

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em
Situação Crítica

Susana Isabel de Sousa Batista

Leiria, setembro de 2022

Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em
Situação Crítica

Apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Susana Isabel de Sousa Batista

Nº 5190224

Unidade Curricular Anual: Relatório de Estágio

Orientadora: Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Leiria, setembro de 2022

“Dizem que a vida é para quem sabe viver, mas ninguém nasce pronto. A vida é para quem é corajoso o suficiente para se arriscar e humilde o bastante para aprender”

Clarice Lispector

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso foram muitos os que caminharam ao meu lado, contribuindo para o meu sucesso, e a quem não posso deixar de agradecer. Assim sendo, agradeço:

À minha família pelo apoio emocional e compreensão pelos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos pelo apoio e amizade, e em especial à Paula Santos, que em momentos mais difíceis não deixou me desistir.

À Professora Maria dos Anjos Dixe, pela disponibilidade, orientação e incentivo.

Aos Enfermeiros do serviço de urgência do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha que aceitaram participar neste trabalho.

A todos orientadores de estágio, profissionais de saúde, utentes e famílias que cruzaram comigo ao longo deste percurso e contribuíram para o meu sucesso.

A todos o meu mais sincero obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ANEPC – Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CAV – Centro Acessos Vasculares

CHO CR – Centro Hospitalar do Oeste Caldas da Rainha

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral Saúde

EC – Ensino Clínico

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EPE – Entidade Pública Empresarial

EPI -Equipamento Proteção Individual

EDTNA/ERCA - *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association*

FAV – Fístula Arteriovenosa

GCL – PPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistências aos Antimicrobianos

HD - Hemodiálise

HDS – Hospital Distrital de Santarém

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NIHSS – *National Institute of Health Stroke Scale*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infeção

PIGAV - Programa Integrado de Gestão de Acessos Vasculares

PNEPC – Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

TAC CE - Tomografia Computorizada Crânio Encefálica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, com vista à obtenção do grau de Mestre, sendo constituído por duas partes. Na primeira parte é realizada uma análise reflexiva das aprendizagens que ao longo dos Três Ensinos Clínicos, realizados no Serviço de Urgência e Unidade Cuidados Intensivos do Hospital Distrital de Santarém e Clínica de Hemodiálise DaVita – Óbidos, proporcionaram o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, assim como das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. A segunda parte deste relatório é composto por um estudo descritivo-correlacional cujo tema foi “Segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem num serviço de urgência”. Para principal objetivo foi definido caracterizar os eventos adversos associados às práticas de enfermagem, percecionados pelos enfermeiros, num serviço de urgência, tendo o mesmo sido realizado com 62 enfermeiros. Os principais resultados demonstraram: uma melhor adesão das práticas de enfermagem nas dimensões “Higienização das mãos” e “Cuidados com equipamentos de proteção individual” e pior adesão na “Prevenção de UP”; uma maior perceção de ocorrência ou risco na dimensão “Risco e ocorrência de IACS” e menor perceção na dimensão “Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação”; a existência de quatro dimensões com correlações com significado estatístico, com a idade, tempo de serviço profissional no SU e tempo de exercício profissional (“Falhas de comunicação associadas à administração de medicação”, “Prevenção de quedas”, Cuidados com equipamento de proteção individuais” e “Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação”); os principais eventos adversos percecionados pelos enfermeiros estão relacionados com as práticas preventivas de enfermagem e as principais medidas propostas para minimizar a ocorrência desses eventos estão relacionadas com o ambiente da prática de enfermagem.

Palavras-Chave: Competências; Enfermagem; Enfermeiro Especialista; Pessoa em Situação Crítica; Segurança do doente; Eventos adversos; Práticas de enfermagem.

ABSTRACT

This internship report comes within the scope of the Master's Degree in Nursing for Persons in Critical Situation at the Higher Health School of Polytechnic Institute of Leiria, with a view to obtaining the Master's degree, consisting of two parts. In the first part, a reflexive analysis of the learnings that during the three clinical teachings, carried out in the Emergency Department and Intensive Care Unit of the Santarém District Hospital and DaVita Hemodialysis Clinic – Óbidos, provided the development of personal and social skills, as well as the common and specific competences of the Nurse Specialist in Nursing to the Person in Critical Situation. The second part of this report is composed of a descriptive-correlational study whose theme was “Patient safety and adverse events associated with nursing practice in an emergency department”. For the main objective, it was defined to characterize the adverse events associated with nursing practices, perceived by nurses, in an emergency service, and the same was carried out with 62 nurses. The main results showed: better adherence to nursing practices in the dimensions “Hand hygiene” and “Care with personal protective equipment” and worse adherence to “Pressure ulcer prevention”; a greater perception of occurrence or risk in the dimension “Risk and occurrence of infections associated with health care” and a lower perception in the dimension “Risk of worsening/complications of the patient's condition, due to failures in advocacy and delegation”; the existence of four dimensions with statistically significant correlations, with age, length of professional service in the emergency service and time of professional practice (“Communication failures associated with the administration of medication”, “Prevention of falls”, “Care with personal protective equipment ” and "Risk of worsening/complications of the patient's condition, due to failures in advocacy and delegation"); the main adverse events perceived by nurses are related to preventive nursing practices and the main measures proposed to minimize the occurrence of these events are related to with the environment of nursing practice.

Key words: Competencies; Nursing; Specialist Nurse; Person in Critical Situation; Patient safety; Adverse events; Nursing practices.

INDICE

AGRADECIMENTOS.....	III
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	IV
RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
INDICE DE TABELAS.....	XI
INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO	13
1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO.....	14
1.1.ENSINO CLÍNICO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	14
1.2.ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	15
1.3.ENSINO CLÍNICO III – CLÍNICA DE HEMODIÁLISE DAVITA ÓBIDOS.....	16
2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	18
2.1.COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL ÉTICA E LEGAL.....	18
2.2.COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE.....	20
2.3.COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	25
2.4.COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	30
3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	32
3.1.CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	32
3.2.DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXECUÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO.....	36

3.3.MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA.....	39
CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
PARTE II – SEGURANÇA DO DOENTE E EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	48
RESUMO.....	48
SUMMARY.....	50
INTRODUÇÃO.....	51
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	52
2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	54
3. METODOLOGIA.....	54
4. RESULTADOS.....	56
5. DISCUSSÃO.....	66
CONCLUSÃO.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75

APÊNDICES.....	LXXIV
APENDICE I – PROCEDIMENTO DE TRABALHO:REGISTOS DE ENFERMAGEM EM UTENTES NA SALA DE EMERGÊNCIA.....	LXXV
ANEXOS.....	LXXIX
ANEXO 1 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	LXXX
ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	LXXXII
ANEXO 3 - DECLARAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	XCI

INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caraterização da amostra sobre a perceção dos enfermeiros do SU sobre a ocorrência de eventos adversos associados às suas práticas, numa perspetiva do processo (práticas preventivas e ou falhas) e numa perspetiva do resultado (risco e ocorrência de eventos adversos)	57
Tabela 2: Correlação de Spearman entre relação entre a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento das práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de eventos adversos e a sua perceção sobre o risco de ocorrência de eventos adversos e algumas caraterísticas socioprofissionais dos enfermeiros.....	59
Tabela 3: Resultados da aplicação do teste de Mann Whitney às práticas consoante as habilitações literárias.....	60
Tabela 4: Correlação de Spearman entre relação entre a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento das práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de eventos adversos e a sua perceção sobre o risco de ocorrência de eventos adversos.....	61
Tabela 5: Distribuição das categorias, subcategorias, unidades de registo e de enumeração referidas pela amostra quanto aos eventos adversos percecionados pelos enfermeiros do SU.....	62
Tabela 6: Distribuição das categorias, subcategorias, unidades de registo e de enumeração referidas pela amostra quanto às medidas sugeridas pelos enfermeiros para minimizar a ocorrência dos eventos adversos identificados no SU.....	64

INTRODUÇÃO

A área da formação profissional assume uma particular importância no sentido de reforçar a capacidade de resposta da Enfermagem para novos desafios, dotando os profissionais de competências e conhecimentos e permitindo um exercício profissional de excelência e de realização pessoal (Regulamento nº 656/2021 de 16 de julho, 2021). Neste sentido, o ingresso no Mestrado surge com o intuito de complementar a minha formação teórica e prática e desenvolver competências e habilidades no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica, contribuindo para a excelência do exercício profissional em Enfermagem.

O desenvolvimento deste relatório de estágio surge integrado no 2º ano do ciclo de estudos, do 8º Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, inserido na unidade curricular Relatório de Estágio, permitindo a sua conclusão, juntamente com a sua defesa pública, a obtenção do grau de Mestre.

O presente relatório é constituído por duas partes essenciais: a primeira é relativa à componente de desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica e tem como objetivo, analisar e descrever, através de uma reflexão crítica, as diferentes aprendizagens que ao longo dos Ensinos Clínicos proporcionaram o desenvolvimento das competências pessoais, sociais e profissionais, comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tendo como guias orientadores, o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2021) e o Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018).

A segunda parte é relativa à componente de investigação, constituída por um estudo com o tema “Segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem num serviço de urgência”, cujo objetivo consiste em caracterizar os eventos adversos associados às práticas de enfermagem, percecionados pelos enfermeiros, num serviço de urgência. A escolha deste tema prendeu-se com o fato de exercer funções num serviço de elevada complexidade, como é o caso dos serviços de urgência e onde existem diversos fatores que podem levar à ocorrência de eventos adversos e influenciar a segurança do doente, sendo fundamental a implementação de estratégias no sentido de minimizar esses eventos.

A realização deste documento teve por base o “Guia de elaboração de trabalhos académicos, 2018”, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

PARTE I – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A Ordem dos Enfermeiros reconhece a importância da enfermagem especializada, definindo o Enfermeiro Especialista como uma pessoa detentora de um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas, aos processos de vida e aos problemas de saúde, e uma pessoa detentora de elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018). Uma das formas do futuro Enfermeiro Especialista aprofundar os conhecimentos e desenvolver competências necessárias à formação profissional, é através da realização de Ensinos Clínicos.

Numa revisão integrativa da literatura realizada por Ribeiro, Garbucio & Zamariolli (2018), com o tema “Simulação Clínica e Treinamento para as Práticas Avançadas em Enfermagem”, a simulação clínica é considerada uma estratégia eficaz para o ensino e treinamento das práticas avançadas de enfermagem e permite um desenvolvimento de competências de enfermagem avançadas, assim como, o desenvolvimento de habilidades como liderança e trabalho de equipa.

Os Ensinos Clínicos permitem assim, momentos de observação e de intervenção em contextos de serviços de saúde e afins e o desenvolvimento de capacidades, assim como de atitudes e competências (Alarcão & Rua, 2005).

A parte I do presente relatório é composta por uma breve caracterização dos locais onde decorreram os Ensinos Clínicos, seguindo-se de uma análise crítico-reflexiva das atividades de aprendizagem desenvolvidas, assim como experiências vivenciadas e que tornaram exequíveis o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, terminando com uma conclusão.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ENSINO CLÍNICO

Os Ensinos Clínicos selecionados com vista ao cumprimento da componente prática inerente a este Mestrado, foram desenvolvidos no SUMC e UCI do Hospital Distrital de Santarém, e na Clínica de Hemodiálise DaVita - Óbidos. De forma a contextualizar a prática desenvolvida, irá ser realizada uma breve caracterização dos locais de ensino em cima citados.

1.1 ENSINO CLÍNICO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Ensino Clínico I, decorreu no serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) do Hospital Distrital de Santarém, no período de 9 de setembro a 13 de novembro de 2020.

O Hospital Distrital de Santarém em termos jurídicos, reveste a forma de entidade pública empresarial (EPE) e está integrado no Serviço Nacional de Saúde, na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Encontra-se situado entre São Domingos e Vale de Estacas e assegura a prestação de cuidados de saúde a cerca de 200 mil habitantes, distribuídos pelos concelhos de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Golegã, Coruche, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém.

O SU tem como objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar (ACSS, 2015). O SUMC do HDS trata-se de uma urgência diferenciada, enquadrável na tipologia de urgência médico-cirúrgica, que constitui o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. Os hospitais com urgência médico-cirúrgica estão ainda articulados com os serviços de urgência polivalente, que constituem o segundo nível de acolhimento de situações de urgência/emergência e onde existe um maior grau de diferenciação técnica (DGS, 2001). Neste caso, a urgência polivalente do SU do HDS é o Hospital de St^a Maria.

Neste momento o SU encontra-se dividido em 2 áreas, uma área para doentes não respiratórios e uma área para doentes respiratórios, estando a equipa de enfermagem dividida por essas áreas. Esta situação surge em consequência da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, declarada pela OMS no dia 11 de março de 2020, tendo afetado pessoas de todas as nações e sendo considerada como um risco para a saúde pública a nível internacional (OMS, 2020). Para controlo dessa pandemia, a DGS de Portugal emitiu normas e orientações, no sentido de haver um planeamento organizacional e permitindo a tomada de decisões baseadas na melhor evidência científica. O Enfermeiro Gestor teve um papel muito importante, pois foi ele que teve

de reorganizar as estruturas e materiais dos seus serviços, assim como gerir os seus enfermeiros, de forma a cumprir as orientações emanadas pela DGS, e manter os cuidados de saúde com qualidade (Ventura-Silva et al., 2020).

Na área para doentes não respiratórios existem 47 enfermeiros, distribuídos por 5 subequipas e a área de doentes respiratórios é constituída por 20 enfermeiros, também estes distribuídos por 5 subequipas. Cada subequipa, independentemente da área, tem um enfermeiro responsável por turno e um segundo elemento.

1.2 ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

O Ensino Clínico II decorreu no período de 09 de julho a 24 de setembro de 2021, na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Distrital de Santarém. A escolha deste campo de estágio deveu-se às excelentes referências de colegas que realizaram estágio nesse serviço e pela proximidade do hospital à minha área de residência.

As UCI são consideradas como “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” e a prática “assenta num contínuo de ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente, 24h por dia”, devendo ser dotadas de médicos e enfermeiros qualificados (DGS, 2003, pág.5).

O Enfermeiro Especialista tem assim um papel muito importante nessas unidades e deve prestar cuidados de enfermagem “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018. p.19362).

A UCI do HDS é composta por 11 camas de internamento, sendo 4 camas de nível II, 6 camas de nível III e um quarto de isolamento que pode receber um doente de nível II ou III. Esta unidade vai de encontro às recomendações da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Intensiva, que refere que cada UCI não deve ter menos que 8 camas e idealmente deve integrar camas de nível III e de nível II, que devem ser ajustadas à carteira de serviços institucional (Ministério da Saúde, 2017). As camas de nível III devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções de órgãos vitais, podendo colocar a vida em

causa e com necessidade de duas ou mais formas de suporte orgânico e as camas de nível II devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, mas sem necessidade de ventilação mecânica invasiva.

Todas as camas (unidades), à exceção da cama do quarto de isolamento, encontram-se numa sala aberta, individualizadas através de cortinas e estão equipadas com equipamentos de monitorização contínua de sinais vitais com telemetria, ventilador, sistemas de perfusão contínua de medicação, sistema de vácuo para aspiração de secreções, rampas de O₂, rampas de ar comprimido e material para prestação de cuidados ao doente como compressas, sondas de aspiração, soros de lavagem entre outros.

Na UCI existe uma bancada central com uma telemetria que apresenta os sinais vitais de todos os doentes internados e 5 computadores para registos de enfermagem e médicos, permitindo ao mesmo tempo a observação direta de todos os doentes, à exceção do quarto de isolamento. Existem ainda mais 2 computadores nas bancadas de preparação de terapêutica. A disposição desta UCI vai de encontro às recomendações técnicas para instalações de Unidade de Cuidados Intensivos, que referem “cada módulo de cuidados intensivos deve ter um posto de vigilância centralizada e registo implantado em posição central de forma a favorecer a visualização e acesso imediato aos doentes” e “próximo do posto de vigilância centralizada devem ficar os locais de trabalho de enfermagem inerentes à unidade em que se integram” (ACSS, 2013, pág.2).

A equipa é constituída por 36 enfermeiros, 19 assistentes operacionais, 9 médicos fixos e 2 médicos que apenas fazem banco. Em relação à equipa de enfermagem esta é constituída pela Enf^a Chefe, Enf^a de apoio à gestão e os 36 enfermeiros que se encontram distribuídos por 6 equipas.

1.3 ENSINO CLÍNICO III – CLÍNICA DE HEMODIÁLISE DA VITA - ÓBIDOS

Para o Ensino Clínico III, que consistia num campo de estágio opcional, foi escolhido a Clínica de Hemodiálise DaVita - Óbidos. A escolha deste campo de estágio prendeu-se com o fato de muitos os doentes com Doença Renal Crónica sob tratamento de hemodiálise recorrerem ao meu serviço de urgência, e sentir a necessidade pessoal de desenvolvimento de conhecimentos nesta área de nefrologia e ao mesmo tempo ser um campo que permitia a aquisição de

competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Este Ensino Clínico decorreu no período de 19 de abril a 25 de junho de 2021.

A Clínica DaVita - Óbidos, localizada próximo do centro histórico de Óbidos, nos Casais do Alvito, em Gaeiras, encontra-se a funcionar há cerca de 13 anos e tem capacidade para 192 doentes, realizando atualmente tratamento dialítico a 176 doentes. A clínica dispõe de 32 monitores Fresenius 5008 Cordiax, onde os doentes podem fazer hemodiálise ou hemodiafiltração. Os tratamentos consistem em sessões de mais ou menos de 4 horas, durante 3 dias por semana, sendo os doentes distribuídos por turnos pares (2^a/4^a/6^a) ou por turnos ímpares (3^a/5^a/sáb.).

Recentemente esta clínica sofreu remodelações, que permitiu a abertura de uma nova sala de hemodiálise, de forma a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida das pessoas a quem foi diagnosticada doença renal crónica e que residem no concelho. Assim sendo, esta clínica dispõe neste momento de três salas de hemodiálise: a sala 1 que comporta 12 unidades; a sala 2 que comporta 10 unidades e a sala 3 que comporta 11 unidades. A distribuição dos enfermeiros por essas salas é efetuada diariamente pela Enf^a Chefe.

Em relação à estrutura física, a clínica dispõe ainda de uma central de tratamentos de água, armazém, farmácia, copa, cozinha, lavandaria, gabinetes médicos, gabinete de enfermagem, sala de reuniões, vestiários e instalações sanitárias para os doentes assim como para funcionários.

A nível dos recursos humanos, a equipa de saúde da clínica é constituída por uma equipa multidisciplinar: médicos nefrologistas, médicos residentes de clínica geral, 1 nutricionista, enfermeiros, administrativas, assistentes operacionais, técnicos de manutenção, 1 assistente social e 1 farmacêutica.

Perante algumas complicações decorrentes dos acessos vasculares, a Clínica DaVita tem o apoio do Centro de Acessos Vasculares em Lisboa, onde envia os doentes para reavaliação.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

2.1. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL ÉTICA E LEGAL

O exercício profissional dos enfermeiros, independentemente do contexto de ação, está assente num quadro de referência constituído pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), que permite o enfermeiro fundamentar as suas ações enquanto profissional de saúde com autonomia; pelo Código Deontológico; pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Gerais e Especializados e as Competências do Enfermeiro de cuidados gerais e especializados (OE, 2017). Neste sentido, todos os Ensinos Clínicos foram realizados tendo em conta esse quadro de referência e demonstrando sempre em todas as ações, a excelência do exercício profissional.

Relativamente ao Enfermeiro Especialista, este deve ainda na sua prática diária, mostrar um exercício seguro, profissional e ético, empregando habilidades de tomada de decisão e com conhecimentos no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

No sentido de desenvolvimento desta competência, foi necessário recorrer primeiramente à observação e funcionamento dos serviços, bem como à sua organização, no sentido de assegurar a melhor integração possível e conseguir prestar cuidados com segurança, tendo em conta normas e procedimentos de cada serviço.

Após a fase inicial de integração nos serviços e enquanto futura Enfermeira Especialista, procurei orientar a minha prática diária, tomando decisões baseadas em princípios e valores bem fundamentados, pois na minha opinião, é na tomada de decisão que o Enfermeiro Especialista mais se evidencia relativamente ao Enfermeiro de cuidados gerais. Para essa tomada de decisão, o Enfermeiro Especialista deve primariamente identificar as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, assim como da sua família, e prescrever intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, assim como detetar potenciais problemas e resolver problemas identificados (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Neste sentido e em conjunto com a equipa multidisciplinar, procurei em todos os Ensinos Clínicos, prestar cuidados ao doente segundo as necessidades identificadas e assentes numa prática segura, tendo em conta os seus direitos, com respeito pelos seus valores, costumes e crenças, com respeito pela sua privacidade e mantendo a confidencialidade. Um exemplo desta

situação, no sentido de cumprimento do direito à privacidade e confidencialidade do doente, consistiu na passagem de turno no SU, assim como na UCI, ocorrer na sala de enfermagem com visão para os doentes, no entanto longe dos mesmos, indo de acordo com o Parecer CJ/20 de 2001 (OE, 2001b). Ainda relativamente à passagem de turno e em termos de uma prática segura, realço a implementação da técnica ISBAR (I – Identify / Identificação; S – Situation / Situação atual; B – Background / Antecedentes; A – Assessment / Avaliação; R - Recommendation / Recomendações) em ambos os serviços, permitindo uma melhoria da segurança do doente e uma diminuição dos eventos adversos (DGS, 2017a). Segundo Castro, Marques & Vaz (2022), esta técnica contribui para uma tomada de decisão rápida, promovendo o pensamento crítico, sendo uma metodologia utilizada em vários sistemas de saúde a nível mundial.

Outro exemplo, no sentido de cumprimento dos direitos do doente, consistiu em algumas situações especiais, durante o ensino clínico no SU, permitir a entrada de alguns familiares na sala de emergência e explicar a situação clínica, assim como, permitir o uso do telemóvel pelos doentes dentro da sala, em consonância com a orientadora de estágio. Devido ao contexto de pandemia provocada pela Covid 19, o SU foi obrigado a adotar um conjunto de medidas no sentido de reduzir a probabilidade de transmissão da doença, nomeadamente a limitação ou restrição ao direito à visita e ao acompanhamento, indo contra o que é exposto no artigo 12.º da Lei nº 15/2014, de 21 de março (2014), ou seja, “Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada...” (p.2129). O enfermeiro possui um papel fundamental no sentido de garantir os direitos do doente e na transmissão de informações, de uma forma presencial ou via tecnológica (telemóvel), permitindo a diminuição de medos e ansiedades, tanto a nível do doente como a nível dos familiares. Segundo Almeida (2021), as tecnologias de informação e comunicação comprovaram ser um aliado no bem-estar do doente e da sua família.

Durante a realização do estágio na UCI, a DGS já tinha emitido a orientação nº038/2020 – “COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares”, onde é referido que “os Conselhos de Administração dos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde, em articulação com o Grupo de Coordenação Local do PPCIRA (GCL-PPCIRA), deviam adotar medidas de facilitação das visitas aos doentes internados e adaptar o regulamento de visitas em conformidade” (DGS, 2020e, p.2). A UCI, indo de encontro a esta orientação e cumprindo a implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção, permitiu a entrada de visitas, onde os familiares à entrada da unidade faziam a higienização das mãos com solução

antisséptica de base alcoólica e colocavam EPI adequado (touca, máscara cirúrgica e bata), de acordo com a norma 007/2020 – “Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2: Equipamentos de Proteção Individual” (DGS, 2020d). Estas visitas eram programadas pelo Enfermeiro Responsável de turno, de acordo com as disponibilidades do familiar e respeitando os dias e horários estipulados pela unidade para cada cama, no sentido de controlar o número de visitas.

No sentido de promover práticas de cuidados de enfermagem, fomentando a segurança do doente, tanto no SU como na UCI, realizei a identificação inequívoca dos doentes, verificando a existência ou não da pulseira de identificação do doente à entrada do doente nos serviços, cumprindo a orientação nº 018/2011- “Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde” (DGS, 2011b). Na Clínica de Hemodiálise DaVita - Óbidos, a segurança do doente foi assegurada através do cumprimento dos procedimentos instituídos na clínica sobre medidas de segurança e no preenchimento de AOR (*Adverse Occurrence*) após qualquer intercorrência, no sentido de identificar causas e corrigi-las.

2.2. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA MELHORIA CONTINUA DA QUALIDADE

A melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem é um desafio permanente para os enfermeiros e para as organizações de saúde. No âmbito deste domínio, o Enfermeiro Especialista desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, desenvolve práticas de qualidade e garante um ambiente terapêutico seguro (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

O SU do HDS assim com a UCI, possui na Intranet diversos documentos como normas de procedimentos que são revistos periodicamente, formações em serviço, projetos de melhoria continua da qualidade, normas para uniformização de registos entre outros. Esta uniformização de procedimentos é essencial para reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano, promove a prestação de cuidados com qualidade e está ao alcance de todos os profissionais de saúde. A OE (2007a), refere que os enfermeiros devem basear a sua atuação profissional em boas práticas recomendadas, tornando os cuidados de enfermagem mais seguros e eficazes e o Enfermeiro Especialista tem um papel fundamental no cumprimento dessas recomendações. Durante o Ensino Clínico realizado no SU e UCI tive a preocupação de consultar toda essa documentação e aplicar os protocolos utilizados nos serviços, como forma de manter a

qualidade na prestação de cuidados. No SU, destaco o protocolo de transfusão de sangue e hemoderivados; o protocolo de exames complementares com contraste, enquanto na UCI destaco o protocolo de prevenção da pneumonia associada à intubação; o de colocação e manutenção de cateter arterial e CVC e o protocolo de ventilação mecânica não invasiva.

A Clínica de Hemodiálise DaVita – Óbidos faz parte do grupo de saúde, “DaVita”, sediada nos Estados Unidos da América, e que disponibiliza serviços de diálise a doentes com insuficiência renal crónica e doença terminal em todo o mundo. As políticas e procedimentos deste grupo são internacionais, criados pela *DaVita HealthCare Partners Inc.*, com base nas normas da *Internacional Organization of Standardization*. Todos estes documentos são traduzidos em português e encontram-se em todas as Clínicas DaVita, numa plataforma informática denominada AGIR, estando agrupados em temáticas, nomeadamente, controle infeção, acessos vasculares, medicamentos, vacinas e transfusões e complicações intradialíticas. Esta uniformização de procedimentos é essencial para reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano e promove a prestação de cuidados com qualidade.

Dentro do domínio da melhoria da qualidade, o Enfermeiro Especialista deve ainda colaborar em programas de melhoria contínua com vista a desenvolver práticas de qualidade (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). A OE assume que a questão dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), são essenciais para decisões clínicas, para a continuidade e qualidade dos cuidados, para a gestão, a formação, a investigação e para processos de tomada de decisão (OE, 2007b). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na procura da excelência do exercício profissional deve assegurar a máxima eficácia na organização dos cuidados através de “um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da pessoa em situação crítica” (Regulamento nº 361/2015 de 26 de junho, 2015, p.17243).

Durante o Ensino Clínico no SU e UCI, o sistema utilizado foi o SClínico Hospitalar, que consiste num sistema de informação evolutivo, desenvolvido pelos serviços partilhados do Ministério da Saúde, que é centrado no doente e utilizado por todos os prestadores de cuidados de saúde. Este sistema permite a uniformização dos procedimentos dos registos, a partilha de informação pela equipa multidisciplinar e possibilita um acompanhamento mais eficaz e

eficiente do doente. Nascimento, Frade & Miguel (2021), também reforçam a importância destes sistemas para a uniformização dos registos e obtenção de indicadores de qualidade relacionados com os cuidados de enfermagem.

Em termos de registos de enfermagem, este sistema permite o registo eletrónico do processo de enfermagem e onde é utilizada a CIPE, indo de encontro aos princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos do sistema de informação de enfermagem, definida pela Ordem dos Enfermeiros (2007b). A CIPE, ao utilizar uma terminologia padronizada comum a todos os enfermeiros, consegue gerar dados fiáveis e válidos sobre o trabalho de enfermagem, ou seja, os resultados dos cuidados aos doentes podem ser avaliados relativamente ao diagnóstico e às intervenções de enfermagem (OE, 2016a). Relativamente a este sistema de informação em enfermagem utilizado no SU e UCI, realço que cumpro com facilidade todos os registos de enfermagem no mesmo, uma vez que é igual ao sistema do meu local de trabalho, e desta forma contribui para a obtenção de indicadores de qualidade relacionados com os cuidados de enfermagem. Segundo Asmirajanti, Hamid & Hariyati (2019) a prestação de cuidados de enfermagem deve ser documentada com base no pensamento crítico e esses registos devem ser analisados por um enfermeiro com competências na área de gestão, com o objetivo de aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem e por sua vez aumentar a satisfação do doente, a segurança e a relação custo-benefício.

Em relação ao sistema informático utilizado na Clínica de Hemodiálise, é utilizado o “Nefrus”, que consiste num sistema de informação de unidades de diálise que apresenta diversos módulos nomeadamente: gestão do doente, registo clínico, registo CAV, registo de enfermagem, registo da assistente social e nutrição. Achei este sistema muito prático e intuitivo, tendo facilitado a minha integração neste processo. Verifiquei também que este sistema ao permitir a partilha de informações pelos diversos profissionais de saúde em relação ao doente, contribui na minha opinião, para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assim como a nível da segurança do doente. Segundo Wang, Hailey & Yu (2011), os registos de enfermagem podem melhorar a eficácia da comunicação entre os diversos profissionais de saúde. Juntamente a este sistema informático existe também o “Therapy Monitor v2.1”, que permite a documentação online de vários dados coletados do doente antes, durante e após a diálise. A tecnologia utilizada nas máquinas de hemodiálise permite obter informações sobre o tratamento de uma maneira mais eficaz, e assim, detetar possíveis eventos adversos, permitindo uma maior rapidez na assistência ao doente e facilitando as tomadas de decisões (Martins & Neto, 2021).

Uma outra competência do Enfermeiro Especialista no domínio da melhoria da qualidade, consiste em garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). A segurança do doente, tem sido uma preocupação constante para as organizações de saúde, para os decisores políticos, para os profissionais de saúde e para os doentes e suas famílias. A ocorrência de erros constitui uma ameaça à qualidade dos cuidados e segurança dos doentes, no entanto, a maioria destes erros podem ser evitados (Brás & Ferreira, 2016). O conhecimento e compreensão dos eventos adversos constituem um processo fundamental, para uma melhoria contínua da segurança do doente e da qualidade em saúde (Sousa, Uva & Serranheira, 2014).

Segundo a revisão de literatura realizada por Brás & Ferreira (2016), a segurança do doente é considerada a chave da qualidade dos cuidados de saúde sendo fundamental “capacitar os profissionais para a consciencialização do erro e suas implicações, disponibilizando informações sobre os riscos à segurança do utente” e “implementar uma cultura de segurança que contemple um ambiente livre de culpa, com discussão aberta dos erros, uma cultura de notificação do erro e uma cultura de comunicação e gestão do conhecimento, de aprendizagem em torno do erro” (Brás & Ferreira, 2016, pág.15). Perante esta situação e no sentido de alcançar esta competência enquanto futura Enfermeira Especialista, consultei o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que constitui se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança, com vista à melhoria continua da qualidade (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015).

Este plano refere que se deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desenvolver, visando atingir os objetivos estratégicos definidos de: “1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno”, “2. Aumentar a segurança da comunicação”, “3. Aumentar a segurança cirúrgica”, “4. Aumentar a segurança na utilização da medicação”, “5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes”, “6. Prevenir a ocorrência de quedas”, “7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão”, “8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes” e “9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos” (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015, p.3882-3).

Sobre esta linha de pensamento, durante os Ensinos Clínicos foram cumpridos alguns destes objetivos estratégicos, realçando alguns deles como a identificação inequívoca do doente através de pulseiras de identificação ou então de cartões eletrónicos, como no caso da Clínica

de Hemodiálise DaVita – Óbidos. Relativamente ao objetivo de prevenir a ocorrência de quedas, verifiquei que no SU existe um protocolo de monitorização do risco de queda, que é realizado na triagem, e perante a existência de risco, é colocado no doente uma pulseira roxa, no entanto, não é aplicada nenhuma escala de avaliação do risco de queda personalizada a cada doente. A avaliação do risco de queda deve ser realizada a todas as pessoas em internamento hospitalar, através da utilização da Escala de Queda de Morse, validada para Portugal, de acordo com a norma 008/2019 (DGS 2019), permitindo identificar fatores de risco individuais de cada doente e implementar intervenções de enfermagem adequadas, favorecendo a prevenção de ocorrência desse evento adverso (Ximenes et al., 2019).

Relativamente ao objetivo estratégico nº 7: “prevenir a ocorrência de úlceras de pressão”, a DGS refere que a “avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento” (DGS, 2011a, p.2), tendo o Enfermeiro Especialista um papel fundamental. Durante o Ensino Clínico realizado no SU, verifiquei que este serviço não faz a aplicação da escala de Braden, para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão de 24h em 24 horas, como se encontra referido na orientação nº 017/2011 da DGS, no entanto, existe controvérsia na aplicação desta escala nos doentes críticos. Numa revisão sistemática da literatura com o tema: “Fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de úlceras de pressão em doentes críticos”, realizada por Costa, Rabiais & Pereira (2017), é referido que não existe consenso sobre esses fatores e a aplicação da escala de Braden como instrumento de avaliação é insuficiente, devendo ser criada uma escala adequada à população “doentes críticos”. Na UCI, a escala de Braden é utilizada para avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão de 24h em 24 horas, como se encontra referido na orientação nº 017/2011(DGS, 2011a), e segundo alguns autores como Ribeiro Alves, Nantes Boução & Moreira da Costa (2016), referem que esta escala é essencial para reduzir o índice de úlceras de pressão, uma vez que permite avaliar o risco de cada doente em unidades de terapia intensiva, e implementar medidas de prevenção e tratamento.

Nas Clínicas de diálise, segundo a orientação nº017/2011 (DGS 2011a), está recomendado que a avaliação do risco de desenvolvimento de UP deve ocorrer nas primeiras seis horas após a admissão do doente e relativamente à norma nº 008/2019 (DGS, 2019) devem ser implementados protocolos locais. Na Clínica de Hemodiálise DaVita – Óbidos, existe uma consulta de admissão do doente, onde é aplicada uma ficha de avaliação inicial de enfermagem, e onde são aplicadas 5 escalas, nomeadamente a escala de Braden e a escala de Morse, indo de

encontro às normas referidas anteriormente e indo de encontro à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que tem como “principal missão, potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde” (Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio, 2015, pág.13552).

A nível do objetivo estratégico nº 8: “assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes”, observei durante o Ensino Clínico realizado no SU, o preenchimento de uma ficha de identificação de ocorrência de uma queda acidental de um doente e o seu registo na plataforma “Notifica”. Esta plataforma, é destinada à gestão de incidentes ocorridos no sistema de saúde, no qual podem ser reportados incidentes relacionados com a prestação de cuidados de saúde, com a violência contra profissionais ocorrida no local de trabalho e com incidentes relacionados com a utilização de dispositivos médico corto-perfurantes, sendo o seu registo, anónimo, não punitivo e com o propósito de os profissionais aprenderem com a experiência e possibilitar a implementação de medidas, de forma a evitar esses incidentes ocorridos (DGS, 2020a). O conhecimento dos fatores que colocam em causa a segurança do doente é fundamental para implementar estratégias de atuação no sentido de reduzir a ocorrência de eventos adversos (Sousa et al., 2014).

2.3. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

A gestão de cuidados é parte integrante da organização de qualquer serviço, englobando os recursos físicos e materiais, sendo o Enfermeiro Especialista essencial nessa função. Segundo o Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, o “Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (p. 4748).

Nos Ensinos Clínicos realizados, tive a oportunidade de gerir os cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica, otimizando a resposta de enfermagem, desde a sua entrada nos serviços até à sua saída, tendo sempre em consideração a família do doente.

O enfermeiro ao longo do seu exercício profissional deve procurar promover uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência, através da organização desses cuidados. Perante esta temática, a Ordem dos Enfermeiros, em 2001, publicou os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” e reconheceu a necessidade da organização dos cuidados, com ênfase na

utilização de metodologias promotoras da qualidade, com o objetivo de uma resposta aos problemas de saúde das pessoas (OE, 2001a).

O Enfermeiro Especialista, com base nessas metodologias, deve implementar métodos de organização do trabalho adequados. Existem 4 métodos de trabalho que são adotados pelos enfermeiros e podem ser divididos em 2 grupos, ou seja, o grupo dos métodos direcionados para a tarefa, onde se enquadra o método funcional e o grupo dos métodos direcionados para o cliente, onde se enquadra o método de equipa, o método individual e o método de enfermeiro de referência (Parreira, Santos-Costa & Neri, 2021; Ventura-Silva, Martins & Trindade, 2021). Ainda segundo estes autores, a escolha de um método de trabalho está relacionada com diversos fatores como as características institucionais, gestão em enfermagem, características dos enfermeiros e disponibilidade de recursos.

Havaei, Macphee & Dahinten (2019), referem também que os diferentes métodos de trabalho dos enfermeiros podem interferir na qualidade e segurança da prestação de cuidados de enfermagem. Em todos os Ensinos Clínicos foi utilizado o método de trabalho individual, ou seja, um método centrado no doente, permitindo uma melhor organização dos cuidados e conhecimentos sobre os mesmos. Segundo Parreira et al. (2021), os métodos centrados na pessoa têm mais vantagens quando comparados com os métodos direcionados às tarefas, pois permitem “identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, definição de prioridades, planeamento, implementação e avaliação das intervenções, proporcionando um cuidado individualizado e personalizado ao paciente como um e integral integrado” (Parreira et al., 2019, p.9).

No Clínica de Hemodiálise DaVita, tive a oportunidade de colaborar em alguns projetos da clínica, nomeadamente no Projeto Enfermeiro de Referência, em que cada enfermeiro tem os seus doentes e é responsável em estabelecer uma rede de comunicação entre o doente e a equipa multidisciplinar e no Projeto Integrado de Gestão de Acessos Vasculares (PIGAV), em que todos os acessos estão atribuídos a um enfermeiro gestor do acesso, e este é responsável pela monitorização do mesmo, realizando a avaliação mensal do acesso vascular e reportando alguma anomalia ou alteração. Segundo Parreira et al. (2021), o método de enfermagem primário, também conhecido por método do enfermeiro de referência, é o método que “mais promove planeamento, autonomia, responsabilidade, capacidade de decisão e continuidade da assistência de enfermagem” e permite um conhecimento aprofundado do paciente e da sua família, permitindo uma humanização e melhoria na prestação de cuidados (Parreira et al, 2021,

pág.14). Segundo estes autores, este método permite ao enfermeiro evidenciar habilidades avançadas no gerenciamento de necessidades complexas.

Dentro deste domínio da gestão de cuidados, o Enfermeiro Especialista deve otimizar o trabalho da equipa, adequando recursos de forma eficiente e negociando outros recursos que sejam adequados à prestação de cuidados com qualidade. O número de profissionais, assim como a sua experiência, também tem uma influência direta na segurança do doente e qualidade da prestação de cuidados de enfermagem (Connel et al., 2020).

Nesta gestão de recursos humanos relativamente aos enfermeiros, observei no SU que estes eram alocados diariamente e por turno, pelo enfermeiro responsável aos diferentes postos de trabalho como a triagem, área médica, área cirúrgica e ortopédica e sala de emergência, enquanto na UCI, os enfermeiros eram distribuídos semanalmente pela Enfermeira Chefe e designando também um enfermeiro responsável para cada turno. Na Clínica de Hemodiálise também era designado pela Enfermeira Chefe, um enfermeiro responsável por cada sessão de diálise, desempenhando um papel de coordenador, resolvendo problemas organizacionais ou assumindo um papel de chefia na ausência da chefe.

Na sua maioria, estes enfermeiros responsáveis de turno eram detentores do título de Especialista, indo de encontro ao parecer conjunto nº 01/2017- Atribuição de responsável de turno, que refere que este enfermeiro deve “possuir um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área da especialização de acordo com o core de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço” (OE, 2017, p. 2). No entanto, alguns enfermeiros não eram detentores de especialidade, mas apresentavam muitos anos de experiência na área de urgência/UCI/Nefrologia, indo também de encontro ao parecer conjunto nº 01/2017, que refere que na ausência de Enfermeiro Especialista ou este não ser adequado para a função de enfermeiro responsável de turno, poderá ser designado um enfermeiro de cuidados gerais, desde que comprovada a sua competência para a função. Benner (2001), também refere que as competências para a excelência das práticas dos cuidados, surgem quando se ganha perícia profissional conseguida através de uma aprendizagem experiencial.

Relativamente ao número de Enfermeiros Especialistas, observei que no SU que está longe do que é preconizado no artigo 21º do Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto (2014), que refere que 50% dos enfermeiros das equipas do SUMC, devem possuir competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, assim como também na UCI. Segundo o Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro (2019), regulamento da norma

para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, recomenda-se que as UCI sejam constituídas por 50% de Enfermeiros Especialistas em EMC e de preferência na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, em permanência nas 24 horas. Refere ainda que nas UCI, a equipa deve integrar Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação a assegurar o rácio de 12h de cuidados de enfermagem especializados por cada 8 clientes, em todos os dias de semana, nas unidades de nível I/II e por cada 5 clientes nas unidades de nível III. Apesar de a UCI ainda não ter o número preconizado de Enfermeiros Especialistas, tanto na área da Pessoa em Situação Crítica, como na área da Reabilitação, verifiquei que existe uma preocupação em distribuir esses mesmos enfermeiros pelas equipas e pelos turnos. Segundo Freitas & Parreira, 2013, a “determinação da adequada combinação de recursos humanos (enfermeiros com diferentes níveis de competências e de necessidades de supervisão) nas equipas em cada turno é essencial pois uma falha nesse sentido pode conduzir a erros clínicos que, por sua vez, podem resultar em danos para os clientes e para a organização” (Freitas & Parreira, 2013, p. 172).

Segundo Neves, Parreira & Graveto (2020), a qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como a segurança dos doentes, é influenciada também pelo número de enfermeiros, juntamente com as competências e o trabalho em equipa. Na literatura existe vários estudos que evidenciam uma relação entre o défice de enfermeiros e resultados adversos, incluindo um aumento das taxas de mortalidade (Needleman et al., 2011; Griffiths et al., 2019). Esta situação constitui assim uma das preocupações dos gestores em saúde, sendo fundamental a adequação dos recursos de enfermagem aos doentes e às suas necessidades, no sentido de uma melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

No SU, de acordo com a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, a fórmula a utilizar neste serviço é por posto de trabalho, adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, da semana e do mês. Efetivamente, observei neste serviço que o número de enfermeiros no turno da noite era menor quando comparado com o turno da manhã e tarde (Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro, 2019).

Na UCI, a fórmula utilizada é com base no rácio enfermeiro/cliente, sendo de 1/2 para UCI nível II e 1/1 para UCI de nível III, no entanto, durante o Ensino Clínico, verifiquei que este rácio apenas foi cumprido, porque a UCI nunca teve lotada com a capacidade máxima de doentes, sendo uma situação que deveria ser resolvida. O aumento do rácio cliente/enfermeiro,

afeta negativamente a prestação de cuidados de enfermagem e afeta simultaneamente os enfermeiros, levando-os a situações de burnout e de insatisfação profissional (Chen et al., 2019).

Na Clínica de Hemodiálise DaVita, a gestão de recursos é realizada essencialmente pela Enfermeira Chefe e cada enfermeiro fica responsável por 4 ou 5 doentes no máximo, indo de encontro à dotação recomendada pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia (OE, 2016b).

Na área da gestão dos cuidados e coordenação dos serviços, tive a oportunidade de desenvolver competências através da observação e colaboração em algumas atividades dos enfermeiros responsáveis de turno ou chefias de enfermagem, nomeadamente, gestão de equipamentos e materiais de consumo clínico e medicamentos, gestão dos recursos humanos consoante as necessidades do serviço, gestão de visitas e informações, colaboração na elaboração de horários e planos de distribuição entre outros.

Realço que em todos os estágios senti um ambiente positivo e favorável à prática, promovido por toda a equipa de saúde e principalmente pelas Enfermeiras Chefes e o seu tipo de liderança. Segundo Specchia et al. (2021) a liderança dentro das organizações de saúde é essencial para prestar cuidados eficazes e eficientes e aumentar a satisfação dos profissionais e pacientes.

Durante os Ensinos Clínicos, verifiquei que as Enfermeiras Chefes eram acarinhadas pelos seus enfermeiros e mostravam-se disponíveis para os ouvir e ajudar nas suas necessidades pessoais e profissionais. Em situações mais críticas no serviço, tinham a preocupação de ir ao local dar apoio, como por exemplo numa situação de uma PCR que vivenciei na SE de um doente com poucos anos, assim como na Clínica de Hemodiálise, com um doente que teve uma alteração do estado de consciência durante o tratamento. Nessas situações houve um envolvimento de toda a equipa e no processo de tomada de decisão, as chefes deram oportunidade aos enfermeiros expressarem os seus pontos de vista, demonstrando respeito pelas opiniões dadas. Este tipo de liderança enquadra-se no estilo transformacional que é caracterizado pela influência carismática dos seus líderes, onde estes apresentam uma comunicação eficaz, valorizam as relações e têm uma consideração individualizada com os seus colaboradores (Specchia et al., 2021). A observação deste tipo de liderança foi muito gratificante para mim, pois, considero um modelo a seguir, uma vez que este tipo de liderança tem uma correlação significativa com os níveis de satisfação no trabalho de enfermagem (Specchia et al., 2021).

2.4. COMPETÊNCIAS DO DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Neste domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro tem o dever de manter atualizado os seus conhecimentos, assim como utilizar as tecnologias de forma competente e possuir formação permanente e aprofundada nas ciências humanas, no sentido da excelência do exercício de enfermagem (OE, 2015).

Durante os três Ensinos Clínicos, a atualização de conhecimentos foi uma necessidade constante, de forma a permitir uma resposta rápida e eficaz na prestação de cuidados ao doente e aproveitei todas as oportunidades de aprendizagem para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Ainda dentro deste domínio o Enfermeiro Especialista desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Durante o Ensino Clínico no SU, procurei aceitar a crítica de toda a equipa multidisciplinar como forma de crescimento. Lembro-me de uma situação em especial, logo nos primeiros dias de estágio, em que tive necessidade de algaliar uma doente e o assistente operacional, no final do procedimento, disse-me que não tinha cumprido o protocolo do serviço. Efetivamente naquela altura, ainda não tinha conhecimento desse protocolo, baseado nas orientações do GCL PPCIRA do HDS, e aceitei aquela crítica como algo que teria de colmatar, para manter as normas do SU.

Relativamente ao Ensino Clínico na UCI, foi uma experiência totalmente nova para mim, pois nunca tinha tido a oportunidade de contactar com aquela realidade, nem mesmo na Licenciatura em Enfermagem. Tinha a noção da diversa tecnologia utilizada numa UCI, no entanto, sem qualquer conhecimento da articulação dessa tecnologia com a prestação de cuidados de enfermagem ao doente. Dado a esta situação foi necessário um investimento pessoal na procura de novos conhecimentos e atualização de outros, através de pesquisas bibliográficas online e em livros como “Enfermagem em Cuidados Intensivos”, da editora Lidel, e “Thelan’s – Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnósticos e Intervenção”, da editora Lusodidacta.

No Ensino Clínico III, sendo a área de nefrologia uma área muito específica, levou-me também a realizar diversas pesquisas bibliográficas, no sentido de fundamentar a prática baseada na evidência e conseguir adquirir as competências definidas para o Ensino Clínico.

Ao longo dos três Ensinos Clínicos, aproveitei todas as oportunidades para observar, questionar e refletir, fazendo uma análise reflexiva sobre a evidência científica descrita na literatura e os cuidados de enfermagem realizados, indo de encontro à competência “Baseia a sua praxis

clínica especializada em evidência científica” definida para este domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4749). A tomada de decisão e as intervenções realizadas pelo Enfermeiro Especialista deverão também ter na sua base um “conhecimento válido, atual e pertinente” como se encontra definido no mesmo Regulamento (p.4749).

Durante também todo o meu processo de aprendizagem, foram realizados *debriefings* com as orientadoras dos Ensinos Clínicos, no sentido de esclarecer dúvidas, que considero terem sido imprescindíveis para o meu crescimento pessoal e para a minha aquisição de competências enquanto futura Enfermeira Especialista. O *debriefing* era uma prática utilizada nos soldados que regressavam de missões, no início da 2ª Guerra Mundial, para analisar os acontecimentos e criar estratégias para futuras missões (Magyar & Theophilos, 2010). Atualmente esta prática é mantida e usada não só pelas forças militares, mas também por diversos grupos profissionais, incluindo os da área da saúde, e consiste numa “estratégia que permite a revisão de uma experiência ou atividades simuladas em que os participantes exploram, analisam e resumem seus próprios processos de ação e pensamento, seu estado emocional e outras informações que podem melhorar seu desempenho em situações da vida real” (Coutinho, Martins & Pereira, 2016, p.127).

Kessler, Cheng & Mullan (2015) referem que a utilização do *debriefing* no serviço de emergência após eventos clínico,s tem o objetivo de melhorar o desempenho nos próximos eventos através da reflexão do grupo sobre a experiência compartilhada. Assim sendo, o *debriefing* pode ser considerado como uma ferramenta essencial na área da qualidade dos cuidados.

Ainda dentro deste domínio, o Enfermeiro Especialista “atua como formador oportuno em contexto de trabalho” e “diagnostica necessidades formativas” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4749). Neste sentido, e com o objetivo de desenvolver esta competência, durante o Ensino Clínico no SU, observei a necessidade de uniformizar os registos de enfermagem da sala de emergência que eram realizados à entrada do doente na sala, elaborando um procedimento de trabalho com o nome: “Registos de Enfermagem em Utentes na Sala de Emergência” (Apêndice 1). Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, baseados na evidência empírica, constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2007a).

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

3.1. CUIDA DA PESSOA A VIVENCIAR PROCESSOS COMPLEXOS DE DOENÇA CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA

Durante os três Ensinos Clínicos tive a oportunidade de mobilizar conhecimentos no sentido de prestar cuidados à Pessoa em Situação Crítica, identificar focos de instabilidade, atuando de uma forma rápida e antecipatória e com o objetivo de potenciar resultados. A Pessoa em Situação Crítica é 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”, e o Enfermeiro Especialista deve prestar “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento nº429/2018 de 16 de julho, 2018, p.19362).

O SU, foi o campo de estágio que permitiu desenvolver mais esta competência específica do EEEPC, facilitada pela minha experiência de 10 anos nesta área e pelo fato de ter ficado distribuída maioritariamente, juntamente com a minha orientadora, na sala de emergência, que é o local onde entra o doente em situação mais crítica, exigindo rapidez de atuação e os cuidados mais especializados. Na minha opinião, é muito importante conhecer outras realidades e perceber outros modos de atuar, que não sendo melhores ou piores, estimulam a reflexão pessoal, a crítica e ajudam no nosso crescimento profissional. Durante este Ensino Clínico, foram vários os doentes em estado crítico, que deram entrada na sala de emergência, permitindo assim que pudesse prestar “cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento nº429/2018 de 16 de julho, 2018, p.19362). Durante este Ensino Clínico no SU, tive ainda a oportunidade de seguir o fluxograma da avaliação primária e secundária para vítimas de trauma, ao abordar dois doentes politraumatizados, vítimas de despiste de carro com projeção e capotamento que deram entrada na sala de emergência tendo colaborado posteriormente no acompanhamento dos mesmos, na realização de exames complementares de diagnóstico.

Na UCI, a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico incidiu na colaboração da monitorização hemodinâmica, da monitorização electroencefálica (SEDLIN)

e da ventilação invasiva e não invasiva de acordo com a necessidade do doente. Tive ainda a oportunidade de colaborar na colocação/remoção da linha arterial e cateter venoso central cumprindo os protocolos instituídos; manipulação da linha arterial para avaliação da pressão arterial invasiva e colheitas de gasometrias ou sangue para reavaliação analítica; avaliação da pressão venosa central; manipulação da VMI e prestação de cuidados associados; prestação de cuidados ao doente com entubação orotraqueal e traqueostomia; preparação e gestão da nutrição entérica e parentérica segundo protocolo da UCI, entre outros.

O enfermeiro da UCI, tem um papel essencial na identificação de focos de instabilidade, pelo que a avaliação horária de sinais vitais e débitos urinários dos doentes é fundamental. A monitorização dos sinais vitais é uma atividade essencial de enfermagem pois identifica as necessidades do doente permitindo um planeamento das intervenções necessárias para satisfazer essas necessidades (Asmirajanti et al., 2019).

No Ensino Clínico III, a prestação de cuidados ao doente com necessidade de terapia de substituição da função renal, constituiu uma novidade para mim e exigiu uma pesquisa bibliográfica mais aprofundada nesta área. Após esta consulta e com a colaboração da enfermeira orientadora do Ensino Clínico, consegui prestar cuidados específicos e de alta complexidade associados à hemodiálise, nomeadamente: montagem do circuito extracorporeal e preparação do monitor para HD; avaliação inicial do doente antes da HD (peso, sinais vitais, avaliação do acesso); monitorização dos parâmetros de diálise e avaliação da eficácia do tratamento; monitorização de sinais e sintomas de instabilidade hemodinâmica; ligação e desconexão do doente ao equipamento; comunicação e educação do doente durante a sessão de HD; registos de enfermagem e comunicação de intercorrências com a equipa multidisciplinar.

Em todos os Ensinos Clínicos assumi uma conduta responsável e ética, planificando, executando e avaliando os cuidados de enfermagem, tendo em conta as prioridades de atuação e respeitando os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, como é referido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015).

Relativamente a protocolos terapêuticos complexos, o SU tem protocolos de atuação como por exemplo o da Via Verde de AVC e Via Verde Sepsis, no entanto, só tive a oportunidade de aplicar o protocolo de Via Verde de AVC, assim como a avaliação da escala de NIHSS, a 4 doentes que deram entrada na sala de emergência. Realizei também o acompanhamento desses doentes na realização de tomografia axial computadorizada crânio encefálica (TAC CE) e

colaborei na transferência dos mesmos para o hospital de São José, para realização de trombectomia.

Em relação à gestão de protocolos terapêuticos complexos na Clínica de Hemodiálise, tive a preocupação inicial de pesquisar e consultar as políticas e procedimentos existentes na instituição através da plataforma Agir e ao longo do Ensino Clínico tive a oportunidade de aplicar alguns protocolos como por exemplo o protocolo de atuação perante complicações (hipotensão, caibras, náuseas, vômitos, cefaleias, etc.); protocolo de acidentes intradialíticos (desconexão acidental, coagulação do circuito extracorporal, etc.) e protocolo de administração de medicamentos (antibióticos, ferro, eritropoietina humana, etc.).

Ao longo dos três Ensinos Clínicos também tive a oportunidade de desenvolver competências no âmbito da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, otimizando respostas. Segundo a OE (2008), a prestação de cuidados de enfermagem às pessoas com dor, tem como objetivo a promoção do bem-estar através da avaliação, planeamento, execução de intervenções necessárias e análise dos resultados. Neste sentido, e com o objetivo de alcançar esta competência, a minha prestação de cuidados em todos os Ensinos Clínicos teve sempre em consideração o diagnóstico da dor, implementação de medidas de tratamento farmacológicas e não farmacológicas, monitorização de resultados e reavaliação da mesma.

Em contexto de urgência, pude observar que o registo na sala de emergência da dor é realizado em registos gerais, no programa de registos de enfermagem SClinico, sendo um item na avaliação interna dos enfermeiros do serviço, no entanto não existe no programa, o diagnóstico de enfermagem referente à dor e intervenções associadas, impossibilitando obter dados concretos sobre os resultados dos cuidados aos doentes. Na UCI, também tive a preocupação de avaliar e registar a dor dos doentes internados utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS) em doentes ventilados e a Escala Visual Numérica nos doentes não sedados e que comunicam, e em caso de necessidade aplicar medidas farmacológicas ou não farmacológicas, como alteração do posicionamento, massagem ou aplicação de calor/frio consoante as situações. Estas escalas são utilizadas por todos os enfermeiros da UCI e estão de acordo com as recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2021).

Ainda relativamente à dor, verifiquei no Ensino clínico III, que existe uma preocupação com a mesma, relacionada mais especificamente com o acesso vascular do doente, pois é um indicador importante do bom funcionamento do mesmo. A Ordem dos Enfermeiros (2016b) refere que os doentes de diálise, assim como os profissionais de saúde na área de nefrologia, reconhecem o

acesso vascular como a “linha da vida” do doente, no entanto, apesar do progresso e das recomendações de boas práticas, existem complicações relacionadas com o acesso vascular, sendo considerado o ponto fraco na terapia de substituição renal (EDTNA/ERCA, 2015). O enfermeiro de diálise, assim como o doente, têm um papel importante no sentido de manter o bom funcionamento da FAV, pois o sucesso da Hemodiálise a longo prazo depende de um acesso vascular sem problemas (EDTNA/ERCA, 2015). Perante esta situação realizei algumas intervenções de enfermagem não farmacológicas, nomeadamente, sugestão de um analgésico tópico antes da realização das sessões de diálise, mudança de posição das agulhas, reposicionamento do membro durante o tratamento, aplicação de gelo e realizei também intervenções de enfermagem farmacológicas com administração de analgésico, segundo prescrição do nefrologista. Segundo a OE (2008), as medidas não farmacológicas são tão importantes como as analgésicas, sendo consideradas intervenções autónomas de enfermagem e da responsabilidade do enfermeiro.

Relativamente às unidades de competência “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” e “gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018, p.19363), foram realizadas algumas atividades durante os ensinamentos clínicos, no sentido de alcançar as mesmas.

A maioria dos doentes internados na UCI encontravam-se num processo de instabilidade hemodinâmica, analítica e de falência multiorgânica levando à necessidade de os mesmos estarem sob ventilação mecânica invasiva (VMI). Segundo Melo et al. (2014), o doente quando é submetido à ventilação invasiva necessita de cuidados de enfermagem qualificados, baseados na evidência técnico-científica, de forma a contribuir para a melhoria do doente, no entanto, é essencial que o enfermeiro nesse processo de cuidar desenvolva também competências comunicacionais.

O doente submetido a VMI está impossibilitado de comunicar verbalmente e o enfermeiro deve desenvolver estratégias comunicacionais no sentido de satisfazer as necessidades do doente, pois a comunicação é um elemento-chave na relação terapêutica entre enfermeiro-doente (Morais et al., 2021). Perante esta situação, consultei a norma de procedimento do serviço: “Comunicação com doente submetido a ventilação invasiva”, realizada pela minha orientadora

de estágio, e utilizei uma caixa existente na UCI com instrumentos, para essa comunicação, estabelecendo assim uma comunicação não verbal com um doente (Morte, 2021).

Durante o Ensino Clínico III, a nível dos doentes com necessidade de hemodiálise, a comunicação, seja ela verbal ou não verbal, também é essencial para melhorar os cuidados de enfermagem durante o tratamento e deve ser utilizada para perceber os sentimentos e dúvidas dos doentes e através dela identificar formas de diminuir possíveis complicações (Moreira, Araújo & Torchi, 2013). Ao longo deste Ensino Clínico, constatei também que a Clínica de Hemodiálise DaVita apresenta uma preocupação acrescida com o bem-estar do doente e com a excelência da prestação de cuidados de enfermagem, onde a abordagem do doente é realizada de uma forma holística. A OE (2016b) também preconiza que as intervenções de enfermagem não devem ser baseadas apenas na aplicação de técnicas dialíticas.

Relativamente à unidade de competência “Assiste a pessoa, a família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”, verifiquei que na UCI, a elevada tecnologia utilizada era geradora de ansiedade e medos na família, pelo que tive oportunidade juntamente com a minha orientadora, realizar a apresentação da unidade, aquando da primeira visita do familiar, assim como transmitir algumas informações, de forma a contribuir para o bem-estar da família e doente. Na minha opinião, o Enfermeiro Especialista tem aqui um papel muito importante na humanização dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua família, procurando a satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, contribuindo para uma enfermagem de excelência (OE, 2015).

3.2. DINAMIZA A RESPOSTA A SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA, EXEÇÃO E CATÁSTROFE, DA CONCEÇÃO À AÇÃO

Na preparação e reposta a situações de catástrofes existe a necessidade de concetualização de um plano com um conjunto de orientações, no sentido de permitir uma maior eficiência na assistência e ou apoio ao maior número de vítimas. Segundo a orientação nº 007/2010 (DGS,2010), todas as unidades do SNS devem elaborar o seu plano de emergência de acordo com o “Guia Geral de Orientação para a elaboração de um plano de emergência das Unidades de Saúde” e devem realizar periodicamente uma análise da situação, tendo em consideração a envolvente interna e externa.

Em relação ao Hospital Distrital de Santarém, onde foi realizado o Ensino Clínico I e Ensino Clínico II, verifiquei que este possui um plano de emergência externo, alinhado com a orientação nº 007/2010 da DGS, no entanto não possui um plano de emergência interno, o que na minha opinião, representa um risco para os doentes e os próprios colaboradores do HDS. Em relação à Clínica de Hemodiálise DaVita - Óbidos, verifiquei que esta não possui neste momento um plano de emergência externo ou interno.

Os objetivos dos planos de emergência, em caso de ativação, consistem em informar os profissionais das unidades de saúde das modalidades de ação e informar as autoridades sanitárias para a coordenação dos meios disponíveis de resposta, de forma a manter a continuidade dos cuidados de saúde e ao mesmo tempo, manter a segurança dos doentes e profissionais (DGS, 2010). A DGS (2010), refere ainda que o plano de emergência deve estar integrado com os planos mais vastos e abrangentes de âmbito regional e ou nacional.

Neste sentido, tive a necessidade de consultar o PNEPC (Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil), que consiste num plano para responder organizadamente a casos de iminência ou ocorrência de acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental, e serve de suporte às operações de proteção civil, onde são descritas as ações a desenvolver. Este plano articula se ainda de um modo direto com os planos Regionais e Distritais de Emergência de Proteção Civil, e de um modo indireto com os Planos Municipais de Emergência de Proteção Civil (ANEPC, 2013). Após esta consulta, verifiquei que o plano de emergência externo do HDS apresentava as responsabilidades definidas para os hospitais, descritas no Plano Distrital de Emergência de Proteção Civil de Santarém e as responsabilidades descritas no Plano Municipal de Emergência do Concelho.

Felizmente as situações de catástrofe ou emergência multivítimas não são o quotidiano das unidades de saúde, no entanto, é essencial ter conhecimentos nesta área, no sentido de permitir uma resposta rápida e eficaz. Neste sentido, além de ter consultado e analisado o plano de emergência da instituição que se encontra disponível via intranet, revi conteúdos lecionados na cadeira “Enfermagem em situações de exceção e catástrofe” deste Mestrado em Enfermagem à PSC.

Os serviços de urgência, dadas às suas características, são considerados os locais de eleição para dar resposta ao atendimento das vítimas que resultam de uma catástrofe e/ou emergência multivítimas e os enfermeiros destes serviços encontram se assim na primeira linha de resposta a estas situações (Whetzel et al., 2013; Tomé, 2018). No SU do HDS, existe um armário onde

se encontra todo o material em caso de catástrofe, com documentação essencial aquando à ativação do plano, nomeadamente, cartões de ação com as funções de cada elemento e kits com requisições de pedidos de sangue e exames complementares, tubos de sangue, etiquetas de identificação e impressos para avaliação secundária.

Para que os planos de emergência sejam executados de uma forma eficaz e coordenada, é necessário que todos os profissionais intervenientes estejam corretamente formados e que cada um se identifique como elemento fundamental, conhecendo a sua missão, o seu papel e a sua ação (DGS, 2010). Apesar do plano de emergência se encontrar disponível na intranet do HDS para todos os profissionais, verifiquei que existe um grande desconhecimento desta temática, assim como a inexistência de ações de formação, simulacros e revisão periódica deste plano.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tem um papel fundamental nesta área e deve colaborar na elaboração do plano de emergência e catástrofe da instituição, deve difundir esse plano pela equipa, deve garantir que o treino/exercício de ativação do plano seja realizado periodicamente e deve colaborar na revisão do mesmo (Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, 2018). Durante os Ensinos Clínicos não houve tempo suficiente para desenvolver, na totalidade, esta competência como futura Enfermeira Especialista em enfermagem à PSC, no entanto, foi discutido com as orientadoras, a sua importância no sentido de contribuir para uma melhoria na qualidade da prestação de cuidados. As catástrofes são acontecimentos potencialmente esporádicos, no entanto só o planeamento permitirá uma resposta adequada sendo essencial que os planos sejam divulgados, testados e realizadas revisões periódicas (Félix, Dias & Caetano, 2018).

Em termos de situações de exceção, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) refere que são mais frequentes quando comparadas com as catástrofes e são definidas como situações “em que se verifica, de forma pontual ou sustentada, um desequilíbrio entre as necessidades verificadas e os recursos disponíveis” (INEM, 2012, pág.12). Atualmente vivemos numa situação de pandemia, provocada pela doença infecciosa COVID 19, tendo sido declarada pela OMS como pandemia internacional no dia 11 de março de 2020 (OMS, 2020).

Perante esta situação de exceção, os serviços tiveram de se reorganizar de forma a minimizar o risco de transmissão do SARS-Cov-2 entre doentes e profissionais e no momento que decorreram os Ensinos Clínicos, o SU apresentava 2 circuitos separados, para doentes respiratórios e doentes não respiratórios, em locais distintos. O Ensino Clínico I foi sempre realizado na área de doentes não respiratórios, no entanto, verifiquei que o HDS tinha elaborado

o Plano de Contingência à Covid 19, seguindo as recomendações do Plano Nacional de Preparação e Resposta à Covid 19 (DGS, 2020b), que constitui uma ferramenta estratégica a nível nacional para a preparação e resposta a uma potencial epidemia pelo vírus SARS-Cov-2. Para a operacionalização e implementação de medidas para a prevenção e controlo de infeção, o Enfermeiro Especialista à PSC tem um papel fundamental, fazendo parte das suas competências específicas.

Em relação à UCI, a unidade só recebia doentes com teste covid negativo, no entanto, existia na intranet, relativamente ao serviço, um manual de orientações de trabalho e de procedimentos para doentes com COVID 19. Na minha opinião é essencial que todos os enfermeiros tenham informação atualizada sobre COVID 19 e estejam preparados para situações de exceção.

Em relação ao Ensino Clínico III, perante esta situação de exceção e sendo os doentes com Doença Renal Crónica em Hemodiálise, um grupo vulnerável, a DGS elaborou a orientação nº 017/2020, que consiste num conjunto de medidas específicas para este grupo (DGS, 2020c). A Clínica de Hemodiálise de acordo com esta orientação e segundo o Plano Nacional de Preparação e Resposta à COVID 19, solicitou ao Delegado de Saúde local um plano de contingência específico para aquela clínica, que tive a oportunidade de ler e constatar que estava de acordo com o preconizado.

Em termos gerais, apesar de não ter tido oportunidade de participar na conceção e ação de uma resposta a uma situação de exceção e catástrofe, pelo fato de não ter ocorrido nenhuma das situações, considero que todos os estágios permitiram de alguma forma, desenvolver competências neste âmbito.

3.3. MAXIMIZA A INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECCÃO E DE RESISTÊNCIA A ANTIMICROBIANOS PERANTE A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E OU FALÊNCIA ORGÂNICA

As infeções associadas aos cuidados de saúde e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos são considerados um problema a nível mundial pois aumentam a morbidade e a mortalidade dos utentes, prolongam internamentos e agravam os custos em saúde (DGS, 2017c). É essencial que todos os profissionais de saúde detenham conhecimentos atualizados e demonstrem competências sobre prevenção e controlo de infeções.

Perante esta situação, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica deve surgir como líder na prevenção e controlo das IACS, através do cumprimento da norma 029/2012 – “Precauções Básicas do Controlo da Infeção” (DGS, 2012), assim como na formação dos profissionais. Segundo Pina, Ferreira & Marques (2010), as medidas de prevenção assentam no cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção, assim como no uso racional de antimicrobianos.

No sentido de alcançar esta competência, durante os Ensinos Clínicos no SU e UCI, realizei uma pesquisa via intranet e via papel, sobre as diretivas do GCL PPCIRA do Hospital Distrital de Santarém e as normas/procedimentos estabelecidos para a prevenção e controlo de IACS. No Ensino Clínicos realizado na Clínica de Hemodiálise DaVita - Óbidos, verifiquei que as diretivas e os procedimentos eram estabelecidos pelo Grupo de Controlo e Prevenção de Infeção da Clínica DaVita Óbidos, no entanto, indo também de encontro às medidas previstas no PPCIRA para redução das infeções.

Em todos os Ensinos Clínicos tive a preocupação de cumprir todas as normas e procedimentos instituídos pelos serviços e ao mesmo tempo demonstrar conhecimentos atualizados sobre prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. Dentro deste tema, destaco a norma de procedimento de “Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação”, visto ser uma norma, dado ao meu contexto laboral, não ser aplicada. A PAI, é a infeção mais frequentemente adquirida na Unidade de Cuidados Intensivos em doentes submetidos a intubação endotraqueal e ventilação mecânica, sendo responsável pelo aumento do número de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e da mortalidade (DGS, 2017b). Como forma de prevenir a pneumonia associada à intubação, a DGS elaborou uma lista de “Feixe de Intervenções” que consiste em “rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação”; “discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação”; “manter cabeceira do leito em angulo superior ou igual a 30°, evitando momentos de posição supina”; “realizar higiene oral com cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3x dia”; “manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando sujos ou disfuncionantes” e “manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cm H₂O”(DGS, 2017b, p. 1). Realço que a UCI elaborou a sua norma de procedimento tendo em conta este “feixe de intervenções” e que todos os profissionais têm a preocupação de a cumprir.

A UCI também realiza prevenção e controlo de colonização e infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), ao realizar rastreios sépticos a todos os doentes que dão

entrada na unidade. Estes doentes são submetidos ainda a uma higiene corporal com gluconato de clorohexidina a 2% em toalhetes nos primeiros 5 dias e a cabeça é lavada com touca impregnada com clorohexidina a 2%. Segundo Gomes (2021), a taxa de colonização por MRSA tem vindo a diminuir a nível de Portugal, assim como a nível da maioria dos países europeus, devido provavelmente à implementação de protocolos e normas de controlo e prevenção da transmissão da MRSA, implementação de rastreios e descolonização, associados às Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI). Segundo esta autora é essencial a realização de rastreios de colonização por MRSA na admissão para internamento.

Em relação ao cumprimento das PBCI, a “higienização das mãos”, talvez derivado ao contexto atual de pandemia, foi aquela que mais se destacou, tendo verificado em todos os Ensinos Clínicos, a existência de uma preocupação especial, de todos os profissionais, com a lavagem e desinfecção das mãos, sendo uma prática enraizada e facilitada pela existência de vários pontos de lavagem das mãos com sensores automáticos para a água, sabão e solução antisséptica de base alcoólica e ainda a existência de vários cartazes junto aos lavatórios alusivos ao tema. Dados da DGS (2021), mostram que a COVID 19 aumentou a cultura da higiene das mãos nos profissionais de saúde, verificando se uma subida de valores de 76% para 83%.

A nível da etiqueta respiratória e dado ao contexto atual de pandemia, todos os profissionais usam máscara cirúrgica e na prestação direta de cuidados ao doente usam máscara P2. O uso de equipamento de proteção individual é obrigatório, nomeadamente o uso de avental, luvas, máscara e touca, sempre que existe um contato com o doente, indo de encontro à norma 007/2020 da DGS – “Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)”.

CONCLUSÃO

A elaboração desta primeira parte do relatório de estágio permitiu descrever todo o meu percurso desenvolvido nos Ensinos Clínicos, tendo em conta as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, levando a uma reflexão das atividades realizadas. A descrição e análise dessas atividades, constituiu assim como um processo enriquecedor, no sentido que permitiu a consciencialização de novos conceitos e competências adquiridas neste percurso.

Realço, que esta aquisição de competências foi facilitada pelo excelente acolhimento e integração proporcionada em todos os Ensinos Clínicos (SU e UCI do Hospital Distrital de Santarém e Clínica de Hemodiálise DaVita – Óbidos), assim como a disponibilidade e profissionalismo de todos os orientadores que tiveram comigo.

Em termos gerais, pelo que foi exposto, juntamente com o feedback obtido nas avaliações dos Ensinos Clínicos, considero ter atingido os objetivos propostos, tendo desenvolvido aptidões e competências para prestar cuidados especializados na área da Pessoa em Situação Crítica.

Ao longo dos Ensinos Clínicos foram sentidas algumas dificuldades, nomeadamente a falta de tempo para conciliar os Ensinos Clínicos e trabalhos associados, a minha vida profissional e a minha vida familiar, no entanto, com alguma resiliência, consegui ultrapassar essas dificuldades sentidas e cumpri com os objetivos delineados.

Considero muito gratificante a realização destes Ensinos Clínicos, no sentido que permitem consolidar conhecimentos adquiridos durante a componente teórica do Mestrado, assim como conhecer outras realidades, permitindo um crescimento tanto a nível profissional como pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2013). *Recomendações Técnicas para instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Retrieved from https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Recomendacoes_Tecnicas_Cuidados_Intensivos_09_2013.pdf
- Administração Central do Sistema Saúde (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. Retrieved from https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Urg%C3%AAncias_%20final.pdf
- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto contexto-enfermagem*, 14 (3), 373-382. Retrieved from <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Almeida, M. (2021). Revisão sistemática da contribuição das tecnologias para o processo de humanização, durante a Pandemia COVID-19. (Tese de Mestrado, Universidade Beira Interior). Retrieved from https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/11435/1/8204_17602.pdf
- Asmirajanti, M., Hamid, A. & Hariyati, R. (2019). Atividades assistenciais de enfermagem baseadas em documentação. *BMC Enfermeiras*, 18 (1), 32. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0352-0>
- Autoridade Nacional Emergência Proteção Civil (2013). Plano Nacional de Emergência de Proteção Civil. Retrieved from <http://www.prociv.pt/pt-pt/RISCOSPREV/PLANOSEMERGENCIA/Paginas/default.aspx>
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem - Revisão da literatura. *Servir*, 59(4), 12–16. <https://doi.org/10.48492/servir024.24024>
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra. Quarteto Editora
- Castro, C. M., Marques, M. & Vaz, C. R. (2022). Comunicação na transição de cuidados de enfermagem em um serviço de emergência de Portugal. *Cogitare Enfermagem*, 27:e81767. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>
- Chen, Y. C., Guo, Y. L., Chin, W.S., Cheg, N. Y., Ho, J. & Shião, J. S. (2019). A Relação Paciente-Enfermeiro está Relacionada à Intenção do Enfermeiro de Deixar o Emprego por Meio de Fatores Mediadores de Burnout e Insatisfação no Trabalho. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (23), 4801. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/ijerph16234801>
- Connell, C. J., Plummer, V., Crawford, K., Endacott, R., Foley, P., Griffiths, D. L...Morphet, J. (2020). Practice priorities for acute care nursing: A Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 29 (13-14), 2615-2625. Retrieved from <https://research.monash.edu/en/publications/practice-priorities-for-acute-care-nursing-a-delphi-study>
- Costa, S. F. D. S., Rabiais, I. C. M. & Pereira, A. I. M. (2017). Factores de risco que contribuem para o desenvolvimento de úlceras por pressão em pacientes críticos: RSL. *I Jornadas de Enfermagem Cirúrgica dos Açores*. Retrieved from https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35921/1/Poster_UP_1_.pdf
- Coutinho, V., Martins, J. & Pereira, F. (2016). Structured debriefing in nursing simulation: students' perceptions. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(9), 127-134. Retrieved from <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n9p127>
- Despacho n.º 10319/2014 de 11 agosto (2014). Diário da República: 2ª Série, N.º 153, 20673 – 20678. Retrieved from <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020. Diário da República: 2.ª Série, N.º 28, 3882(2) -3882-(10). Retrieved from <https://www.dgs.pt/?cr=26938>
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio (2015). Anexo: Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Retrieved from <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Direção-Geral da Saúde (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Retrieved from https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Urgencia_Emergencia_2001.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Norma 007/2010. Ministério da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2011a). *Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q)*. Orientação nº017/2011. Ministério da Saúde. Retrieved from https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde (2011 b). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Orientação nº 018/2011. Ministério da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. Norma 029/2012. Ministério da Saúde. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de28122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma nº001/2017. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017b). *“Feixes de Intervenções” de Prevenção da Pneumonia Associada à Intubação*. Norma 021/2015. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017c). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos*. Retrieved from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral da Saúde (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Norma nº 008/2019. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2020a). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2020b). *Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19)*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2020c). *COVID-19: Fase de Mitigação: Doentes com Doença Renal Crónica em Hemodiálise*. Orientação nº 017/2020. Retrieved from https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2020/03/Orientacao_DGS_Doentes_Doenca_Renal_Cronica_Hemodialise_Transporte.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2020d). *Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. Norma nº 007/2020. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2020e). *COVID-19: Acompanhantes e visitas nas unidades hospitalares*. Orientação nº 038/2020. Retrieved from https://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2021/03/orientacao-38_2020_dgs.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2021). *Dia da Higiene das mãos / 5 de maio*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/05/05/dia-da-higiene-das-maos-5-de-maio-2/>
- European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA) (2015). *Canulação e cuidado do acesso vascular – Manual de boas práticas de enfermagem para a fistula arteriovenosa*. Retrieved from https://www.edtnaerca.org/resource/edtna/files/Vascular_Access_book_pt.pdf
- Félix, A., Dias, D., Caetano, I. & Gomes, M. (2018). *Plano de Catástrofes*. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/QUEM%20SOMOS/Plano%20de%20Cat%20C3%A1strofes%20ACeS%20BV%202018.pdf>

- Freitas, M. & Parreira, P. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: Operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Referência - Revista de Enfermagem*, vol. III (10), 171-178. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239969009.pdf>
- Gomes, D. (2021). Colonização por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina em Instituições Hospitalares Europeias (Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde Universidade Fernando Pessoa, Porto). Retrieved from <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/10864>
- Griffiths, P., Maruotti, A., Recio Saucedo, A., Redfern, O. C., Ball, J. E., Briggs, J... Smith, G. B. (2019). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ quality & safety*, 28(8), 609–617. Retrieved from <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008043>
- Havaei, F., MacPhee, M. & Dahinten, V. S. (2019). The effect of nursing care delivery models on quality and safety outcomes of care: A cross-sectional survey study of medical-surgical nurses. *J Adv Nurs*, 75(10), 2144-2155. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30883835/>
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Situação de exceção: Manual TAS*. Retrieved from <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Exce%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República: I Série*, N.º 57, 2127-2131. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/571943/details/maximized>
- Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064414014061>
- Magyar, J. & Theophilos, T. (2020). Review article: Debriefing critical incidents in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 22(6), 499-506. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-6723.2010.01345.x>
- Martins, S. A., & Neto, P. L. O. C. (2021). Perceção dos enfermeiros sobre o trabalho com o uso da tecnologia em hemodiálise. *Research, Society and Development*, 10(16), e413101623695. Retrieved from <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23695/21064>
- Melo, E., Teixeira, C., & Oliveira, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (1), 55-63. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239971006.pdf>
- Ministério da Saúde (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência – Medicina Intensiva. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Morais, O., Mata, C., Fernandes, F., Monteiro, F., Castro, S., Príncipe, F. & Mota, L. (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: Terapêuticas de enfermagem. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 4(1), 7–17. Retrieved from <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>
- Moreira, A.G.M., Araújo, S.T.C. & Torchi, T.S. (2013). Preservação da Fístula arteriovenosa: Ações conjuntas entre enfermagem e cliente. *Esc. Anna Nery*, 17(2), 256-262. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127728367008.pdf>
- Morte, M. (2021). Comunicação com o doente submetido a ventilação invasiva. Norma de procedimento. Retrieved from Intranet Hospital Distrital de Santarém – UCI.
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde coletiva*, 26(2), 505-510. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/csc/a/gXgZpscZ5qcNH9hHF5WD9Xd/?format=pdf&lang=pt>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C., Stevens, S. & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *The New England journal of medicine*, 364(11), 1037–1045. Retrieved from <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1001025>
- Neves, T., Parreira, P., Graveto, J., Freitas, M. & Rodrigues, V. (2020). Perceção dos gerentes de enfermagem sobre a equipe de enfermagem e a qualidade da assistência de enfermagem: Um estudo transversal. *Nursing Management*, 28(3), 625-633. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12966>

- Ordem dos enfermeiros (2001a). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Conceptual e enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001b). Parecer CJ/20 - Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2007a). Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2007b). Sistema de Informação de Enfermagem. Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor: Guia orientador de boa prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). REPE – ESTATUTO Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2016a). CIPE versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Portugal: Lusodidacta
- Ordem dos Enfermeiros (2016b). Guia orientador de boa prática – Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8883/gobphemodialise_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Parecer conjunto nº 01/2017. Atribuição de responsável de turno. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8246/parecerconjuntoce_mceemc_01-2017_atribuicaoresponsavelturno_.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2020). OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. Retrieved from <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P. & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *Int J Environ Res Public Health*, 18(4), 2088. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7924841/pdf/ijerph-18-02088.pdf>
- Pina, E., Ferreira, E., & Marques, A. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista portuguesa de saúde pública*, (10), 27–39. Retrieved from <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-pdf-X0870902510898567>
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa. Lidel – Edições Técnicas Lda
- Regulamento nº361/2015 de 26 de junho (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República: II série, nº 123 (2015). Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/67613096/details/maximized>
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica enfermagem à pessoa em situação crítica. Diário da República: II série, nº 135 (2018). Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República: II série, nº 26 (2019) Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: 2ª série, nº 184 (2019). Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/124981040>
- Regulamento nº 656/2021 de 16 de julho (2021). Regulamento de formação profissional da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, nº 137 (2019). Retrieved from <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/656-2021-167491874>

- Ribeiro, V.S., Garbuio, D.C., Zamariolli, C.M., Eduardo, A. & Carvalho, E. (2018). Clinical simulation and training for Advanced Nursing Practices: An integrative review. *Acta Paul Enferm*, 31(6), 659-666. Retrieved from https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-31-06-0659/1982-0194-ape-31-06-0659-en.x45416.pdf
- Ribeiro Alves, C., Nantes Boução, D. M., & Moreira da Costa, L. (2016). Escala de Braden: a importância da avaliação do risco de úlcera de pressão em pacientes em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 6(17), 36-44. Retrieved from <http://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/105>
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2021). *Resultados – Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Retrieved from <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Nunes, C. & Leite, E. (2014). Estimativa da incidência de eventos adversos em hospitais portugueses: Um contributo para a melhoria da qualidade e segurança do doente. *BMC Health Serv Res* 14, 311. Retrieved from <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-311#citeas>
- Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W. & Damiani, G. (2021). Estilos de Liderança e Satisfação Profissional do Enfermeiro. Resultados de uma Revisão Sistemática. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (4), 1552. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>
- Tomé, D. (2018). Plano de intervenção em catástrofe ou situações de emergência multivítima no serviço de urgência. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/25263?locale=en>
- Urden, L.D., Stacy, K.M. & Lough, M.E. (2008). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos. Diagnóstico e intervenção*. Loures: Lusodidacta
- Ventura-Silva J., Ribeiro, O., Santos, M., Faria, A., Monteiro, M. & Vandresen, L. (2020). Planejamento organizacional no contexto de pandemia por COVID-19: Implicações para a gestão em enfermagem. *J Health NPEPS*, 5(1), 4626. Retrieved from <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4626>
- Ventura-Silva, J., Martins M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. Retrieved from <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480/4490>
- Wang, N., Hailey, D., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of advanced nursing*, 67(9), 1858-1875. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x>
- Whetzel, E., Walker-Cillo, G., Chan, G. K. & Trivett, J. (2013). Emergency Nurse Perceptions of Individual and Facility Emergency Preparedness. *Journal of Emergency Nursing*, 39(1), 46-52. Retrieved from <http://doi.org/10.1016/j.jen.2011.08.005>
- Ximenes, M., Aguiar, J., Bastos, I., Sousa, L., Caetano, J. & Barros, L. (2019). Risco de queda de pacientes hospitalizados: Fatores de risco e atuações de enfermagem. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 32, 903. Retrieved from <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9003>

PARTE II – SEGURANÇA DO DOENTE E EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

RESUMO

Enquadramento: Os serviços de urgência são considerados serviços de elevada complexidade, onde existem diversos fatores que levam à ocorrência de eventos adversos e influenciam a segurança do doente (Azevedo, Sousa & Coelho, 2020).

Objetivos: Caracterizar os eventos adversos associados às práticas de enfermagem percebidos pelos enfermeiros num serviço de urgência e determinar a relação entre a percepção dos enfermeiros do SU sobre o cumprimento das práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de eventos adversos e a sua percepção sobre o risco de ocorrência de eventos adversos com algumas características socioprofissionais dos enfermeiros.

Metodologia: Estudo descritivo-correlacional realizado numa amostra constituída por 62 enfermeiros, tendo a recolha de dados sido realizada durante o mês de fevereiro de 2022, através da aplicação de um questionário que incluía a Escala de Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem, modelo refinado (Neves, Rodrigues & Graveto, 2018). O projeto teve o parecer positivo da Comissão de Ética (Anexo I).

Resultados: Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (80,6%) com média de idades de $34,7 \pm 8,4$ anos estando em média a trabalhar à $138,1 \pm 95,7$ meses. A “Higienização das mãos” e “Cuidados com equipamentos de proteção individual” foram as dimensões que apresentaram melhor adesão das práticas de enfermagem, ao contrário da dimensão “Prevenção de UP”. Os enfermeiros apresentam uma maior percepção de ocorrência ou risco na dimensão “Risco e ocorrência de IACS” e uma menor percepção na dimensão “Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação”. Apenas quatro das dimensões tem correlações com significado estatístico com a idade, tempo de serviço profissional no SU e tempo de exercício profissional, nomeadamente: “Falhas de comunicação associadas à administração de medicação”; “Prevenção de quedas”; Cuidados com equipamento de proteção individuais” e “Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação”. Os principais eventos adversos percebidos pelos enfermeiros estão relacionados com as práticas preventivas de enfermagem e as principais medidas propostas para minimizar a ocorrência desses eventos estão relacionadas com o ambiente da prática de enfermagem.

Conclusão: Os eventos adversos no SU são uma realidade percecionada pelos enfermeiros e têm uma natureza multifatorial, sendo fundamental o seu conhecimento, no sentido de implementar estratégias para reduzir ou minimizar esses eventos.

Palavras-chave: segurança do doente; eventos adversos; práticas de enfermagem

SUMMARY

Background: Emergency services are considered highly complex services, where there are several factors that lead to the occurrence of adverse events and influence patient safety (Azevedo, Sousa & Coelho, 2020).

Objectives: To characterize the adverse events associated with nursing practices perceived by nurses in an emergency department and to determine the relationship between the perception of ED nurses about the fulfillment of nursing practices that prevent the occurrence of adverse events and their perception of the risk of occurrence of adverse events with some socio-professional characteristics of nurses.

Methodology: Descriptive-correlational study conducted in a sample consisting of 62 nurses, with data collection carried out during the month of February 2022, through the application of a questionnaire that included the Scale of Adverse Events Associated with Nursing Practices, a refined model (Neves, Rodrigues & Graveto, 2018).

Results: The participants were mostly female (80.6%) with a mean age of 34.7 ± 8.4 years and had been working for an average of 138.1 ± 95.7 months.

The dimensions “Hand hygiene” and “Care with personal protective equipment” were the dimensions that showed better adherence to nursing practices, unlike the dimension “Pressure ulcer prevention”. Nurses have a higher perception of occurrence or risk in the dimension “Risk and occurrence of infection associated with healthcare” and a lower perception in the dimension “Risk of worsening/complications of the patient's condition, due to failures in advocacy and delegation”. Only four dimensions have statistically significant correlations with age, length of professional service in the emergency service and length of professional practice, namely: “Communication failures associated with medication administration”; “Fall prevention”; “Care with individual protective equipment” and “Risk of worsening/complications of the patient's condition, due to failures in advocacy and delegation”. The main adverse events perceived by nurses are related to preventive nursing practices and the main measures proposed to minimize the occurrence of these events are related to the environment of nursing practice.

Conclusion: Adverse events in the emergency service are a reality perceived by nurses and have a multifactorial nature, and their knowledge is essential to implement strategies to reduce or minimize these events.

Keywords: patient safety; adverse events; nursing practices

INTRODUÇÃO

O tema da Segurança do Doente tornou-se, nas últimas décadas, numa questão de interesse a nível de muitos países da Europa e um pouco por todo o mundo. A Segurança do Doente, mais em particular, a ocorrência de eventos adversos relacionados com essa segurança, tem sido uma preocupação constante para as organizações de saúde, para os decisores políticos, para os profissionais de saúde e para os doentes e suas famílias.

Segundo Sousa, Uva & Serranheira (2018) o conhecimento dos eventos adversos é fundamental para aumentar a segurança do doente, pois permite definir prioridades de intervenção e avaliar o impacto das mesmas, de forma a melhorar a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente aos serviços de urgência, estes são considerados serviços de elevada complexidade, onde existem diversos fatores que levam à ocorrência de erros e influenciam a segurança do doente (Azevedo et al., 2020). Segundo estes autores, a identificação dos fatores que possam influenciar a segurança do doente, possibilita a implementação de sistemas de melhorias nos cuidados prestados, reduzindo a ocorrência de possíveis danos para os doentes.

Assim sendo, torna se pertinente a realização de estudos dentro desta temática, no sentido de identificar e corrigir os eventos adversos que comprometem a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança do doente. Segundo o ICN (2018), a prestação de cuidados seguros e de alta qualidade ao doente é de grande importância para os enfermeiros, estando estes bem posicionados para prevenir danos e melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde.

O presente estudo tem como objetivo geral de caraterizar os eventos adversos associados às práticas de enfermagem percecionados pelos enfermeiros num serviço de urgência e como objetivos específicos: analisar a perceção dos enfermeiros do SU sobre a ocorrência de eventos adversos associados às suas práticas, numa perspetiva do processo (práticas preventivas e ou falhas) e numa perspetiva do resultado (risco e ocorrência de eventos adversos); analisar a relação entre a perceção dos enfermeiros do SU sobre o cumprimento das práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de eventos adversos e algumas caraterísticas socioprofissionais dos enfermeiros; analisar a relação entre a perceção dos enfermeiros do SU sobre o risco de ocorrência de eventos adversos e algumas caraterísticas socioprofissionais dos enfermeiros; analisar a relação entre a perceção dos enfermeiros sobre a frequência de práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados e a perceção sobre o risco de ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem; identificar os eventos adversos mais

significativos, percecionados pelos enfermeiros do SU e descrever as estratégias propostas pelos enfermeiros do serviço de urgência para redução dos eventos adversos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Segurança do Doente do doente é considerada mundialmente um grave problema de saúde pública, onde organizações científicas e internacionais como a OMS e União Europeia, recomendam aos estados-membros, a avaliação da cultura de segurança, no sentido de mudar comportamentos e alcançar melhores níveis de segurança e qualidade dos cuidados prestados aos doentes (DGS, 2015). A OMS em 2004, com o objetivo de apoiar os estados-membros no desenvolvimento de políticas e práticas de segurança do doente, criou a World Alliance for Patient Safety, que desenvolveu a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, com o objetivo de fornecer um método para organizar dados e informações sobre segurança do doente, e permitir identificar e analisar fatores relevantes que colocam em causa essa segurança e desenvolver melhorias de sistemas (DGS, 2011b).

Em Portugal também existe uma preocupação crescente com esta temática, tendo sido criado em 2015, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que se encontrava integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde e fomentou a segurança do doente no SNS, com melhorias ao nível de questões específicas como a cultura de segurança, a identificação inequívoca de doentes, a cirurgia segura, a prevenção de úlceras por pressão, a segurança da medicação, a prevenção de quedas, as infeções associadas aos cuidados de saúde, a par da notificação de incidentes (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro, 2015). O PNSD 2015-2020 foi substituído pelo PNSD 2021-2026, que encontra se estruturado em cinco pilares, que suportam catorze objetivos estratégicos e reúne o conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do doente, com o objetivo de consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

A segurança do doente é considerada um dos elementos essenciais na qualidade em saúde e mais especificamente na qualidade dos cuidados de enfermagem (DGS, 2020).

No entanto, a evidência científica demonstra que a segurança do doente pode estar colocada em causa devido à ocorrência de elevadas taxas de eventos adversos durante a prestação de cuidados de saúde, trazendo complicações para os doentes e para os sistemas de saúde, devendo ser uma área prioritária da qualidade em saúde (Castilho, Parreira & Martins, 2016). Mansoa, Vieira & Ferrinho (2011) referem também que a ocorrência de eventos adversos, pode estar

associada a períodos de internamento mais prolongados, maiores custos e uma maior mortalidade, sendo essencial o conhecimento do real impacto dos eventos adversos.

Segundo Castilho et al. (2016), existem diversos estudos realizados em vários países, como os desenvolvidos no Canadá, Brasil, Espanha e Portugal, que indiciam uma taxa de incidência de eventos adversos em doentes internados entre 7,5% e 16,6%, considerando-se que cerca de metade resultam de falhas que podem ser prevenidas.

Perante esta situação, o enfermeiro tem um papel fundamental no controlo dos riscos e na diminuição dos eventos adversos, de forma a contribuir para a redução da taxa de incidência e aumentar a segurança do doente e qualidade dos cuidados prestados.

Existem diversos fatores que podem contribuir para a ocorrência de eventos adversos, nomeadamente, fatores do pessoal, fatores do doente, fatores do trabalho/ambiente, fatores organizacionais do serviço, fatores externos e outros, sendo fundamental a deteção dos mesmos no sentido de implementar ações de melhoria e reduzir o risco (DGS, 2011b).

Num estudo realizado por Sousa et al. (2018) foram identificadas algumas características do doente e do hospital que podem influenciar a taxa de eventos adversos, assim como no estudo de Duarte, Stipp & Silva (2015), que referem que as principais causas dos eventos adversos estão ligadas à gestão do serviço e de enfermagem, como por exemplo o défice de pessoal, sobrecarga de trabalho, problemas relacionais entre equipa multiprofissional, falta de liderança entre outros.

Os eventos adversos são evitáveis e a primeira atitude para promover a segurança do doente passa pela implementação de uma cultura de notificação que leve à compreensão das falhas ou dos eventos ocorridos e à implementação de estratégias preventivas (Duarte et al., 2015; Françolin et al., 2015). Os hospitais devem também desenvolver programas que monitorizem esses eventos adversos, sendo estes considerados como importantes indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem (Costa, 2017).

Segundo Wang et al. (2014) refere que uma melhoria na cultura do doente leva à diminuição da ocorrência de eventos adversos.

2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem num serviço de urgência está salvaguardada?

Qual a relação entre a perceção dos enfermeiros do SU sobre o cumprimento das práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de eventos adversos e a sua perceção sobre o risco de ocorrência de eventos adversos e algumas características socioprofissionais dos enfermeiros?

Qual a relação entre a perceção dos enfermeiros sobre a frequência de práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados e a perceção sobre o risco de ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem?

Quais os eventos adversos mais relevantes identificados pelos enfermeiros que ocorrem no serviço de urgência?

Quais são as estratégias que devem ser adotadas para salvaguardar a segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem num serviço de urgência?

3. METODOLOGIA

A investigação inscreve-se num estudo quantitativo do tipo não experimental, descritivo-correlacional, de modo a dar resposta aos objetivos propostos e às questões de investigação. A amostra foi constituída por 62 enfermeiros do Serviço de Urgência do CHO-CR, tendo como critério de inclusão, o fato de ser enfermeiro ativo no serviço, na data da aplicação do questionário e aceitar livremente participar no estudo. O método de amostragem utilizado foi o não probabilístico. A colheita de dados foi realizada durante o mês de fevereiro de 2022, através da aplicação de um questionário constituído por três partes (Anexo II). A primeira parte foi constituída por dados para caracterização socioprofissional, através de cinco questões de respostas abertas e fechadas, nomeadamente: a idade, o sexo, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional no SU e habilitações literárias. Na segunda parte, de forma a obter a informação que permite dar resposta à questão central desta investigação, foi utilizada a versão revista da Escala de Eventos Adversos Associados à Prática de Enfermagem (EEAAPE) constituída pela subescala Práticas de Enfermagem, com 41 itens, e com o objetivo avaliar o processo relativo ao cumprimento de práticas preventivas e avaliar as falhas na aplicação de normas profissionais (numa perspetiva do processo) e a subescala Eventos Adversos, com 14 itens, com o objetivo de avaliar o resultado relativo ao risco/ocorrência de eventos adversos (Castilho, 2015), tendo a autora dado o consentimento para a utilização da

mesma (Anexo III). No entanto, os tratamentos dos dados tiveram na sua base o modelo refinado da EEAAPE, devido ao fato, deste modelo ser considerado mais ajustado para avaliar a percepção dos enfermeiros acerca dos eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem, em contexto hospitalar (Neves et al., 2018). A terceira parte foi constituída por duas questões de resposta aberta no sentido de identificar os eventos adversos mais relevantes que ocorrem no SU e identificar as medidas propostas pelos enfermeiros no sentido de reduzir esses eventos.

A Escala é apresentada sob forma de resposta tipo Likert, numa escala de orientação positiva, de 1 correspondente a “nunca”, 2 correspondente a “raramente”, 3 correspondente a “algumas vezes”, 4 correspondente a “frequentemente” e 5 correspondente a “sempre”. Segundo Castilho (2015), do ponto de vista da qualidade é desejável que as falhas “nunca” ocorram ($M=1$) e as práticas preventivas ocorram “sempre” ($M=5$). No modelo refinado da EEAAPE, a subescala Práticas de Enfermagem é constituída por 11 dimensões (Vigilância dos doentes; Advocacia dos doentes; Privacidade e confidencialidade; Prevenção de quedas; Prevenção de úlceras de pressão; Falhas na preparação da medicação; Falhas de comunicação associadas à administração de medicação; Falhas na administração e vigilância de medicação; Higienização das mãos; Cuidados com equipamento de proteção individual e Higiene ambiental) e a subescala Eventos Adversos é constituída por 5 dimensões (Risco de agravamento/complicações do estado do paciente por falhas na vigilância e no julgamento clínico; Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação; Risco e ocorrência de quedas e úlceras de pressão; Risco e ocorrência de erros de medicação e Risco e ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde), (Neves et al., 2018).

Para o tratamento de dados recorreu-se ao programa de tratamento de dados SPSS. Foram utilizadas frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de dispersão. Para a relação entre as variáveis foram utilizados os testes não paramétricos: correlação de Spearman e teste de Mann-Whitney. Foram utilizados os testes não paramétricos em virtude de a amostra não apresentar distribuição normal e nem todos os grupos apresentarem um $n > 30$ para poder utilizar o teorema do Limite Central.

Foi considerado como nível de significância estatística para aceitar as hipóteses, valores de $p < 0,05$.

As respostas às questões de resposta aberta foram agrupadas em temas de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada e analisadas recorrendo à técnica de análise de conteúdo. Assim sendo, relativamente à primeira questão, as respostas foram agrupadas em 4 temáticas: eventos adversos relacionados com as práticas de enfermagem; eventos adversos relacionados com o risco e a ocorrência; eventos adversos relacionados com o ambiente da prática de enfermagem e outros eventos adversos. Relativamente às respostas sobre as medidas para redução dos eventos adversos, foram agrupadas consoante os eventos adversos identificados: medidas de acordo com as práticas de enfermagem e o risco/ocorrência de eventos adversos; medidas relacionadas com o ambiente da prática de enfermagem e outras medidas diversas.

Neste estudo foram salvaguardados os princípios éticos inerentes à natureza desta investigação, obtendo se o parecer positivo da Comissão de Ética e autorização da instituição onde o estudo foi realizado (anexo 4).

Os questionários foram entregues pessoalmente a cada enfermeiro do SU, juntamente com o consentimento informado e onde foram explicados os objetivos do estudo, de forma a permitir uma participação livre e consciente. A confidencialidade foi mantida através da entrega de cada questionário em envelope anónimo.

4.RESULTADOS

Neste estudo a população alvo era composta por 75 enfermeiros, tendo-se registado uma taxa de resposta de 82,6%, tendo se utilizado para análise 62 questionários preenchidos. Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (80,6%) com média de idades de $34,7 \pm 8,4$ anos, com mínimo de 22 anos e máximo de 65 anos.

A média do tempo de exercício na profissão foi de $138,1 \pm 95,7$ meses, com mínimo e máximo de 1 e 456 meses, respetivamente, e a média do tempo dos enfermeiros que trabalhavam no serviço de urgência foi de $95,5 \pm 88,0$ meses, com um mínimo de 1 mês e máximo de 372 meses. Dos 62 enfermeiros 72,6% têm a licenciatura e apenas 27,4% têm mestrado ou especialidade.

A análise dos resultados deste estudo teve por base os objetivos:

- a) Analisar a perceção dos enfermeiros do SU sobre a ocorrência de eventos adversos associados às suas práticas, numa perspetiva do processo e numa perspetiva do resultado.**

Para a avaliação da perceção dos enfermeiros do SU sobre a ocorrência de eventos adversos associados às suas práticas, numa perspetiva do processo (práticas preventivas e ou falhas) foi

utilizada a subescala Práticas de Enfermagem. Nas práticas preventivas, as dimensões **“Higienização das mãos”** ($4,3 \pm 0,53$) e **“Cuidados com equipamento de proteção individual”** ($4,0 \pm 0,52$) foram aquelas em que os enfermeiros manifestaram melhor percepção nas práticas preventivas de eventos adversos, apresentando valores médios mais elevados. Em sentido oposto, a dimensão **“Prevenção de úlceras de pressão”**, apresentou valores médios mais baixos ($2,6 \pm 0,56$), sugerindo ser a área mais problemática e onde as práticas preventivas **“Raramente”** acontecem. Em termos gerais, a subescala Práticas de enfermagem apresenta valores que mostram que no global das práticas preventivas, estas se realizam apenas **“Algumas vezes”** ($3,33 \pm 0,18$).

Para a avaliação da percepção dos enfermeiros do SU sobre a ocorrência de eventos adversos associados às suas práticas, numa perspetiva do resultado (risco e ocorrência de eventos adversos) foi utilizada a Subescala Eventos adversos. A percepção de menor risco ou ocorrência de eventos adversos foi observada através dos valores médios mais baixos na dimensão **“Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação”** ($2,58 \pm 0,69$). Por outro lado, a dimensão **“Risco e ocorrência de IACS”** ($3,70 \pm 0,61$), apresentou valores médios mais elevados, sugerindo ser a dimensão em que os enfermeiros perceberam um maior risco ou ocorrência de eventos adversos. Nos 2 itens que medem a percepção geral de segurança do utente, os valores médios indicam que os enfermeiros reconhecem que pelo menos **“Algumas vezes”** ($3,56 \pm 0,73$), a ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem comprometem a segurança do doente, e que esses eventos poderiam **“Algumas vezes”** ($3,53 \pm 0,69$) ser evitados. Em termos gerais, a subescala Eventos adversos apresenta valores que mostram que no global, a percepção dos enfermeiros de ocorrência ou risco de eventos adversos se situa em **“Algumas vezes”** ($3,38 \pm 0,21$). Todos os dados estão disponíveis na tabela 1.

Tabela 1: Caracterização da amostra sobre a percepção dos enfermeiros do SU sobre a ocorrência de eventos adversos associados às suas práticas, numa perspetiva do processo (práticas preventivas e ou falhas) e numa perspetiva do resultado (risco e ocorrência de eventos adversos) (Continua)

Subescala	Dimensões	Média	DP
Práticas de enfermagem	Vigilância do paciente (VU)	3,04	,50
	Advocacia do doente (AU)	3,77	,58
	Privacidade e confidencialidade (PC)	3,57	,59
	Prevenção de quedas (PQ)	3,06	,71
	Prevenção de úlceras de pressão (PUP)	2,69	,56
	Falhas na preparação da medicação (FPM)	3,22	,51
	Falhas de comunicação associadas à administração de medicação (FCAM)	3,05	,55
	Falhas na administração e vigilância de medicação (FAVM)	3,14	,29

	Higienização das mãos (HM)	4,32	,53
	Cuidados com equipamentos de proteção individual (CEPI)	4,03	,52
	Higiene ambiental (HA)	3,33	,59
Total das Práticas de enfermagem		3,38	,21
Risco e ocorrência de eventos adversos	Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na vigilância e no julgamento clínico (RAFV)	3,28	,61
	Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação (RAFA)	2,58	,69
	Risco e ocorrência de quedas e úlceras de pressão (ROQUP)	3,37	,46
	Risco e ocorrência de erros de medicação (ROEM)	2,94	,48
	Risco e ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde (ROIAC)	3,70	,61
Total de Eventos adversos		3,17	,39

b) Analisar a relação entre a percepção dos enfermeiros do SU sobre o cumprimento das práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de eventos adversos e a sua percepção sobre o risco de ocorrência de eventos adversos e algumas características socioprofissionais dos enfermeiros.

A avaliação da relação entre a percepção dos enfermeiros do SU sobre a ocorrência de eventos adversos associados à sua prática, numa perspetiva do processo (práticas preventivas e ou falhas) e do resultado (risco e ocorrência de eventos adversos) com algumas características socioprofissionais foi determinada através da correlação de Spearman (duas variáveis quantitativas) e teste de Mann Whitney (uma variável qualitativa e uma quantitativa).

Das várias dimensões avaliadas poderemos verificar, pelos dados apresentados na tabela 2, que apenas 4 delas tem correlações com significado estatístico com a idade, tempo de serviço e tempo de serviço no serviço de urgência e que são: **Falhas de comunicação associadas à administração de medicação** (idade, tempo de serviço e tempo de serviço no serviço de urgência); **Prevenção de quedas** (idade, tempo de serviço e tempo de serviço no serviço de urgência); **Cuidados com equipamento de proteção individuais** (idade, tempo de serviço e tempo de serviço no serviço de urgência) e **Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação** (idade, tempo de serviço).

De acordo com o sinal da correlação podemos ainda afirmar que:

- a) Melhores práticas na área das **Falhas de comunicação associadas à administração de medicação e Cuidados com equipamento de proteção individuais** estão associadas a enfermeiros com mais idade, mais tempo de serviço e mais tempo de serviço na urgência;

- b) Melhores práticas na área da **Prevenção de quedas estão associadas** a enfermeiros com menos idade, menos tempo de serviço e menos tempo de serviço na urgência;
- c) Melhores práticas na área do **risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação estão associados** a enfermeiros com mais idade e mais tempo de serviço.

Tabela 2: Correlação de Spearman entre relação entre a percepção dos enfermeiros sobre o cumprimento das práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de eventos adversos e a sua percepção sobre o risco de ocorrência de eventos adversos e algumas características socioprofissionais dos enfermeiros

Sub-Escala	Dimensões	Idade	Tempo de serviço no SU	Tempo de serviço
Práticas de enfermagem	Vigilância do paciente (VU)	-0,098	0,030	-0,049
	Advocacia do doente (AU)	0,162	0,147	0,097
	Privacidade e confidencialidade (PC)	-0,033	-0,006	-0,032
	Prevenção de quedas (PQ)	-,325**	-,287*	-,296*
	Prevenção de úlceras de pressão (PUP)	0,220	0,156	0,197
	Falhas na preparação da medicação (FPM)	-0,039	0,086	-0,030
	Falhas de comunicação associadas à administração de medicação (FCAM)	,306*	,316*	,320*
	Falhas na administração e vigilância de medicação (FAVM)	0,242	0,202	0,218
	Higienização das mãos (HM)	-0,073	-0,058	-0,085
	Cuidados com equipamentos de proteção individual (CEPI)	,263*	,277*	,268*
	Higiene ambiental (HÁ)	0,009	0,070	0,026
Total das Práticas de enfermagem		0,060	0,149	0,070
Risco e ocorrência de eventos adversos	Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na vigilância e no julgamento clínico (RAFV)	0,168	0,188	0,185
	Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação (RAFA)	,305*	0,194	,317*
	Risco e ocorrência de quedas e úlceras de pressão (ROQUP)	0,064	0,109	0,072
	Risco e ocorrência de erros de medicação (ROEM)	0,140	0,093	0,130
	Risco e ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde (ROIAC)	-0,035	-0,040	0,013
Total de Eventos adversos		0,185	0,147	0,196

*significado estatístico p<0,05; **significado estatístico P<0,01

Em relação à variável habilitações profissionais, recorreu se ao teste U de Mann-Whitney, e os resultados mostram que na subescala Práticas de Enfermagem, existe uma diferença com significado estatístico, na dimensão **“Prevenção de quedas”** (U=254,00; P=0,04). Da análise dos valores da média e desvio padrão, podemos também afirmar que os enfermeiros que possuem Mestrado ou Especialidade percecionam piores práticas de prevenção de quedas (2,78 ±0,61) em comparação com os enfermeiros que possuem Licenciatura (3,17±0,72).

Tabela 3: Resultados da aplicação do teste de Mann Whitney às práticas consoante as habilitações literárias

Subescala	Dimensão	Habilitações profissionais	N	Posto médio	U	p
Práticas de enfermagem	Vigilância dos doentes (VU)	Licenciatura	45	31,71	373,00	,875
		Mestrado/Esp.	17	30,94	0	
	Advocacia dos doentes (AU)	Licenciatura	45	30,01	315,50	,264
		Mestrado/Esp.	17	35,44	0	
	Privacidade e confidencialidade (PC)	Licenciatura	45	31,48	381,50	,987
		Mestrado/Esp.	17	31,56	0	
	Prevenção de quedas (PQ)	Licenciatura	45	34,36	254,00	,040*
		Mestrado/Esp.	17	23,94	*	
	Prevenção de úlceras de pressão (PUP)	Licenciatura	45	30,34	330,50	,410
		Mestrado/Esp.	17	34,56	0	
	Falhas na preparação da medicação (FPM)	Licenciatura	45	33,00	315,00	,284
Mestrado/Esp.		17	27,53	0		
Falhas de comunicação associadas à administração de medicação (FCAM)	Licenciatura	45	28,99	269,50	,070	
	Mestrado/Esp.	17	38,15	0		
Falhas na administração e vigilância de medicação (FAVM)	Licenciatura	45	31,20	369,00	,828	
	Mestrado/Esp.	17	32,29	0		
Higienização das mãos (HM)	Licenciatura	45	32,00	360,00	,717	
	Mestrado/Esp.	17	30,18	0		
Cuidados com equipamentos de proteção individual (CEPI)	Licenciatura	45	31,11	365,00	,777	
	Mestrado/Esp.	17	32,53	0		
Higiene ambiental (HA)	Licenciatura	45	31,52	381,50	,987	
	Mestrado/Esp.	17	31,44	0		
Total das Práticas de enfermagem		Licenciatura	45	31,80	369,00	,831
		Mestrado/Esp.	17	30,71	0	
Eventos adversos	Risco de agravamento/complicações do estado do paciente por falhas na vigilância e no julgamento clínico (RAFV)	Licenciatura	45	30,26	326,50	,361
		Mestrado/Esp.	17	34,79	0	
	Risco de agravamento/complicações do estado do paciente por falhas na advocacia e delegação (RAFA)	Licenciatura	45	29,47	291,00	,136
		Mestrado/Esp.	17	36,88	0	
	Risco e ocorrência de quedas e úlceras de pressão (ROEM)	Licenciatura	45	31,40	378,00	,942
Mestrado/Esp.		17	31,76	0		
Risco e ocorrência de erros de medicação (ROEM)	Licenciatura	45	30,91	356,00	,659	
	Mestrado/Esp.	17	33,06	0		
Risco e ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde (ROIAC)	Licenciatura	45	30,17	322,50	,322	
	Mestrado/Esp.	17	35,03	0		
Total de Eventos adversos		Licenciatura	45	29,96	313,00	,272
		Mestrado/Esp.	17	35,59	0	

c) Analisar a relação entre a perceção dos enfermeiros sobre a frequência de práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados e a perceção sobre o risco de ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem.

Tendo em vista dar resposta a um dos objetivos do estudo em causa, foi realizada a análise das correlações entre as dimensões da subescala Práticas de enfermagem com as dimensões da subescala Eventos adversos, com recurso ao cálculo do coeficiente da correlação de Spearman e respetivo teste de significância, tendo os resultados evidenciando existir uma correlação estatisticamente significativa entre as duas subescalas ($r_s = -0,332$, $p < 0,05$) tal como poderemos verificar na tabela 4. Desta análise resultaram outros resultados relevantes, nomeadamente, o fato de existir uma correlação estatisticamente significativa ao nível 0,01, entre a dimensão “vigilância do utente” e todos os eventos adversos, nomeadamente: risco de

agravamento/complicações do estado do paciente por falhas na vigilância e julgamento clínico (-0,562), risco de agravamento/complicações do estado do paciente por falhas na advocacia e delegação (-0,368), risco e ocorrência de quedas e úlceras de pressão (-0,377), risco e ocorrência de erros de medicação (-0,371) e risco e ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde (-0,391).

É importante salientar que a maioria das correlações com significado estatístico são negativas, o que corresponde afirmar que os enfermeiros que percecionam melhores práticas preventivas tendem a percecionar menor ocorrência de eventos adversos.

Tabela 4. Correlação de Spearman entre relação entre a perceção dos enfermeiros sobre o cumprimento das práticas de enfermagem preventivas de ocorrência de eventos adversos e a sua perceção sobre o risco de ocorrência de eventos adversos

Subescala Eventos adversos							
Dimensões	Risco de agravamento por falhas na vigilância e no julgamento clínico	Risco de agravamento por falhas na advocacia e delegação	Risco e ocorrência de quedas e úlceras de pressão	Risco e ocorrência de erros de medicação	Risco e ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde	Total de eventos	
	p	P	p	P	p	P	
Subescala Práticas de enfermagem	Vigilância dos doentes	-,562**	-,368**	-,377**	-,371**	-,391**	-,612**
	Advocacia dos doentes	-0,028	0,010	0,081	-0,037	-0,241	-0,073
	Privacidade e confidencialidade	-,397**	-0,132	0,003	-0,214	-0,113	-,308*
	Prevenção de quedas	-,404**	-,266*	-,261*	-0,240	-0,178	-,397**
	Prevenção de úlceras de pressão	,436**	,459**	,411**	,310*	0,218	,552**
	Falhas na preparação da medicação	-0,051	-0,179	-0,113	-0,070	-0,013	-0,136
	Falhas de comunicação associadas à administração de medicação	-0,036	-0,048	0,029	-0,188	-0,178	-0,138
	Falhas na administração e vigilância de medicação	0,228	0,217	0,023	0,204	0,099	0,216
	Higienização das mãos	-0,202	-0,004	-0,058	0,060	-0,131	-0,113
	Cuidados com equipamentos de proteção individual	-0,114	-0,110	-0,095	-0,020	0,132	-0,076
	Higiene ambiental (HA)	-0,194	-0,245	-0,202	-0,077	0,082	-0,189
	Total de práticas	-,345**	-0,198	-0,126	-0,137	-0,213	-,332**

*significado estatístico p<0,05; **significado estatístico P<0,01

d) Eventos adversos mais relevantes identificados pelos enfermeiros que ocorrem no serviço de urgência

Um dos objetivos deste estudo consistia em “analisar os eventos adversos mais significativos, percecionados pelos enfermeiros do SU” e cujos resultados foram obtidos pela resposta a uma

questão aberta realizada no questionário **“Identifique 2 eventos adversos que considera mais relevantes que ocorram no serviço de urgência”**.

De acordo com as respostas dadas e segundo a pesquisa bibliográfica realizada, estas foram agrupadas em 4 temáticas: eventos adversos relacionados com as práticas de enfermagem, eventos adversos relacionados com o risco e a ocorrência, eventos adversos relacionados com o ambiente da prática de enfermagem e outros eventos adversos.

Os enfermeiros identificaram mais eventos na categoria de eventos relacionados com as práticas de enfermagem com 37 unidades de enumeração.

Os eventos mais referidos foram quedas (12); falha na vigilância do doente (9); falhas na administração da medicação (9); risco de queda (5); erro na medicação (5) e sobrelotação do SU (5) tal como poderemos verificar pelos dados da tabela 5.

Tabela 5 –Distribuição das categorias, subcategorias, unidades de registo e de enumeração referidas pela amostra quanto aos eventos adversos percebidos pelos enfermeiros do SU (Continua)

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	Unidades de enumeração	
Eventos adversos relacionados com as práticas de enfermagem	Vigilância do doente	“falha na vigilância do doente”	9	
		“baixa vigilância do doente”	1	
		“déficit vigilância do doente”	2	
		“vigilância inadequada”	2	
	Subtotal 14			
	Privacidade e Confidencialidade	“falta privacidade do doente”		4
			Subtotal 4	
	Falhas na preparação de medicação	“falha na preparação de fármacos”		2
			Subtotal 2	
	Falhas na administração de medicação	na de	“falha na administração de medicação”	9
“troca medicação”			2	
“erro na administração terapêutica”			4	
“administração de terapêutica ao doente errado”			1	
“atraso na administração de terapêutica”			1	
Subtotal 17				
Falhas na vigilância da medicação	“falha na vigilância” da medicação		1	
Subtotal 1				
Total da categoria			37	
Eventos adversos relacionados com o risco e a ocorrência	Risco de quedas e úlceras de pressão	“risco de queda”	5	
		“risco de UP”	1	
	Subtotal 6			
	Ocorrência de úlceras de pressão	“UP”		3
Subtotal 3				
Ocorrência de quedas	“quedas”		12	
Subtotal 12				

	Risco e ocorrência de erros de medicação	“erro na medicação”	5
	Subtotal 5		
	Risco e ocorrência de infecções associadas aos cuidados de saúde	“risco de IACS”	3
		“risco de infeções cruzadas”	1
		“isolamento de doentes infetados em corredor”	1
		“falha na estrutura física para realização isolamentos”	1
		“falha na higienização das mãos devido à sobrecarga de cuidados e solicitações”	1
		“incumprimento das regras de higiene e segurança no trabalho”	1
		“IACS devido á estrutura física”	1
		“IACS por falta de condições de isolamento”	2
Subtotal 10			
Total da categoria			36
Eventos adversos relacionados com o ambiente da prática de enfermagem	Carga de trabalho de enfermagem	“sobrecarga cuidados de enfermagem”	3
		“sobrelotação do SU”	5
		“número elevado de doentes e tempo de permanência no SU elevado”	1
	Subtotal 9		
	Recursos Humanos	“rácio enfº/doente desadequado”	3
		“rácio desajustado de enfermeiros e assistentes operacionais” e “diminuição número profissionais de saúde”	1
		“dotação desadequada”	1
		“falta de recursos humanos”	1
		“número elevado de doentes por cada enfermeiro”	1
	Subtotal 7		
	Recursos de equipamentos e materiais	“falha no funcionamento de equipamentos”	1
		“falta de condições de trabalho e material”	1
		“falha na segurança por macas não adequadas”	1
		“macas inadequadas e danificadas”	1
	Subtotal 4		
	Espaço físico do Serviço de Urgência	“espaço físico inadequado”	2
		“falta condições físicas”	1
“acomodação dos doentes em macas sem distância de segurança provendo as IACS”		1	
“falha nas condições estruturais”		1	
“falha na organização do serviço/espaco físico”		1	
Subtotal 6			
Comunicação entre equipa multidisciplinar	“falta comunicação entre equipa multidisciplinar”	1	
Subtotal 1			
Total da categoria			27
Outros	Eventos adversos relacionados com falhas na identificação segura dos doentes e macas	“troca de identidade na prestação de cuidados”	1
		“falha na identificação das macas”	1
		“falha na identificação do doente”	1
		“doentes com nome semelhantes”	1
		“remoção da pulseira de identificação para a realização de algum procedimento”	1
	Subtotal 5		
Eventos adversos relacionados com o método de trabalho de enfermagem	“falta do método individual de trabalho”	1	
Subtotal 1			
Total da categoria			6

e) Medidas propostas para minimizar a ocorrência dos eventos adversos identificados no SU

Um outro objetivo deste estudo consistia em “identificar as estratégias propostas pelos enfermeiros do SU para redução dos eventos adversos” e cujos resultados foram obtidos pela resposta a uma questão aberta realizada no questionário “Indique 2 medidas para minimizar a ocorrência desses eventos adversos no serviço de urgência”. De acordo com as respostas dadas

e segundo a pesquisa bibliográfica realizada, estas foram agrupadas em 3 temáticas: medidas de acordo com as práticas de enfermagem e o risco/ocorrência de eventos adversos; medidas relacionadas com o ambiente da prática de enfermagem e outras medidas diversas.

Os resultados da tabela 6 permite-nos conhecer as principais medidas propostas pelos enfermeiros, para minimizar os eventos adversos relacionados com as práticas de enfermagem e o seu risco/ocorrência.

Os enfermeiros identificaram mais medidas na categoria de medidas relacionados com o ambiente da prática de enfermagem, com 34 unidades de enumeração, todas elas relacionadas com a dotação segura.

Tabela 6 –Distribuição das categorias, subcategorias, unidades de registo e de enumeração referidas pela amostra quanto às medidas sugeridas pelos enfermeiros para minimizar a ocorrência dos eventos adversos identificados no SU (Continua)

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Medidas - risco/ocorrência de eventos adversos	Identificação dos doentes com risco que queda	“identificar os doentes com risco de queda e coloca los em zonas de maior vigilância”	1
	Subtotal 1		
	Prevenção dos erros relacionados com a medicação através da criação de salas de preparação de medicação, melhoria do sistema de distribuição dos fármacos e melhoria na comunicação entre médico e enfermeiro	“melhorar comunicação médico/enf quando existe alterações na prescrição”	1
		“preparação de fármacos em locais específicos”	1
		“comunicação efetiva entre médico e enfermeiro”	1
		“melhorar o ambiente na preparação de medicação”	1
		“sistema unidose”, “preparação da medicação em sala própria para evitar interrupções”	1
		“administrar terapêutica apenas após prescrição no sistema/melhoria da comunicação”	1
		“erradicar a abordagem dos enfermeiros nos períodos de preparação e administração de terapêutica”	1
		“evitar prescrição oral”	1
“existência do método de unidose”	1		
Subtotal 9			
Prevenção das UP através da aquisição de equipamentos apropriados	“existência de dispositivos de apoio aos posicionamentos”	1	
Subtotal 1			
Prevenção das IACS através da reorganização de espaços físicos do SU e sinalização dos doentes com necessidade de isolamento	“sinalização adequada dos doentes com necessidade de isolamento”	1	
	“espaço adequado para doentes de acordo com a sua suscetibilidade imunológica”	1	
Subtotal 2			
Total da categoria			13
Medidas relacionados com o ambiente da prática de enfermagem	Adequação dos recursos humanos do SU	“adequação rácio enf/doente” ou “melhorar rácio enf/doente”	21
		“aumento do rácio enf/doente”	1
		“mais recursos de enfermeiros e assistentes operacionais”	1
		“aumentar recursos humanos”	1
		“aumento do número de enfermeiros”	1
		“diminuir o número de doentes no SU”	1
		“dotação adequada das equipas”	1
		“dotação segura”	1
		“dotação mais profissionais de saúde”	1
		“adequação de recursos humanos para maior vigilância”	1
	Subtotal 34		
	Reorganização do SU/ espaço físico e postos de trabalho dos enfermeiros do SU	“definição espaços/áreas dos doentes”	1
		“reorganização SU” ou “reestruturação do serviço”	1
	“organização do espaço dos doentes”	2	

		“áreas do SU bem definidas com rácios ajustados”	1
		“criação de espaços adequados com cortinas para manter a privacidade”	1
		“adaptação da estrutura do SU para melhor vigilância dos doentes”	1
		“definir número máximo de doentes no SU” “respeitar a lotação máxima de cada local de trabalho”	1
		“serviço adaptado para uma correta vigilância”	1
		“respeitar os postos atribuídos a cada enfermeiro”	1
		“colocação de cortinas na área das macas ou arranjar biombos	1
		Subtotal 13	
	Melhoria dos equipamentos e aquisição de materiais	“equipamento mais moderno”	1
		“disponibilidade de equipamentos seguros (macas adequadas com grades)”	1
		“aquisição de material adequado”	1
		“material novo”	1
		“macas adequadas”	3
		“substituir macas”	1
		“melhoria do material”	1
		“dotação de monitores”	1
		“camas com largura suficiente para evitar quedas”	1
		“melhoria dos equipamentos”	1
		“melhoria das macas”	1
		Subtotal 13	
	Diminuição ou escoamentos de doentes internados no SU para os serviços de internamento	“menos doentes internados no SU”	2
		“escoamento dos doentes para os serviços de internamento” ou “encaminhamento dos doentes para os serviços”	13
		“aumento do número de vagas nos internamentos”	1
		“diminuição do número de doentes internados no serviço”	1
		Subtotal 17	
	Melhoria da comunicação entre médico e enfermeiro	“passagem de turno com médicos para tomada de decisão conjunta” e “criar um plano de distribuição de doentes por médicos e enfermeiros”	1
		Subtotal 1	
Total da categoria			78
Medidas de gestão de qualidade	Melhoria na identificação dos doentes	“identificação das macas e no sistema informático”	2
		“melhoria na identificação do doente”	1
		“verificar diariamente e por turno a existência de pulseira de identificação”	1
		Subtotal 4	
	Criação de protocolos de administração terapêutica e ou procedimentos de cuidados de enfermagem	“criação de protocolos administração terapêutica”	1
		“protocolar procedimentos e cuidados”	1
		“adaptação de protocolos de atuação e formação a nível da vigilância, quedas, posicionamentos, UP e medicação”	1
		“prestação de cuidados seguindo procedimentos e protocolos	1
		Subtotal 4	
	Formação interna no serviço de urgência	“formação em serviço”	1
	Subtotal 1		
Melhoria na integração de novos elementos	melhorar integração de novos elementos”	1	
	Subtotal 1		
Mudança do método de trabalho realizado no SU para o método individual de trabalho	método individual de trabalho” “	2	
	método individual de trabalho na preparação e administração de terapêutica”	1	
	Subtotal 3		
Total da categoria			13

5.DISSCUSSÃO

Os 62 participantes eram maioritariamente do sexo feminino (80,6%) com média de idades de $34,7 \pm 8,4$ anos.

A média do tempo de exercício na profissão foi de $138,1 \pm 95,7$ meses. A análise descritiva da subescala Práticas de enfermagem da EAAPE, permitiu concluir que os enfermeiros apresentam uma melhor perceção nas práticas preventivas de eventos adversos relacionadas com a **“Higienização das mãos”** apresentando valores médios mais altos ($4,3 \pm 0,53$). Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos nos estudos realizados por Castilho (2015) e Costa (2017). Dados publicados no Relatório Anual Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas (Ministério da Saúde, 2019), indicam que existe uma evolução positiva no cumprimento da higiene das mãos, assim como dados apresentados pela DGS (2021), que mostram que a Covid 19 aumentou a cultura da higiene das mãos nos profissionais de saúde, verificando-se um crescimento de 76% para 83% no cumprimento da higiene das mãos. A evidência científica demonstra ainda que a higiene adequada das mãos evita 50% das infeções adquiridas durante a prestação de cuidados de saúde e previne a transmissão de infeções como a gripe, infeções respiratórias, diarreias infecciosas entre outras, sendo considerada um indicador de desempenho para programas de prevenção e controle de infeção, segurança do doente e qualidade dos serviços de saúde (DGS,2020).

Em sentido oposto, os enfermeiros apresentaram uma pior perceção nas práticas preventivas de eventos adversos relacionadas com a **“Prevenção de úlceras de pressão”**, apresentando valores médios mais baixos ($2,6 \pm 0,56$), indo de encontro também ao resultado obtido por Costa (2017), sugerindo ser a área mais problemática dos serviços de urgência em estudo, sendo primordial o conhecimento dos fatores que levaram a esta falha. Em termos nacionais, a prevalência e ou incidência de UP permanece elevada, apesar da modernização dos cuidados e saúde afetando a qualidade de vida da pessoa e com uma sobrecarga económica para os serviços de saúde, no entanto, a DGS (2011a) refere que 95% dessas UP são evitáveis através da identificação precoce do risco. Segundo Gonçalves, Binda & Pinto (2020), o enfermeiro desempenha um papel fundamental na prevenção de UP, porque além de ser o responsável pelos cuidados ao doente, é responsável também pela avaliação dos fatores de risco que levam ao desenvolvimento das UP e pela implementação de ações no sentido de reduzir esse risco. No entanto, estes autores também referem que existem fatores que levam os enfermeiros a falharem nas práticas preventivas de UP como por exemplo a falta de conhecimentos, falhas na

integração nas equipas, falta de número adequado de enfermeiros ou falta de protocolos de atuação.

A análise descritiva da subescala Eventos adversos da EAAPE, permitiu concluir que os enfermeiros percecionaram um maior risco ou ocorrência de eventos adversos na dimensão **“Risco e ocorrência de IACS”** ($3,70 \pm 0,61$). Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos por Castilho (2015), Castilho et al. (2016) e Amaral et al. (2019) que referem que os riscos e ocorrências de IACS foram os mais relatados pelos enfermeiros, tendo apenas 26,8% negado esse risco. As IACS constituem um problema de saúde devido à elevada morbimortalidade e aos custos associados, e no caso dos doentes que permanecem mais tempo no serviço de urgência tendem a apresentar mais IACS, em que 85% desses doentes apresentam fatores de comorbilidade como doenças pulmonares e doenças abdominais (Cardoso, 2015).

Por outro lado, os enfermeiros percecionaram menor risco ou ocorrência de eventos adversos na dimensão **“Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação”** ($2,58 \pm 0,69$). Este resultado é igual ao resultado obtido no estudo realizado por Castilho (2015) e vai de encontro à revisão da literatura realizada por Ito, Andrade & Leite (2021), que referem que a advocacia em enfermagem consiste na intervenção do enfermeiro na defesa dos direitos e escolhas dos doentes e os enfermeiros assumem quase sempre esse papel de advogado do doente, apesar de ser uma prática subjetiva. Esta prática de enfermagem, também se encontra consagrada no Código Deontológico de Enfermagem que rege a profissão.

Quanto à perceção dos enfermeiros do SU sobre a ocorrência de eventos adversos associados à sua prática, numa perspetiva do processo (práticas preventivas e ou falhas), poder variar consoante algumas características socioprofissionais, os resultados da análise inferencial revelam existir uma correlação estatisticamente significativa entre a **idade** e a dimensão **“Prevenção de quedas”** e a dimensão **“Falhas de comunicação associadas à administração de medicação”**. Existe também uma correlação estatisticamente significativa entre o **tempo de exercício profissional** e a dimensão **“Prevenção de quedas”** e a dimensão **“Falhas de comunicação associadas à administração de medicação”**, assim como também uma correlação estatisticamente significativa entre o **tempo de exercício profissional no SU** e as dimensões **“Prevenção de quedas”** (e **“Falhas de comunicação associadas à administração de medicação”**). Quanto maior for a idade, o tempo de exercício profissional e o tempo de exercício profissional no SU, melhor é a perceção dos enfermeiros sobre a frequência de

práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados nessas dimensões. No estudo realizado por Castilho (2015), é salientado também a existência de uma associação positiva, embora fraca, entre as práticas de enfermagem com a idade e experiência profissional.

Relativamente às habilitações literárias, os resultados evidenciam existir uma correlação estatisticamente significativa entre estas e as práticas de enfermagem, na dimensão **“Prevenção de quedas”** e pela análise dos valores da média e desvio padrão, podemos também afirmar que os enfermeiros que possuem Mestrado ou Especialidade percecionam piores práticas de prevenção de quedas ($2,78 \pm 0,61$) em comparação com os enfermeiros que possuem Licenciatura ($3,17 \pm 0,72$). Quanto maior forem as habilitações literárias, melhor é a perceção dos enfermeiros sobre a frequência de práticas preventivas e falhas de segurança nos cuidados nessa dimensão. Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos por Castilho (2015) que refere que os enfermeiros especialistas estão mais despertos para identificar eventos adversos.

Quanto à perceção dos enfermeiros do SU sobre a ocorrência de eventos adversos associados à sua prática, numa perspetiva do resultado (risco e ocorrência de eventos adversos) poder variar consoante algumas características socioprofissionais, os resultados da análise inferencial revelam existir uma correlação estatisticamente significativa entre a **idade** e o **tempo de exercício profissional** com a dimensão **“Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação”**, indo de encontro ao resultados de outros estudos (Castilho 2015; Costa, 2017). Quanto maior for a idade ou tempo de exercício profissional, melhor é a perceção dos enfermeiros sobre o risco ou ocorrência de eventos adversos nessa dimensão. Freitas (2015) refere que o risco e ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem é mais elevado para os doentes quando estes são cuidados por equipas mais jovens e menos experientes. Este autor refere ainda no seu estudo, que a satisfação dos doentes é mais elevada e o nível global de risco e ocorrência de eventos adversos associadas às práticas de enfermagem é mais baixo quando os doentes são cuidados por equipas com dotações seguras e com enfermeiros com mais idade, mais experiência e com maior número de especialistas. Segundo o ICN (2018), para garantir a segurança do doente deve existir um número apropriado de enfermeiros com uma combinação adequada de educação, habilidades e experiência em toda a prestação de cuidados e deve haver uma melhoria nos ambientes de trabalho.

Quanto à perceção dos enfermeiros sobre a relação entre as práticas de enfermagem e os eventos adversos, os resultados mostraram existir uma correlação estatisticamente significativa. Estes

dados permitem afirmar que os enfermeiros que percecionam melhores práticas preventivas tendem a percecionam menos ocorrência ou risco de eventos adversos, indo de encontro ao resultado obtido por Costa (2017). Os resultados também evidenciaram existir uma correlação estatisticamente significativa ao nível 0,05, entre a dimensão “**vigilância do utente**” e todos os eventos adversos, nomeadamente: risco de agravamento/complicações do estado do paciente por falhas na vigilância e julgamento clínico, risco de agravamento/complicações do estado do paciente por falhas na advocacia e delegação, risco e ocorrência de quedas e úlceras de pressão, risco e ocorrência de erros de medicação e risco e ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde (-0,39). Segundo Amaral et al. (2018) o enfermeiro deve prevenir os eventos adversos através de um planeamento de cuidados de enfermagem baseados na vigilância do doente e no adequado julgamento clínico.

Quando analisamos a perceção geral de segurança do utente, verificámos que a maioria dos enfermeiros a avalia positivamente em “**Algumas vezes**”, sendo estes resultados similares aos encontrados noutros estudos (Castilho, 2015; Costa, 2017). Estes dados indicam que existe a consciência do risco de eventos adversos associados à profissão, no entanto existe também a consciência que poderão ser evitados.

Os eventos adversos mais relatados pelos enfermeiros que ocorrem no serviço de urgência, associados à prática de enfermagem foram: “falhas na administração terapêutica” e “falhas na vigilância do doente”. Os eventos adversos associados à administração de medicamentos são considerados eventos comuns, indo de encontro ao resultado deste estudo, no entanto, segundo Vilela, Pompeo e Jericó (2018), estes são dispendiosos para o sistema de saúde, sendo necessário a adoção de medidas preventivas. Quanto à vigilância do doente esta é considerada uma atividade essencial em enfermagem, no sentido de identificar eventuais situações sugestivas de agravamento do estado do doente e garantir a segurança do doente. Castilho (2015), obteve um resultado oposto a este estudo, com uma taxa elevada de cumprimento das práticas de vigilância, no entanto refere que estas podem não ser as mais adequadas, sendo essencial um investimento nesta área.

Na perspetiva do resultado (risco e ocorrência de eventos adversos), os eventos adversos mais relatados foram: “ocorrência de quedas” e o “risco e ocorrência de IACS”. Estes resultados vão de encontro ao estudo realizado por Sousa et al. (2018) que concluíram que a taxa de incidência de eventos adversos em Portugal foi de 12,5% e os principais EA identificados estavam relacionados com infeção hospitalar (39,7%), com procedimentos cirúrgicos (26,7%), erros de

medicação (9,8%) e quedas (7%). Segundo Cardoso (2015) refere que nos ambientes considerados desfavoráveis, ocorre uma maior percentagem de IACS (21,58%) quando comparados com ambientes favoráveis (17,5%), devendo os serviços ser dotados com melhores recursos e diminuição do tempo de permanência dos doentes no SU. Em relação às quedas a evidência científica também mostra que estas continuam a acontecer causando graves consequências aos doentes. No estudo realizado por Amaral et al. (2019), 46,3% dos enfermeiros afirmou que algumas vezes esses eventos acontecem sendo essencial investigar os fatores que levaram a esse risco. Segundo Romão e Nunes (2018) as grandes concentrações de quedas notificadas ocorreram em doentes com idades compreendidas entre os 71 e os 85 anos e quando estes se encontravam sozinhos e na ausência de profissionais para os vigiar. Estes autores referem também outros fatores preditores das quedas como o estado de saúde do doente, fatores ambientais, medicação ou anestesia.

Os eventos adversos relacionados com o ambiente da prática de enfermagem que foram mais relatados foram: “carga de trabalho de enfermagem, “recursos humanos” e o “espaço físico do SU”. Dentro desta temática, os enfermeiros também identificaram eventos adversos relacionados com falhas nos “recursos de equipamentos e materiais” e falta de “comunicação entre equipa multidisciplinar” (1,61%). Estes eventos adversos relacionados com o ambiente da prática de enfermagem, vão de encontro ao estudo realizado por Portela et al. (2017), com objetivo de explorar as perceções dos enfermeiros sobre a segurança do doente em contexto de emergência, tendo concluído que a segurança do doente é afetada por fatores como a falta de recursos humanos adequados, superlotação de doentes no SU, sobrecarga de trabalho, formação inadequada e comunicação ineficaz. Outros autores como Azevedo et al. (2020), na revisão integrativa que realizaram sobre fatores que influenciam a segurança do doente no SU, também concluíram que a elevada influência dos doentes ao SU, assim como a sobrecarga de trabalho, escassez de recursos humanos e interrupções constantes dos enfermeiros levam à ocorrência de erros. A identificação de fatores que podem colocar em risco a segurança do doente, possibilita ao enfermeiro a oportunidade de implementar intervenções ou estratégias para diminuir esses fatores, com o objetivo de melhorar a segurança do mesmo. Perante esta situação, o enfermeiro torna se essencial e tem um papel muito importante na melhoria da qualidade dos cuidados (Portela et al., 2017).

As principais medidas sugeridas pelos enfermeiros para minimizar a ocorrência dos eventos adversos identificados, incidiram em medidas de acordo com as práticas de enfermagem e o

risco/ocorrência de eventos adversos; medidas relacionadas com o ambiente da prática de enfermagem e outras medidas diversas.

Dentro da temática prática de enfermagem e risco/ocorrência de eventos adversos, o maior volume de medidas sugeridas enquadra na prevenção dos erros relacionados com a medicação, através da criação de salas de preparação de medicação, melhoria do sistema de distribuição de fármacos e melhoria na comunicação médico e enfermeiro. As causas dos erros de medicação variam consoante o ambiente clínico sendo fundamental o conhecimento do enfermeiro do seu ambiente de trabalho. Cabilan, Hughe & Shannon (2017) realizaram um estudo que referem que devem ser adotadas estratégias como prescrição informatizada, administração de medicamentos por códigos de barra, sistemas de lembretes e protocolos de segurança. Johnson et al. (2017) concluíram com a realização do seu estudo que os erros de medicação podem estar associados às frequentes interrupções dos enfermeiros durante a preparação e administração de terapêutica, sugerindo intervenções como sistemas e procedimentos de medicação que reduzam a necessidade de dupla checagem de medicamentos.

No sentido de minimizar os eventos adversos relacionados com o ambiente da prática de enfermagem, os enfermeiros sugeriram medidas como a “adequação dos recursos humanos do SU, “diminuição ou escoamentos de doentes internados no SU para os serviços de internamento”, “reorganização do SU/ espaço físico e postos de trabalho dos enfermeiros do SU”, “melhoria dos equipamentos e aquisição de materiais” e “melhoria da comunicação entre médico e enfermeiro”. Estas medidas sugeridas vão de encontro ao estudo realizado por Azevedo et al. (2020), que referem que é essencial que os serviços de urgência forneçam recursos humanos, técnicos e infraestruturas adequadas que permitam uma prática segura de cuidados. Cho, Chin & Kim (2016), referem também que os eventos adversos aos doentes podem ser prevenidos através da adequação do número de enfermeiros e na melhoria do ambiente de trabalho. Segundo o PNSD 2021-2026, a segurança do doente depende do contexto e das condições em que se prestam os cuidados de saúde existindo algumas condicionantes que interferem nessa segurança, como os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados e o desenho e confiabilidade dos processos.

Outras medidas gerais foram propostas pelos enfermeiros para minimizar os eventos adversos e vão de encontro aos objetivos estratégicos definidos no PNSD 2021-2016, como por exemplo

a medida de melhoria na identificação dos doentes que se encaixa no objetivo 5.1 “implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde”, medida de criação de protocolo de administração de terapêutica e ou procedimentos de cuidados de enfermagem(6,45%) que se encaixa no objetivo 3.1 “otimizar a comunicação intra e interinstitucional” e cujas ações consistem em implementar meios digitais para a divulgação e utilização de normas/orientações ou outros instrumentos de boas práticas, medida de formação interna no serviço de urgência que se encaixa no objetivo estratégico 1.1 “promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente” e medida de melhoria na integração de novos elementos.

Poderemos apontar algumas limitações no estudo nomeadamente o número reduzido da amostra, a amostra ser recolhida apenas numa instituição hospitalar e dada a limitação de tempo, não ter sido possível validar as medidas sugeridas pelos participantes.

Apesar destas limitações estes resultados poderão levar á proposta e introdução de melhorias no serviço alvo deste estudo.

CONCLUSÃO

Na área da Segurança do Doente, os eventos adversos são considerados um grave problema de saúde pública e os enfermeiros são os profissionais de saúde que melhor podem contribuir para essa segurança, pois ao permanecerem mais tempo junto ao doente, encontram se numa posição privilegiada para identificar eventos adversos e implementar intervenções ou estratégias para reduzir a sua ocorrência. Torna se fundamental também, o conhecimento de práticas ou outros fatores que possam colocar em risco a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados.

Este estudo, com o objetivo de caraterizar os eventos adversos associados às práticas de enfermagem percecionados pelos enfermeiros num serviço de urgência, permitiu alcançar algumas conclusões pertinentes na área da segurança do doente, nomeadamente, que os enfermeiros percecionam a existência de eventos adversos no seu serviço, no entanto estes eventos têm causas multifatoriais, podendo comprometer a segurança dos doentes.

Relativamente aos eventos adversos relacionados com o cumprimento das práticas de enfermagem preventivas, este estudo revelou que as dimensões “**Higienização das mãos**” e “**Cuidados com equipamentos de proteção individual**” foram as dimensões que

apresentaram melhor adesão das práticas, ao contrário da dimensão “**Prevenção de UP**”, que revelou ser a dimensão mais problemática.

Em termos de risco ou ocorrência de eventos adversos, o estudo revelou que os enfermeiros apresentam uma maior perceção de ocorrência ou risco na dimensão “**Risco e ocorrência de IACS**” e uma menor perceção na dimensão “**Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação**”.

Relativamente à perceção dos enfermeiros do SU sobre o cumprimento das práticas de enfermagem e a sua perceção sobre o risco de ocorrência de eventos adversos estarem relacionados com algumas características individuais dos enfermeiros, este estudo revelou que apenas quatro dimensões tem correlações com significado estatístico com a idade, tempo de serviço profissional no SU e tempo de exercício profissional, nomeadamente: **Falhas de comunicação associadas à administração de medicação** (idade, tempo de serviço e tempo de serviço no serviço de urgência); **Prevenção de quedas** (idade, tempo de serviço e tempo de serviço no serviço de urgência); **Cuidados com equipamento de proteção individuais** (idade, tempo de serviço e tempo de serviço no serviço de urgência) e **Risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação** (idade, tempo de serviço). Os resultados permitem ainda afirmar que melhores práticas na área das **Falhas de comunicação associadas à administração de medicação e Cuidados com equipamento de proteção individuais** estão associadas a enfermeiros com mais idade, mais tempo de serviço e mais tempo de serviço na urgência; melhores práticas na área da **Prevenção de quedas** estão associados a enfermeiros com menos idade, menos tempo de serviço e menos tempo de serviço na urgência e melhores práticas na área do **risco de agravamento/complicações do estado do paciente, por falhas na advocacia e delegação** estão associados a enfermeiros com mais idade e mais tempo de serviço. Em termos da variável habilitações literárias, apenas a dimensão “**Prevenção de quedas**” revelou existir uma diferença com significado estatístico, podendo afirmar que os enfermeiros com mais habilitações literárias (Mestrado ou Especialidade), percecionam piores práticas de enfermagem nessa dimensão.

Em termos gerais, podemos afirmar também que os enfermeiros que percecionam melhores práticas de enfermagem preventivas tendem a percecionar menor ocorrência de eventos adversos.

Os principais eventos adversos percebidos pelos enfermeiros, que ocorrem no SU, estão relacionados com diversos fatores como as práticas de enfermagem, o risco e a ocorrência dos eventos adversos, o ambiente da prática de enfermagem, entre outros, tendo a categoria de eventos relacionados com as práticas de enfermagem apresentado mais eventos identificados. Relativamente às medidas propostas para minimizar a ocorrência desses eventos adversos identificados, os enfermeiros identificaram mais medidas na categoria de medidas relacionadas com o ambiente da prática de enfermagem.

Em Portugal ainda não existem estudos suficientes que possam determinar o nível de risco a que um doente apresenta quando entra numa unidade de saúde, no entanto, a avaliação desse risco e a possibilidade de ocorrência de eventos adversos, deve ser uma prioridade das instituições, para se garantir a segurança do doente.

Os serviços das unidades de saúde, só poderão aplicar medidas preventivas ou adotar outras estratégias de promoção da segurança, se tiver conhecimento das falhas ou erros existentes assim como o conhecimento dos fatores ou causas que levam aos eventos adversos.

A realização deste estudo permitiu desenvolver um trabalho científico na área da segurança do doente e gestão de risco de eventos adversos, de forma a contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem. O fato de existirem poucos estudos dentro desta temática, principalmente relacionados com os Serviços de Urgência, torna se essencial a realização de outros estudos, transversais a todos os SU, de forma os resultados puderem ser generalizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, R., Bezerra, A., Teixeira, C., Paranaguá, T., Afonso, T. & Souza, A. (2019). Riscos e ocorrências de eventos adversos na perceção de enfermeiros assistenciais. *Rev Rene*, 20, e41302. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192041302>
- Azevedo, L., Sousa, A. S., & Coelho, S. P. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? Uma revisão integrativa. *Cadernos De Saúde*, 12(1), 12-22. Retrieved from <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>
- Cabilan, C. J., Hughes, J. A., & Shannon, C. (2017). The use of a contextual, modal and psychological classification of medication errors in the emergency department: A retrospective descriptive study. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4335–4343. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jocn.13760>
- Cardoso, R. (2015). As infeções associadas aos cuidados de saúde. (Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra). Retrieved from <https://eg.uc.pt/handle/10316/29677>
- Castilho, A. (2015). Eventos adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: Contributos para a política de segurança. (Tese de Doutoramento, Universidade do Porto). Retrieved <http://hdl.handle.net/10216/78357>
- Castilho, A., Parreira, P., & Martins, M. (2016). Cuidados de enfermagem e eventos adversos em doentes internados: Análise dos fatores intervenientes. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(2), 605-623. Retrieved from [file:///C:/Users/susan/Downloads/121-668-1-PB%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/susan/Downloads/121-668-1-PB%20(6).pdf)
- Cho, E., Chin, D. L., Kim, S. & Hong, O. (2016). The Relationships of Nurse Staffing Level and Work Environment with Patient Adverse Events. *Journal of nursing scholarship*, 48(1), 74–82. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jnu.12183>
- Costa, R. (2017). Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem num serviço de urgência saúde. (Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra). Retrieved from: [file:///C:/Users/susan/Downloads/D2016_10001822012_21318004_2%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/susan/Downloads/D2016_10001822012_21318004_2%20(4).pdf)
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020. Diário da República: 2.ª Série, N.º 28, 3882(2) -3882-(10). Retrieved from <https://www.dgs.pt/?cr=26938>
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República: 2ªSérie, N.º187, 96-103. Retrieved from <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2011 a). Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). Orientação n.º017/2011. Retrieved from https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde (2011 b). *Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório técnico final*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2015). Relatório de Segurança dos Doentes. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2020). Dia Mundial da Higiene das mãos – 2021. Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2021). Dia da Higiene das mãos/5 de maio. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/05/05/dia-da-higiene-das-maos-5-de-maio-2/>
- Duarte, S. C. M., Stipp, M. A. C., Silva, M. M. & Oliveira, F. T. (2015). Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm*, 68(1), 136-46. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>
- Françolin, L., Gabriel, C. S., Bernardes, A., Silva, A., Brito, M. & Machado, J. (2015). Patient safety management from the perspective of nurses. *Rev Esc Enferm USP*, 49(2), 277-283. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200013>

- Freitas, M. J. (2015). Dotação Segura para a Prática de Enfermagem: Um Contributo para a Gestão de Unidades de Saúde. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20702>
- Gonçalves, A. D. G., Binda, A. L. M., Pinto, E. N., Oliveira, E. S. & Netto, I. B. (2020). A mudança de decúbito na prevenção de lesão por pressão em pacientes na terapia intensiva. *Nursing (São Paulo)*, 23(265), 4151–4170. Retrieved from <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4151-4170>
- ICN (2018). Patient Safety Global Ministerial Summit 2018. Retrieved from https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Glob%20Minist.%20Pt%20Safety%20Summit_ICN%20statement%20final%20%281%29.pdf
- Ito, A. S., Andrade, M. B. T., Leite, E. P. R. C., Terra, F. S. & Silveira-Monteiro, C. A. (2021). Exercício do enfermeiro defensor da saúde na defesa do paciente: Revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10 (10), e525101018956. Retrieved from <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18956>
- Johnson, M., Sanchez, P., Langdon, R., Manias, E., Levett-Jones, T., Weidemann, G...Everett, B. (2017). The impact of interruptions on medication errors in hospitals: An observational study of nurses. *J Nurs Manag*, 25, 498–507. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28544351/>
- Mansoa, A., Vieira, C. P., Ferrinho, P., Nogueira, P. & Varandas, L. (2011). Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (3), 116-122. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v29n2/v29n2a04.pdf>
- Ministério da Saúde (2019). Relatório Anual: Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas. Retrieved from [file:///C:/Users/susan/Downloads/Relatorio_Anual_Acesso_2019%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/susan/Downloads/Relatorio_Anual_Acesso_2019%20(1).pdf)
- Neves, T., Rodrigues, V., Graveto, J. & Parreira, P. (2018). Scale of adverse events associated to nursing practices: A psychometric study in Portuguese hospital context. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26, e3093. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2595.3093>
- Portela, A. C. P., Olímpio, M.A.C., Ponte M.A., Santos, F. D., Paiva, A. F. G. & Sousa, V. E. C. (2017). Percepción de los enfermeros sobre seguridad del paciente en el servicio de emergencia: Un estudio cualitativo. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades*, 49, 25–34. Retrieved from <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2017-n49-nurses-perceptions-of-patient-safety>
- Romão, A. L., & Nunes, S. (2018). Quedas em internamento hospitalar – Causas, consequências e custos: estudo de caso numa unidade de Lisboa. *Port J Public Health* 36 (1), 1–8. Retrieved from <https://doi.org/10.1159/000488073>
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Uva, M. S., Uva, M. & Nunes, C. (2018). Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: A retrospective cohort study. *Int J Qual Health Care*, 30(2), 132-137. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzx190>
- Vilela, R., Pompeo, D., Jericó, M. & Werneck, A. (2018). Custo do erro de medicação e eventos adversos à medicação na cadeia medicamentosa: Uma revisão integrativa. *J. bras. econ. saúde (Impr.)*, 10(2), 179-189. Retrieved from <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-915114>
- Wang, X., Liu, K., You, L. M., Xiang, J., Hu, H., Zhang, L., . . . Zhu, X. (2014). A relação entre cultura de segurança do paciente e eventos adversos: Uma pesquisa por questionário. *Revista Internacional de Estudos de Enfermagem*, 51, 1114 – 1122. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.007>

APÊNDICES

**APENDICE I – PROCEDIMENTO DE TRABALHO:
REGISTOS DE ENFERMAGEM EM UTENTES NA SALA DE EMERGÊNCIA**



Hospital de Santarém

PROCEDIMENTO DE TRABALHO

Código:

Revisão n.º:

Data:

PROCEDIMENTO: Registos de Enfermagem em Utentes na Sala de Emergência	
ELABORADO por: En ^ª Dânia Martins e En ^ª Susana Batista (Aluna da Especialidade em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)	
DATA: 2020-10-29	
OBJETIVO: Elaboração de um Guia Orientador de Boas Práticas dos Registos de Enfermagem em Utentes na Sala de Emergência Uniformização dos Registos Contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem	
DESTINATÁRIOS: A todos os enfermeiros da Unidade Médico-Cirúrgica do Hospital de Santarém	
RESPONSÁVEIS:	
APROVADO por:	ACEITE por:
Conselho de Administração	
ABREVIATURAS:	
DESCRIÇÃO:	
<p>Uma das competências comuns do enfermeiro especialista, definida no regulamento nº140/2019, está relacionada com o domínio da melhoria contínua da qualidade. Assim, no âmbito do ensino clínico I, do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, realizado no SU do HDS, e como forma de cumprimento desta competência, foi desenvolvido um projeto de uniformização dos registos de enfermagem em utentes na sala de emergência, com vista a uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.</p> <p>Este projeto consiste na elaboração de um Guia de Boas Práticas dos Registos de Enfermagem em Utentes na Sala de Emergência, que vai de encontro a uma necessidade sentida pelo SU do HDS, e pelo que está definido nos enunciados dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012).</p> <p>Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE,2012).</p> <p>Os registos de enfermagem são parte integrante do processo de enfermagem e são essenciais para justificar e comprovar os cuidados prestados aos doentes, constituindo se assim como um instrumento de trabalho essencial para a pratica de enfermagem.</p>	



Hospital de Santarém

PROCEDIMENTO DE TRABALHO

Código:

Revisão n.º:

Data:

Versão	Data da Revisão	Alterações

GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM EM UTENTES NA SALA DE EMERGÊNCIA:



Registos de Enfermagem em Utentes na Sala de Emergência

1º Motivo de admissão do utente na sala de emergência e AP relevantes

2º Avaliação Inicial – ABCDE

A	Via aérea com controlo da coluna cervical	<ul style="list-style-type: none"> • Permeável • Não permeável: <ul style="list-style-type: none"> Remoção de corpo estranho Aspiração de secreções Adjuvante da via aérea • Controlo da cervical <ul style="list-style-type: none"> Estabilização e alinhamento
Do “A” para o “B”		
B	Ventilação e oxigenação	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa enfisema subcutâneo, desvio da traqueia ou ingurgitamento jugular • SPO2 - Frequência Respiratória • Respiração espontânea: <ul style="list-style-type: none"> Padrão respiratório Expansão do tórax (simétrico ou assimétrico) • Respiração não eficaz: <ul style="list-style-type: none"> Padrão respiratório Oxigenoterapia (Recurso material - débito de O2) Expansão do tórax (simétrico ou assimétrico)
C	Circulação com controlo de hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias visíveis ativas • Monitorização (Traçado Eletrocardiográfico - PA - FC) • Características do pulso; Características da pele; Tempo de preenchimento capilar • Acesso venoso periférico • Colheitas de sangue • Fluidoterapia - Hemoderivados
D	Disfunção neurológica	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Coma de Glasgow (O4, V5, M6) • Pupilas (isocóricas/anisocóricas; midríase/miose, fotoreativas/arreativa) • Défices motores ou sensitivos (parestias, parésias, plégias, disartria, afasia...) • Glicémia capilar • Convulsões • Dor
E	Exposição evitando hipotermia	<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura corporal • Presença de lesões • Imobilizações

3º Avaliação da eficácia das medidas terapêuticas implementadas (melhorado/piorado/mesmo estado) e reavaliação de parâmetros vitais

4º Registo associado a técnicas invasivas realizadas (ENG, algaliação e outras)

5º Alergias (registo de alergias conhecidas ou se desconhece)

6º Espólio do doente (Realizado ou entregue a familiares)

Trabalho realizado por Enª Susana Batista (Aluna da Especialidade em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica) e Enª Orientadora Dânia Martins.
Outubro 2020

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

APRECIÇÃO DO PEDIDO DE INTRODUÇÃO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO NO CENTRO HOSPITALAR DO OESTE:

“SEGURANÇA DO DOENTE E EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA”

Componente técnico-científico

Estudo descritivo e transversal.

Avalia a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência de Caldas da Rainha face à existência de eventos adversos e seus determinantes nesse mesmo serviço.

Registo obtido a partir de questionário preenchido por profissionais do CHO.

Investigadora principal: Enf.ª Susana Batista, do serviço de urgência de Caldas da Rainha. Estudo inserido numa cadeira de Mestrado e orientado pelas Prof. Doutora Maria dos Anjos Dixe do Instituto Politécnico de Leiria.

Desenho de estudo adequado mas com formulação algo incoerente que parece querer medir a realidade dos eventos adversos quando mede apenas a sua percepção pelos profissionais.

O estudo poderia ser enriquecido pela avaliação da realidade através do estudo dos indicadores disponíveis relativos aos eventos adversos no CHO.

Há a referir que as investigadoras devem estar preparadas para enfrentar o viés determinado pela desorganização COVID.

Equipa científica adequada.

Componente ético-legal

Segue as normas de boas práticas em investigação e actuação em saúde.

Desconheço conflitos de interesse do CHOeste ou seus profissionais nesta data.

As dúvidas metodológicas não acarretam prejuízo para os participantes nem para a instituição mas devem gerar conclusões adequadas aos métodos.

Impacto na comunidade

Aborda uma questão de saúde da maior relevância a nível local e eventualmente nacional

Impacto para o CHOeste

Importância significativa e utilidade eventual para a melhoria da prestação de cuidados num serviço crítico e especialmente no contexto actual.

Encargos financeiros

Sem custos previstos para o CHOeste.

Conclusão

Apesar das reservas metodológicas atrás discutidas,

Atendendo à relevância da questão e

Considerando o efeito benéfico da sensibilização para esta problemática junto da equipa de enfermagem do SU,

Recomenda-se autorização para introdução do estudo no CHO.

Torres Vedras, 29/01/2021

Araújo Martins

Director do Centro de Investigação em Saúde do CHOeste

ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Caro(a) colega Enfermeiro(a),

O meu nome é Susana Batista e encontro-me a frequentar o 8º Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. No âmbito do Mestrado, estou a desenvolver um projeto de investigação intitulado “**Segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem num Serviço de Urgência**”.

A segurança do doente, mais em concreto, a ocorrência de eventos adversos associados à prática de enfermagem, é uma realidade presente em todo o mundo e torna se essencial a realização de estudos sobre esta temática, no sentido de identificar o impacto dos eventos adversos nos doentes, e implementar estratégias para os minorar, contribuindo para uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este projeto de investigação tem como **objetivo geral, determinar a perceção dos enfermeiros sobre Segurança do doente e Eventos adversos associados à prática de enfermagem no serviço de urgência e propor estratégias que diminuam a ocorrência desses eventos, contribuindo para o aumento da Segurança do doente e uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem.**

Para atingir os objetivos deste estudo, solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário que se anexa a este documento.

O questionário é anónimo e os dados por si fornecidos são confidenciais, sendo utilizados apenas para fins científicos. O seu preenchimento é facultativo, no entanto, a sua participação é essencial.

Leia as questões atentamente e responda no espaço reservado para tal ou assinale a resposta que considera mais adequada.

Por favor, não deixe nenhuma resposta em branco.

Para qualquer questão pode contactar-me: Telemóvel: 915359353 ou Email: susanabatista.sisb@gmail.com

Obrigada pela sua colaboração.

Consentimento livre e esclarecido

Declaro que li as informações relacionadas com o projeto de investigação “Segurança do doente e eventos adversos associados à prática de enfermagem num Serviço de Urgência – Perceção do Enfermeiro”, e aceito livremente participar no estudo, respondendo ao questionário.

Data: / /2022

Assinatura: _____

QUESTIONÁRIO

Estudo: Segurança do Doente e Eventos Adversos Associados à Prática de Enfermagem num Serviço de Urgência”

Para a realização deste estudo é necessário o preenchimento deste questionário que é constituído por 3 partes:

PARTE I- Caracterização socioprofissional de cada enfermeiro

PARTE II – Escala de Eventos Adversos Associados à Prática de Enfermagem (EAAPE)

PARTE III- Duas questões abertas, onde se pretende que os enfermeiros identifiquem, pelo menos 2 eventos adversos que consideram mais relevantes e duas medidas para minimizar a ocorrência destes eventos adversos.

Os dados obtidos destinam se exclusivamente para o estudo em causa, assegurando se o seu anonimato e confidencialidade.

Agradecendo desde já a sua disponibilidade e colaboração, lembro que da autenticidade das suas respostas vai depender o resultado final deste trabalho.

Muito Obrigado pela colaboração

Susana Batista

PARTE I
CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

• Por favor, preencha os itens seguintes:

Idade	_____anos
Gênero	Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Tempo de exercício profissional	_____anos
Tempo de exercício profissional no serviço de urgência	_____anos
Habilitações literárias	Bacharelato <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado/Especialidade <input type="checkbox"/> Doutoramento <input type="checkbox"/>

PARTE II
ESCALA: EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS DE
ENFERMAGEM (EAAPE)

Instruções de preenchimento

Considere serviço/unidade de trabalho o serviço ou departamento do hospital onde trabalha habitualmente.

Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo a bolinha.**

Muito obrigada pela colaboração

- Um **evento adverso** é definido como qualquer tipo de engano, incidente, acidente, erro ou desvio da norma, suscetível de causar dano ao doente.

- A **segurança do doente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço/ unidade ...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1-Vigilância/Julgamento clínico					
1. Os doentes são adequadamente vigiados	①	②	③	④	⑤
2. As alterações do estado clínico são oportunamente detetadas	①	②	③	④	⑤
3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por défice de vigilância	①	②	③	④	⑤
4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado	①	②	③	④	⑤
2- Advocacia					
1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros “advogados” dos interesses do doente e família	①	②	③	④	⑤
2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente	①	②	③	④	⑤
3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do doente	①	②	③	④	⑤
4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do doente	①	②	③	④	⑤
5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem noutros profissionais menos preparados	①	②	③	④	⑤
6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente.	①	②	③	④	⑤
7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado	①	②	③	④	⑤
3- Quedas					
1. O risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído.	①	②	③	④	⑤
2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendo em consideração a avaliação do risco	①	②	③	④	⑤
3. A vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado	①	②	③	④	⑤
4. Existe risco de ocorrência de quedas de doentes	①	②	③	④	⑤
5. Ocorrem quedas de doentes	①	②	③	④	⑤
4- Úlceras de pressão					
1. No início do internamento é realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional).	①	②	③	④	⑤
2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias	①	②	③	④	⑤
3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton)	①	②	③	④	⑤
4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco	①	②	③	④	⑤
5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas	①	②	③	④	⑤
6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades	①	②	③	④	⑤

7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades	①	②	③	④	⑤
8. Existe o risco de ocorrência de úlceras de pressão	①	②	③	④	⑤
9. Ocorrem úlceras de pressão	①	②	③	④	⑤
5 - Medicação	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação	①	②	③	④	⑤
2. Ocorrem erros de medicação	①	②	③	④	⑤
5.A. Ocorrem erros na preparação da medicação por:					
1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes	①	②	③	④	⑤
2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário	①	②	③	④	⑤
3. A farmácia enviar o medicamento errado	①	②	③	④	⑤
4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno	①	②	③	④	⑤
5. O enfermeiro ser interrompido durante a atividade	①	②	③	④	⑤
6. Distração do enfermeiro	①	②	③	④	⑤
5.B- Ocorrem erros na administração da medicação por:					
1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos doentes (troca de cama)	①	②	③	④	⑤
2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica	①	②	③	④	⑤
3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone)	①	②	③	④	⑤
4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior)	①	②	③	④	⑤
5. Incorreta identificação do medicamento preparado	①	②	③	④	⑤
6. Incumprimento dos procedimentos de identificação do doente	①	②	③	④	⑤
7. Falhas na execução da técnica de administração	①	②	③	④	⑤
5.C Vigilância da medicação					
1. Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões	①	②	③	④	⑤
2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação	①	②	③	④	⑤
6- Infecção associada aos cuidados de saúde (IACS)					
1. Existe risco de ocorrerem infeções (IACS)	①	②	③	④	⑤
2. Ocorrem infeções (IACS)	①	②	③	④	⑤
3. A Higiene das mãos realiza-se:					
1. Antes e após o contacto com o doente	①	②	③	④	⑤
2. Antes de procedimentos que exijam assepsia	①	②	③	④	⑤
3. Após o contacto com sangue e fluidos corporais	①	②	③	④	⑤
4. Os Equipamento de Proteção Individual (EPI) são selecionados e ajustados aos procedimentos a realizar	①	②	③	④	⑤
5. Na manipulação de material cortante/perfurante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização	①	②	③	④	⑤

6. Os objetos cortam/perfurantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento	①	②	③	④	⑤
7. A acomodação dos doentes realiza-se de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades)	①	②	③	④	⑤
8. Os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem	①	②	③	④	⑤
9. A roupa suja é triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado	①	②	③	④	⑤

7 - Perceção Geral (no meu serviço)					
1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente	①	②	③	④	⑤
2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados	①	②	③	④	⑤

PARTE III

Identifique 2 Eventos Adversos que considera mais relevantes que ocorram no serviço de urgência

1 -

2 -

Indique 2 medidas para minimizar a ocorrência desses eventos adversos no serviço de urgência

1 -

2 -

**ANEXO III – DECLARAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA EVENTOS
ADVERSOS ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Declaração

Declaro que, em resposta ao solicitado, autorizo a utilização da escala “Eventos Adversos Associados à Prática de Enfermagem”, pela mestrande Susana Batista no âmbito do estudo que pretende realizar no Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Envio o instrumento na versão resultante do estudo em 2015 (Castilho, 2015).

Desejo as maiores felicidades na realização do trabalho que pretende realizar e mantenho-me disponível para qualquer esclarecimento ou ajuda.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho

Coimbra, 4 de fevereiro de 2021