/consulta externa.

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA DO CHL

O SMI localiza-se no 5º piso da torre nascente do HSA. Esta localização contraria o que é recomendado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2013), que defende que o SMI deve manter uma relação de proximidade com o Bloco Operatório, serviço de radiologia e de urgência, que se encontram localizados no piso 01 (-1). A entrada neste serviço, causou em mim um grande impacto, uma vez que possui grandes janelas. Tendo em consideração que diariamente trabalho num espaço fechado sem janelas, dei conta da importância da exposição solar aos doentes internados durante longos períodos, pois permite orientar mais facilmente os círculos circadianos dos doentes, indo de encontro com o que a ACSS (2013) menciona no seu manual de recomendações técnicas.

No que diz respeito à estrutura física, o serviço possui gabinetes médicos, sala de reuniões, sala de espera para visitas, armazéns de equipamento e material de consumo clínico, salas de limpos e de sujos, casas de banho e uma copa. O número de camas do SMI, tem sido variável durante estes últimos meses, pela situação pandémica que vivemos, no entanto tendo em consideração o cálculo das dotações seguras recomendada no Regulamento nº 743/2019

(Ordem dos Enfermeiros, 2019), em que deve existir 1 enfermeiro para cada 2 doentes, presentemente o SMI é constituído por quinze camas: dez destinadas aos cuidados intensivos polivalentes (4 em quartos de isolamento), 3 camas localizadas na unidade de neurocríticos e 2 camas na Unidade de Cuidados Agudos polivalente (UCAP) (na área restrita a doentes de COVID-19).

Os doentes internados no SMI, podem ser provenientes do SUG, outras unidades de internamento da instituição ou outras instituições de saúde. A admissão do doente é sempre da única e exclusiva responsabilidade do médico intensivista que aceita receber o doente, após a sua avaliação, preferencialmente presencial, devendo posteriormente transmitir essa informação à equipa de enfermagem.

A equipa de enfermagem é composta por trinta e três enfermeiros, e destes, um elemento desempenha a função de enfermeiro gestor. Em todos os turnos existe um elemento que desempenha funções de coordenação. A sua seleção é feita tendo por base a experiência profissional, antiguidade no serviço e/ou aquisição de título de especialista.

Estes critérios de seleção do coordenador são a meu ver os mais adequados para o serviço, dado que, considera as competências adquiridas em contexto formativo académico, bem como as competências adquiridas ao longo dos anos pela sua prática, tornando-se peritos. A OE refere no parecer da MCEEMC nº 10/2017 que o Enfermeiro Perito é aquele que possui também um conhecimento competente e valida o modelo de aquisição de competências que foi desenvolvido por Patrícia Benner (2001). Este modelo considera que as competências para uma melhor prática de cuidados, desenvolve-se com a aprendizagem baseada na experiência assim, os enfermeiros mais experientes são considerados peritos.

A distribuição dos enfermeiros por turno é da responsabilidade do enfermeiro gestor ou, na sua ausência, pelo coordenador. Esta gestão assume grande valor neste serviço, dado que a dotação do mesmo é variável sendo por isso importante que o enfermeiro responsável tenha estas competências, de modo a gerir adequadamente os recursos humanos disponíveis em função das necessidades apresentadas. Indo de encontro às características e competências que estão presentes no Regulamento nº 140/2019 do enfermeiro especialista definido pela OE (2019).

Pude constatar e refletir sobre a importância da comunicação na gestão e equilíbrio da equipa. A necessidade de reajuste diário (e às vezes ao momento) no número de elementos necessários para manter o serviço pode muitas vezes ser alvo de conflito e, neste sentido, o enfermeiro gestor assume grande importância na mediação de um ambiente salutar de trabalho. Os enfermeiros líderes são essenciais na criação de condições de trabalho afáveis,

como afirmam Valle et al. (2021) que consideram a liderança exercida pelos enfermeiros sobre os pares um fator importantíssimo na satisfação no trabalho da equipa permitindo melhorar os cuidados prestados e alcançar bons resultados institucionais.

Integrada no SMI, está também a equipa de emergência interna que é constituída por um médico e um enfermeiro, que se encontram previamente escalados. Esta equipa tem como objetivo dar resposta a emergências que ocorrem no perímetro físico do HSA, onde se inclui parques de estacionamento e jardins.

Seguindo as orientações da ACSS (2013) o serviço apresenta-se sob a forma de *open space*, permitindo a vigilância atenta e contínua dos doentes, possibilitando o contato visual entre o doente, o enfermeiro e restante equipa. As unidades encontram-se individualizadas por cortinas, garantido a privacidade do doente e a delimitação de cada unidade, esta delimitação a meu ver, é um importante contributo para minimizar o risco de infeção associado aos cuidados de saúde (IACS), pois a delimitação do espaço ajuda-nos a visualizar os limites da unidade de cada doente, contribuindo assim para que se cumpra mais facilmente a Norma nº 7/2019 da Direção Geral da Saúde (DGS)(DGS, 2019), face aos 5 momentos de higienização das mãos que se devem implementar nos cuidados ao doente. Esta delimitação facilita também o isolamento de contato quando necessário. No entanto, importa refletir um pouco sobre o tipo de barreira existente, o fato de ser uma cortina em têxtil e não um vidro ou acrílico, dificulta o processo de higienização diário da unidade.

1.3. COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA

A CQS é um órgão de apoio técnico do Conselho de Administração (CA) e tem como finalidade orientar e colaborar na implementação de medidas relacionadas com a melhoria continua da qualidade, junto dos diferentes serviços do CHL.

Este órgão tem como missão também dar resposta ao Despacho 3635/2013 de 7 março (Ministério da Saúde, 2013), no que diz respeito à monitorização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

A CQS localiza-se no piso 0 do HSA, é composta por uma equipa multidisciplinar que vai ao encontro do que a Direção Geral da Saúde (DGS) apresenta no Despacho 3635/2013 de 7 de março (Ministério da Saúde, 2013). Esta comissão integra 5 enfermeiros sendo que presentemente, nenhum cumpre horário completo neste serviço, dividindo-o entre a CQS e o serviço onde se encontram alocados na prestação de cuidados aos doentes. Para além destes enfermeiros, a equipa é constituída também por 3 médicos, 1 Técnica Superior de Qualidade, 1 Técnica de Análises Clínicas e Saúde Pública e 1 Assistente Técnica. Importa ainda mencionar que um elemento da equipa pertence em simultâneo à equipa que integra o

Programa de Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), dando resposta ao despacho 3635/2013 de 7 março (Ministério da Saúde, 2013).

A composição da equipa teve por base as competências dos profissionais, com especial atenção ao fato de pertencerem a áreas distintas da prestação de cuidados, para dar uma melhor resposta às necessidades levantadas e propostas, no plano de melhoria da qualidade e segurança do doente do CHL (Anexo I).

O CHL é uma instituição que se encontra certificada pela *Joint Commission International* (JCI). Para além deste programa de qualidade o CHL integra outros em atividades específicas como a *International Organization for Standardization* (ISO) que orienta o banco de tecidos e células, a *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA) que certifica os centros de referência de Cancro Colo Retal e Hepato-biliopancreático. Durante a realização do estágio neste serviço tive a possibilidade de acompanhar e colaborar na preparação da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) para um processo de certificação pela ACSA e pela JCI. A CQS colabora também no acompanhamento de auditorias externas programadas como, por exemplo, as auditorias efetuadas pelo Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS).

A CQS do CHL procede a auditorias periódicas ao Sistema da Qualidade implementado no CHL, informando os Serviços das não conformidades detetadas, pontos fortes e oportunidades de melhoria.

Torna-se ainda pertinente referir que uma vez que a Enfermeira Orientadora, neste EC, é também Enfermeira Gestora da UCAP e PPCIRA, o meu EC comportou também turnos na UCAP.

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

As competências enquanto conceito têm evoluído ao longo dos anos, este conceito utilizado na formação de técnicos transitou de um momento em que a competência era adquirida tendo em conta a aprendizagem de um comportamento, para uma abordagem mais abstrata, em que a aquisição de competências passa por um processo mais complexo que articula atividades e recursos cognitivos, afetivos e psicomotores (Nascimento & Oliveira, 2010).

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019a), o enfermeiro especialista é um enfermeiro a quem se reconhece competência técnica e humana na prestação de cuidados de enfermagem em áreas especializadas de enfermagem.

Neste capítulo será feita uma análise reflexiva das várias atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, cujos locais estão descritos no capítulo anterior, com o intuito de adquirir competências de Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem À Pessoa em Situação Crítica. Estas competências encontram-se organizadas segundo duas denominações: as competências comuns e as competências específicas.

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As “Competências Comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através de elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” e encontram-se definidas no Regulamento nº 140/2019 da OE. Ainda segundo o mesmo regulamento, o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece as competências definidas para prestar cuidados de Enfermagem especializados nas áreas de especialidade em Enfermagem”. Estas competências encontram-se divididas em quatro domínios: “Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”, “Melhoria Contínua da Qualidade”, “Gestão dos Cuidados” e “Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais”.

2.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Durante o EC procurei pautar a minha prática por valores legais, éticos e deontológicos.

Para Fonseca et al. (2010), o doente hospitalizado tem direito a um atendimento atencioso com base no respeito e mantendo a privacidade e o sigilo profissional. Estes autores consideram que o período de internamento gera *stress* e evidencia a fragilidade do doente e da família devendo por isso ser protegidos.

Durante a realização do EC I no SUG foi possível constatar os inúmeros desafios que esta equipa enfrenta diariamente para cumprir com estes valores, devido à sua sobrelotação. Esta, dificulta a salvaguarda da privacidade do doente. De modo a contrariar esta situação, foi necessário mobilizar os doentes para locais mais resguardados, para prestar cuidados mais dignos, respeitando o mínimo de privacidade possível.

Já no SMI a realidade permitiu-me orientar sempre a minha prática respeitando a privacidade de cada doente, utilizando para isso as cortinas que envolvem a unidade do doente. Ainda no que diz respeito à privacidade, pude constatar que em ambos os serviços a passagem de turno ou *handover* é realizada numa zona central da área de trabalho. Esta prática permite manter a vigilância dos doentes e salvaguardar a sua confidencialidade, indo de encontro às recomendações do Conselho Jurisdicional (CJ) da OE que refere que os locais de passagem de informação são geridos, em cada contexto de trabalho atendendo às suas características, devendo ser sempre acautelado o sigilo das informações transmitidas (CJ, 2001). Por outro lado, a passagem de turno é um momento crucial para a continuidade de cuidados, e vários autores consideram que esta deve ser realizada de forma estruturada junto à cabeceira do doente (Klim, Kelly, Kerr, Wood & Mccann, 2013). Assim, diariamente os enfermeiros são confrontados com situações complexas que muitas vezes implicam uma tomada de decisão ética.

No contexto particular dos cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica (PSC), os dilemas éticos são uma constante. A rapidez necessária à tomada de decisão impede, por vezes, que os profissionais tomem consciência dos desejos e sentimentos das pessoas.

Sendo a PSC “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018), na sala de emergência é essencial que o processo de tomada de decisão seja rápido, promovendo um atendimento eficiente e de qualidade, é importante que os elementos que compõem esta equipa tenham capacidade de decidir e agir rapidamente.

Constato que no SMI, o processo de tomada de decisão é também acompanhado de inúmeros dilemas éticos. Uma das situações que acompanhei e que me fizeram refletir prende-se com a doação de órgãos. Neste serviço, tive oportunidade de acompanhar o processo de encaminhamento e manutenção de cadáver para doação de órgãos, na verdade não era um processo de todo estranho, porque no meu local de trabalho, participo na colheita cirúrgica de órgãos em colaboração com a equipa de transplante. Estas situações sempre me causaram alguma ambiguidade de sentimentos, por um lado reconheço neste ato, a oportunidade de outra pessoa viver com qualidade de vida, por outro lado o fato de remover

de um corpo tantos órgãos que lhe conferiam identidade, faz-me sentir que aquela cirurgia é uma mutilação de um corpo, que até há pouco tempo era um pai, irmão, amigo, filho e muito mais. Estou direcionada diariamente para desempenhar funções enquanto enfermeira de sala operatória com o intuito de melhorar a condição de vida daquele utente e não para colaborar no seu término. Constatei que, apesar do que diz a Sociedade Portuguesa de Transplante, baseada na Lei nº. 12/93 de 22 de abril de 1993, qualquer pessoa ao falecer é um potencial dador de órgãos ou tecidos para transplante, desde que em vida não se tenha manifestado contra esta possibilidade, nomeadamente através de inscrição no Registo Nacional de Não-Dadores (RENDA), no SMI do CHL nem todos os possíveis dadores clinicamente acabaram por efetivamente o ser. Pude perceber que a família é chamada a participar no processo de tomada de decisão e, apesar do respeito pela lei, a sua opinião é tida em conta, mesmo que seja de oposição. É de salientar que a percentagem de familiares que se opõem à doação é muito pequena. Assim, se a família não estiver disposta a que o seu ente querido seja dador, mesmo não estando inscrito no RENDDA, este não será encaminhado para doação de órgãos. Na minha opinião esta medida é extremamente importante, pois respeita os direitos e dor daquela família no processo de luto que é extremamente difícil. A tomada de decisão assume aqui um dilema ético: por um lado o que a Lei Portuguesa direciona e a oportunidade de salvar uma ou mais vidas, por outro o respeito pela família e pelo seu processo de luto.

Foi-me possível refletir também sobre a Decisão de Não Reanimar (DNR), e a importância que esta decisão assume para o doente e cuidador, sendo sempre imprescindível envolver todos os intervenientes no processo. O doente deve sempre ser auscultado quando consciente e orientado em todo o processo de tomada de decisão relacionado com o seu estado de saúde. Quando este não se encontra capacitado é tido em consideração o Procurador de Cuidados de Saúde, ou o representante legal. Acontece que na maioria das situações não existem estes elementos, sendo tomada a decisão respeitando o princípio da beneficência, cumprindo o procedimento do consentimento informado vigente no CHL (Anexo II). Na minha opinião esta prática levanta algumas questões éticas, por um lado não são cumpridos os aspetos legais relacionados com o direito de tomada de decisão do doente relativamente ao seu estado de saúde, por outro lado o dever do profissional de zelar pelo melhor para o doente. Esta reflexão foi despoletada, no último local de estágio, a CQS. Apesar de neste EC não contactar diretamente com doentes, o processo reflexivo sobre os cuidados aos doentes foram uma constante. A CQS, como já referi anteriormente, tem como objetivo promover a segurança do doente e profissionais, bem como a qualidade dos serviços. Os enfermeiros especialistas possuem competências, que permitem a análise fundamentada dos vários processos de prestação de cuidados, proporcionando ao doente e família cuidados seguros, não comprometendo a liberdade e a dignidade humana.

Durante o EC, a CQS encontrava-se a auxiliar a Unidade de Hospitalização Domiciliária na implementação do processo de melhoria da qualidade, para que este serviço pudesse ser certificado pela JCI. Assim com o objetivo de informar o doente e cuidadores sobre o processo de tomada de decisão acerca das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e respetivo Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), e porque considero que é dever do Enfermeiro informar o doente e cuidador, elaborei um folheto que contém todas as informações pertinentes (Apêndice I).

2.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Para enquadrar esta competência é importante referir que atualmente a qualidade em saúde surge, cada vez mais, como prioridade a nível das instituições de saúde e dos seus profissionais, dando resposta ao Despacho nº 1250/2020 do Diário da República (2020). Este documento dá indicação para que os cuidados de saúde sejam equitativos e acessíveis a todos e, que consigam dar respostas às necessidades e expectativas dos cidadãos. O CHL é já há alguns anos certificado pela JCI que orienta as suas práticas promovendo a segurança do doente e respetivos profissionais. Esta entidade enquadra os cuidados ao doente de acordo com padrões de qualidade e segurança e promove metas internacionais para a segurança do doente como: 1 - doentes corretamente identificados; 2- melhoria da comunicação eficaz; 3 - melhoria da segurança dos medicamentos; 4 - cirurgias e procedimentos corretos e aos doentes corretos; 5 - redução do risco de infeções nosocomiais e 6 - redução do risco de lesões associadas a quedas.

Para obter esta competência é importante que o enfermeiro tenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas e estratégias da gestão clínica, bem como colaborar em programas de melhoria contínua desenvolvendo cuidados seguros e de qualidade. Ao longo dos vários ensinamentos clínicos, desenvolvi esta competência prestando cuidados seguindo sempre as políticas de segurança do hospital. Foi fácil seguir estas orientações pois sou enfermeira no CHL, e conheço estas medidas e a minha prática diária rege-se também pelo cumprimento destas metas.

No SUG pude observar facilmente o cumprimento de algumas metas como a correta identificação do doente, a melhoria da comunicação eficaz, a segurança dos medicamentos, já no SMI verifiquei algumas situações em que a dupla verificação de identidade, através da confirmação da pulseira recomendada na instituição, nem sempre era efetuada antes da administração de medicamentos, aumentando o risco de ocorrência de eventos adversos relacionadas com a medicação. Na minha ótica o cumprimento desta meta é mais rigoroso no SUG, pois o número avultado de doentes e a sua rotatividade assim o obriga. No SMI como

cada enfermeiro tem atribuído em média 1 a 2 doentes e estes permanecem internados durante largos períodos, a necessidade sentida pelos enfermeiros para a dupla verificação é menor. Apesar de compreender o contexto, considero que o cumprimento desta meta é uma etapa que potencializa a segurança do doente.

A continuidade de cuidados essencial para o cuidado de qualidade ao doente é também direcionada tendo em consideração os padrões de qualidade definidos pela JCI. Nesta instituição a passagem de informação entre profissionais de enfermagem é orientada tendo em conta a mnemónica ISBAR (*Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações)). A adoção desta medida pelo CHL vai igualmente de encontro à norma nº 001/2017 (DGS, 2017), proporcionando uma melhoria de qualidade na continuidade de cuidados. Durante os vários ensinamentos clínicos tive oportunidade de colaborar na transmissão de cuidados quer na passagem de turno, quer na transferência de doentes, utilizando para tal esta metodologia. A minha adoção desta medida melhora muito o processo de transição de cuidados, minimizando o risco de perda de informação pertinente acerca do doente, contribuindo para a segurança do processo de cuidados. Apesar desta metodologia estar instituída, nem sempre é cumprida por isso questionei os meus orientadores clarificando dúvidas e sensibilizando para a importância deste procedimento.

No EC realizado na QCS, com o intuito de adquirir esta competência e dar respostas às necessidades presentes (processo de certificação do novo serviço UHD), surgiu a necessidade de implementar, à semelhança do que se faz na restante instituição, um sistema de auditoria ao processo clínico, com a finalidade de identificar áreas de melhoria. Tive oportunidade de participar ativamente neste processo de auditoria e criar conjuntamente com a enfermeira orientadora, um enfermeiro da CQS e a equipa de enfermagem da UHD, um instrumento que permite auditar o processo clínico, na área de enfermagem (Apêndice II). Este instrumento permite a melhoria dos cuidados de enfermagem, identificando os pontos fracos e oportunidades de melhoria, criando espaço para desenvolver estratégias adequadas.

Considero que as auditorias aos cuidados são fundamentais para a sua melhoria contínua, dado que estes momentos, permitem obter uma visão abrangente de todos os cuidados que se realizam ao doente, permitem identificar falhas ou fragilidades neste processo, para posteriormente adotar medidas que minimizem essas falhas e promovam um ambiente terapêutico seguro. Assim, é fundamental que cada vez mais os enfermeiros se interessem por estes processos e o enfermeiro especialista, como elemento diferenciado na equipa tem o dever de acompanhar, motivar e até liderar estes processos.

Durante este percurso existiram vários momentos de reflexão e discussão com os diferentes profissionais que me acompanharam e me permitiram crescer enquanto futura enfermeira especialista. Tive oportunidade de refletir sobre a minha prática e melhorar os cuidados por mim efetuados, proporcionando mais qualidade ao doente e contribuindo para o meu crescimento e desenvolvimento. Considero a reflexão sobre a qualidade das minhas práticas, muito importante para a minha atuação enquanto futura enfermeira especialista.

2.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados

Com o intuito de adquirir esta competência acompanhei, durante alguns turnos os enfermeiros coordenadores nos diferentes locais onde desenvolvi os ensinamentos clínicos. Neste domínio o enfermeiro especialista deve ser capaz de conduzir e otimizar a resposta da sua equipa, de acordo com as diferentes situações e contextos que possam surgir, garantindo sempre a qualidade dos cuidados. Mais uma vez aqui se mostra a importância da tomada de decisão no processo de cuidados, indo de encontro ao que o Regulamento nº 140/2019 da OE menciona, em que todo o Enfermeiro Especialista deve ter capacidade de tomada de decisão para otimizar a prestação de cuidados.

Assim ao longo do meu percurso presenciei várias tomadas de decisão por parte dos coordenadores, para colmatar as necessidades e escassez de material e recursos humanos, garantindo uma melhor prestação de cuidados.

No SUG a escassez de recursos é notória principalmente quando surge a necessidade de efetuar transportes para outras instituições, dado a inexistência no CHL, de uma equipa de transporte intra ou inter-hospitalar. Deste modo o enfermeiro coordenador assume uma importante função na avaliação e alocação dos profissionais nas diferentes áreas de trabalho. Sempre que se efetua um transporte, o enfermeiro que acompanha o doente, deixa um posto de trabalho a descoberto, cabendo ao coordenador de turno a responsabilidade de alocação dos restantes profissionais de acordo com as necessidades presentes no momento e prevendo possíveis necessidades. Ainda neste âmbito o coordenador deve ter capacidade de decidir qual o elemento da equipa que está mais capacitado para efetuar aquele transporte.

Apesar das recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) (2008) mencionarem que o transporte secundário deve ser realizado por profissionais com experiência em reanimação, manuseamento e manutenção do equipamento, indo de encontro à MCEEMC no parecer nº 09/2017 que atesta que o enfermeiro com melhor formação para integrar equipas de transporte de doentes críticos ou equipas de emergência intra-hospitalar é preferencialmente o EEEMCPSC, nem sempre esta premissa foi respeitada.

Pude observar que apesar de ser recomendado pela MCEEMC que a sala de emergência seja sempre assegurada por enfermeiros com formação na área, isto nem sempre é possível, no entanto importa referir que muitos enfermeiros embora não tendo formação específica, têm competências para prestar cuidados nesta área, competências essas que foram adquiridas ao longo dos anos pela sua prática, tornando-se peritos como já foi mencionado anteriormente, sendo reconhecidos como elementos de referência nas nossas equipas de trabalho. Durante os vários ensinamentos clínicos tive oportunidade de tirar dúvidas e partilhar experiências com estes, são profissionais com uma visão mais alargada e conseguem antever inúmeras situações, sendo possível preparar previamente a equipa para dar resposta a essas situações, aumentando deste modo a segurança dos doentes.

O Enfermeiro Especialista assume também um papel de extrema importância na organização e gestão do serviço, indo de encontro ao que a OE menciona, quando refere que a especialização deve ser geradora de outras competências especialmente a nível da organização, gestão e supervisão de cuidados e assessoria. No SMI e na UCAP acompanhei as Enfermeiras Gestoras e pude presenciar, participar e refletir sobre os vários processos de gestão de recursos. Nestes serviços a distribuição dos doentes pelos enfermeiros do turno é realizada no período da manhã pela Enfermeira Gestora ou pelo enfermeiro coordenador. Contudo, sempre que houve necessidade de redistribuição do plano de trabalho a mesma foi realizada pelo coordenador do respetivo turno. A distribuição é feita tendo em atenção as necessidades de cuidados que cada doente apresenta, não sendo utilizada qualquer escala para análise da carga de trabalho. Assim apesar de estar preconizado a utilização da escala *Therapeutic Intervention Score System (TISS-28)*, para auxiliar na distribuição de doentes, presentemente esta medição não é feita; tendo o enfermeiro responsável, que se apoia na sua experiência para, melhor desempenhar este papel. Ao discutir com a minha enfermeira orientadora sobre a aplicabilidade deste instrumento percebi que no SMI os enfermeiros utilizavam esta escala, no entanto com o aumento significativo de doentes com COVID-19, a necessidade de cuidados especializados e o número reduzido de profissionais com competência para prestar cuidados a este tipo de doentes, abandonou-se esta prática, a meu ver de extrema importância na monitorização dos cuidados prestados. O abandono da utilização desta escala, prende-se também com o fato de a sua utilização não influenciar a gestão de cuidados nesta unidade. Este instrumento permite medir a quantidade de tempo que cada enfermeiro despende na prestação de cuidados aos doentes num período de vinte e quatro horas, tornando-se uma ferramenta importante na gestão das equipas de unidades de cuidados intensivos, indo de encontro ao que Severino et al. (2010) nos dizem no seu trabalho.

O TISS-28 é um instrumento que mede a quantidade de tempo que cada profissional de enfermagem despende, dentro de um período de vinte e quatro horas, em atividades de assistência direta aos doentes, sem incluir tarefas administrativas de cuidados, no entanto, esta medição contabiliza apenas a carga de trabalho das vinte e quatro horas anteriores, fato este que na minha opinião dada a grande instabilidade da maioria dos doentes internados na SMI, torna esta avaliação desatualizada, motivo pelo qual considero ter sido alvo de abandono pelos profissionais.

Para além do TISS-28 existe ainda a *Nursing Activities Score* (NAS). Este instrumento desenvolvido a partir do TISS-28 é, segundo Severino et al. (2010), mais representativo das intervenções de enfermagem realizadas, não dependendo da gravidade do doente, mas sim dos cuidados autónomos e interdependentes de enfermagem. Este instrumento descreve sensivelmente duas vezes mais tempo de cuidados de enfermagem utilizado num doente comparativamente ao TISS-28, sendo por isso mais real.

Pude ainda observar no SMI que os doentes afetos à área COVID-19, são distribuídos tendo em consideração o cálculo de rácio 1 enfermeiro para 1 doente. Esta área a meu ver é uma área mais exigente em termos físicos, dado que se trata de um espaço físico adaptado, com algumas falhas em termos de equipamentos. Esta área requer também o uso de equipamento de proteção individual, que limita a mobilidade na prestação de cuidados ao doente, daí que se cumpra sempre que possível a dotação de 1 enfermeiro para um doente indo de encontro ao que foi recomendado pela OE e MCEEMC no seu parecer nº 02/2020.

No serviço de urgência o cálculo das dotações seguras pode ser feito pelo número de postos de trabalho ou então pela contabilização das horas de cuidados segundo o Regulamento nº 533/2014 da OE. No SUG do HSA o cálculo do rácio de enfermeiros por doente, faz-se tendo em conta o posto de trabalho e o fluxo de doentes que comparecem ao SUG. A sobrelotação do SUG que se verificou durante o meu EC, fez-me questionar se estariam a ser cumpridos os rácios que estão preconizados para este serviço. A utilização destas formas de cálculo no SUG, nomeadamente a fórmula que se baseia nos postos de trabalho, indica que o número de enfermeiros no SUG é suficiente, no entanto naquele período alguns elementos encontravam-se ausentes ou com redução de horário. Para além disso, a contabilização deste número de enfermeiros tem em conta apenas a lotação máxima de doentes prevista para aquela área e, durante aquele período e com a instalação da pandemia, estas áreas muitas vezes tiveram o dobro ou mais doentes dos que seriam previstos na lotação máxima, sugerindo que o rácio não estaria a ser cumprido.

O elevado número de doentes dificulta o processo de escoamento dos mesmos, sendo difícil as equipas definirem um plano de cuidados ou plano de alta, dentro do tempo recomendado,

permanecendo muitos doentes vários dias no SUG. Esta sobrelotação dificulta cumprimento do rácio adequado de enfermeiros por cuidados ou posto de trabalho, assim a problemática do cálculo das dotações seguras depende também de uma gestão adequada dos doentes.

O Enfermeiro gestor e/ou na sua ausência o enfermeiro coordenador, são também os responsáveis pela gestão de materiais e medicamentos no serviço, solicitando sempre que necessário pedidos aos respetivos serviços fornecedores. Constatei que este posto de trabalho nem sempre é assegurado por um enfermeiro especialista, no entanto o enfermeiro que assume o posto de coordenador demonstra ter perfil e competências para assegurar essa função, capacidades que considero fundamentais para o bom funcionamento do serviço. Também o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento nº 101/2015), reconhece que esse lugar deve ser ocupado por quem demonstrar ter determinadas competências e poderá ser um enfermeiro de cuidados gerais desde que comprovada a sua competência para a função (Parecer conjunto nº 1/2017 do Conselho de Enfermagem e da MCEEC).

Convém ainda mencionar que todos os serviços onde realizei os ensinamentos clínicos encontram-se divididos em duas partes, uma com doentes negativos à COVID-19 e outra com doentes positivos à COVID-19, obrigando a uma avaliação diária por parte do enfermeiro gestor e coordenador do tipo de doente e quais os cuidados necessários para cada doente, para melhor ajuste da equipa de enfermagem.

Tanto na UCAP como no SMI a enfermeira gestora participa na passagem de turno de Enfermagem. Considero esta prática fundamental para estabelecer uma comunicação mais efetiva com a equipa, permitindo também desenvolver o plano de cuidados para os doentes. No meu entender é de extrema importância definir o plano de cuidados para o doente no início do turno pois, para além de me sentir integrada no plano, consigo fazer uma melhor gestão de prioridades, de forma a que o turno decorra com maior fluidez, e acima de tudo se possam prestar cuidados mais centrados na melhoria da qualidade.

Tive oportunidade de discutir o processo de avaliação da equipa de enfermagem segundo o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP) (Lei 66-B/2007 da Assembleia da República (2007)). Este processo, na minha opinião, não permite avaliar de uma forma correta a equipa de enfermagem, pois encontram-se pré-definidos limites em números de enfermeiros avaliados para atribuição das classificações, obrigando o enfermeiro gestor a escolher os enfermeiros a quem possam ser atribuídos as avaliações de “excelente” e “bom”. Assim, mesmo que no serviço existam mais enfermeiros com avaliações de “excelente” e “bom”, só alguns podem ser incluídos nestas classificações, o que torna este método de avaliação, a meu ver injusto.

2.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Neste domínio o enfermeiro, deve ser capaz de desenvolver autoconhecimento e aplicá-lo na sua prática, quer em contexto de prestação de cuidados diretos ao doente e família, quer em contexto de formação junto da sua equipa de trabalho.

Durante os vários ensinamentos clínicos tive inúmeras oportunidades para desenvolver esta competência.

Assim durante o EC no SUG, tive oportunidade de conhecer o funcionamento do gabinete de informação à família e pude observar a inserção e habilidades notáveis do enfermeiro, no processo de comunicação entre enfermeiro, familiar e doente, quer presencialmente quer telefonicamente. Durante este EC constatei que este posto de trabalho, assumiu uma importância maior, uma vez que estavam suspensas as visitas devido à pandemia, servindo este gabinete de ponte entre o doente e família. Na minha opinião os enfermeiros foram elementos fundamentais no processo de comunicação que foi afetado devido à circunstância pandémica. Para Meleis (2010) os enfermeiros são os principais cuidadores dos doentes e famílias em processos de transição, como é o caso nestas novas situações de doença. Também a OE (2017) considera que o EEEMCPSC tem um importante papel na gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica.

Ainda neste contexto de comunicação foi-me possível fazer parte da equipa multidisciplinar e estar presente num momento de transmissão de más notícias. Ferreira et al. (2018) citam Joekes (2007), afirmando que a adequada comunicação de más notícias, raramente é uma competência inata, para estes autores esta pode ser aprendida, treinada e aperfeiçoada.

Desenvolvi ainda alguns trabalhos escritos em linguagem CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) nos quais tive oportunidade de pesquisar acerca do processo comunicacional efetuado durante um *tabletop* em situações de catástrofe e controlo e avaliação da dor no pós-operatório.

Realizei um trabalho de investigação, que se encontra no capítulo 3 deste relatório e contribuiu igualmente para o desenvolvimento desta competência, indo de encontro ao que a OE refere no que concerne ao enfermeiro ser agente ativo no campo da investigação.

Para além destes trabalhos e com intuito de adquirir competências na vertente formativa em contexto de equipa de trabalho e, como foi uma necessidade que identifiquei no SMI aquando do meu EC, desenvolvi uma formação (Apêndice III) em parceria com duas colegas que se encontravam a desenvolver EC, no âmbito da especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica, da escola da Cruz Vermelha. A formação decorreu presencialmente no SMI e online,

através da plataforma *Teams*, sendo uma mais valia para os elementos que não tiveram de se deslocar à instituição. A apresentação foi efetuada em formato *PowerPoint*, existindo também uma parte mais prática onde foi possível, manusear os equipamentos para controlo de dor existentes no CHL, utilizados pela equipa da dor aguda. Para a realização desta formação foi necessário contactar os serviços informáticos do CHL, com o objetivo de instalar e disponibilizar a plataforma e acesso aos profissionais do serviço, tornando-se posteriormente uma ferramenta de formação para o serviço. Foi, a meu ver, uma experiência importante que me trouxe conhecimento através da pesquisa bibliográfica, e também pôs à prova as minhas capacidades na gestão de um conjunto de recursos materiais e humanos, para que tudo corresse sem percalços. Esta formação foi também uma mais valia para os enfermeiros do SMI, pois foi uma oportunidade de partilha de conhecimentos, entre nós estudantes e os enfermeiros que participaram.

No EC desenvolvido na CQS participei em duas formações no âmbito da melhoria da qualidade em saúde, denominadas: “Papel dos Indicadores para a melhoria da qualidade em saúde” (Anexo III) e “Gestão do Risco em saúde” (Anexo IV), ambas com duração de quatorze horas e sujeitas a uma avaliação final. Esta participação foi extremamente pertinente, uma vez adquirir ferramentas importantes que me permitiram dar resposta às necessidades da equipa de enfermagem da UHD, nomeadamente no procedimento associado à auditoria do processo clínico, que já mencionei anteriormente. Consegui, com estas formações, compreender melhor como se pode aplicar os sistemas de gestão da qualidade à área da saúde, particularmente a importância da existência de indicadores e monitorização dos mesmos no processo de melhoria contínua da qualidade, na prestação de cuidados ao doente. Estas áreas da saúde estão em crescimento e os enfermeiros têm um papel muito importante na sua implementação. Enquanto futura enfermeira especialista considero crucial que os enfermeiros sejam capazes de efetuar uma análise de risco, das várias etapas pelas quais o doente passa, com o intuito de identificar os riscos a que está sujeito e criar medidas que minimizem esses riscos, aumentando a segurança quer para o doente, que usufrui de cuidados de enfermagem, quer para os enfermeiros prestadores de cuidados.

Posso afirmar que a exposição a diversas situações de cuidado e o contato com múltiplas equipas, valorizou o meio onde desenvolvi competências e melhorei o meu autoconhecimento. Em suma as novas experiências vivenciadas, os desafios e medos que me proporcionaram momentos de reflexão, contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas são definidas pela OE como aquelas que decorrem das respostas humanas aos diferentes processos de vida e problemas de saúde inerentes para cada área de especialidade (Regulamento nº 140/2019).

Assim e tendo em conta que “a pessoa em situação crítica (PSC) é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018), as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica (EEMCPSC) englobam três domínios: cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (Regulamento nº 429/2018).

2.2.1. Domínio do cuidado à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

Esta competência foi desenvolvida essencialmente no SU e SMI, pois foi nestes ensinamentos clínicos que me deparei com pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. Estas situações proporcionaram-me inúmeros momentos de aprendizagem e permitiram mobilizar e aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos em contexto de sala de aula. Considero que a diferenciação destes serviços e a complexidade de situações que possam surgir nestas unidades, exigem um grande domínio de competências científicas, técnicas, éticas e de comunicação por parte dos enfermeiros que nelas prestam cuidados. Assim durante o meu EC foi-me possível adquirir muitas destas competências. No SU, acompanhei e participei na prestação de cuidados de saúde na sala de emergência, cuidei e apliquei protocolos em vários doentes com sintomatologia compatível com Acidente Vascular Cerebral (AVC), enfarte agudo do miocárdio, intoxicação, dispneia grave, vítimas de trauma e doentes em paragem cardiorrespiratória.

No CHL está bem definida e implementada a Via Verde AVC cumprindo totalmente a Norma de Orientação Clínica 015/2017 de 13 de julho da DGS. Considero a aplicação das Vias Verdes essencial para a eficácia do tratamento, isto porque permite reduzir o tempo de

atuação desde a apresentação dos primeiros sintomas, reduzindo as complicações e mortalidade associadas ao episódio. Foi possível perceber que as Vias Verdes, Coronárias, Trauma e Sépsis recomendadas pela DGS, ainda não estavam a funcionar em pleno, verifiquei que este processo se encontra a decorrer, estando a ser feita a atualização de protocolos.

As situações de trauma, de paragem cardiorrespiratória e intoxicação permitiram-me aplicar na prática os cuidados e intervenções adquiridas previamente em contexto de sala de aula tendo sido possível, em colaboração com a equipa da sala de emergência, priorizar as intervenções de enfermagem segundo o algoritmo de suporte básico e suporte avançado de vida da *American Heart Association Airway ((A) Via aérea) Breathing ((B) Ventilação) circulation ((C) Circulação)*, adotado no CHL.

Na sala de emergência o trabalho de equipa coordenado e rápido é fundamental, assim como a comunicação eficaz. Constatei que nestas situações o *Team Lider* estava bem definido, o que a meu ver é crucial neste tipo de abordagem, minimizado os tempos de atuação que são fundamentais para o sucesso dos cuidados e intervenções desenvolvidas, indo de encontro ao que Silva et al. (2014) referem no seu trabalho.

A necessidade de comunicação de notícias complexas ou más notícias surge frequentemente na prática diária dos enfermeiros que cuidam de doentes em situação crítica, como é o caso no SU ou no SMI. Ferreira, Araújo e Madeira (2018) referem Buckman (1984) que considera uma má notícia toda aquela que pode alterar drasticamente a perspetiva do doente no que diz respeito ao seu futuro. Estas autoras consideram a comunicação de más notícias como um desafio comunicacional intimidador, mas inevitável. De fato este processo é sempre complexo e não existe uma forma certa de o fazer, para além disso é importante perceber que esta competência não é inata. Ao longo dos anos têm sido efetuados vários estudos sobre esta temática, com a finalidade de desenvolver estratégias que melhorem este processo. Ferreira, Araújo e Madeira (2018), referem que os doentes querem que a informação que lhe é transmitida seja compreensível, personalizada e completa e apresentam ainda vários protocolos que facilitam a comunicação de más notícias, destacando o protocolo SPIKES - *Setting Perception Invitation Knowledge Emotions Strategy* que é um protocolo que pressupõe a realização de seis passos: preparar o contexto (*Setting*); perceber o que a pessoa já sabe (*Perception*); perceber o que a pessoa quer saber (*Invitation*); partilhar informação (*Knowledge*); responder às reações da pessoa (*Emotions*); planear o seguimento (*Strategy*). Este protocolo permite ao enfermeiro, perceber e avaliar o sistema de crenças e valores do doente e família, transmitindo a informação necessária e estabelecendo um adequado ambiente terapêutico. Assim a comunicação é uma importante ferramenta que o enfermeiro

possui e desenvolve no processo terapêutico (Phaneuf, 2005), o enfermeiro especialista deve ser capaz de desenvolver diferentes formas de comunicar promovendo a relação de ajuda com quem cuida, incluindo a família.

No SMI confirmei também a importância do *Team Lider* na prestação de cuidados, uma vez que a equipa de emergência interna do HSA, é composta por profissionais deste serviço. Particpei com esta equipa em 2 situações emergentes destacando uma, que me fez refletir sobre a forma como o *Team Lider* atuou mostrando que, de fato, um planeamento e uma boa organização, são fatores cruciais na atuação em situações de emergência. Durante o percurso até ao local da emergência o médico planeou em conjunto com a enfermeira a abordagem à vítima, tornando no local da ocorrência toda a atuação mais organizada e eficaz. Neste contexto teria sido importante a realização de um *debriefing* após esta ativação. O *debriefing*, para Janicas e Narchi (2019) citando Gardner, R. (2013), consiste numa reflexão sobre os procedimentos realizados durante o incidente e deve acontecer num clima agradável e de confiança. Estes autores consideram também, este momento uma oportunidade para promover o pensamento reflexivo onde se exploram emoções, e onde é feito um julgamento clínico permitindo reconhecer a conduta de enfermagem mais apropriada à situação vivenciada. Apesar de, na situação relatada, não se ter efetuado um *debriefing*, foi efetuada uma pequena reflexão entre mim e a enfermeira da equipa, que contribuiu para a identificação de algumas melhorias, nomeadamente no que diz respeito à organização do material na mala de emergência e à constatação de que deveria existir mais tempo para treino da equipa. A equipa de emergência interna é composta por enfermeiros com formação na área do doente crítico, indo de encontro com o que o MCEEMC recomenda no parecer nº 14/2018.

Ainda no SMI prestei cuidados ao doente crítico em todas as vertentes. Particpei na admissão na unidade; monitorização e vigilância hemodinâmica; elaboração do plano de cuidados; transporte inter-hospitalar para realização de exames complementares de diagnóstico, transporte do doente crítico ao bloco operatório e encaminhamento para enfermaria; execução de técnicas/procedimentos complexos (ventilação mecânica invasiva, aspiração de secreções brônquicas; técnicas de substituição renal, avaliação e interpretação da pressão venosa central, da pressão intra abdominal, colaboração na colocação de cateter venoso central e linha arterial). Particpei ainda, numa ação de formação sobre técnicas de substituição renal.

O meu envolvimento na prestação de cuidados a este tipo de doentes, permitiu-me criar estratégias para identificar precocemente possíveis sinais de instabilidade no doente. Urden, Stacy e Lough (2008) consideram que os doentes em cuidados intensivos apresentam um grande risco de instabilidade hemodinâmica ameaçando a vida, daí que o enfermeiro em cuidados intensivos deve conseguir mobilizar os seus conhecimentos, de modo a identificar e

resolver problemas de forma imediata, uma vez que o fator instabilidade e o risco de vida são uma constante neste tipo de doentes.

Pude compreender e aprimorar a prestação de cuidados em doente ventilados, Segundo Marcelino e Paulo (2009), o doente ventilado está sujeito a um procedimento de respiração artificial no qual é utilizado um ventilador mecânico, substituindo a função respiratória, com a finalidade de melhorar a oxigenação e a mecânica pulmonar. Tive a possibilidade de executar cuidados a doentes com tubo orotraqueal, garantindo a permeabilidade das vias aéreas; e todos os cuidados necessários a manutenção deste dispositivo nomeadamente o correto posicionamento e fixação, a verificação da adaptação à prótese ventilatória, a observação dos parâmetros respiratórios, a realização de nebulizações, aspiração de secreções, colheita de secreções para análise através de aspirado traqueo-brônquico, entre outros, sempre tendo em consideração as boas práticas de forma a reduzir o risco de infeção associada à ventilação mecânica. Aprendi como iniciar um desmame ventilatório e compreendi que antes de se iniciar este processo é necessário analisar vários fatores como: nível de consciência do doente, estabilidade hemodinâmica e fatores fisiológicos da mecânica ventilatória do próprio doente. Sendo este um processo progressivo, é importante que o enfermeiro esteja atento aos sinais de cansaço para a adaptação do doente à respiração espontânea ser um sucesso.

A higiene oral neste tipo de doentes assume uma grande importância, sendo por isso uma grande preocupação dos profissionais do SMI, e deste modo um dos cuidados que desenvolvi em todos os turnos foi a higienização da cavidade oral (normalmente é efetuada uma vez por turno ou sempre que necessário), indo de encontro ao que Rodrigues, Sousa e Nascimento (2018), afirmam quando referem que os cuidados de higiene à cavidade oral no doente crítico internado nos cuidados intensivos devem ser uma prioridade. Esta necessidade deve-se ao fato destes doentes permanecerem a maior parte do tempo com a boca aberta, devido à intubação orotraqueal, provocando a desidratação da mucosa oral e diminuição do fluxo de saliva, favorecendo o aparecimento de infeções nesta mucosa (Santos et al, 2008 citado por Inocêncio et al., 2019).

Durante este EC, tive oportunidade de cuidar de um doente submetido a hemodiafiltração, esta é uma técnica que permite a substituição da função renal e está indicada em doentes com insuficiência renal aguda. Apesar de ter estado pouco tempo com este doente, tive oportunidade de discutir com o enfermeiro orientador, a importância desta técnica e o seu mecanismo de atuação, no processo de recuperação deste doente, bem como todos os cuidados inerentes à utilização desta técnica invasiva. Tive o privilégio de ter como orientador um enfermeiro, que tem uma larga experiência com este tipo de procedimentos, conseguindo esclarecer muitas das dúvidas que levantei. A monitorização hídrica é um dos cuidados diários

que é necessário prestar a todos os doentes internados no SMI, e exige um elevado rigor por parte dos enfermeiros, neste tipo de doentes submetidos a hemodiafiltração o cuidado é ainda mais relevante, para manter o adequado balanço hídrico do doente. O balanço hídrico consiste na diferença de líquidos administrados ao doente e os líquidos eliminados pelo mesmo, num determinado intervalo de tempo.

Quer no SUG, quer no SMI foi possível por em prática vários protocolos implementados no CHL, como por exemplo o protocolo associado a monitorização da glicémia capilar. No SUG o protocolo que mais utilizei prende-se com a administração de insulina por via subcutânea, no SMI para além deste protocolo, está também implementado um protocolo diz respeito à administração de insulina por via endovenosa em perfusão contínua. Outro protocolo ao qual recorri frequentemente no SMI, foi o protocolo associado à monitorização do valor do potássio. Assim em conjunto com os enfermeiros do SMI, efetuei diariamente e sempre que necessário colheitas de sangue para gasometrias, para monitorização de possíveis desequilíbrios metabólicos, pondo em prática sempre que necessário o protocolo de correção de hipocaliémia.

A avaliação e a monitorização da dor é outra preocupação relativa ao bem-estar do doente em situação crítica, no SMI tive oportunidade de contribuir na prestação deste tipo de cuidados. A avaliação da dor já faz parte da minha prática diária enquanto enfermeira, no entanto a maioria dos doentes com os quais contatei, encontravam-se sedados, tornando esta avaliação um desafio. Assim para avaliar a dor neste tipo de doentes utilizei a escala visual-analógica e *Behavioral Pain Scale* (BPS), esta última é recomendada pela SPCI (s.d.) pois tem em conta as características dos doentes internados no SMI. A BPS é uma escala subjetiva que avalia os comportamentos dos doentes que não comunicam que se encontram sedados e ventilados (SPCI, s.d.). Nas situações em que foi identificado dor consegui gerir algumas medidas não farmacológicas e também farmacológicas, proporcionando o alívio da mesma e bem-estar ao doente. Para além desta escala utilizei também a Escala de Braden, sendo possível avaliar o risco de úlcera de pressão, presente nestes doentes.

Para além das escalas anteriormente mencionadas está recomendado a utilização da escala *Richmond Agitation/Sedation Scale* (RASS), que permite avaliar o nível de sedação dos doentes. Rasheed et al (2019) referem no seu estudo que a sedação e analgesia dos doentes internados para além dos benefícios que geram, podem também estar associados a inúmeros efeitos adversos, tornando-se importante a sua monitorização. Estes autores consideram o uso da escala de RASS bastante eficaz na avaliação do nível de sedação dos doentes em cuidados intensivos, por isso a sua utilização é um instrumento importante, que permite melhorar a prestação de cuidados pelos enfermeiros a este tipo de doentes.

Na CQS, a aquisição desta competência pautou-se não pela prestação direta de cuidados ao doente, mas sim pela reflexão e sobre alguns instrumentos de trabalho existentes no CHL e que podem ser importantes ferramentas no processo de prevenção de ocorrência de situações emergentes como foi o caso da Instrução de trabalho – Alerta Precoce de Agravamento dos Doentes (Anexo V) que permite detetar precocemente sinais de deterioração do estado de saúde do doente. Os enfermeiros, são os profissionais de saúde que desencadeiam este procedimento com os seus registos e avaliações de enfermagem, gerando um alerta no processo do doente internado, sendo por isso profissionais de eleição para a aplicação desta instrução de trabalho. No entanto, recentemente, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) introduziram uma nova escala de avaliação do doente obrigando a uma atualização desta instrução de trabalho (Anexo VI). Esta escala acrescenta a avaliação de alguns parâmetros na anterior escala utilizada no CHL, como a avaliação da necessidade de oxigenoterapia e a avaliação do estado de consciência através da Escala de Coma de *Glasgow*. Após análise e discussão com a Enfermeira Orientadora, considero que a aplicação da nova escala, não permite uma avaliação adequada do processo de deterioração do doente dado que quando é feita a avaliação do estado de consciência do doente, a escala gera um *score* perante o doente naquele momento mas, no entanto caso o doente já tenha alteração do estado de consciência previamente (como doentes afásicos ou com demência avançada), o *score* gerado não tem em consideração essa alteração prévia, ou seja, assume sempre que a alteração do estado de consciência é um dano novo, na avaliação do doente, pondo em causa a apreciação da deterioração do estado de saúde do doente.

2.2.2 Domínio da dinamização da resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Esta competência por vezes nem sempre é fácil de adquirir, dado que a sua aquisição implica para além do planeamento de possíveis situações de emergência e catástrofe, a participação ativa em equipas multidisciplinares que se juntam para dar resposta a estas problemáticas. No entanto no SUG foi-me proporcionada a oportunidade de participar num exercício de *Tabletop* com os colegas de estágio, com os enfermeiros orientadores e especialistas e a enfermeira do SUG responsável pela formação. Este *tabletop* tinha como base o procedimento de catástrofe do SUG do CHL. Os *tabletops* são essenciais para a preparação e prontidão em situações de catástrofe ou emergência multivítimas, uma vez que permitem que, quando o evento ocorra, os intervenientes apliquem as suas habilidades, conhecimentos e recursos da melhor forma (Evans & Schwartz, 2019). Estas simulações a meu ver permitem em contexto de sala, levantar hipóteses de atuação que podem ser adequadas ou não,

proporcionando aos envolventes oportunidades de reflexão e discussão, identificando possíveis falhas do Plano de Emergência (PE) e efetuando medidas corretivas. Estas estratégias salvaguardam o normal funcionamento dos serviços e testam tempos de respostas, meios de evacuação, circuitos, meios de comunicação (entre outros), procurando melhorar o tipo de resposta e corrigindo possíveis falhas.

A DGS esclarece na sua Orientação nº 007/2010 que as Unidades do Sistema Nacional de Saúde devem elaborar um PE e que este é uma ferramenta essencial na avaliação dos meios de reação das Unidades de Saúde face a uma situação de crise, onde se encontram definidas regras ou normas gerais de atuação. Constatei com a atual crise pandémica que o PE do CHL apenas se encontra direcionado para situações de multivítimas, na sua maioria de trauma. No entanto, para dar resposta à situação pandémica, o CHL criou uma *Task Force* que desenvolveu um plano de resposta para COVID-19. A elaboração desta equipa foi fundamental pois permitiu que o CHL conseguisse mobilizar meios e recursos para dar resposta às exigências que se apresentaram. Esta equipa planeou e geriu esta situação pandémica identificando recursos humanos capacitados para dar resposta, criando unidades dedicadas à COVID-19 e gerindo inúmeros recursos materiais, desde Equipamentos de Proteção Individual (EPI) a ventiladores. Após discussão com o orientador sobre a importância desta equipa, constatei que depois da dissolução da mesma não foi feita uma análise retrospectiva da sua atuação, por falta de tempo, no entanto esta análise na minha ótica seria uma etapa importantíssima, pois seria possível estudar as diferentes tomadas de decisão e desenvolver um plano para atuar no futuro de um modo mais eficaz e eficiente perante situações idênticas. Esta análise ou *debriefing*, como já foi referido anteriormente, permitiria identificar os pontos fortes e os pontos fracos no desenrolar desta situação pandémica no CHL, potencializando a sua resposta no futuro.

O PE do CHL foi alvo de revisão durante o período em que desenvolvi o EC na CQS, pelo que tive oportunidade de participar nesta revisão contribuindo com a minha experiência, pesquisa bibliográfica e os conhecimentos adquiridos aquando da componente letiva do presente mestrado. Pude conhecer melhor o PE, refletir e discutir com o enfermeiro orientador e o responsável de elaboração do PE alguns aspetos que foram necessário atualizar (Anexo V). Foi sugerida a criação de uma bolsa de formadores internos, devidamente certificados, para dotar os profissionais de competências no combate a incêndios, dado que no PE está indicada a necessidade desta competência por parte das equipas de primeira intervenção (equipas compostas por todos os colaboradores presentes), facilitando o processo formativo neste âmbito.

Na minha opinião o PE é um instrumento de segurança com grande importância em qualquer instituição, por isso é extremamente importante que todos os funcionários o conheçam e saibam pôr em prática. Verifiquei que dada a complexidade da sua operacionalidade este não é testado regularmente apesar de existir um plano formação anual do CHL, do qual constam ações de formação que permitem aos funcionários conhecerem o PE e, pôr em prática algumas situações de emergência. Assim, a meu ver, é importante que os representantes das várias instituições de saúde tomem consciência desta lacuna e sejam promotores de condições para cumprir as orientações da DGS nº 007/2010 de 6 de outubro, no que diz respeito às formações recomendadas como: reação das equipas em caso de um alerta; gestão em situações de crise e formação de líderes em gestão de crise. De igual modo os enfermeiros especialistas devem ser agentes promotores destas formações nas suas equipas e difundir junto das mesmas o plano de emergência e catástrofe e, criar condições no serviço para testar os planos de emergência no mínimo uma vez por ano (regulamento nº 429/2018). O *International Nursing Coalition for Mass Casualty Education* (2003), recomenda que todos os enfermeiros devem ter conhecimentos suficientes e competências para identificar uma potencial catástrofe e saber atuar perante a mesma, isto é, devem saber proteger-se, proteger os outros, analisar a situação e providenciar cuidados e recursos necessários.

2.2.3. Domínio da maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo adequado

Os doentes críticos encontram-se mais suscetíveis às IACS não só devido à sua debilidade imunológica, mas também porque se encontram sujeitos a monitorizações e procedimentos invasivos. É nesta ótica que importa realçar a necessidade de práticas cuidadas de prevenção de infeção. As IACS são cada vez mais uma preocupação a nível mundial. Estas infeções aumentam o tempo de internamento e conseqüentemente os custos associados, sendo por isso alvo de intervenção a nível mundial.

A nível nacional, e seguindo orientações internacionais, a DGS desenvolveu algumas estratégias para dar resposta a esta problemática implementando um Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (DGS, 2017), recomendando a adoção de vários feixes de intervenção e Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI) (DGS, 2012) pelas instituições.

O CHL adotou estas medidas de modo a prestar melhores cuidados aos doentes e minimizar as IACS. Nos vários ensinamentos clínicos tive oportunidade de aplicar estas medidas e refletir

sobre elas. Assim, a constante sobrelotação do SUG fez-me refletir, sobre o cumprimento da meta 5, já referenciada anteriormente, e que visa a redução do risco de infeções nosocomiais, não só pela limitação de espaço, mas também pelo número reduzido de dispositivos médicos (monitores, termómetros, glucómetros) e o número elevado de usuários que dificultam a correta higienização entre utilizações. A excessiva movimentação de macas condiciona também o cumprimento desta meta, uma vez que os profissionais do SUG para poderem chegar a um doente têm que, repetidamente mover macas, quebrando um dos momentos definidos pela Norma nº 007/2019 DGS no que toca ao procedimento de desinfeção das mãos. Já no SMI o cumprimento da meta 5 é feito de modo exímio por todos os profissionais que cuidam do doente.

Constato que no SMI e na UCAP os doentes são todos submetidos, à admissão na unidade, a rastreios microbiológicos a *Klebsiella Pneumoniae* produtora de *Carbapenemases* (KPC) DGS (2017c) e *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA) DGS (2015), para minimizar e reduzir o risco de infeções nosocomiais. Estes rastreios são a meu ver fundamentais, pois são um importante passo na identificação precoce de possíveis infeções, minimizando os riscos contaminações cruzadas, protegendo doentes e profissionais e contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A DGS (2015), com o objetivo de prevenir a colonização e infeção por MRSA, recomenda o seu rastreio e descolonização do doente, com banho com cloro-hexidina a 2% nos primeiros 5 dias, acompanhado de higiene oral também com cloro-hexidina a 2%, no mesmo período. Estas recomendações contribuem a meu ver para a minimização desta problemática mundial.

No SMI a frequência de ocorrência de infeções nosocomiais é muito superior à dos doentes internados na restante instituição hospitalar (Cavaleiro, 2010), quer seja pela gravidade do estado clínico do doente, quer pelo número elevado de procedimentos invasivos a que este se encontra exposto. No SMI a maioria dos doentes que cuidei estavam entubados e ventilados mecanicamente e possuíam acessos vasculares centrais, sendo possível observar e participar na implementação de feixes, como o feixe da prevenção da Pneumonia associada à ventilação invasiva (Norma Orientação Clínica 021/2015 da DGS) e o feixe prevenção da infeção associada ao CVC (Norma Orientação Clínica 022/2015 da DGS), estando estes 2 feixes devidamente protocolados e implementados no serviço. Ao longo deste EC, pautei a minha prestação de cuidados tendo em consideração estes feixes assim, nos doentes ventilados, tive o cuidado de manter a cabeceira a 30°, avaliei a pressão do *cuff* do tubo traqueal, discuti com os enfermeiros orientadores a possibilidade de redução de sedação, participei em vários processos de desmame ventilatório e, como já mencionei anteriormente procedi, à higienização oral diária com cloro-hexidina a 2%. Já nos doentes que possuíam

acessos venosos centrais tive o cuidado de avaliar diariamente possíveis sinais inflamatórios no local de inserção, efetuar a dupla desinfeção com álcool a 70º nos pontos de acesso (sempre que tive necessidade de os utilizar) e realizar a mudança de penso cumprindo a técnica asséptica e o intervalo recomendado. Estes cuidados foram sempre alvo de registo no processo individual de cada doente, garantindo assim também a continuidade de cuidados.

Em diálogo com os enfermeiros percebi, que existe também um protocolo direcionado para o feixe relacionado com a prevenção associada ao catéter vesical, mas que ainda não está devidamente codificado pela instituição não se encontrando, durante a minha permanência neste serviço, a ser aplicado na sua totalidade. Na minha ótica a adoção das atitudes recomendadas pelo feixe poderá influenciar de modo positivo a prevenção de infeção associada ao catéter vesical indo de encontro à Norma Orientação Clínica nº 019/2015 da DGS. Assim, ainda há caminho a percorrer para minimizar a problemática mundial das IACS. Considero que os enfermeiros especialistas têm competências que lhes confere capacidade para dinamizar a implementação destas medidas nos diferentes locais onde exercem funções.

Para além da implementação dos protocolos acima mencionados na minha prestação de cuidados, procurei orientar sempre a minha conduta cumprindo as PBCI, nomeadamente a adequação dos EPI à prestação de cuidados e a higienização adequada das mãos nos cinco momentos recomendados pela Norma nº 007/2019 da DGS (2019).

No EC na CQS, participei no processo de vigilância epidemiológica de doentes com KPC e MRSA, cumprindo o procedimento institucional e dando resposta a exigência da DGS.

Uma vez que este EC decorreu também no espaço físico da UCAP, tive oportunidade de colaborar, no processo de reorganização e gestão da UCAP, com a alocação de doentes infetados ou colonizados em quartos de isolamento ou *coorte*, bem como no processo de desinfeção dos mesmos. Neste processo de desinfeção foram utilizados equipamentos de luz ultravioleta, que são manobrados pela equipa da PPCIRA.

Tendo em consideração a situação pandémica (declarada pela Organização Mundial de Saúde no dia 3 de março de 2020) em que vivemos, existe também no CHL um procedimento de rastreabilidade de doentes com COVID-19, procedimento esse que foi sofrendo alterações em consonância com as alterações também apresentadas pela DGS na Norma nº 019/2020 de 26 de outubro. Os vários estudos desenvolvidos sobre esta doença concluíram que a transmissão da COVID-19 se processa por via aérea, podendo originar infeções respiratórias graves, podendo para além destas alterações surgir ainda alterações gastrointestinais, especialmente em crianças (Velavan & Meyer, 2020). Sendo este meio de transmissão difícil de controlar é importante que se identifique precocemente esta infeção, para implementar as

medidas necessárias para conter esta disseminação, como a retirada do doente infetado, testagem e o isolamento profilático dos restantes doentes que estiveram em contato com o mesmo. A necessidade de isolamento profilático e testagem dos doentes com intervalos de tempos específicos após o contato com o infetado, deve-se ao período de incubação do vírus ser um pouco alargado. Velavan e Meyer (2020) consideram que o período de incubação pode chegar até 5 dias sem que existam sintomas associados, daí ser importante monitorizar estes doentes. Assim, foi possível também intervir neste processo de rastreabilidade desenvolvido na UCAP, abrangendo todos os doentes internados negativos à COVID-19, que passaram a repetir teste ao quinto dia de internamento no CHL. Os doentes internados a partir do serviço de urgência dedicado a doentes respiratórios, repetem ainda teste à COVID-19 ao décimo dia de internamento. Este procedimento assume grande importância na qualidade e segurança do doente, pois minimiza o risco de transmissão de COVID-19 na instituição, protegendo os doentes e profissionais.

PARTE II- INVESTIGAÇÃO

TÍTULO: ADESÃO À NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES PELOS ENFERMEIROS: DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

RESUMO

Enquadramento: A segurança na prestação de cuidados de saúde é um fator que assume grande importância. Grande parte dos incidentes ou eventos adversos associados à prestação de cuidados podem ser evitados, desde que sejam notificados.

Objetivo: Avaliar a opinião dos enfermeiros do bloco operatório relativamente à adesão às notificações de eventos adversos; conhecer as barreiras à notificação e as estratégias a adotar para promover a mesma.

Metodologia: Estudo de investigação-ação sendo a recolha de dados efetuada com recurso a dois questionários eletrónicos no período de 25 de fevereiro a 15 de março de 2022. Participaram no estudo 62 Enfermeiros do Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar de Leiria.

Resultados: As principais barreiras identificadas pelos participantes foram: a falta de cultura de reporte, sobrecarga de trabalho, ausência de *feedback*, esquecimento, conhecimento insuficiente sobre o sistema informático e o que reportar. As estratégias identificadas pelos profissionais como promotoras do processo de notificação foram a formação, o *feedback* e os *debriefings*.

Conclusão: As instituições devem criar condições favoráveis a prática de notificação.

Palavras-chave: Enfermagem; Eventos adversos; Notificação; Barreiras

Abstract

Background: Safety in the provision of health care is a factor of great importance. A large part of incidents or adverse events associated with the provision of care can be avoided, as long as they are reported

Objective: Evaluate the opinion of operating room nurses regarding adherence to adverse event notifications; to know the barriers to notification and the strategies to be adopted to promote the same.

Methodology: An action-research study, data collection was carried out using two electronic questionnaires in the period from February 25 to March 15, 2022. Sixty-two nurses participated in the study at the Central Operating Room of Centro Hospitalar de Leiria.

Results: The biggest barriers identified by the participants were: the lack of a reporting culture, work overload, lack of feedback, forgetfulness, insufficient knowledge about the system and what to report on. The strategies identified by professionals as promoters of the notification process were training, feedback and debriefings.

Conclusion Institutions must create favorable conditions for the practice of notification.

Keywords: Nursing; Adverse Events; Notification; Barriers

Resumen

Antecedentes: La seguridad en la prestación de los servicios de salud es un factor de gran importancia. La mayoría de los incidentes o eventos adversos asociados con la prestación de atención pueden evitarse, siempre que se notifiquen.

Objetivo: Evaluar la opinión de los enfermeros de quirófano sobre la adherencia a las notificaciones de eventos adversos; conocer las barreras a la notificación y las estrategias a adoptar para promoverla.

Metodología: Estudio de investigación acción, con recolección de datos realizada mediante dos cuestionarios electrónicos del 25 de febrero al 15 de marzo de 2022. Participaron del estudio 62 enfermeras del Quirófano Central del Centro Hospitalar de Leiria.

Resultados: Las principales barreras identificadas por los participantes fueron: falta de cultura de reporte, sobrecarga de trabajo, falta de retroalimentación, olvido, conocimiento insuficiente sobre el sistema de TI y qué reportar. Las estrategias identificadas por los profesionales como promotores del proceso de notificación fueron la formación, la retroalimentación y los *debriefings*.

Conclusión: Las instituciones deben crear condiciones favorables para la práctica de la notificación.

Palabras llave: Enfermería; Eventos adversos; Notificación; barreras

INTRODUÇÃO

A segurança na prestação de cuidados de saúde é um fator que assume grande importância. Existem vários estudos que mostram que grande parte dos incidentes ou eventos adversos associados à prestação de cuidados podem ser evitados (Siman et al., 2017; Hung et al., 2016). Ao longo dos anos foram desenvolvidos vários trabalhos com o intuito de conhecer quais são os incidentes que ocorrem durante a prestação de cuidados e que põem em risco a vida do doente. Levine et al. (2020) afirmam que falar sobre os erros médicos é um comportamento essencial, por partes dos prestadores de cuidados e que tem como principal objetivo manter a segurança do doente. Todavia, para identificar estes incidentes é preciso que alguém os relate e registre, isto é, os notifique, pois só assim é possível identificá-los. Os enfermeiros são elementos fundamentais nos hospitais (Levine et al., 2020), com competências e capacidade de dar resposta a esta necessidade. No entanto, apesar destas competências a notificação de eventos adversos apresenta valores muito baixos em todo o mundo (Yung et al., 2016) apresentando uma incidência entre 5% e 17%, sendo que 60% podem ser evitados (Siman et al., 2017). Estes autores referem que em Portugal, existe uma ocorrência de 11,1% e 42% a 66% podem ser evitados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e União Europeia (UE) recomendam aos Estados Membros, a avaliação da cultura de segurança, de forma a introduzir mudanças nos comportamentos dos profissionais, alcançando melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes, assim a Direção Geral da Saúde (DGS), definiu como prioridade e objetivo estratégico para 2021-2026, fortalecer a segurança dos cuidados de Saúde e delineou cinco pilares para suportar os seus objetivos estratégicos (Despacho nº 9390/2021). Um desses pilares remete-se para a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, onde se inserem objetivos como o incentivo à notificação e o aumento em 20% das notificações de incidentes de segurança.

Face a este contexto e com o intuito de avaliar a opinião dos enfermeiros do bloco operatório relativamente à adesão às notificações de eventos adversos; conhecer, quais são as barreiras à notificação de eventos adversos assim como as estratégias a adotar para promover a notificação dos mesmos, foi elaborado este estudo.

1. ENQUADRAMENTO

Cole et al. (2019) citam Black (2011) e descrevem eventos adversos como todo o procedimento executado no doente e do qual pode resultar potencial dano. Siman et al. (2017) referem que os incidentes que estão associados à prestação de cuidados, podem ser também denominados como eventos adversos, e classificados como circunstância de risco ou quase risco (*near-miss*).

Para os investigadores da *Agency for Healthcare Research & Quality* (AHRQ), um evento adverso pode ser evitável e consiste numa lesão causada pelo tratamento médico podendo prolongar o internamento. Conjuntamente com este termo surge o termo “erro” que é definido como um ato incorreto ou omissão, com um resultado indesejável e potencialmente perigoso (AHRQ, 2019).

O bloco operatório é um serviço complexo e com algumas particularidades (Despacho nº 1400-A/2015), que é propício à ocorrência de eventos adversos. Por este motivo, vários autores (Lozito et al., 2018) preocuparam-se em perceber quais as razões que condicionam estes profissionais a notificar incidentes ou eventos adversos, para posteriormente desenvolver estratégias que aumentem os processos de notificação.

Existem diferentes fatores que influenciam a decisão de notificar, ou não, eventos adversos por parte dos enfermeiros. Vários autores (Cole et al., 2019; Hammoudi et al., 2018; Yang et al., 2020; e Yung et al., 2016) referenciaram o medo como uma barreira à notificação. Para estes autores, este sentimento de medo surge aliado ao ambiente de trabalho, capacidade de resposta dos supervisores, suporte dado pelos colegas de trabalho e à existência ou não de uma cultura de segurança.

Relativamente ao ambiente de trabalho é importante perceber que segundo AHRQ (2019) citado por Cole et al. (2019) o ambiente para prestar cuidados de saúde seguros é essencial para minimizar os eventos adversos e melhorar a qualidade dos cuidados, e engloba aspetos como: um ambiente sem culpa, onde é possível relatar incidentes sem medo de repreensão ou punição; um local onde pode ser estimulada a procura de soluções para problemas de segurança do doente; e ainda deve existir um compromisso organizacional com recursos capazes de solucionar problemas relacionados com a segurança dos cuidados.

As consequências interpessoais e organizacionais devem ser consideradas quando se fala em erros médicos e englobam punições, para quem notifica os erros (Levine et al., 2020), criando uma cultura de medo (Hammoudi et al., 2018).

Levine et al. (2020) mencionam vários autores que consideram que a capacidade de resposta do supervisor engloba o respeito dos líderes e a justiça face à exposição e relato dos

funcionários de um erro ou problema. Esta resposta implica ainda capacitação de funcionários com autoridade, autonomia e responsabilidade (Gao, Janssen & Shi, 2011 citado por Levine et al.,2020). Também a falta de *feedback* positivo sobre o erro cometido interfere na notificação (Hammoudi et al.,2018). Não existindo este tipo de resposta por parte dos supervisores, os enfermeiros tendem a não notificar eventos adversos.

A perspetiva dos enfermeiros que relatam incidentes perante a avaliação dos colegas de trabalho, pode influenciar a vontade, ou não, destes notificarem (Hung et al., 2016). Estes autores verificaram que a atitude positiva dos colegas de trabalho face ao relato de erros, aumenta a vontade dos enfermeiros em notificar. Reforçando estudos anteriores que demonstram que os enfermeiros estão preocupados com a impressão negativa de sua competência perante os colegas de trabalho e enfermeiros supervisores (Hung et al., 2016). A falta de tempo e escassez de enfermeiros é outra causa que impede o processo de notificação (Chiang et al.,2019).

A segurança do doente é uma prioridade para os serviços de saúde (Levine et al.,2020). Para promover uma cultura de segurança, Dennison (2005) citado por Levine et al.(2020), sugere várias estratégias nas quais se incluem aderir a políticas cujo objetivo é a segurança do doente; usar adequadamente a tecnologia; adotar uma abordagem não punitiva à comunicação de erros; comunicação eficaz, colaboração e apoio administrativo, bem como falar sobre erros médicos, pois permite uma aprendizagem sobre o processo que acompanha a ocorrência do erro (Levine et al.,2020 e Hung et al., 2016).

Chiang et al. (2019), consideram a cultura de relato de incidentes, um elemento importante na cultura de segurança do doente, e que pode ser definido como valores partilhados, crenças. Estes autores concluíram que o envolvimento dos enfermeiros nas práticas de segurança dos doentes tem um efeito positivo na vontade de relatar incidentes, comprovando o que outros estudos já mencionavam.

Para além dos fatores associados ao sentimento de medo, Hammoudi et al. (2018) referem ainda a definição de erro (apesar de não apresentar um resultado significativo para o relatório de incidentes) e o esforço necessário para relatar o erro (sendo o tempo despendido um elemento muito importante no processo), como motivos que influenciam o relato de erros pelos enfermeiros. Estes autores consideram que os processos complexos que estão associados à notificação de incidentes, e que aumentam o esforço dos enfermeiros são uma barreira.

Hung et al. (2016) avaliaram ainda fatores como: características do enfermeiro, nomeadamente o altruísmo e tipo de serviço e concluíram que o altruísmo assume um

importante papel neste processo, pois os enfermeiros que possuem esta característica tendem a ter atitudes positivas, face à notificação de incidentes.

Lozito et al. (2018), com o seu estudo, mostraram a necessidade de melhorar a comunicação, e educação da equipa perioperatória sobre a importância de relatar um evento adverso para proporcionar um ambiente de cuidados seguro ao doente.

A pesquisa efetuada permitiu perceber que a adoção de estratégias como: formação sobre o processo de notificação e importância deste na segurança do doente; um sistema de notificação padronizado e acessível; *debriefing*; *feedback* do processo de notificação (Lozito et al., 2018; Levine et. al, 2020); sensibilização por parte da liderança de oportunidades de aprendizagem com a notificação do evento adverso (Cole et al.,2019), assim como opinião positiva e valorização dos pares; o anonimato; a implementação de uma cultura livre de culpa, medo e represálias; o reconhecimento por parte da liderança (Hung et al., 2016 e Chiang et al.,2019), favorecem o processo de notificação.

É importante que se consigam desenvolver estratégias que levem os enfermeiros a notificarem mais, instituir culturas organizacionais que promovam a notificação de incidentes e que sejam capazes de criar mecanismo de feedback positivo nos indivíduos que notificam, minimizando o sentimento de medo que os acompanha.

2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

- Qual é a opinião dos enfermeiros do bloco operatório relativamente à adesão às notificações de eventos adversos?
- Quais são, na opinião dos enfermeiros, as barreiras à notificação de eventos adversos?
- Quais são, segundo os enfermeiros, as estratégias a adotar para promover a notificação dos eventos adversos?

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de investigação-ação em que foram desenvolvidas apenas as duas primeiras fases. Este tipo de estudo é segundo Lomax (1990) citado por Coutinho et al (2009, p.360) “uma intervenção na prática profissional com a intenção de proporcionar uma melhoria”. Coutinho et al (2009) consideram que a investigação ação tem maior proximidade do contexto real, pois permite analisar a realidade ou contexto, planificar, agir ou implementar intervenções com o intuito de melhorar as práticas e analisar o resultado das medidas implementadas. Estes autores caracterizam esta metodologia de pesquisa fundamentalmente prática, e que tem como objetivo resolver dilemas reais. Neste tipo de estudo o investigador não é somente um agente externo, pois para além da pesquisa teórica intervém no contexto ou realidade em estudo, sendo considerados agentes de mudança. Importa ainda referir que

este tipo de estudo assenta numa espiral, isto é, as fases do estudo como: planificação, ação, observação e reflexão, repetem-se de forma contínua (Coutinho et al, 2009).

Este foi desenvolvido no Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar de Leiria (CHL), nos meses de fevereiro e março de 2022. A implementação das estratégias e a avaliação da eficácia das mesmas não foi possível dada a limitação de tempo provocado pela situação pandémica. Da amostra fazem parte 62 enfermeiros que exercem funções no bloco operatório. A amostra é segundo Marotti et al (2008) o conjunto representativo de indivíduos estudados que pertencem a uma população, sobre a qual o investigador pretende recolher informação. A investigadora optou por uma amostra não probabilística intencional. Como critérios de inclusão, foram definidos: ser enfermeiro, exercer funções no Bloco Operatório Central do CHL, não foram definidos critérios de exclusão.

Para uma melhor visualização do que foi realizado apresenta-se a seguir um diagrama:

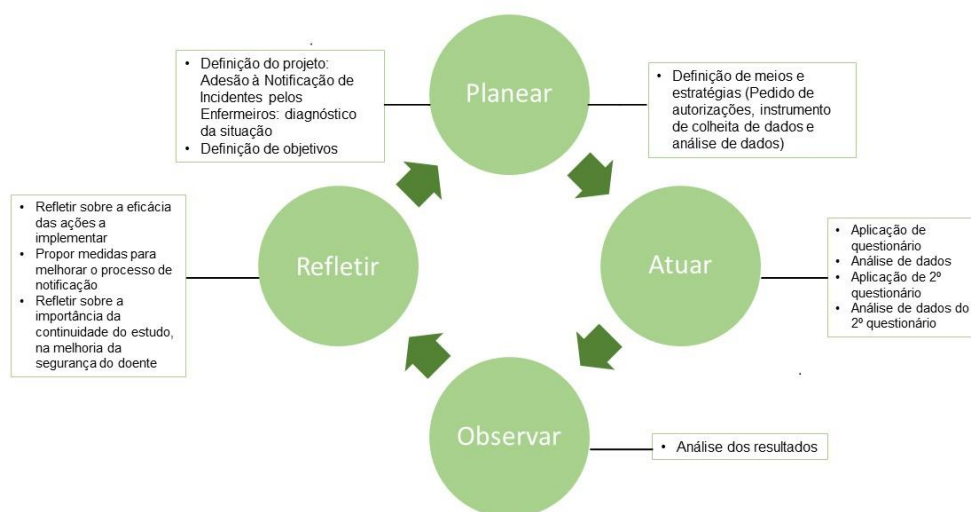


Figura 1 - Diagrama do estudo

Para o diagnóstico da situação recorreu-se a um questionário elaborado para o efeito (Apêndice IV) composto por 5 partes: parte I - caracterização socioprofissional; parte II - opinião face ao processo de notificação existente na instituição; parte III - registo de eventos adversos; parte IV - barreiras à notificação; parte V - estratégias a implementar para promover a notificação. Esta última parte pretendia dar resposta às propostas de solução decorrentes das situações apontadas pelos enfermeiros.

Após o tratamento e análise dos dados e, no sentido de validar as propostas, a investigadora, aplicou um segundo questionário (Apêndice V) a um grupo de 8 enfermeiros pertencentes à

amostra. Estes pronunciaram-se sobre o grau de concordância perante as possíveis medidas a aplicar no serviço, utilizando-se para tal uma escala de resposta tipo *Likert* sendo 1 – discordo totalmente; 2 – discordo; 3 – indiferente; 4 – concordo e 5 – concordo totalmente, com justificação das opções.

A seleção destes 8 enfermeiros foi baseada na acessibilidade e responsabilidade que o mesmo tem na definição e implementação de melhorias de qualidade.

Os instrumentos de colheita de dados, em ambos os momentos, foi aplicado via eletrónica através dos *e-mails* institucionais a todos os enfermeiros do bloco operatório. A participação no estudo foi voluntária sendo possível cada participante desistir a qualquer momento, tendo igualmente sido garantido a confidencialidade e o anonimato.

A análise de dados foi efetuada com base na estatística descritiva, tendo por base o programa de *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

As perguntas de resposta aberta, foram contabilizadas através de frequências relativas e absolutas em virtude do texto apresentado não permitir outro tipo de tratamento.

O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética do CHL (Ref. CE nº 11/22) respeitando a Norma 015/2013 da Direção-Geral da Saúde. (Apêndice VI) e pelo Conselho de Administração do CHL (Apêndice VII).

4. RESULTADOS

A) Caraterização do problema

A amostra é composta por enfermeiros, com idades compreendidas entre os 28 e 60 anos ($46,02 \pm 10,4$) sendo 83,9% (52) do sexo feminino e 16,1% (10) do sexo masculino; 20% (13) apresentam tempo de serviço entre 10-14 anos e 20-24 anos sendo a média de $29,02 \pm 52,6$. Os 62 inquiridos trabalham em média há $16,3 \pm 11,3$ anos.

Quando questionados acerca do processo de notificação existente na instituição (CHL) 89,1% identifica o sistema de notificação como capaz de garantir o anonimato e 81,3% a confidencialidade; 65,6% considera o sistema facilitador do registo, no entanto 73,4% não consideram o sistema motivador do registo. 92,2% da amostra considera que a notificação contribui para a cultura de segurança; 90,6% diz que promove a aprendizagem e 95,3% considera o processo de notificação importante na prevenção de incidentes e eventos adversos (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das respostas da amostra quanto à sua opinião sobre o sistema de notificação existente na instituição

Sistema existente:	Sim		Não		Não respondeu	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Permite anonimato	57	89,1	6	9,4	1	1,6
Permite confidencialidade	52	81,3	11	17,2	1	1,6
É facilitador do registo	42	65,6	20	31,3	2	3,1
É motivador do registo	16	25,0	47	73,4	1	1,6
Contribui para a cultura de segurança	59	92,2	3	4,7	2	3,1
Promove a aprendizagem dos erros	58	90,6	5	7,8	1	1,6
Importante na prevenção incidentes/eventos adversos	61	95,3	2	3,1	1	1,6

A Tabela 2, surge na sequência da anterior mostra os resultados da justificação das opções à questão - Promove a aprendizagem dos erros. Em virtude das respostas serem curtas e indicativas optou-se por enumerá-las, sendo que o maior número se verificou no indicador mudança de práticas.

Tabela 2 - Distribuição das respostas da amostra quanto à justificação da sua opinião sobre a promoção da aprendizagem com a notificação de eventos adversos

	Nº	%
Correção do erro	6	8,5
Mudança de práticas	17	23,9
Aprendizagem com o erro	14	19,7
Alerta para ocorrência de erro	2	2,8
Prevenção do erro	10	14,1
Identificação do erro	8	11,3
Promoção de reflexão/discussão	9	12,7
Promoção de formação	1	1,4
Aumenta a segurança	4	5,6
Falta de feedback	0	0

Verificou-se 34,4% das respostas da amostra relativamente à justificação da importância da notificação na prevenção da ocorrência de incidentes e eventos adversos verificou-se no indicador prevenção do erro sendo que 23,4% acha importante para a mudança de práticas (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das respostas da amostra quanto à justificação da sua opinião quanto à importância da notificação na prevenção da ocorrência de incidentes e eventos adversos

	Nº	%
Identificação do erro	10	15,6
Correção do erro	8	12,5
Prevenção do erro	22	34,4
Aprendizagem com o erro	4	6,3
Mudança de práticas	15	23,4
Contribuição para o aumento da segurança	3	4,7
Reflexão	2	3,1

Constatou-se que no último ano apenas 20,3% dos inquiridos tiveram formação sobre prevenção de incidentes e eventos adversos e 12,5% sobre o sistema de notificação existente (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das respostas da amostra quanto à formação realizada no último ano

Formação sobre:	Sim		Não		Não respondeu	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prevenção de incidentes/eventos adversos	13	20,3	50	78,1	1	1,6
Sistema de incidentes/eventos adversos	8	12,5	55	85,9	1	1,6

Quando questionada sobre os eventos adversos que já lhe ocorreram e quais é que notificaram, verificou-se que a avaria ou defeito em dispositivo médico foi o evento que mais ocorreu com 44,3%; seguindo-se a falta de exames, análises ou preparação que impeça procedimento ou cirurgia com 35,9%; reação adversas a medicamentos com 26,03%; troca de dados dos doentes (23,19%); erro identificação de doente (23,81%), quedas (28,9%) e erro na administração de produtos/fármacos (18,84%). Relativamente à notificação destes eventos verificou-se uma baixa notificação, sendo relatado apenas 11,59% das quedas, 6,34% de erro de identificação de doente, 6,32% de avaria ou defeito em dispositivo médico, seguindo-se a reação adversas a medicamentos e o erro na administração de produtos/fármacos com 4,11% (Tabela 5).

Em síntese, ocorreram mais eventos adversos do que os que registaram.

Tabela 5 - Distribuição das respostas da amostra quanto ao tipo de eventos adversos que lhe ocorreram e se foram ou não notificados

	Ocorrência *				Notificação*				Total	
	Sim		Não		Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Morte inesperada	8	12,12	48	72,73	0	0,00	10	15,15	66	100
Dano permanente/ inesperado	5	7,81	49	76,56	2	3,13	8	12,50	64	100
Troca de bebé ao nascimento	3	4,84	54	87,10	1	1,61	4	6,45	62	100
Reação transfusional grave com morte	4	6,45	53	85,48	1	1,61	4	6,45	62	100
Reação transfusional	5	8,06	51	82,26	1	1,61	5	8,06	62	100
Erro na administração de sangue	6	9,68	52	83,87	1	1,61	3	4,84	62	100
Reação adversas a medicamentos	19	26,03	39	53,42	3	4,11	12	16,44	73	100
Reações anafiláticas com dano ou morte	5	8,06	54	87,10	0	0,00	3	4,84	62	100
Erro na administração de produtos/fármacos	13	18,84	43	62,32	1	1,45	12	17,39	69	100
Abuso sexual e/ou violência no trabalho	4	6,67	49	81,67	0	0,00	7	11,67	60	100
Procedimento invasivo/cirurgia doente errado	3	4,92	54	88,52	0	0,00	4	6,56	61	100
Procedimento invasivo/cirurgia local errado	5	8,20	51	83,61	0	0,00	5	8,20	61	100
Procedimento invasivo/cirurgia errada	5	8,06	52	83,87	0	0,00	5	8,06	62	100
Lesão de outros órgãos durante cirurgia	8	12,70	48	76,19	1	1,59	6	9,52	63	100
Retenção de objeto/compressa em doente	6	9,68	51	82,26	0	0,00	5	8,06	62	100
Contagem incorreta de compressas	11	16,67	46	69,70	1	1,52	8	12,12	66	100
Falta de exames, análises ou preparação que impeça procedimento ou cirurgia	28	35,90	29	37,18	2	2,56	19	24,36	78	100
Erro na avaliação do doente	11	17,46	43	68,25	0	0,00	9	14,29	63	100
Troca de dados dos doentes	16	23,19	37	53,62	2	2,90	14	20,29	69	100
Erro na identificação de doente	15	23,81	38	60,32	4	6,35	6	9,52	63	100
Fogo, fumo ou chama inesperada	6	9,52	50	79,37	0	0,00	7	11,11	63	100
Morte materna intraparto/cesariana	4	6,45	53	85,48	0	0,00	5	8,06	62	100
Quedas de doentes	20	28,99	37	53,62	8	11,59	4	5,80	69	100
Avaria ou defeito em dispositivo médico	35	44,30	20	25,32	5	6,33	19	24,05	79	100

A amostra foi questionada, tendo de responder “concordo” ou “discordo” sobre um conjunto de possíveis barreiras que condicionam o processo de notificação. Com base nessas barreiras os inquiridos concordaram que a falta de cultura de reporte (79,7%) e a sobrecarga de trabalho (79,7%) são as maiores barreiras, seguindo-se a ausência de *feedback* (75%), desconhecimento do que reportar (71,9%), esquecimento (67,2%) e conhecimento insuficiente sobre sistema (64,1%) (Tabela 6).

Para além das barreiras referidas anteriormente foram referidas a falta de *feedback* (2), falta de computadores disponíveis (1), plataforma não intuitiva (1), resistência pela equipa ao processo de notificação (1) e não se consegue notificar (ex: maus tratos e mobbing) (1).

Tabela 6 - Distribuição das respostas da amostra quanto às barreiras face ao processo de notificação existente na instituição

Barreiras à notificação	Concordo		Discordo		Não respondeu	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medo de punição pela instituição	28	43,8	35	54,7	1	1,6
Medo de discriminação pela equipa	28	43,8	35	54,7	1	1,6
Medo de sanções judiciais	25	39,1	38	59,4	1	1,6
Receio da reação de superiores hierárquicos	37	57,8	26	40,6	1	1,6
Falta de cultura de reporte	51	79,7	11	17,2	2	3,1
Desconhecimento do que reportar	46	71,9	17	26,6	1	1,6
Dificuldade na utilização do sistema de notificação	37	57,8	26	40,6	1	1,6
Sistema de notificação pouco acessível	28	43,8	34	53,1	2	3,1
Sobrecarga de trabalho	51	79,7	12	18,8	1	1,6
Esquecimento	43	67,2	20	31,3	1	1,6
Ausência de <i>feedback</i>	48	75,0	14	21,9	2	3,1
Registo não contribui para qualidade de cuidados	17	26,6	44	68,8	3	4,7
Não notificação porque evento não causou dano	9	14,1	54	84,4	1	1,6
Conhecimento insuficiente sobre sistema	41	64,1	20	31,3	3	4,7
Aprendo com incidente por isso não é necessário notificar	12	18,8	51	79,7	1	1,6
Receio de discussão de incidente no serviço	9	14,1	54	84,4	1	1,6
Dificuldade de utilização/ falta de funcionalidade do sistema	41	64,1	22	34,4	1	1,6
Desmotivação	49	76,6	12	18,8	3	4,7

Para perceber quais as estratégias, que serão necessárias, para promover a notificação foi efetuada uma pergunta de resposta aberta, na qual se constatou que 21,3% das respostas considera a formação como a principal estratégia a implementar seguindo-se o *feedback* (19,4%) e a existência de uma plataforma ou sistema informático mais intuitivo. O incentivo por parte da liderança (8,3%), o aumento do tempo disponível (6,5%) e a eliminação da cultura de culpa (6,5%), são também estratégias que poderão, segundo os enfermeiros, melhorar a notificação (tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das respostas da amostra quanto às estratégias para promover a notificação de eventos adversos

Estratégias promotoras da notificação de eventos adversos	N	%
Aumentar cultura de reporte	1	0,9
Incentivo por parte do líder	9	8,3
Valorização do profissional que reportou	2	1,9
Formação	23	21,3
Eliminar cultura de culpa	7	6,5
Proteção do profissional que notifica	2	1,9
<i>Feedback</i>	21	19,4
<i>Debriefing</i>	9	8,3
Sistema informático/ plataforma intuitiva	20	18,5
Tempo para <i>debriefing</i> e notificar	7	6,5
Obrigatório	1	0,9
Motivação da equipa	4	3,7
Ser feito em equipa	2	1,9

Foi ainda questionado o que deveria ser efetuado com os registos dos eventos adversos sendo que 36,8%, das respostas foram que a informação deve ser divulgada e deve haver *feedback* da notificação; 15,8% entende que a notificação deve ser alvo de análise e discussão em equipa e 13,2% refere que a informação da notificação deve ser utilizada para implementar medidas corretivas (tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das respostas da amostra quanto ao que deveria ser efetuado com os registos das notificações dos eventos adversos

	Nº	%
identificação da causa	3	3,9
Divulgação/ <i>feedback</i>	28	36,8
Análise e discussão em equipa	12	15,8
Incentivo à notificação	5	6,6
Apoio por parte da liderança	2	2,6
Correção do evento adverso	4	5,3
Medidas corretivas	10	13,2
Promover e identificar necessidades de formação	7	9,2
Promover a cultura de segurança	2	2,6
Tratamento estatístico	3	3,9

B) Proposta de resolução do problema

Perante a problemática evidenciada, é fundamental que se tomem algumas medidas de modo a melhorar o processo de notificação. Assim, tendo em conta a opinião demonstrada pela amostra, propõe-se como medidas a implementar: desenvolver de forma sistemática junto dos profissionais formação sobre o processo de notificação e sua importância; formação sobre a

utilização do *software* de notificação existente na instituição (uma vez por ano) e criação de um espaço físico ou virtual (ex. *Newsletter* do Bloco Operatório) onde possam ser divulgados os eventos notificados e qual a proposta ou medida tomada para resolução dos mesmos. Poderá ainda ser definido um espaço e tempo para discussão e análise em equipa dos eventos adversos notificados (ex.: uma vez por mês marcar reunião com a equipa do serviço onde serão apresentados os eventos adversos ocorridos e notificados, sendo possível discutir e encontrar formas de os corrigir, minimizar ou eliminar).

Para validar estas propostas as mesmas foram devolvidas à amostra tendo para tal sido aplicado um questionário a um grupo de 8 enfermeiros pertencentes à amostra, sobre o grau de concordância perante as possíveis medidas a aplicar no serviço, utilizando-se para tal uma escala de resposta tipo *Likert* sendo 1 – discordo totalmente; 2 – discordo; 3 – indiferente; 4 – concordo e 5 – concordo totalmente, com justificação das opções.

As respostas apresentadas apresentam um grau de concordância de 4 (25%) e 5 (75%), para as propostas: desenvolver de forma sistemática junto dos profissionais formação sobre o processo de notificação e sua importância, e criação e implementação de um espaço e de tempo para discussão e análise em equipa dos eventos adversos notificados; 4(12,5%) e 5 (87,5%) para formação sobre a utilização do *software* de notificação existente na instituição; e 5 (100%) para a criação de um espaço físico ou virtual (ex. *Newsletter* do Bloco Operatório) onde possam ser divulgados os eventos notificados e qual a proposta ou medida tomada para resolução dos mesmos.

Tabela 9 – Grau de concordância para propostas a implementar

	5 - Concordo Totalmente		4 - Concordo		3 - Indiferente		2 - Discordo		1 - Discordo Totalmente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Formação sistemática sobre o processo de notificação	6	75	2	25	0	0	0	0	0	0
Formação sobre a utilização do <i>software</i> de notificação do CHL	7	87,5	1	12,5	0	0	0	0	0	0
Criação de um espaço físico/virtual para divulgação	8	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Criação de espaço/tempo para discussão/análise de equipa	6	75	2	25	0	0	0	0	0	0

Face ao exposto os profissionais consideram que há estratégias mais importantes que outras a implementar.

A amostra inquirida justificou a sua opinião quanto ao nível de concordância perante a formação sobre a notificação e o sistema implementado no CHL como facilitador do processo de notificação (63%) e sensibilizador da importância do mesmo (50%). Perante a criação de um espaço de divulgação da informação sobre as notificações, a amostra justificou a sua posição afirmando que permite consciencializar a equipa (13%) das práticas efetuadas no serviço e o acesso à informação permite melhorar as mesmas (63%). Por fim, perante a

medida, criação de um espaço para discussão e análise em equipa dos eventos adversos notificados, amostra justificou a sua opinião afirmando que a análise destes eventos, permite identificar e melhorar as práticas de cuidados desenvolvidas no serviço.

5. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos mostram que, assim como Cole et al. (2019), os enfermeiros do bloco operatório do CHL, consideram o processo de notificação importante para manter a cultura de segurança (92,2%). Constatou-se que o anonimato e a confidencialidade são fatores determinantes para que os enfermeiros se sintam seguros quando desencadeiam uma notificação. Apesar disso a amostra caracteriza o sistema de notificação instituído como desmotivador (73,4%), sendo que esta opinião sobre o sistema informático, interfere no processo de notificação que se torna reduzido em termos de número, suportando o que Siman et al. (2017) referem sobre o baixo registo de eventos adversos em Portugal.

95,3% dos inquiridos referem ser importante notificar os eventos adversos, pois é possível desta forma mudar práticas, identificar e prevenir erros futuros.

Relativamente à instrução da amostra sobre a prevenção de incidentes/eventos adversos e o sistema de notificação implementado na instituição, foi possível constatar que no último ano apenas 20,3% (prevenção de incidentes/eventos adversos) e 12,5% (sistema de notificação) tiveram formação. Este é também um fator que condiciona o processo de notificação, dado que os enfermeiros desconhecem ou esquecem a importância deste processo, não estando despertados para o fazer. Lozito et al. (2018), consideram a educação da equipa perioperatória, sobre a importância de relatar um evento adverso, relevante para promover a notificação. Do mesmo modo o reporte dos eventos adversos está condicionado, pelo fato dos enfermeiros não serem informados sobre como funciona e como aceder ao sistema de notificação implementado no CHL. Também Hammoudi et al. (2018), mostra que os processos complexos que estão associados à notificação de incidentes, e que aumentam o esforço dos enfermeiros são uma barreira.

A amostra foi inquirida sobre o tipo de eventos que já lhe ocorreram e que notificaram. Para melhor categorizar os eventos adversos, a investigadora apoiou-se nos eventos adversos obrigatórios a notificar e outros, que se encontram inseridos na plataforma de notificação existente no CHL. Esta plataforma difere das plataformas existentes nas outras instituições, pois os parâmetros definidos foram categorizados internamente, para dar resposta às necessidades da instituição. Deste modo, apesar de haver estudos que identificam as ocorrências notificadas pelos profissionais, como o estudo desenvolvido por Lima et al. (2018), não é possível fazer uma verdadeira comparação. Assim, constatou-se, como já foi referido,

que o número de ocorrências de eventos adversos é superior ao número de eventos notificados, sendo os eventos adversos mais frequentes e que condicionam a segurança do doente: as avarias/defeitos nos dispositivos médicos, seguindo-se a falta de exames, análises ou preparação que impedem o procedimento ou cirurgia, reação adversas a medicamentos, troca de dados dos doentes, erro de identificação do doente, quedas e erro na administração de produtos/fármacos. Os dados recolhidos vão de encontro ao relatório do 4º Trimestre de 2019, do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (Direção Geral da Saúde (DGS), 2019), à exceção das avarias/defeitos nos dispositivos médicos que foi o um dos evento mais notificado pelos enfermeiros do Bloco, este dado poderá dever-se ao fato de este tipo de notificação não estar diretamente relacionado com a qualidade de cuidados prestados pelo enfermeiro que notifica, concordando com o trabalho de Hung et al.(2016), segundo os quais a perspetiva dos enfermeiros que relatam incidentes, pode influenciar a vontade, ou não, de notificarem.

Os dados relacionados com os dispositivos médicos poderão ainda ser justificados pelas particularidades e especificidades inerentes ao serviço inquirido, uma vez que o bloco operatório é um ambiente de prestação de cuidados mais complexo com grande quantidade de equipamentos de elevada tecnologia (Despacho nº 1400-A/2015).

O elevado número de notificações acerca de avaria ou defeito em dispositivo médico (44,3%) e a falta de exames, análises ou preparação que impeça procedimento ou cirurgia (35,9%), sugere que os inquiridos notificam mais facilmente os eventos que estão relacionados com a prestação de cuidados de outros profissionais, do que com a sua, confirmando uma das principais barreiras sentidas pela a amostra, que é a falta de cultura de reporte (79,7%). Chiang et al. (2019) referem que uma cultura de notificação positiva, em que é enfatizado a aprendizagem como um fator que promove a notificação, e não a cultura de punição, melhora o processo de notificação. Esta falta de cultura de reporte evidenciada pelos enfermeiros do bloco, está também associada ao sentimento de medo, visto 57,8% dos inquiridos concordarem que uma das barreiras sentidas face ao processo de notificação existente na instituição é, o receio da reação de superiores hierárquicos, comprovando o que a pesquisa bibliográfica evidenciou nos estudos de Cole et al. (2019); Hammoudi et al. (2018); Yang et al. (2020); e Yung et al. (2016).

Para além da falta de cultura de reporte, os enfermeiros referem como limitações a sobrecarga de trabalho (79,7%), a ausência de *feedback* (75%); desconhecimento do que reportar (71,9%); esquecimento (67,2%) e conhecimento insuficiente sobre o sistema informático (64,1%). Estes dados são comprovados por Lima et al (2018) no seu estudo sobre a “Preceção dos profissionais de saúde das limitações à notificação”.

A sobrecarga de trabalho é uma limitação comprovada por Hung et al. (2016), pois estes autores consideram que a sobrecarga de trabalho limita o tempo disponível para efetuar a notificação. O desconhecimento do que reportar é também uma grande barreira à notificação, presumindo-se que muitos enfermeiros não notifiquem por não saber o que é necessário notificar. Resende et al. (2020) referem que os enfermeiros, não consideram relevantes incidentes que não resultam em dano para o doente e este poderá ser um dos fatores de desconhecimento que interfere no processo de notificação.

O estudo permitiu ainda apurar quais as estratégias necessárias para promover o processo de notificação, sendo a formação (21,3%) e o feedback (19,4%) as ações mais importantes que, segundo a amostra, poderão mudar a sua postura quando for necessário notificar algum incidente ou evento adverso. Lozito et al, (2018) no seu estudo constataram que o número de notificações aumentou após ser efetuada formação. A formação permite, segundo a amostra, orientar os enfermeiros no que notificar e como notificar e também sensibilizar a equipa da importância da notificação, na promoção de cuidados seguros. Estes autores constataram também que a implementação de *debriefings* melhorou o número de reportes, isto porque os funcionários sentiram um envolvimento positivo neste processo e, conseqüentemente ficaram mais dispostos a notificar, comprovando os dados recolhidos neste estudo.

Perante esta análise propõem-se como estratégias a implementar:

- Formação anual sobre a temática em questão. No seu trabalho Lozito et al. (2018) instruiu os elementos da equipa sobre como relatar eventos adversos e obteve durante um período de nove meses relatos de eventos comprovando, de certo modo, a eficácia desta medida. Estes autores consideram a formação fundamental para que os elementos da equipa se sintam capacitados em reportar sem que haja repercussões;

- Criação de um espaço facilitador de *feedback* e de um momento e espaço que permita a realização de *debriefings*. Leong e cols. citado por Lozito et al. (2018), constataram que os *debriefings* após o evento contribuem para a melhoria da segurança do doente. Estes autores concluíram que a implementação desta medida abriu espaço para os funcionários apresentarem soluções para melhorar o processo de prestação de cuidados.

Assim sugere-se criar uma equipa de trabalho no serviço com a finalidade de promover e desenvolver formação anualmente sobre a importância do processo de notificação na promoção da segurança do doente; formação sobre a utilização da plataforma de notificação de incidentes existente no CHL (esta formação poderá ser presencial ou *e-learning*). Esta equipa ficará responsável por solicitar trimestralmente ao Gabinete de Gestão de risco (grupo de trabalho da instituição responsável pelo tratamento de dados e encaminhamento das notificações efetuadas) os dados relativos às notificações efetuadas no Bloco e respetivas

resoluções e encaminhar para o grupo responsável pela *Newsletter* do Bloco Operatório, criando neste meio de comunicação um espaço de divulgação sobre esta temática. Para além destas medidas, como referido anteriormente, esta equipa será também responsável por dinamizar uma reunião/*debriefing* para discussão de eventos adversos ocorridos de modo a encontrar estratégias para os minimizar ou eliminar no futuro. Esta reunião pode ser integrada no período de transição de cuidados, ou em outro definido só para o efeito, tendo em conta a organização do serviço e será constituída pelos elementos envolvidos na ocorrência, os enfermeiros gestores e outros que queiram participar.

Foram identificadas como limitações ao estudo o fato da investigadora ser enfermeira neste serviço e o tema do trabalho suscitar algumas questões relativas à boa prática de cuidados, condicionado de alguma forma as respostas ao questionário. A não implementação das estratégias identificadas para promover a notificação e a sua respetiva avaliação de eficácia é também uma limitação deste estudo, assim como, o fato da amostra incluir apenas enfermeiros e ser limitada a um serviço de prestação de cuidados muito específico, não retratando a realidade da restante instituição.

6. CONCLUSÃO

De um modo geral este estudo permitiu perceber que os enfermeiros consideram a notificação de eventos adversos um processo importante que permite melhorar a prestação de cuidados aumentando a segurança do doente.

No entanto, como é evidenciado no presente estudo, este processo apresenta ainda várias barreiras à sua execução como a falta de cultura de reporte, sobrecarga de trabalho, ausência de *feedback*, esquecimento, conhecimento insuficiente sobre sistema e o sobre o que reportar. Sendo por isso fundamental adotar e implementar estratégias como formação, *feedback* e *debriefings*. É fundamental que a instituição adote uma política de incentivo à notificação.

Sugere-se a continuação deste estudo com uma nova análise da amostra após implementação das medidas propostas, apurando os efeitos destas intervenções na amostra.

Sendo a segurança dos doentes cada vez mais importante na nossa sociedade, é fundamental a realização de trabalhos como este, para perceber quais os fatores que condicionam estas práticas, implementando as medidas necessárias e promovendo a notificação, para cada vez mais prestar cuidados de excelência.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O presente relatório aliado aos diferentes EC e à reflexão das práticas permitiram o meu crescimento tanto a nível pessoal, como profissional, pois este percurso envolveu um conjunto de aprendizagens e permitiu a mobilização de inúmeros conhecimentos, contribuindo assim para a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista. Estas práticas são fundamentais na formação de todos os profissionais, permitindo uma prestação de cuidados de qualidade.

Inicialmente senti algumas dificuldades, pois a chegada a cada novo serviço, com dinâmicas completamente diferentes das que exerço no meu dia a dia, despoletou em mim alguma ansiedade. O querer dar resposta na prestação de cuidados e não conhecer o serviço e a dinâmica, fez-me retroceder no tempo e recordar os momentos em que fui aluna do curso base. Percebemos que de fato estamos sempre em constante aprendizagem.

Este Mestrado foi extremamente desafiante, pois saí da minha zona de conforto enquanto profissional de enfermagem, tendo feito um percurso evolutivo muito positivo, que levou a conseguir atingir os objetivos a que me propus.

Este percurso despertou em mim a necessidade de desenvolver competências numa área que está em expansão, a investigação. Esta assume cada vez mais um papel importante na nossa sociedade, assim, como futura enfermeira especialista, posso afirmar que a capacidade e competências para dar resposta a este desafio está ao nosso alcance. Enquadrado neste relatório, está também no terceiro capítulo, um estudo de investigação sobre uma temática a meu ver importantíssima, pois permite promover cuidados de qualidade e excelência ao doente, e que me permitiu desenvolver competências nesta área.

Durante a elaboração deste relatório, foquei apenas os aspetos que considerei mais relevantes, pois a limitação de conteúdo obrigou-me a resumir as minhas reflexões, que foram imensas e não se limitaram a esta descrição, tendo sido partilhadas e discutidas com os profissionais que me receberam e com todos os enfermeiros orientadores que dedicaram parte do seu tempo no meu crescimento e desenvolvimento enquanto futura Enfermeira Especialista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ) (2019). *Patient safety primer: adverse events, near misses, and errors rockville, USA*. <https://psnet.ahrq.gov/primer/adverse-events-near-misses-and-errors>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. (nº RT 09/2013). 1-32. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf
- Chiang, Hui-ying; Lee, Huan-Fang; Lin, Shu-Yuan; Ma, S. (2019). Factors contributing to voluntariness of incident reporting among hospital nurses. *Jornal Nursing Management*, 27, 806–814. <https://doi.org/DOI:10.1111/jonm.12744>
- Cole, D. A., Bersick, E., Skarbek, A., Cummins, K., Dugan, K., & Grantoza, R. (2019). The courage to speak out: A study describing nurses' attitudes to report unsafe practices in patient care. *Journal of Nursing Management*, 27(6), 1176–1181. <https://doi.org/10.1111/jonm.12789>
- Conselho Jurisdicional (2001). Parecer N.º CJ/20: Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira M., Vieira, S. (2009). *Investigação- Ação: Metodologia Preferencial nas Práticas Educativas. Psicologia Educação e Cultura* (pp.455-479). Braga: Instituto de Educação Português- Universidade de Minho
- Despacho nº 13427/2015 do Ministério da República. Diário da República: II série, Nº 228, 20/11, pp. 33814-33816. <https://www.dre.pt>
- Despacho nº 3635/2013 de 7 do Ministério da Saúde (2013). *Diário Da República: II Série*, p.8528–8529 <https://dre.tretas.org/pdfs/2013/03/07/dre-307481.pdf>
- Despacho nº 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República: II Série, nº 187/2021. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho nº 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República: II Série, nº 187/2021. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho nº 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República: II série, nº 187/2021, pp. 1865 - 1866. <https://dre.tretas.org/dre/4672700/despacho-9390-2021-de-24-de-setembro>
- Despacho nº1250/2020 da Direção Geral da Saúde. (2020). *Diário Da República: II Série*, p.125–127. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1250-2020-128571977>
- Despacho nº1400-A/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República: II Série, nº28. <https://dre.pt/dre/analise-juridica/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Despacho nº1400-A/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República: II Série, nº28. <https://dre.pt/dre/analise-juridica/despacho/1400-a-2015-66463212>
- DGS (2019). Relatório de Progresso de Monitorização do 4º Trimestre do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/notifica-rpm-2019_4-pdf.aspx
- DGS (2019). Relatório de Progresso de Monitorização do 4º Trimestre do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes. https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/notifica-rpm-2019_4-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde (2010). Orientação nº007/2010: Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. 1-125. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2012). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). P 1–4. Acedido a 1 de maio 2021. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Norma Nº018/2014: Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados* 1–24. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde (2017). Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral Da Saúde. p. 1-8. Acedido a 5 de agosto 2021. Disponível em <https://www.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Norma nº 007/2019: Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. p 1-46. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2020). Norma 019/2020 – COVID-19 Estratégias Nacional de Testes para SARS-CoV-2. p1-15. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25079/norma-019-2020-covid-19-estrat%C3%A9gia-nacional-de-testes-para-sars-cov-2-atualizada-a-12012022.pdf>
- Direção-Geral da Saúde, PPCIRA (2017). Prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. *Direção-Geral Da Saúde*, 1-20. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/destaques/recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos-pdf.aspx>
- ESSLei, Conselho Técnico-científico (2018). Guia de elaboração de trabalhos académicos – Manual de Referências para a elaboração de trabalhos académicos na ESSLei. Pdf
- Evans, C., & Schwartz, R. (2019). Using Tabletop Exercises as an Innovative and Practical Teaching Strategy in Response to External Disaster Scenarios. *Nursing Education Perspectives*, 40(1), 62-64. doi:10.1097/01.nep.0000000000000308
- Ferreira, S. R., Araújo, A. L., & Madeira, N. (2018). Comunicação de más notícias. In *Psicologia na Medicina* (LIDEL Edic, pp. 527–538).
- Fonseca, A. M. da, Campos, A. C. V., Cotta, F. M. P., Borelli, L. da R., Dutra, B. S., & Santana, J. C. B. (2010). Reflexões éticas sobre o cuidado humanizado na percepção dos enfermeiros. *Revista Ciência & Saúde*, 3(1), 2–8.
- Guimarães, P.R.B. (2012). *Métodos Quantitativos Estatísticos*. Brasil. IESDE. http://arquivostp.s3.amazonaws.com/qcursos/livro/LIVRO_metodos_quantitativos_estatisticos_paulo.pdf
- Hammoudi, B. M., Ismaile, S., & Abu Yahya, O. (2018). Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1038–1046. <https://doi.org/10.1111/scs.12546>
- Hung, C. C., Lee, B. O., Liang, H. F., & Chu, T. P. (2016). Factors influencing nurses' attitudes and intentions toward medication administration error reporting. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(3), 345–354. <https://doi.org/10.1111/jjns.12113>
- Inocêncio, A., Sousa, M., Silva, M. e Trajano, E. (2019). Prevalência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva após implementação de protocolo de higiene bucal. *Arch Health Invest*, 8 (8), 451-454. Doi <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v8i8.4648>
- International Nursing Coalition for Mass Casualty Education (2003). Educational Competencies for Registered Nurses Responding to Mass Casualty Incidents. <https://silو.tips/download/international-nursing-coalition-for-mass-casualty-education-educational-competen>
- Janicas, R. de C. S. V., & Narchi, N. Z. (2019). Evaluation of nursing students' learning using realistic scenarios with and without debriefing. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, volume (27). doi <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2936.3187>
- Klim, S., Kelly, A., Kerr, D., Wood, S., & Mccann, T. (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: An individualised and systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2233-2243. doi:10.1111/jocn.12274
- Lei n.º 12/93 da Assembleia da República (1993). *Diário da República:- I Série-A nº 94 (1993)* (pp. 1961–1963). <http://dre.pt/pdf1s/1993/04/094A00/19611963.pdf>
- Lei n.º 66-B/2007 da Assembleia da República (2007). *Diário da República: I Série, nº 250/2007, 1º Suplemento*. p.12-28. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/66-b-2007-227271>
- Levine, K. J., Carmody, M., & Silk, K. J. (2020). The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 130–138. <https://doi.org/10.1111/jonm.12906>
- Lima, S. M. S., Agostinho, M., Mota, L., Príncipe, F. (2018). Precisão dos profissionais de saúde das limitações do erro/evento adverso. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (19), 99 -106. <https://doi.org/10.12707/RIV18023>

- Lozito, M., Whiteman, K., Swanson-Biearman, B., Barkhymer, M., & Stephens, K. (2018). Good catch campaign: Improving the perioperative culture of safety. *AORN Journal*, 107(6), 705–714. <https://doi.org/10.1002/aorn.12148>
- Marcelino & Paulo. (2009). *Manual de Ventilação mecânica no Adulto. Abordagem ao doente crítico*. Loures: Lusociência
- Marotti J, Galhardo APM, Furuyama RJ, Pigozzo MN, Campos TN, Laganá DC (2008). Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2008 maio-ago; 20(2): 186-94
- MCEECM (2017): Parecer nº10/2017 Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de Urgência. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- MCEEMC. (2017). Parecer N.º 09/2017: Transporte da pessoa em situação crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8249/parecer_09_2017_mceemc_transportepessoasituacacritica.pdf
- MCEEMC. (2018). Parecer N.º 14/2018: Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência / emergência. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº-14_2018_rectificado.pdf.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Nascimento, D. D. G., & Oliveira, M. A. C. (2010). Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Sáude Soc*, (nº 19). 814–827. <https://doi.org/10.1590/s0080-62341998000100004>
- Netto, L., & Silva, K. (2018). Prática reflexiva e o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro*. *Journal of School of Nursing- University of São Paulo*. Páginas 52, 1–9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017034303383>
- Norma nº 015/2013 da Direção Geral da Saúde. (2013). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Normas de Orientação Clínica (2015). Norma nº19/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter (atualizada a 30-05-2017). <https://nocs.pt/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>
- Normas de Orientação Clínica (2015). Norma nº21/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (atualizada a 30-05-2017). <https://nocs.pt/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>
- Normas de Orientação Clínica (2015). Norma nº22/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. 1-17. <https://nocs.pt/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>
- Normas de Orientação Clínica (2019). Norma nº 007/2019: Via verde d acidente Vascular Cerebral do Adulto. <https://nocs.pt/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica - aprovado na Assembleia Extraordinária do Colégio a 25 de Novembro de 2017. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer conjunto nº 01/2017: Atribuição do Responsável de Turno. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Parecer nº 02/2020: Rácio de Enfermeiros em Serviços de Medicina Intensiva - COVID. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20545/parecer-n%C2%BA-2_ce-e-mceemc-r%C3%A1cio-de-enfermeiros-em-servi%C3%A7os-de-medicina-intensiva-covid.pdf

- Peixoto, T., & Peixoto, N. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência, volume IV (11)*, 121 - 132. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Peixoto, T., & Peixoto, N. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico : uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência, IV (13)*. 125–138. <http://www.index-f.com/referencia/2017/413125.php>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Rasheed, A., Amirah M., Abdallah, Mohammad A., PJ, P., Issa, M., Alharthy, A. (2019). Escala de sedação de Ramsay e agitação de Richmond Escala de sedação - Um estudo transversal. *Dimensions of Critical Care Nursing, volume 38*, páginas 90-95. Doi 10.1097/DCC.0000000000000346
- Regulamento n.º 533/2014 da Ordem dos Enfermeiros (2014). Diário da República: II série, Nº 233, 2/14, p. 30247-30254. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/533-2014-60651797>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II série, Nº 184, 25/9, 128-155. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Regulamento n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). *Diário da República: II Série, (48)*. p. 5948–5952. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Regulamento nº140/2019 da Ordem dos enfermeiros (2018). Diário da República: II série, Nº26 (2019). <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Regulamento nº429/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018) . Diário da República: II série, No135 (2018). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Resende, A. L. C., Silva, N. J., Resende, M. A., Santos, A. A., Souza, G., Souza, H. C. (2020). A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health. Sup. (39)*, 1-7. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2222.2020>
- Rodriguea, A., Sousa, B. & Nascimento, O. (2018). Importância da higiene oral na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI. *Revista Brasileira de Saúde Funcional, 1 (1)*. páginas 59-69. <https://seer-adventista.com.br/ojs3/index.php/RBSF/article/view/983/751>
- Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: Índice de avaliação da carga de trabalho de enfermagem na UCI. In *Percursos volume (16)*, 3–13. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/9208>
- Silva, D. S., Bernardes, A., Gabriel, C. S., Rocha, F. L. R., & Caldana, G. (2014). A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 16(1)*. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>
- Siman, A. G., Cunha, S. G. S., & Brito, M. J. M. (2017). The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Revista Da Escola de Enfermagem, 51*. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>
- SPCI. (s.d.). Resultados – Plano Nacional de Avaliação da Dor. <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Urden, L.; Stacy, K. & Lough, M. (2008). *Theilan's Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. 5ª ed. Loures: Lusodidacta
- Valle, R. B. L. R., Balsanelli, A. P., Taminato, M., Saconato, H., & Gasparino, R. (2021). A relação entre a liderança autêntica dos enfermeiros e o empoderamento estrutural : revisão sistemática. *Journal of School of Nursing- University of São Paulo, (nº55)*, 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X201902900366>
- Velavan, T. & Meyer, P. (2020). The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine and International Health, 25 (3)*, páginas 278-280. doi:10.1111/tmi.13383
- Yang, R., Pepper, G. A., Wang, H., Liu, T., Wu, D., & Jiang, Y. (2020). The mediating role of power distance and face-saving on nurses' fear of medication error reporting: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 105*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103494>
- Yung, H. P., Yu, S., Chu, C., Hou, I. C., & Tang, F. I. (2016). Nurses' attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors. *Journal of Nursing Management, 24(5)*, 580–588. <https://doi.org/10.1111/jonm.12360>

APÊNDICES

APÊNDICE I - FOLHETO

O QUE É O TESTAMENTO VITAL?

O testamento vital, também conhecido por DAV (Diretiva antecipada de vontade), é um documento onde é manifestada previamente a vontade de um utente, de forma livre e esclarecida, sobre os cuidados de saúde que deseja receber ou não, quando por qualquer razão não seja capaz de o expressar.

Neste documento pode também eleger um procurador de cuidados de saúde.

COMO REALIZAR O TESTAMENTO VITAL?

O utente pode aceder à área pessoal do portal do SNS 24 e descarregar o modelo de formulário do testamento vital. Após preencher o formulário, deverá entregá-lo no centro de saúde da sua área de residência – balcão RENTEV



COMO PREENCHER O TESTAMENTO VITAL?

Pode aceder ao Portal do Utente (<https://servicos.min-saude.pt>), descarregar o formulário com o Modelo de Diretiva Antecipada de Vontade, preencher e entregar a um funcionário num balcão RENTEV ou Centro de Saúde ou Unidade de Saúde da área de residência.

Pode também enviar o mesmo por correio registado, com assinatura reconhecida pelo notário.

CONTATOS:

Balcão RENTEV região centro

Sede do ACES Pinhal Litoral

Morada: Avenida Heróis de Angola, nº59 2400-154 Leiria

Telefone: 244 812 200

(Horário de Atendimento: 09h30-13h00 e 14h00- 17h00)

VALIDADE DO TESTAMENTO VITAL

O testamento vital tem validade de **5 ANOS**

- Pode em qualquer momento ser revogado ou modificado
- Para alterar basta dirigir-se a um balcão RENTEV

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os seus dados estão sujeitos por lei (Decreto-Lei nº25/2012) ao dever do sigilo profissional, por parte de todos os profissionais que no exercício das suas funções tomem conhecimento dos dados que constam das DAVs

TESTAMENTO VITAL UM DIREITO DO CIDADÃO, UMA ESCOLHA INDIVIDUAL

CONTATOS

**Atendimento disponível 24 horas por dia,
para qualquer dúvida não hesite em
contactar a equipa de saúde da**

UHD:

924458364 ou 244817074

CHL:

244 817 000
5110

COMO CONSULTAR O TESTAMENTO VITAL?

Podem consultar através do Portal do Utente em <https://servicos.min-saude.pt> e verificar:

- ✓ Se está ativo;
- ✓ Dentro do prazo de validade;
- ✓ Que médicos acederam.

QUEM PODE CONSULTAR?

O seu médico de família ou médico assistente, através do Portal do Profissional, para, em situações de urgência ou em caso de tratamento específico, garantir o cumprimento da sua vontade



**SEM UM TESTAMENTO VITAL OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DESCONHECEM A SUA VONTADE**

TESTAMENTO VITAL
UM DIREITO DO CIDADÃO
UMA ESCOLHA INDIVIDUAL

RENTEU
TESTAMENTO VITAL

APÊNDICE II- INSTRUMENTO PARA AUDITORIA UHD

Relatório de Auditoria Interna

Avaliação de educação sobre risco de queda ao doente/cuidador

Hospital: Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

Data do Relatório: 2021.08.19

Equipa Auditora: Tânia Ferreira, Daniel Carvalho, Teresa Peralta

Serviços/Áreas Auditadas: Unidade de Hospitalização Domiciliária

Referenciais:

- a) JCI – Meta 6, e PCC 5

1. OBJETIVOS DA AUDITORIA

- a) Avaliação diagnóstica à educação sobre prevenção de queda, aos doentes/cuidadores quando existe diagnóstico de enfermagem de risco de queda.

2. METODOLOGIA DA AUDITORIA

Auditoria aos processos clínicos dos doentes internados no mês de julho de 2021.

Foram avaliados os seguintes parâmetros:

- Avaliação do risco de queda nas primeiras 24h;
- Avaliação do conhecimento sobre o risco de queda;
- Avaliação do potencial para melhorar o conhecimento sobre o risco de queda;

Relatório de Auditoria Interna

Avaliação de educação sobre risco de queda ao doente/cuidador

- Reavaliação do conhecimento sobre o risco de queda após intervenções de enfermagem;
- Realização de intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico de risco de queda.

3. CONSTATAÇÕES

Educação do doente/cuidador

- Dos 22 doentes 4 não apresentavam risco de queda, e 4 apresentavam alto risco de queda.
- Nenhum dos doentes com alto risco de queda tinha potencial para melhorar o conhecimento;
- Foi avaliado o conhecimento sobre prevenção de quedas a 2 doentes/cuidadores;
- Foi reavaliado o conhecimento após educação a 1 doente/cuidador, tendo mantido o score 0.

Intervenções associadas ao diagnóstico

- Intervenções associadas ao diagnóstico do conhecimento sobre prevenção de quedas: no processo clínico de 1 doente com alto risco de queda, foram introduzidas algumas intervenções associadas ao diagnóstico.

RECOMENDAÇÕES GERAIS / OPORTUNIDADES DE MELHORIA

Educação do doente/cuidador

- Sempre que o doente não apresente potencial para melhorar o conhecimento, deve-se avaliar o conhecimento do cuidador.
- A avaliação sobre o conhecimento de prevenção de queda tem de ser feita a todos os doentes/cuidadores, nas situações em que é identificado o risco elevado de queda.

Relatório de Auditoria Interna

Avaliação de educação sobre risco de queda ao doente/cuidador

- A reavaliação sobre o conhecimento deve ser efetuada sempre que seja efetuada educação do doente/cuidador, para se ir atualizando o score do conhecimento ao longo do tempo. É expectável que um doente/cuidador com score 0 na primeira avaliação, evolua para scores mais elevados à medida que se vai prestando esta educação.

Intervenções associadas ao diagnóstico

- Intervenções associadas ao diagnóstico do conhecimento sobre prevenção de quedas:

Ensinar sobre complicações

Assistir a identificar condições de risco para a queda

Ensinar sobre prevenção de queda

Providenciar material de leitura

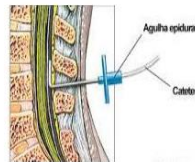
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda (deve ser reavaliado sempre que se efetua uma intervenção na área da educação, atualizando o score, que será 4 quando o conhecimento estiver atingido)

Medidas

- Formação interna sobre os registos de educação do doente com risco elevado de queda
- Nova auditoria aos processos clínicos na primeira semana de setembro

Leiria, 19 de Agosto de 2021

APÊNDICE III – Formação Cuidados Intensivos



Analgesia via
epidural em
Cuidados
Intensivos

27 de abril de 2021

ESS+ POLITÉCNICO DE LEIRIA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

APÊNDICE IV – Questionário “Adesão à Notificação de Incidentes pelos Enfermeiros: diagnóstico da situação”.

Consentimento informado e esclarecido

Caro (a) Colega

Eu, Tânia Isabel Rodrigues Ferreira, aluna nº5190220 do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria, Enfermeira no Bloco Operatório Central, do Centro Hospitalar de Leiria, venho solicitar a colaboração de V. Ex.^a para a realização do trabalho de investigação a realizar no âmbito do desenvolvimento de uma dissertação do Mestrado. Este trabalho tem a orientação da Professora Maria dos Anjos Dixe.

Atualmente a segurança na prestação de cuidados de saúde é um fator que assume grande importância. Existem vários estudos que mostram que grande parte dos incidentes ou eventos adversos associados à prestação de cuidados podem ser evitados. No entanto para minimizar estes fatores é preciso em primeiro lugar identificá-los.

Apesar de conhecida esta importância verifica-se uma baixa adesão por parte dos profissionais à notificação. Têm vindo a ser desenvolvidos vários estudos que identificam barreiras ou limitações ao processo de notificação, de modo a criar estratégias que melhorem este processo. Por esse facto o tema do trabalho é "**Adesão à Notificação de Incidentes pelos Enfermeiros: diagnostico da situação**".

Para a concretização da investigação, solicito a vossa colaboração no preenchimento do questionário que seguidamente lhe apresento. Aplicação deste instrumento tem como objetivo principal a identificação das barreiras que condicionam o processo de notificação, para no futuro desenvolver estratégias que facilitem a notificação de eventos adversos.

O instrumento é constituído por 5 partes: caracterização socioprofissional, Opinião face ao processo de notificação existente na instituição; Registo de eventos adversos; Barreiras à notificação; estratégias a implementar para promover a notificação. O preenchimento do questionário terá a duração de 10 a 15min

A sua participação é muito importante, pois para além de me auxiliar na fundamentação do meu trabalho, irá contribuir para o desenvolvimento desta temática no país, uma vez que ainda são poucos os estudos em Portugal relacionados com esta área. O estudo pretende desenvolver estratégias que permitam melhorar o processo de notificação de eventos adversos e consequentemente melhorar a prestação de cuidados ao doente, bem como a segurança do doente e profissionais. Para tal torna-se importante a investigadora identificar as barreiras existentes na instituição, assim como perceber junto dos profissionais quais as melhores estratégias para favorecer o processo de notificação na instituição.

Os dados recolhidos serão tratados com confidencialidade e anonimato e serão destinados exclusivamente ao estudo em causa. O acesso aos dados será efetuado apenas pelos investigadores do estudo.

Se em qualquer momento quiser desistir da participação do mesmo poderá fazê-lo sem implicações para si.

Agradeço desde já a sua colaboração

Concorda participar no estudo

Não

Sim

Parte I – Caracterização da amostra

Selecione a opção que melhor se adequa a sua situação

1. Sexo: Feminino Masculino

2. Idade: _____

3. Tempo de serviço em anos _____

4. Tempo de Serviço no bloco operatório em anos _____

Parte II – Opinião dos profissionais face ao processo de notificação existente na instituição

Selecione a opção que melhor se adequa

1. Na sua opinião o sistema existente permite a notificação de eventos adversos de forma anónima?

Não

Sim

2. Na sua opinião o sistema existente permite a notificação de eventos adversos de forma confidencial?

- Não
 - Sim
3. Considera que o sistema de notificação de eventos adversos contribui para a cultura de segurança?
- Não
 - Sim
4. Considera que a notificação de eventos adversos promove a aprendizagem com os erros?
- Não
 - Sim
- Justifique a resposta _____
5. Considera a notificação um fator importante na prevenção da ocorrência de incidentes e eventos adversos?
- Não
 - Sim
- Justifique a resposta _____
6. O sistema de notificação existente na instituição é um instrumento facilitador do registo de incidentes e eventos adversos?
- Não
 - Sim
7. O sistema existente motiva os profissionais de saúde para a notificação de eventos adversos?
- Não
 - Sim
8. No último ano assistiu a alguma formação sobre prevenção de incidentes e eventos adversos nos cuidados de saúde?
- Não
 - Sim
9. No último ano assistiu a alguma formação sobre o sistema de notificação de incidentes eventos adversos existente na instituição?
- Não
 - Sim

Parte III – Registo de eventos adversos

Dos seguintes eventos adversos assinale os que já lhe ocorreram e os que notificou

Eventos adversos	Já me ocorreu	Não me ocorreu	Notifiquei	Não notifiquei
Morte inesperada				
Dano permanente ou inesperado não relacionado com a situação de doença atual				
Troca de bebé ao nascimento				
Reação transfusional grave que origine morte				
Reação transfusional				
Abuso sexual, violência no local de trabalho/agressão				
Procedimentos invasivo, incluída cirurgia no doente errado,				
Procedimentos invasivo, incluída cirurgia, no local errado				
Procedimentos invasivo, incluída cirurgia com procedimento errado				
Retenção não intencional de um objeto estranhos num doente após um procedimento invasivo				
Fogo, chama ou fumo inesperado				
Morte materna intraparto/cesariana (relacionada com o processo de nascimento)				
Reações adversas a medicamentos				
Reações anafiláticas a medicamentos com dano permanente ou morte				
Erro na administração de produtos ou fármacos				
Lesão de outros órgãos durante a cirurgia				
Quedas dos doentes				
Falta de exames, análises ou preparação, que impeçam a realização do procedimento				
Erro na avaliação do estado do doente				
Troca de dados relacionados com o doente, exames, processos, ...				
Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos				
Erro da identificação do doente				
Erro de administração de sangue				
Contagem incorreta de compressas numa cirurgia				

Parte IV– Barreiras sentidas pelos os profissionais de saúde face ao processo de notificação existente na instituição

Assinale com X a opção de resposta que melhor corresponde ao seu nível de concordância?

1. Na sua opinião considera barreira à notificação:

	Discordo	Concordo
Medo de punição por parte da instituição		
Medo de discriminação por parte da equipa		
Medo de sanções judiciais		
Falta de cultura de reporte		
Receio da reação dos superiores hierárquicos		
Falta de informação sobre o que deve ou não reportar		
Dificuldade em o utilizar o sistema de notificação		
O sistema de registo de notificação é pouco acessível		
Sobrecarga de trabalho		
Esquecimento		
Ausência de feedback na resolução dos motivos que levaram à ocorrência do evento		
O registo do evento não contribui para a qualidade dos cuidados		
Não é necessário notificar, uma vez que não causou dano		
Conhecimento insuficiente sobre o sistema		
Aprendo com o incidente e não considera necessário registar		
Tenho receio que o incidente seja discutido em reunião de serviço		
Dificuldade no uso do sistema/falta de funcionalidade		
Desmotivação		

2.1. Para além das barreiras mencionadas anteriormente considera existirem mais limitações na sua instituição, ao processo de notificação de eventos?

Não

Sim

2.2. Se respondeu sim. Identifique-as

Parte V - Estratégias para melhorar/promover a notificação

Enumere três estratégias que na sua opinião iriam promover a notificação de eventos adversos

Na sua opinião o que deveria ser efetuado com os registos das notificações dos eventos adversos? Enumere três medidas

Para além do que foi perguntado gostaria de deixar mais alguma opinião sobre a notificação de eventos adversos?

Grata pela sua colaboração
Tânia Ferreira

APÊNDICE V – Questionário validação de proposta de intervenção

Questionário validação de proposta de intervenção

Indique o grau de concordância, (sendo: 1 - discordo totalmente; 2 – discordo; 3 - indiferente; 4 – concordo; 5 - concordo totalmente) perante as possíveis medidas a aplicar no serviço (Bloco Operatório do CHL), que terão como objetivo melhorar o processo de notificação e justifique:

1. Desenvolver de forma sistemática junto dos profissionais formação sobre o processo de notificação e sua importância

Discordo Concordo
1 2 3 4 5

1.1. Justifique

2. Formação sobre a utilização do software de notificação existente na instituição (uma vez por ano)

Discordo Concordo
1 2 3 4 5

2.1. Justifique

3. Criação de um espaço físico ou virtual (ex. Newsletter do Bloco Operatório) onde possam ser divulgados os eventos notificados e qual a proposta ou medida tomada para resolução dos mesmos.

Discordo Concordo
1 2 3 4 5

3.1. Justifique

4. Criação de um espaço e tempo para discussão e análise em equipa dos eventos adversos notificados (ex.: uma vez por mês, marcar reunião com a equipa do serviço onde serão apresentados os eventos adversos ocorridos e notificados, sendo possível discutir e encontrar formas de os corrigir, minimizar ou eliminar).

Discordo

Concordo

1

2

3

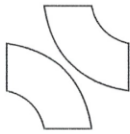
4

5

4.1. Justifique

Grata pela disponibilidade

APÊNDICE VI – Declaração de autorização do estudo



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

Comissão de Ética

Ref. CE – Nº 11/22

Exma. Senhora

Enf.ª Tânia Isabel Rodrigues Ferreira

Bloco Operatório

Centro Hospitalar de Leiria

Leiria, 21 de fevereiro de 2022

Assunto: Projeto de Investigação - Adesão à Notificação de Incidentes pelo Enfermeiros: diagnóstico da situação

A Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião desta Comissão realizada dia 2022.02.15 e enviado ao Gabinete de Apoio Técnico do Centro de Investigação Clínica, sobre o estudo mencionado em epígrafe:

- Tomou-se conhecimento de um pedido de parecer submetido pela Enfermeira Tânia Isabel Rodrigues Ferreira, a exercer funções na Bloco Operatório do CHL, para realização de um projeto de investigação, no âmbito do seu Curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei-IPLeiria), intitulado “Adesão à Notificação de Incidentes pelo Enfermeiros: diagnóstico da situação”. Este estudo será para realizar no Bloco Operatório Central, tendo como investigadora principal a proponente. Após análise do estudo, esta Comissão nada tem a opor à realização do estudo. No entanto, considerou-se que o estudo não deve ser promovido de forma pessoal, mas sim, só através de e-mail, pelo que a folha de rosto deve ser alterada no ponto referente à “Amostra”, por forma a que fique explícito que o estudo aplicado a todos os enfermeiros do Bloco Operatório Central, através um questionário, a ser divulgado através dos e-mails institucionais. Tendo sido rececionado o documento com a alteração solicitada, esta Comissão decidiu dar parecer favorável à realização do estudo.

Mais se informa, que este estudo carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Sem outro assunto de momento

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Faria
Presidente

Rua das Olhalvas
Pousos, 2410 – 197 Leiria
Telefone: 244817089 – Ext. 4605
Email: sec.comtecnicas@chleiria.min-saude.pt
www.chleiria.pt

Centro Hospitalar de Leiria Accredited by
Joint Commission International



APÊNDICE VII – Declaração de autorização do estudo do Conselho de Administração



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

CI - Centro de Investigação
Pct.º 23/2022

*Parecer CA.
Alexandra Borges
Vogal Executiva
2022.03.04*

**DELIBERAÇÃO DO
Conselho de Administração**
Acta nº *102022.103.109*

*António
22.03.09*
O Conselho de Administração

Presidente	<i>[Signature]</i>
Membros	<i>[Signature]</i>
Vogal Executivo	<i>[Signature]</i>
Vogal Não Executivo	<i>[Signature]</i>
Presidente do Conselho de Administração	<i>[Signature]</i>
Director Clínico	<i>[Signature]</i>
Director Administrativo	<i>[Signature]</i>
Director Técnico	<i>[Signature]</i>
Director de Enfermagem	<i>[Signature]</i>
Director de Saúde Pública	<i>[Signature]</i>
Director de Investigação	<i>[Signature]</i>

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Leiria, E.P.

Leiria, 03 de março de 2022

Assunto: Estudo observacional no âmbito do Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica intitulado "Adesão à Notificação de Incidentes pelos Enfermeiros: diagnóstico da situação" submetido pela Enf.ª Tânia Isabel Rodrigues Ferreira, a exercer funções no Bloco Operatório do CHL, a desenvolver no Bloco Operatório.

De acordo com o Procedimento Interno "Aprovação de estudos e projetos de Investigação", em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epígrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação, em anexo.

O estudo consiste na recolha de dados através de questionários entregue via e-mail. Este estudo irá ser realizado sob os pressupostos das Boas Práticas para a Investigação Clínica, o mesmo não colide com as medidas do Plano de Contingência, para a COVID-19, atualmente em vigor no CHL.

Mais se informa que o presente estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 2 de 2022.02.15. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

O COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

[Signature]

(JOÃO MORAIS)

Ata P.º 2. 2022.03.11 P.º 102022.103.109
Recebi 2022.03.04 P.º 102022.103.109

Av. Infante Santo,
Praça 2.ª D - 9.ª Leiria
Telefone: 2418 7000 Cel: 96071222 Fax: 2411 7007
E-mail: ci@chl.leiria.pt
www.chl.leiria.pt

Centro Hospitalar de Leiria E.P. - E.P. - E.P.
Centro de Investigação e Inovação em Saúde



ANEXOS

ANEXO I - Plano de Melhoria da Qualidade e Segurança do Doente



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

PLANO

MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO DOENTE

Palavras-Chave: Segurança; Doente

Destinatários	Todos os profissionais do CHL
---------------	-------------------------------

	Elaboração	Aprovação	Assinatura (s) Responsável (eis) pela Aprovação
	Dr.ª Amália Pereira (Comissão da Qualidade / Coord. Grupo QPS)	Conselho de Administração	Ver Deliberação CA Ata n.º 20 2011.05.26 (Originalis no G. Qualidade)
Data	2011.04.30	2011.05.26	

MAPA DE REVISÕES

Revisão	Página(s)	Motivo	Data	Responsável (eis) pela Revisão	Assinatura do(s) responsável(is) pela aprovação
01	4,5,6,8,12, 13,42,47,5 5, 57,58,63	-Redefinição do prazo dos relatórios e planos de ação -Adequação do documento ao novo template (PLCHLP.001) -Alteração da tipologia do documento -Definição dos Indicadores por serviço -Dupla Validação dos Dados	2012.09.28	Comissão da Qualidade	O Presidente da Comissão da Qualidade:
02	Todas	<ul style="list-style-type: none"> Atualização Periódica Despacho 3635/2013, de 07 Março 2015 	2015.09.25	Comissão da Qualidade e Segurança do Doente	O Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança Doente:
03	57; 58; 63	<ul style="list-style-type: none"> Definição de evento sentinela 	2015.09.05	Comissão da Qualidade e Segurança do Doente	O Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança Doente:
			<p style="text-align: center;">DELIBERAÇÃO DO Conselho de Administração Acta nº 16 2021/04/28</p> <p style="text-align: center;">Amanhã Dia 21.04.28</p>		
04	Todas	<ul style="list-style-type: none"> Atualização de acordo com o novo manual da JCI – 7ª Edição Revisão dos Eventos Sentinela 		Comissão da Qualidade e Segurança do Doente	Conselho de Administração

ANEXO II – Consentimento Informado

Palavras-Chave: CONSENTIMENTO; INFORMADO

Destinatários	Médicos e Enfermeiros
----------------------	-----------------------

	Elaboração	Aprovação	Assinatura (s) Responsável (eis) pela Aprovação
	Dr. Branco Lopes (Grupo PFR)	Conselho de Administração	Deliberação do CA de 2008.03.28
Data	2008.01.14	2008.03.28	(Originais no Gabinete Qualidade)

MAPA DE REVISÕES

Revisão	Página(s)	Motivo	Data	Responsável (eis) pela Revisão	Assinatura do(s) responsável(eis) pela aprovação
01	03 a 15	a) Revisão das Referências b) Revisão das Definições e Abreviaturas c) Alterações estruturais e de conteúdo ao documento d) Princípio do Consentimento Implícito e) Descontinuação do Mod. DO 347 "Consentimento Informado Geral"	Dr. Branco Lopes Dr. Bilhota Xavier	2010.11.10	O Presidente da Comissão da Qualidade (Originais no Gabinete Qualidade)
02	02 a 18	a) Revisão das Referências b) Definição da responsabilidade de quem solicita o consentimento c) Alterações várias de pormenor	Dr. Branco Lopes Dr. Bilhota Xavier	2011.08.05	O Presidente da Comissão da Qualidade (Originais no Gabinete Qualidade)
03	Todas	a) Adaptação ao novo template de documentos b) Doentes em que o exame a realizar não implica a presença do processo clínico c) Consentimento Informado para unidades de colheita de tecidos e células, banco de osso	Dr. Bilhota Xavier	2012.03.14	O Presidente da Comissão da Qualidade (Originais no Gabinete Qualidade)

ANEXO III – Papel dos Indicadores para a melhoria da qualidade e segurança



Anexo III -
Formação - Papel dc

ANEXO IV – Gestão de riscos em saúde



Anexo IV -
Formação - Gestão c

ANEXO V – Alerta Precoce de Agravamento dos Doentes-IT.CHL.250.01-2020.11.25

Palavras-Chave: Score de alerta precoce

Destinatários

Serviços de prestação de cuidados ao adulto, com exceção de obstetria

	Elaboração	Aprovação	Assinatura (s) Responsável (eis) pela Aprovação
	Dr. Bilhota Xavier; Enfermeiro Daniel Carvalho; Enfermeira Teresa Peralta	Diretora Clínica	
Data	2018.09.20	20018.10.29	

MAPA DE REVISÕES

Revisão	Página(s)	Motivo	Responsável (eis) pela Revisão	Data	Assinatura do(s) responsável(eis) pela aprovação
01	4, 5	- Adequação do registo às recentes actualizações do SClinico	Teresa Peralta Daniel Carvalho GASIE	2020.11.25	A Presidente da Comissão da Qualidade e Segurança do Doente

ANEXO VI – Alerta Precoce de Agravamento dos Doentes-(IT.CHL.250.02)

Modified Early Warning Score (MEWS)

PARÂMETROS FISIOLÓGICOS	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Respiratória	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturações de Oxigênio	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Utilização de oxigênio suplementar		Sim		Não			
Temperatura	≤ 35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥ 39,1	
Pressão Arterial Sistólica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Frequência Cardíaca	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Estado de Consciência				A			V, P ou U

Tabela 1 – Score de Alerta Precoce Modificado – Modified Early Warning Score (MEWS)

ANEXO VII –Plano de Emergência Interno do CHL

