



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

UM CONTRIBUTO PARA A EXCELÊNCIA DO CUIDADO ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Filipa Marques Oliveira

Porto - Março de 2019



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

UM CONTRIBUTO PARA A EXCELÊNCIA DO CUIDADO ESPECIALIZADO EM ENFERMAGEM

A CONTRIBUTION TO THE EXCELLENCE OF SPECIALIZED
NURSING CARE

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Filipa Marques Oliveira

Sob orientação de Prof.^a Doutora Ana Sabrina Sousa

Porto - Março de 2019

RESUMO

O presente relatório descreve o percurso de aprendizagens e aquisição de competências efetuado durante o período de estágio estabelecido na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, que integra o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. A realização do estágio decorreu em dois serviços distintos: inicialmente numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e, de seguida, num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico.

Adotando uma abordagem crítico-reflexiva, são descritas as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, bem como as competências desenvolvidas como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. As atividades desenvolvidas deram resposta aos objetivos específicos estabelecidos no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica que, por sua vez, estão inseridos nos domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista.

Através dos conhecimentos e capacidades adquiridos na prestação de cuidados ao doente crítico e recorrendo à pesquisa bibliográfica sempre que necessário, foi possível desenvolver uma prática clínica com base na evidência científica, desenvolver competências de atuação perante situações de urgência e/ou emergência, bem como competências comunicacionais e relacionais com o doente crítico e a sua família.

Dada a importância crescente da qualidade em saúde, foram desenvolvidas várias atividades neste âmbito, tais como um projeto de intervenção sobre a notificação de eventos adversos como promotora da segurança do doente, auditorias clínicas no âmbito do controlo de infeção e foram identificadas situações-problema que interferem com a dinâmica dos serviços, sugerindo ações de melhoria que potenciam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Considerando a conjuntura económica e social do país, os ganhos obtidos através dos cuidados de enfermagem são uma preocupação constante, tendo sido desenvolvidas atividades no âmbito da gestão de recursos humanos e materiais, bem como na compreensão do papel dos responsáveis dos serviços na orientação e coordenação dos cuidados.

A prestação de cuidados ao doente crítico exigiu, ainda, uma profunda reflexão sobre questões ético-deontológicas, construindo uma nova consciência individual e coletiva sobre o papel do enfermeiro especialista no respeito pela liberdade e dignidade da pessoa humana.

A realização do Mestrado em Enfermagem permitiu não só o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista, como também uma compreensão da importância do conhecimento científico e da investigação para uma prática segura, de qualidade e que corresponda às necessidades dos utilizadores dos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem; Doença Crítica; Qualidade dos Cuidados de Saúde; Segurança do Doente; Eventos adversos.

ABSTRACT

This report describes the learning and skills acquired process during the internship period established in the course "Final Internship and Report", which integrates Nursing Master's with Specialization in Medical-Surgical Nursing from the School of Nursing (Porto), Institute of Health Sciences, Universidade Católica Portuguesa. The internship took place in two different services, initially in a Multipurpose Intensive Care Unit and then in a Medical-Surgical Emergency Service.

Through a critical-reflexive approach, the activities developed during the internships are described, as well as the competences developed as future Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing. The activities developed responded to the specific objectives established in the scope of Medical-Surgical Nursing, which, in turn, are inserted in the common competency domains of the Specialist Nurse.

Through the knowledge and skills acquired in providing care to critical patients and resorting to bibliographic research whenever necessary, it was possible to develop a clinical practice based on scientific evidence, develop competences in emergency situations, as well as communicational and relational competences with the critical patient and his / her family.

Given the increasing importance of quality in health, a number of activities have been developed in this field, such as an intervention project that approaches adverse events as a promoter of patient safety, clinical audits in the field of infection control, and identified problem situations that interfere with the dynamics of services, suggesting improvement actions that promote the continuous improvement of quality of care.

Considering the country's economic and social situation, the gains obtained through nursing care are a constant concern, activities have been developed in the scope of human and material resources management, as well as in the understanding of the role of service providers in the orientation and coordination of care.

The provision of care to the critical patient also required a deep reflection on ethical-deontological issues, building a new individual and collective awareness about the role of specialist nurse in respect for the freedom and dignity of the human person.

The achievement of the Master in Nursing allowed not only the development of skills as a specialist nurse, but also an understanding of the importance of scientific knowledge and research for a safe and quality practice that meets the needs of health service users.

Key-words: Nursing; Critical illness; Health care quality; Patient safety; Adverse events.

“É preciso sair da ilha para ver a ilha. Não nos vemos se não saímos de nós.”

José Saramago

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e à minha irmã, pelo amor, incentivo, paciência, por acreditarem, incondicionalmente, em mim... Mas, sobretudo, por me ensinarem, desde sempre, que o caminho faz-se caminhando e a sorte dá muito trabalho! Perdoem-me por todo o tempo que não pudemos partilhar, mas vocês sabem que são as pessoas mais importantes da minha vida.

À minha restante família, por muitas vezes alterarem os seus planos para que pudesse estar presente e me acarinharem de uma forma única.

Às minhas amigas, por todo o apoio demonstrado, por compreenderem as minhas ausências e, apesar disso, continuarem sempre disponíveis para me ouvir. À Joana, por partilhar comigo um olhar crítico sobre a Enfermagem e por continuarmos a caminhar juntas em tudo na vida.

À Isabel, companheira desta aventura, por todos os momentos difíceis em que conseguimos rir e contornar os obstáculos da forma mais leve possível. O nosso caminho cruzou-se no dia em que comecei a trabalhar e serás sempre um exemplo para mim... A Enfermagem e o mundo precisam de mais pessoas como tu!

Aos colegas e amigos com quem partilho os desafios diários da Enfermagem, pelo incentivo, ajuda e compreensão ao longo de todo o percurso... À Enfermeira Fátima, por toda a disponibilidade, sem a qual teria sido muito difícil chegar até aqui.

À Professora Ana Sabrina Sousa, pelo rigor e exigência com que me orientou e por me motivar nas alturas mais difíceis deste percurso.

Por último, mas não menos importante, às pessoas de quem cuido, pois as maiores lições são eles que me ensinam todos os dias.

A todos, muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPS-IP	<i>Behavioral Pain Scale – Intubated Patient</i>
CAM-ICU	<i>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</i>
CVC	Cateter Venoso Central
DGS	Direção-Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
DR	Diário da República
EEEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EIH	Emergência Intra-Hospitalar
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
FiO2	Fração Inspiratória de Oxigénio
FS	Formação em Serviço
GPT	Grupo Português de Triagem
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
IRA	Insuficiência Respiratória Aguda
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
OBS	Observações
OE	Ordem dos Enfermeiros
ONAF	Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo
PAI	Pneumonia Associada à Intubação
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PEEP	<i>Positive End-Expiratory Pressure</i>
RASS	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>
SE	Sala de Emergência
SPICI	Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos
SPICI-F	Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos da Família
ST2	Sala de Tratamentos 2
SU	Serviço de Urgência
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
VNI	Ventilação Não Invasiva
VV AVC	Via Verde AVC

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	19
2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	19
2.2. SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	20
3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	23
3.1. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	24
3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS.....	41
3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS.....	57
3.4. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL.....	61
4. CONCLUSÃO.....	71
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
APÊNDICES.....	87
APÊNDICE A – PANFLETO DE ACOLHIMENTO AO DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	89
APÊNDICE B – PROJETO DE INTERVENÇÃO “A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS COMO PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE”.....	93

1. INTRODUÇÃO

O exercício profissional do enfermeiro centra-se na relação interpessoal entre si e aquele(s) a quem presta cuidados, embora cada um possua um conjunto próprio de valores, crenças, desejos, expectativas, decorrentes do ambiente em que está inserido e em que se desenvolve enquanto pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, distingue-se por diagnosticar as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde dos indivíduos (OE, 2001) e, nesta relação humana do cuidar, desenvolve o seu próprio saber, imprescindível para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e éticas.

No decorrer do meu exercício profissional enquanto enfermeira de um serviço de internamento de Ortopedia e Traumatologia, tornou-se exigente dar resposta aos desafios diários do processo de cuidar e, pelo meu interesse constante na aprendizagem de novos saberes, surgiu a decisão de investir na formação pessoal para aprofundar as competências adquiridas como enfermeira de cuidados gerais, desenvolvendo competências específicas numa área de especialização, neste caso, a Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa preconiza que cada aluno desenvolva capacidade para integrar conhecimentos, para lidar com situações complexas, para emitir juízos clínicos e, sobretudo, para refletir criticamente sobre a sua prática e a prática dos contextos onde desenvolve os seus estágios.

Para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, a realização de estágios é imprescindível, fomentando o desenvolvimento de novos conhecimentos, a integração daqueles que são adquiridos ao longo do percurso académico e, sobretudo, para que o enfermeiro, até então de cuidados gerais, inicie um processo de consciencialização das suas novas competências, daquilo que terá que ser capaz de fazer para ter competências acrescidas e diferenciadas na sua área de especialização (Benner, 2001).

A realização deste relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, lecionado no Instituto de Ciências da Saúde – Porto, da Universidade Católica Portuguesa, no ano letivo 2018/2019.

A unidade curricular inclui 360 horas de contacto em contexto de estágio que foram a base para a elaboração deste relatório final, tendo sido realizados, num primeiro momento,

em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), no período compreendido entre 10 de setembro e 2 de novembro de 2018 e, num segundo momento, em contexto de Serviço de Urgência (SU) Médico-Cirúrgico Polivalente, iniciando-se a 5 de novembro de 2018 e com término a 4 de janeiro de 2019. Além das horas contacto, foram ainda efetuadas 20 horas de orientação tutorial, 20 horas de seminário e cerca de 350 horas de estudo individual.

Em setembro de 2018, antes de iniciar os estágios referidos anteriormente, foi construído o projeto de estágio, onde foram definidos objetivos específicos e atividades a desenvolver e que foram imprescindíveis como linha de orientação para o percurso realizado posteriormente. Os objetivos estabelecidos no projeto foram atingidos em ambos os contextos de estágio, tendo sido concretizados de forma diferente, em função da especificidade e das necessidades de cada serviço, sendo imprescindível a colaboração de toda a equipa multidisciplinar para a sua concretização, nomeadamente dos Enfermeiros Tutores.

Este relatório foi elaborado através de uma metodologia de análise crítico-reflexiva, com recurso a pesquisa bibliográfica e tem como principais objetivos descrever as situações que permitiram o desenvolvimento de novas competências na respetiva área de especialização, identificar as dificuldades encontradas e descrever as estratégias desenvolvidas para as ultrapassar e refletir criticamente sobre o exercício profissional e as decisões tomadas como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC).

A estrutura adotada para a concretização deste relatório foi a organização pelos domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista, sendo que dentro de cada um deles se encontram diferentes objetivos, enquadrados em cada um dos domínios e específicos da área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Considerei que esta metodologia fosse a mais adequada, pois muitos dos objetivos estão relacionados entre si e obrigar-me-iam a uma repetição no que diz respeito à fundamentação teórica.

Relativamente ao objetivo “Compreender a dinâmica funcional do serviço”, este terá uma abordagem diferente dos restantes, pois a caracterização do local de estágio é feita com base numa integração adequada das dinâmicas do serviço e, deste modo, o primeiro capítulo do trabalho dá resposta ao objetivo, fazendo-se uma caracterização dos dois contextos de estágio.

Seguidamente, é feita a descrição das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, enquadradas nos domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, efetuando uma reflexão sobre as mesmas à luz da evidência científica, referenciada através

da norma ISO 690. Por fim, é feita uma síntese das principais aprendizagens deste percurso e as suas implicações para a minha prática profissional.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O objetivo inicial de cada estágio passa por um processo de integração no serviço e na equipa, imprescindível para uma adaptação adequada, de modo a retirar o maior proveito de todas as experiências vivenciadas.

Neste sentido, para integrar a dinâmica de ambos os serviços onde decorreram os estágios, foi necessário perceber o seu funcionamento, a sua missão, os rácios enfermeiro/doente, o método de trabalho dos enfermeiros, o espaço físico e a existência de áreas de apoio, os equipamentos existentes, entre outros aspetos.

O primeiro estágio foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intensivos e o segundo num Serviço de Urgência, resultando da sua conjugação o meu crescimento pessoal e profissional e o desenvolvimento de competências como EEEMC.

2.1. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A UCI onde decorreu o estágio trata-se de uma unidade polivalente de nível II, ou seja, para o tratamento médico e cirúrgico de todas as especialidades, com exceção de patologias do foro neurocirúrgico e cardiotorácico, uma vez que a instituição hospitalar não dispõe dessas valências e os doentes são reencaminhados a outro centro hospitalar sempre que necessário.

O serviço possui 8 camas disponíveis em permanência, havendo a possibilidade de aumentar para 10 sempre que se entenda necessário, nomeadamente aquando a ativação de planos de contingência institucionais.

No que concerne ao rácio enfermeiro/doente, o máximo estabelecido é 2 doentes para 1 enfermeiro, cumprindo assim aquilo que são as recomendações da OE para as dotações seguras (OE, 2014).

Assim, em todos os turnos existem 4 enfermeiros na prestação direta de cuidados, sendo que no turno da manhã existe ainda, um Enfermeiro Especialista em Reabilitação, o Enfermeiro de Referência e a Enfermeira Chefe. Existe também um médico especialista e um ou dois internos de especialidade em permanência, de apoio à unidade, 24 horas por dia.

A UCI caracteriza-se por ser uma unidade aberta, *open space*, com cinco unidades onde a vigilância e o contacto visual com os doentes são permanentes. Além destas unidades,

existem ainda outras três em local mais reservado, indicado para doentes em isolamento, duas delas com possibilidade de criar pressão positiva ou negativa, conforme a necessidade, embora sejam utilizados para outras situações sempre que necessário.

Além disto, o serviço possui várias zonas de apoio como o gabinete da Enfermeira Chefe, gabinetes médicos, copa do pessoal e copa intermédia onde ficam as refeições dos doentes, sala de reuniões e armazém para *stocks* de material.

A equipa de enfermagem trabalha segundo o método de trabalho individual, no entanto, em caso de necessidade e, sobretudo, em situações de emergência verifica-se a cooperação de todos os elementos, havendo assim um trabalho de equipa.

O Enfermeiro de Referência assume o papel de supervisor de cuidados, fazendo auditorias no âmbito da documentação dos cuidados de enfermagem em *SClinico*, da vigilância epidemiológica, colabora na admissão de doentes e na prestação de cuidados sempre que necessário, faz a reposição e os pedidos de material e fármacos e planeia a distribuição de doentes por enfermeiro para os turnos seguintes. Além disso, dá apoio à Enfermeira Chefe nas suas tarefas e assume as suas funções na sua ausência.

Por fim, o regime de visitas da unidade é das 11h às 19:30h, com possibilidade de entrada de um familiar, sendo um regime semelhante a outros serviços de internamento. O facto de ser um horário alargado permite perceber a importância dada pela equipa multidisciplinar ao envolvimento da família nos cuidados ao doente crítico.

2.2.SERVIÇO DE URGÊNCIA

O segundo estágio realizado decorreu num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica Polivalente, com diversas especialidades médicas, entre elas: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pequena Cirurgia, Ginecologia/Obstetrícia e Otorrinolaringologia e Oftalmologia, sendo que nestas duas últimas apenas no período diurno (das 8h às 20h). Este SU possui ainda uma sala de Bloco Operatório disponível 24h/dia, com apoio de Anestesiologia, Imunohemoterapia e Patologia Clínica.

No que diz respeito às valências de Neurologia e Cardiologia, estas estão disponíveis também no período diurno das 8h às 20h e, quando necessário, os doentes são reencaminhados para os centros hospitalares que dão apoio a esta instituição.

Não está disponível neste serviço a urgência pediátrica, no entanto existe o Apoio Pediátrico Referenciado que consiste na possibilidade de observação do doente pediátrico

na consulta externa de Pediatria, no horário das 8h às 20h, quando referenciado pelos cuidados de saúde primários.

Relativamente à estrutura física do serviço, este dispõe de duas estações de triagem, onde o enfermeiro irá aferir a gravidade da situação através da Triagem de Manchester, estando em funcionamento a ativação de Vias Verdes (Acidente Vascular Cerebral (AVC), Coronária, Trauma e Sépsis).

Imediatamente ao lado dos gabinetes de triagem, existe a Sala de Emergência (SE), com duas unidades disponíveis para receber os doentes em risco imediato de vida.

No corredor contíguo, situa-se a área médica, onde existem 7 gabinetes ocupados por médicos de Clínica Geral e Medicina Interna onde são observados todos os doentes com patologia do foro médico. Neste local, existe ainda uma sala de espera, uma sala para realização de terapêutica inalatória e oxigenoterapia e a sala de trabalho de enfermagem.

Num outro corredor, existem 3 gabinetes disponíveis para observação de doentes das especialidades cirúrgicas - Cirurgia Geral, Ortopedia e Pequena Cirurgia – e um gabinete de enfermagem de apoio à área cirúrgica.

Após a triagem, o doente é encaminhado por um assistente operacional ao respetivo setor onde será observado.

Além destas estruturas, este SU dispõe ainda de dois serviços de internamento temporário: a unidade de Observações (OBS) e a Sala de Tratamentos 2 (ST2), tendo como objetivo evitar a ocupação de camas no internamento, quando se tratam de situações com previsão de alta breve.

Em OBS estão disponíveis 16 vagas, distribuídas por enfermarias, com possibilidade de monitorização eletrocardiográfica em 14 das 16 unidades e que podem ser visualizadas na central de enfermagem. Existem, ainda, dois quartos preparados para isolamento respiratório de partículas, quando necessário.

Na ST2, estão disponíveis 15 vagas, todavia em caso de necessidade o número de vagas pode ascender às 20. Os doentes permanecem em macas, pelo que se pretende reduzir a duração deste internamento ao mínimo tempo possível. Reunindo as condições necessárias, o doente pode regressar ao domicílio; caso contrário, é disponibilizada uma vaga num dos serviços de internamento do hospital.

Caso haja necessidade de encaminhar um doente à especialidade de Otorrinolaringologia ou Oftalmologia, este tem que ser observado na consulta externa destas especialidades, sendo acompanhado até lá por um assistente operacional. O mesmo se passa

na especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, cujo serviço também se encontra fora do espaço físico deste SU.

Além de todos os espaços já mencionados, existem ainda áreas de apoio como armazéns de material de consumo clínico, copa do pessoal, gabinete do diretor clínico e do Enfermeiro Chefe.

A dotação de enfermeiros é feita por posto de trabalho, sendo que existe o seguinte número de enfermeiros por área:

- Triagem: 1 enfermeiro;
- SE: 1 enfermeiro;
- Área médica: 2 enfermeiros;
- Sala de inaloterapia/oxigenoterapia: 1 enfermeiro;
- Área cirúrgica: 1 enfermeiro;
- ST2: 2 enfermeiros;
- OBS: 4 enfermeiros.

Independentemente da taxa de ocupação do SU, a dotação de enfermeiros mantém-se em todas as áreas, havendo possibilidade de aumentar em caso de necessidade. Dentro deste número de profissionais, existe frequentemente necessidade de efetuar transportes inter-hospitalares e um destes elementos tem que se ausentar do serviço.

Além da equipa que está na prestação de cuidados, nos dias úteis, no período da manhã, estão ainda presentes o Enfermeiro Chefe e duas Enfermeiras de Referência que seriam responsáveis por dar apoio nas funções de gestão e coordenação do serviço; no entanto, devido a ausências por motivo de doença de vários elementos da equipa que ainda não foram substituídos, existe, frequentemente, a necessidade de ficarem na prestação de cuidados.

Este SU dá apoio a cerca de 318000 habitantes e conta com o apoio de dois centros hospitalares próximos em algumas valências que não se encontram aqui disponíveis, tais como Neurocirurgia e Cirurgia Cardiotorácica.

3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

De acordo com o Regulamento n.º140/2019 da OE (Diário da República (DR), II série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019), o Enfermeiro Especialista, decorrente do aprofundamento das suas competências de cuidados gerais, desenvolve um conjunto de competências clínicas específicas e diferenciadas numa área de especialização.

Estas competências diferenciadas são divididas por domínios, ou seja, por conjuntos de competências com uma linha condutora semelhante e, de acordo com o Regulamento n.º140/2019 da OE (DR, II série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019), os domínios de competências comuns a desenvolver pelo Enfermeiro Especialista são o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, da gestão dos cuidados e da responsabilidade profissional, ética e legal.

Ainda assim, existem competências decorrentes das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde no campo de intervenção da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) que são específicas desta área de especialização.

De acordo com o Regulamento n.º429/2018 da OE (DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018, p.19360):

“os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação”.

No contexto da pessoa em situação crítica a vivenciar processos médicos/cirúrgicos complexos e à sua família, exige-se que o EEEMC desenvolva competências específicas no âmbito da gestão da dor e promoção do bem-estar do doente crítico, na maximização da prevenção e controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos, na liderança de projetos de formação e investigação, bem como na gestão criteriosa de recursos humanos e materiais.

Deste modo, os objetivos específicos traçados pretendem dar resposta ao desenvolvimento das competências acima identificadas e foram divididos e enquadrados nos

domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista, começando pelo domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, seguido do domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão de cuidados e, por fim, do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

No decorrer deste capítulo serão, então, descritas as atividades realizadas para atingir os objetivos traçados, as estratégias adotadas para dar resposta às situações-problema identificadas, as dificuldades encontradas ao longo do percurso e quais as competências específicas adquiridas no âmbito da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

3.1.DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFissionais

Ao longo de todo o percurso profissional do enfermeiro, o investimento em novos conhecimentos teóricos e práticos é imprescindível para a excelência dos cuidados prestados.

Os cuidados de enfermagem incluem o tratar, mas também observar, comunicar, diagnosticar, mobilizando conhecimentos baseados em diversas áreas científicas. Por este motivo, a Prática Baseada na Evidência é “um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento, (...) para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (Benner, 2001, p.12).

O doente crítico, pela sua instabilidade hemodinâmica e pela falência orgânica ou multiorgânica, exige do enfermeiro um corpo de conhecimentos e experiências vasto e extremamente diferenciado. No decorrer da minha experiência profissional, o contacto com o doente crítico iniciou-se no âmbito deste mestrado, com a realização dos estágios em contexto de UCI e SU, implicando um grande investimento nos meus conhecimentos.

Deste modo, foram estabelecidos três objetivos no âmbito das aprendizagens profissionais, uma vez que o desenvolvimento de uma prática clínica com base na investigação e no conhecimento é uma das competências comuns a serem desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista na sua área de especialidade (Regulamento n.º140/2019 da OE, DR, II série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019).

OBJETIVO: APROFUNDAR CONHECIMENTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS SOBRE SITUAÇÕES CLÍNICAS COMPLEXAS, TÉCNICAS, FÁRMACOS, INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS PARA A ASSISTÊNCIA AO DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA.

Tendo por base a complexidade da situação de saúde do doente crítico, o EEEMC deve mobilizar conhecimentos e habilidades diferenciadas para responder em tempo útil e de forma holística às suas necessidades. Deste modo, serão descritas seguidamente algumas áreas de atenção que me exigiram uma procura ativa de conhecimentos e a sua respetiva mobilização para uma prestação de cuidados segura e adequada, em ambos os contextos de estágio.

A monitorização hemodinâmica, invasiva ou não invasiva, é um recurso indispensável no cuidado ao doente crítico por permitir diagnosticar precocemente complicações decorrentes da sua situação clínica. O conhecimento sobre o funcionamento dos equipamentos e interpretação dos parâmetros mensurados são imprescindíveis para todos os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica.

Assim, uma das competências que adquiri em contexto de UCI foi a compreensão e capacidade de monitorização do doente crítico, onde comecei por colocar em funcionamento todos os equipamentos que permitem a vigilância dos parâmetros vitais com mais significado clínico: traçado eletrocardiográfico, pressão arterial invasiva, fazendo a calibração do sistema, saturação periférica de oxigénio e temperatura corporal.

Seguidamente, em contexto de SU, tive novamente oportunidade de desenvolver conhecimentos nesta área, uma vez que 14 das 16 unidades do serviço de OBS permitem a monitorização eletrocardiográfica dos doentes, com transmissão permanente dos dados na sala de trabalho de enfermagem. Assim, torna-se frequente nesta unidade a presença de doentes com patologia do foro cardíaco, nomeadamente com perturbações do ritmo.

Neste estágio pude, então, desenvolver conhecimentos na identificação de disritmias cardíacas, tendo contacto com situações diversificadas, tais como Bradicardia ou Taquicardia Sinusal, Fibrilhação Auricular (FA) de Resposta Ventricular Rápida (RVR) ou de Resposta Ventricular Lenta (RVL), Bloqueios Auriculo-Ventriculares (BAV) de 1º, 2º e 3º graus ou presença de bigeminismo.

Apesar de algumas destas situações clínicas serem bastante complexas, pude observar a atuação da equipa médica e de enfermagem e colaborar na prestação de cuidados a estes doentes e, como futura EEEMC, fui capaz de identificar focos de instabilidade e responder de forma pronta e antecipatória, diagnosticando precocemente complicações resultantes dos tratamentos instituídos, tal como preconizado nas competências definidas pela OE (Regulamento n.º429/2018, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018).

Outro equipamento com o qual tive oportunidade de contactar, nomeadamente em contexto de UCI, foi o ventilador, sendo possível aprofundar conhecimentos sobre modos

ventilatórios, conseguindo perceber a diferença entre Volume Controlado com Pressão Regulada (PRVC), Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV), Ventilação Espontânea com Pressão Positiva Contínua (CPAP), através das curvas apresentadas no monitor do ventilador.

Embora tivesse tido contacto com doentes submetidos a ventilação invasiva, nesta UCI é notória a mudança de paradigma no que diz respeito à sua utilização.

Atualmente sabe-se que a presença de uma via aérea artificial apresenta diversas complicações como o barotrauma, compromisso cardiovascular, dessincronização entre o doente e o ventilador e, mais do que isso, provoca alterações dos mecanismos protetores desta via, favorecendo a colonização de microrganismos, causando a Pneumonia Associada à Intubação (PAI), uma das infeções mais comuns em cuidados intensivos, com custos elevados no seu tratamento e contribuindo para um aumento da mortalidade e morbidade (Campos, 2015; Espírito-Santo, 2014).

Por todos estes motivos, o desmame ventilatório deve ser iniciado o mais precocemente possível, reduzindo ao máximo o tempo de ventilação invasiva (Campos, 2015; Espírito-Santo, 2014; Freitas *et al.*, 2007).

Para proceder à extubação, é imprescindível que o doente apresente melhorias clínicas, estabilização hemodinâmica e trocas gasosas adequadas (Freitas *et al.*, 2007; Campos, 2015). Reunidas as condições, deve proceder-se ao Teste de Respiração Espontânea que consiste em permitir que o doente ventile espontaneamente através do tubo endotraqueal, recebendo pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) e com uma pressão de suporte após a expiração - PEEP (*Positive End-Expiratory Pressure*) - até 7 cm de água (Freitas *et al.*, 2007).

Após a extubação, nem sempre se consegue que o doente ventile espontaneamente e, como uma solução intermédia entre a ventilação invasiva e a ventilação espontânea, existe a Ventilação Não Invasiva (VNI) que dispensa a utilização de tubo orotraqueal, mantém o reflexo de tosse, preserva os mecanismos de defesa da via aérea, diminui significativamente a necessidade de recorrer à sedação, permite ao doente falar, tossir, alimentar-se, reduzindo o tempo de internamento, a morbidade e os custos associados (Carretta, 2011; Espírito-Santo, 2014; Pinto *et al.*, 2017).

Além de ser utilizada após suspensão da ventilação mecânica, a VNI, se utilizada precocemente no tratamento da Insuficiência Respiratória Aguda (IRA), pode prevenir o recurso à via aérea artificial (Carretta, 2011; Pinto *et al.*, 2017).

Estas situações foram recorrentes durante o estágio nesta UCI, acabando por ter mais

contacto com doentes em VNI e/ou ventilação espontânea do que submetidos a ventilação invasiva, pois esta era abandonada logo que possível, comprovando assim a importância dada nos últimos anos ao desmame ventilatório precoce.

Uma outra alternativa para o tratamento de IRA que é ainda recente, mas tem mostrado bons resultados é a oxigenoterapia nasal de alto fluxo (ONAF). Tive oportunidade de contactar com dois doentes em que foi utilizada esta terapêutica e, simultaneamente, senti necessidade de procurar evidência científica sobre esta temática e perceber as suas vantagens em relação às demais alternativas de dispositivos respiratórios.

A ONAF tem como principais vantagens melhorar a fração inspiratória de oxigénio (FiO_2), lavar e reduzir o espaço morto e gerar pressão positiva no final da expiração (PEEP), através de um dispositivo semelhante a uma cânula nasal (Carratalá *et al.*, 2018; Dres *et al.*, 2017).

Esta terapêutica demonstra eficácia no tratamento de IRA, nomeadamente hipoxémica, uma vez que as taxas de fluxo inspiratório variam entre 30 a 120L/minuto. Pode fornecer até 100% de oxigénio com um fluxo de 60L/minuto, minimizando a diluição pelo ar ambiente e aumentando a FiO_2 (Carratalá *et al.*, 2018; Dres *et al.*, 2017).

O fluxo de ar sendo administrado na nasofaringe, permite uma depuração do dióxido de carbono expirado nas vias aéreas superiores, diminui o espaço morto e melhora a ventilação alveolar (Carratalá *et al.*, 2018; Dres *et al.*, 2017). É possível observar os resultados da terapêutica na diminuição da frequência respiratória e do esforço respiratório do doente.

Uma outra vantagem da ONAF é o facto de o ar inalado ser aquecido e humidificado, o que vai permitir humidificar as secreções, facilitando a sua remoção, contribuindo significativamente para uma limpeza das vias aéreas eficaz (Carratalá *et al.*, 2018; Dres *et al.*, 2017). No que concerne ao conforto do doente, é notória a vantagem da ONAF relativamente à VNI, pois o facto de se tratar de uma cânula nasal permite ao doente falar, comer, beber e expetorar, sem interromper o tratamento (Carratalá *et al.*, 2018; Dres *et al.*, 2017).

De um modo geral, percebe-se que existem já diversas alternativas no tratamento da IRA em contexto de UCI e, cada vez mais, é privilegiado o conforto do doente, ponderando para cada situação qual a alternativa mais viável.

Sendo uma das competências do EEEMC fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, a dor, a agitação/sedação e o *delirium* são três focos incontornáveis na prestação de cuidados. Por esse motivo, durante o estágio foi possível

desenvolver conhecimentos na aplicação de escalas para diagnosticar estes problemas e intervir adequadamente.

A dor dos doentes em cuidados intensivos pode ter inúmeras causas, seja pela gravidade da condição clínica, pela prestação de cuidados de enfermagem sistemática, pelos procedimentos invasivos ou pela presença de dispositivos. Esta é uma problemática frequentemente relatada pelas pessoas que passam por esta experiência (Batalha *et al.*, 2013).

Avaliar a dor no doente crítico, quase sempre sob sedação e com dificuldade em verbalizar, constitui-se como um desafio para os enfermeiros e a utilização de instrumentos de avaliação da dor adequados pode ser a chave para a controlar devidamente.

A escala *Behavioral Pain Scale – Intubated Patient* (BPS-IP) mostra-se como a ferramenta mais adequada para avaliação da dor em doentes entubados, ventilados mecanicamente e incapazes de se autoavaliarem e é a escala utilizada no serviço onde decorreu o estágio para todos os doentes submetidos a ventilação invasiva, sendo possível treinar a sua aplicação para efetuar um diagnóstico real da dor (Batalha *et al.*, 2013).

Outra escala utilizada na UCI onde decorreu o estágio é a *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). No doente crítico, é necessária a utilização de fármacos analgésicos e sedativos pela quantidade de procedimentos realizados; todavia, a literatura descreve que níveis de sedação demasiado elevados levam a aumento do tempo de ventilação mecânica e aumento da incidência de *delirium* (Junior *et al.*, 2008). Neste sentido, pretende-se que o doente crítico tenha um nível de sedação que permita a realização de procedimentos invasivos sem causar dor e sofrimento, mas que mantenham o doente colaborante, orientado e tranquilo (Junior *et al.*, 2008).

Para encontrar este nível de sedação ideal é necessário monitorizá-lo periodicamente e a RASS é uma escala validada, com alta confiabilidade e de fácil aplicabilidade (Junior *et al.*, 2008).

Como foi referido, associado à utilização de fármacos analgésicos e sedativos, poderá estar a instalação de quadros de *delirium*. A atenção dada ao *delirium* em contexto de UCI é uma temática que tem vindo a ganhar relevância nos últimos anos por se saber que estes doentes têm uma maior predisposição ao desenvolvimento desta perturbação devido a fatores de risco pré-existentes, mas sobretudo a fatores agudos e ambientais (Barros *et al.*, 2015; Faria *et al.*, 2013; Pereira *et al.*, 2016).

Este distúrbio, além de estar relacionado com o aumento de taxas de morbilidade e mortalidade, do tempo de internamento e do tempo de ventilação mecânica, resultando em

maiores custos sociais e financeiros, causa ainda declínio funcional e cognitivo, alterações emocionais, perda de autonomia, tendo um forte impacto na qualidade de vida dos doentes e das suas famílias (Barros *et al.*, 2015; Faria *et al.*, 2013; Oliveira, 2015; Pereira *et al.*, 2016).

Um dos grandes problemas associados ao *delirium* é o subdiagnóstico, ou seja, uma grande parte das UCI não inclui a avaliação do *delirium* nas suas vigilâncias diárias (Barros *et al.*, 2015; Oliveira, 2015; Pereira *et al.*, 2016). A falta de reconhecimento desta problemática leva a que não sejam tomadas medidas preventivas nem o tratamento adequado quando o *delirium* está instalado.

Todavia, não foi essa a realidade que encontrei na UCI onde realizei o estágio e a escala utilizada para avaliação do *delirium* era a *Confusion Assessment Method for the ICU* (CAM-ICU), que está validada para a população portuguesa e que é recomendada pela *Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit* (Barr *et al.*, 2013).

Durante a realização do estágio, tive oportunidade de aplicar a escala em duas situações. Apesar de ser eficaz no diagnóstico de *delirium*, exige que o enfermeiro que a aplica tenha já bastante treino na sua utilização, pois é uma escala com vários itens e é necessário que as perguntas sejam colocadas com clareza, para que não haja resultados erróneos, ou seja, a má compreensão das perguntas por parte do doente pode levar a um falso diagnóstico de *delirium*.

A utilização da CAM-ICU permite o diagnóstico precoce de *delirium* e o planeamento de intervenções adequadas para este problema. No domínio das intervenções autónomas, o EEEMC pode minimizar o risco de *delirium* com medidas como gerir o ambiente, promover uma comunicação adequada, envolver a família, controlar as alterações fisiológicas decorrentes da doença aguda, remover dispositivos médicos o mais precocemente possível e otimizar analgesia e promover o conforto (Barros *et al.*, 2015; Faria *et al.*, 2013; Oliveira, 2015; Pereira *et al.*, 2016). Na UCI onde decorreu o estágio há uma grande sensibilidade para esta problemática e tive oportunidade de colaborar na implementação destas medidas não farmacológicas de prevenção do *delirium* durante a prestação de cuidados.

Em contexto de SU, tive oportunidade de desenvolver conhecimentos e competências numa outra área que era, até então, desconhecida para mim: a Triagem de Manchester.

A triagem de prioridades no SU é obrigatória e consiste na atribuição de uma prioridade clínica, com posterior alocação do doente à área de atendimento mais adequada,

com a logística e a equipa mais vantajosas para o tratamento da sua situação de doença aguda, urgente ou emergente (Despacho n.º 10319/2014, D.R. n.º 153/2014, Série II; Grupo Português de Triagem (GPT), 2010).

O processo de triagem implementado em Portugal desde 2000 é a Triagem de Manchester realizada por um Enfermeiro, com formação certificada em triagem, que, de acordo com a queixa que motiva a ida do doente ao **SU**, identifica um fluxograma e segue um conjunto de discriminadores, onde responde a várias questões que vão determinar a prioridade clínica do doente, traduzida numa cor de identificação (GPT, 2010).

A Triagem de Manchester classifica, então, a prioridade clínica em 5 categorias, com uma cor e um tempo de espera estimado correspondentes:

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: GPT, 2010, p.22

Neste setor da prestação de cuidados, pude observar a realização de todo o processo de triagem, compreendendo a dinâmica da aplicação desta metodologia, quais as questões que são colocadas ao doente, os parâmetros que carecem de avaliação para seleccionar o discriminador adequado e, após definição da prioridade clínica, o encaminhamento adequado do doente ao setor onde será avaliado. Além disso, foi possível efetuar o processo de triagem sob supervisão dos Enfermeiros Tutores e compreender a grande responsabilidade de adequar os recursos às reais necessidades de cuidados de saúde dos doentes.

Este é o local onde os doentes são recebidos no **SU** e, mais do que as competências técnicas e científicas, são exigidas competências relacionais, nas quais o EEEMC se pode diferenciar, estabelecendo uma relação terapêutica que irá favorecer a colheita de dados necessária a uma triagem adequada.

Todas as atividades descritas, a pesquisa efetuada no âmbito das temáticas abordadas e outras que foram realizadas ao longo do estágio são uma fonte inesgotável de aprendizagem e tornam possível a aquisição de novos conhecimentos e práticas, desenvolvendo assim competências na prestação de cuidados ao doente crítico. Muitas

outras situações semelhantes poderiam ser descritas, todavia estas foram as temáticas que me exigiram uma maior procura de conhecimentos e a sua respetiva mobilização, para uma prestação de cuidados segura e adequada.

A conjugação da formação inicial, da experiência profissional e da formação pós-graduada proporcionam-me um nível de aprofundamento de conhecimentos dentro da área de especialização de EMC que me permitiram uma tomada de decisão com base na evidência científica, a manutenção do processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, zelando assim pela qualidade dos cuidados prestados.

OBJETIVO: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ATUAÇÃO PERANTE A SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA E SITUAÇÃO CRÍTICA, DEMONSTRANDO CAPACIDADE DE ESTABELECEER PRIORIDADES E CUIDADOS ESPECIALIZADOS EFICAZES E FUNDAMENTADOS.

A capacidade para dinamizar uma resposta a situações de urgência e/ou emergência faz parte das competências do EEEMC, nomeadamente na área da pessoa em situação crítica, uma vez que esse tipo de situações causa perda de saúde, de forma inesperada e violenta, afetando a integridade de um ou mais órgãos vitais, colocando a pessoa em risco de vida, pelo que a assistência deve ser imediata (Regulamento n.º429/2018 da OE, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018).

Assim, a definição de um objetivo no âmbito das competências de atuação em situações de emergência torna-se fundamental para o EEEMC, nomeadamente na área da pessoa em situação crítica.

Em contexto de UCI, pelos elevados meios de monitorização e terapêutica, não é muito frequente existirem situações emergentes, pois o papel do enfermeiro é, precisamente, a prevenção de complicações que coloquem em risco a vida do doente (Conselho Europeu de Ressuscitação, 2015).

No entanto, a equipa de Emergência Intra-Hospitalar (EIH) da instituição está sediada na UCI onde decorreu o estágio, pelo que, para a concretização deste objetivo esperava-se que fosse possível acompanhar esta equipa e intervir em situações de urgência e/ou emergência quando esta fosse ativada.

Durante todo o estágio, só foi possível estar presente em duas ativações da equipa de EIH que, apesar de não se tratarem de situações de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), a sua colaboração foi ativada, pois os critérios de ativação definidos institucionalmente

preconizam que a ativação seja feita segundo critérios alargados, tal como recomendado pelo Conselho Europeu de Ressuscitação (2015). A existência de critérios de ativação abrangentes permite a ativação de todo o sistema de emergência interna, sendo possível intervir atempadamente e prevenir situações de PCR (Conselho Europeu de Ressuscitação, 2015).

Um estudo realizado em 2016 demonstra que se a monitorização e vigilância do doente e a deteção precoce da sua deterioração clínica não forem feitas atempadamente, a ativação da equipa de EIH será tardia e isso causará uma maior taxa de incidência de PCR e uma maior taxa de mortalidade (Barbosa *et al.*, 2016).

Foi possível, ainda, obter dados relativamente às ativações da equipa de EIH, constatando-se que, no ano de 2017, num total de 213 ativações, apenas 34 se tratavam de situações de PCR. Estes números traduzem, então, todo o investimento realizado na formação dos enfermeiros da instituição hospitalar no reconhecimento de sinais clínicos de agravamento dos doentes e ativação precoce da equipa de EIH.

Perante tudo o que foi exposto, compreende-se o facto de terem existido poucas oportunidades de intervenção em situações emergentes na UCI. Desta forma, em contexto de SU, a prestação de cuidados na SE tornou-se uma prioridade, para que fosse possível a concretização deste objetivo.

Nos primeiros turnos em que estive na SE comecei por conhecer todos os materiais e fármacos disponíveis e a sua função. Depois de me familiarizar com todo o equipamento da SE, senti maior confiança para a prestação de cuidados. Ao longo de todo o estágio, a situação que motivou a admissão de doentes na SE com maior frequência foi a ativação da Via Verde AVC (VV AVC).

As doenças cerebrovasculares são das primeiras causas de morte e incapacidade em Portugal e na Europa (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2017). O controlo inadequado dos fatores de risco vasculares modificáveis como a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, o sedentarismo, a obesidade ou o tabagismo continuam a estar presentes nos hábitos dos portugueses, contribuindo significativamente para o elevado risco de doenças cerebrovasculares (DGS, 2017).

As Vias Verdes consistem numa estratégia organizada para “abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações” (DGS, 2017, p. 17).

A Sociedade Portuguesa do AVC (2016) dando destaque ao fator tempo, refere que “tempo é cérebro”, uma vez que a curta janela terapêutica associada ao tratamento trombolítico no AVC isquémico e a necessidade de intervenção precoce no AVC hemorrágico, devido às elevadas taxas de mortalidade, exigem que o percurso entre o reconhecimento de sinais de alarme até à assistência hospitalar seja tão rápido quanto possível.

A VV AVC pretende, fundamentalmente, envolver a população e os profissionais de saúde no reconhecimento precoce de sinais de alarme, na ativação das medidas de socorro, bem como na sistematização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a nível intra-hospitalar (DGS, 2017). Desta forma, todos os profissionais que recebem doentes na SE por ativação da VV AVC devem estar devidamente envolvidos e treinados em todos os procedimentos do algoritmo desenvolvido pela DGS (2017).

Perante as várias situações de ativação de VV AVC observadas na SE, escolhi uma delas para descrever neste relatório. Tratava-se de uma senhora de 68 anos admitida com desvio da comissura labial e diminuição da força muscular no hemicorpo direito, com cerca de duas horas de evolução.

Primeiramente, explicamos à doente onde se encontrava, quais os procedimentos que seriam efetuados, no sentido de obter o seu consentimento.

De seguida, procedemos à avaliação inicial da doente seguindo a abordagem ABCDE, de acordo com a seguinte ordem de prioridades:

“A - *Airway*: Permeabilização da Via aérea com controlo da coluna Cervical;

B - *Breathing*: Ventilação e Oxigenação;

C - *Circulation*: assegurar a Circulação com controlo da Hemorragia;

D - *Disability*: Disfunção Neurológica;

E - *Expose/Environment*: Exposição com controlo de Temperatura.”

(Instituto Nacional de Emergência Médica, 2012, p.51)

Após avaliação da doente, ativação da equipa multidisciplinar, realização de todos os procedimentos necessários e confirmando-se a sua estabilidade hemodinâmica, procedeu-se ao transporte intra-hospitalar até ao serviço de imagiologia para realização de Tomografia Axial Computorizada (TAC).

À chegada ao serviço de imagiologia, a doente desencadeou uma crise convulsiva, de características tónico-clónicas, sendo necessária intervenção rápida e eficaz, tendo colaborado na administração de terapêutica e vigilância dos parâmetros vitais.

Em algumas situações de ativação de VV AVC, quando efetuado o tratamento com

o fármaco trombolítico, tive oportunidade de o preparar e, em função do peso do doente, proceder à sua administração com supervisão dos Enfermeiros Tutores. Devido ao elevado risco de efeitos secundários, durante a sua administração é necessária uma rigorosa vigilância e monitorização de sinais vitais, no sentido de detetar precocemente complicações associadas, que foi sempre cumprida. Noutras situações, quando contraindicado o tratamento trombolítico, os doentes são enviados a outro centro hospitalar para realização de trombectomia.

Ao longo de todo o estágio, as ativações da VV AVC foram, efetivamente, as que presenciei com maior frequência na SE, contribuindo para o desenvolvimento de confiança e segurança na prestação de cuidados nestas situações.

A observação e colaboração na prestação de cuidados na SE permitiu-me compreender o papel do EEEMC na execução de intervenções que exigem uma vigilância, monitorização e terapêutica diferenciadas, na prevenção de complicações associadas e na implementação de respostas de enfermagem apropriadas às complicações identificadas.

Independentemente do que motiva a admissão da pessoa na SE, a prestação de cuidados neste setor é um desafio permanente e, como futura EEEMC, pude desenvolver competências na identificação de focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipatória, na execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos aos processos de saúde/doença da pessoa em situação crítica, implementando respostas de enfermagem adequadas às complicações, contando sempre com a orientação e supervisão dos Enfermeiros Tutores, tal como definido pela OE (Regulamento n.º429/2018, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018) nas competências específicas do EEEMC, com diferenciação na assistência à Pessoa em Situação Crítica.

OBJETIVO: DESENVOLVER COMPETÊNCIAS COMUNICACIONAIS E RELACIONAIS COM O DOENTE, FAMÍLIA E EQUIPA MULTIDISCIPLINAR E INTERDISCIPLINAR.

A comunicação é uma das principais ferramentas para o desenvolvimento do ser humano, pela sua necessidade de se expressar, de partilhar experiências, de cooperar, de se consciencializar sobre si mesmo e sobre os que o rodeiam, de estabelecer laços ou de revelar sentimentos pelos outros (Coelho, 2014).

No que diz respeito à comunicação em enfermagem em particular, é inevitável que o enfermeiro comunique com as pessoas e tem que garantir que esta comunicação é bem

sucedida, independentemente da situação em que estas se encontrem. Todavia, em situações de maior vulnerabilidade, onde as pessoas estão expostas a situações de grande ansiedade, como é o caso do doente crítico e da sua família, esta comunicação exige outros requisitos como: ter em conta as necessidades de saúde das pessoas, tranquilizar, capacitar e promover sentimentos de confiança, sendo, por isso, uma comunicação terapêutica (Coelho, 2014).

O processo de comunicação estabelecido entre o enfermeiro e o doente é um indicador da qualidade dos cuidados e tem uma grande influência no seu grau de satisfação, pois a forma como se sente acolhido e a atenção que lhe é disponibilizada interferem no seu nível de confiança (Cerqueira, 2017).

Em contexto de UCI, foi possível desenvolver competências de comunicação com o doente crítico, nomeadamente em doentes submetidos a ventilação invasiva onde temos obstáculos evidentes a uma comunicação eficaz.

Apesar de submetidos a ventilação mecânica, frequentemente os doentes têm um nível de sedação que lhes permite ouvir o que se passa e, por vezes, apresentam abertura espontânea dos olhos com o estímulo verbal. Assim, sempre que prestava cuidados ao doente, começava por explicar o que ia ser feito e qual o objetivo daquele cuidado, tentando reduzir a sua ansiedade e promover sentimentos de segurança e confiança na equipa de enfermagem.

Na UCI onde decorreu o estágio, é utilizada uma ferramenta de comunicação - o diário do doente em cuidados intensivos - que permite o envolvimento dos familiares, a mitigação de sentimentos de ansiedade e insegurança, o aumento de confiança na equipa e, posteriormente, permite ao doente distinguir entre a realidade e a imaginação, encontrando um sentido para tudo o que viveu durante o período de internamento em cuidados intensivos (Blair *et al.*, 2017).

O diário do doente em cuidados intensivos vem dar resposta a uma problemática comum neste contexto que é o Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos (SPICI). Este síndrome caracteriza-se um compromisso das funções física, psicológica e cognitiva do doente crítico, como consequência do internamento em cuidados intensivos (Blair *et al.*, 2017; Lasiter *et al.*, 2016; Mikkelsen *et al.*, 2017; Rawal *et al.*, 2017).

Durante todo o internamento, é fundamental que este declínio seja prevenido, ou seja, através de intervenções como o desmame ventilatório precoce, a suspensão de fármacos sedativos, a prevenção do *delirium*, o levante e a mobilização precoces consegue-se estimular as funções física, psicológica e cognitiva, minimizando as consequências do internamento em UCI (Blair *et al.*, 2017; Lasiter *et al.*, 2016; Rawal *et al.*, 2017).

Todavia, o doente em contexto de cuidados intensivos sofre, frequentemente, de pesadelos e *stress*, ficando com memórias para as quais não encontra explicação nem qualquer sentido, o que vai ter impacto na sua qualidade de vida após o internamento (Davidson *et al.*, 2012; Rawal *et al.*, 2017). Também para a família isto pode ser uma fonte de *stress* e ansiedade, pois não conseguem compreender de onde surgem estas memórias nem conseguem tranquilizar o seu familiar (Davidson *et al.*, 2012; Rawal *et al.*, 2017).

Percebeu-se, então, que não só o doente pode sofrer de SPICI, mas também os seus familiares, pelos elevados níveis de ansiedade e depressão a que estão sujeitos durante o internamento, revelam sofrimento e *stress* pós-traumático mesmo depois da alta, surgindo assim o Síndrome Pós-Internamento em Cuidados Intensivos da Família (SPICI-F) (Davidson *et al.*, 2012; Rawal *et al.*, 2017).

O diário do doente em cuidados intensivos consiste em fazer um registo do que vai acontecendo ao longo do internamento, que pode ser escrito pela equipa multidisciplinar e pelos familiares, podendo até incluir registos fotográficos. Este diário contribui para o alívio da ansiedade, depressão e redução do *stress* pós-traumático, sentimentos que podem permanecer, no doente e na família, durante anos após a alta (Blair *et al.*, 2017).

Na UCI onde decorreu o estágio, o diário habitualmente é iniciado pela equipa de enfermagem ou pela equipa médica, ao fim de três dias de internamento e é explicado à família o objetivo desta prática. No final do internamento na unidade, o diário é entregue ao doente ou à família, caso o doente não sobreviva, o que por vezes também se torna facilitador do processo de luto.

Além do diário do doente em cuidados intensivos, de forma a monitorizar e prevenir o SPICI existe, ainda, a consulta de *follow-up* realizada no internamento após o doente ter alta da UCI, onde um médico e um enfermeiro vão visitá-lo e perceber se existem ou persistem défices físicos, psicológicos e/ou cognitivos. Após a alta hospitalar, o doente recebe também a marcação de uma consulta que coincide com os três meses após a alta para efetuar uma nova avaliação dos sintomas de SPICI e, nesta altura, é também convocado o familiar de referência para serem avaliados os níveis de ansiedade e depressão associados às vivências anteriores.

Durante o estágio, tive oportunidade de assistir à consulta de *follow-up* no internamento e na consulta externa. Foi possível colaborar na avaliação dos défices físicos, psicológicos e cognitivos dos doentes e na consulta externa também foi possível perceber as consequências que um internamento em UCI tem para os familiares.

Na consulta de *follow-up* presenciada, recebemos uma doente de 24 anos que tinha

passado por um internamento de 86 dias, com cerca de 60 dias em contexto de cuidados intensivos, passando por duas instituições hospitalares diferentes, sempre acompanhada pela mãe.

A doente verbalizou a importância que o diário em cuidados intensivos teve na compreensão de tudo o que se passou, descrevendo pesadelos e memórias para os quais não encontrava sentido e, após ler o diário, encontrou uma justificação para tudo o que se tinha passado. Por sua vez, a mãe mostrava-se ainda muito ansiosa relativamente ao estado de saúde da filha e com labilidade emocional e, ao mínimo sinal de alerta, fica extremamente apreensiva que tudo se volte a repetir, sentindo necessidade de a proteger. Perante estas circunstâncias, foi possível identificar alguns sintomas de SPICI-F e foi-lhe sugerido que fosse acompanhada pela psicóloga da instituição hospitalar, no sentido de evitar que esta ansiedade se torne numa depressão com consequências mais graves para a sua saúde.

A oportunidade de assistir a esta consulta e intervir na prevenção do SPICI e do SPICI-F proporcionou o desenvolvimento de competências de comunicação com o doente crítico e a sua família, de forma a promover a expressão de sentimentos e emoções, percebendo a intervenção do EEEMC na adaptação de estratégias de comunicação que permitam mitigar as consequências traumáticas da experiência em cuidados intensivos.

Também em contexto de SU podem existir diversos obstáculos a uma comunicação terapêutica, tais como a tensão emocional dos doentes e dos seus familiares, a heterogeneidade de situações de saúde a que os profissionais têm que dar resposta, bem como a constante imprevisibilidade dos acontecimentos (Cerqueira, 2017; Reveles *et al.*, 2012; Santos, 2012; Souza *et al.*, 2017).

O enfermeiro é o profissional com maior capacidade para o estabelecimento de uma relação de ajuda, proporcionando o apoio e a informação necessárias ao envolvimento do doente nos cuidados, à capacitação do doente e da sua família para lidar com as alterações clínicas decorrentes da doença aguda, contribuindo, assim, o desenvolvimento de sentimentos de segurança e confiança na equipa multidisciplinar (Cerqueira, 2017; Reveles *et al.*, 2012; Santos, 2012).

Neste âmbito, o EEEMC tem ainda uma responsabilidade acrescida, pois faz parte das suas competências o desenvolvimento de estratégias de comunicação diferenciadoras adaptadas à complexidade dos processos saúde-doença do doente em situação crítica, contribuindo, assim, para um nível de personalização e humanização dos cuidados que aumentam a satisfação do doente e da família com o sistema de saúde, apesar da realidade

que enfrentam (Cerqueira, 2017; Regulamento n.º429/2018 da OE, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018).

De acordo com vários autores, apesar de a permanência no **SU** poder ser de curta duração, se o doente se familiarizar com o ambiente, se lhe forem fornecidas informações sobre o espaço físico, sobre as funções dos profissionais, sobre as regras de permanência no **SU**, de forma empática e acolhedora, o ambiente de trabalho será otimizado, promovendo, assim, a qualidade dos cuidados prestados e a sua satisfação com os cuidados de saúde (Cerqueira, 2017; Maestri *et al.*, 2012; Reveles *et al.*, 2012; Santos, 2012).

Durante a prestação de cuidados em contexto de **SU**, procurei obter informações sobre a situação clínica de cada doente antes do primeiro contacto com ele e antes de efetuar qualquer procedimento técnico. Durante a realização de procedimentos técnicos, procurei estabelecer uma comunicação adequada com o doente, explorando o que motivou a sua vinda ao **SU**, valorizando a sua situação clínica. Além disto, em todas as situações em que foi necessário prestar cuidados no exterior do gabinete de enfermagem, como por exemplo na sala de inaloterapia/oxigenoterapia, informei o doente e/ou o seu acompanhante da localização do mesmo, para que pudessem procurar-nos sempre que necessário.

Ainda assim, verifiquei que no contexto deste **SU**, os enfermeiros são frequentemente interrompidos para responderem a questões relacionadas com a organização, o espaço físico, o tempo de espera, os serviços de internamento do **SU**, a realização de exames complementares de diagnóstico, entre outras coisas. Esta é uma problemática característica dos **SU**, mas que além do impacto que as interrupções constantes podem ter no trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, reflete que a comunicação com os doentes e os seus familiares não está a ser eficaz, havendo necessidade de maior fornecimento de informação.

Partilhando esta reflexão com os Enfermeiros Tutores e questionando a existência de algum procedimento específico no acolhimento ao doente no **SU**, estes referiram que isso não faz parte da sua dinâmica, todas as informações necessárias vão sendo fornecidas quando são questionados e confirmaram a necessidade de uma intervenção mais específica neste âmbito. Assim, procurei desenvolver uma estratégia facilitadora da comunicação, adaptada à complexidade deste contexto, realizando pesquisa bibliográfica sobre o acolhimento ao doente no **SU**.

O acolhimento diz respeito à relação estabelecida com o doente que se inicia no momento de admissão no serviço e, mais do que mera hospitalidade, está profundamente relacionado com a humanização dos cuidados, pelo que se torna um elemento básico de trabalho dos enfermeiros (Cerqueira, 2017; Reveles *et al.*, 2012).

Em contexto de **SU**, o acolhimento tem uma relevância ainda maior, pois ajuda o doente e o seu familiar/acompanhante a ultrapassar sentimentos de ansiedade, angústia, medo e apreensão e, por outro lado, a sentirem-se menos perdidos, desprotegidos, num ambiente desconhecido, com inúmeras normas e onde vão permanecer durante algumas horas (Cerqueira, 2017; Reveles *et al.*, 2012). Apesar de todas as circunstâncias, os obstáculos devem ser contornados e o acolhimento deve ser uma prática que não deve ser desvalorizada, pois a forma como o doente é acolhido é a mensagem com que o doente e a família ficam da instituição e de todos aqueles que nela trabalham (Reveles *et al.*, 2012; Souza *et al.*, 2017).

Todavia, a instabilidade emocional característica dos doentes do **SU** devido às situações de doença aguda que enfrentam, contribuem para que a sua capacidade de ouvir e reter a informação não seja, muitas vezes, a mais adequada, pelo que o fornecimento das mesmas no momento da admissão também não é o ideal (Reveles *et al.*, 2012; Santos, 2012).

Desta forma, a estratégia que me pareceu mais pertinente foi a criação de um panfleto de acolhimento ao doente no **SU** (APÊNDICE A) que reunisse toda a informação necessária e relevante para o doente e o seu familiar/acompanhante, que fosse entregue no gabinete de triagem e que pudesse ser consultado sempre que necessário. Para a criação deste panfleto, além da pesquisa bibliográfica efetuada, foi também consultada a opinião dos Enfermeiros Tutores, do Enfermeiro Chefe, bem como de outros colegas, no sentido de que esta ferramenta também fosse de encontro àquilo que a equipa reconhece como necessário.

A realização desta intervenção teve como objetivos minimizar os sentimentos de ansiedade, medo e apreensão do doente que vivencia um processo de doença aguda e da sua família e otimizar os processos de comunicação entre a equipa do **SU** e os seus utilizadores. Por outro lado, permitiu-me desenvolver competências como futura EEEMC, minimizando o impacto que o ambiente de um **SU** tem em todo o processo de comunicação, abordando uma questão complexa de forma sistemática e criativa e promovendo as minhas aprendizagens profissionais no âmbito da comunicação com o doente crítico e a sua família.

O meu trabalho foi aceite pela equipa de enfermagem e foi remetido ao Enfermeiro Chefe do serviço que, considerando a pertinência e adequação do mesmo, procederá a sua implementação num futuro próximo, após validação a nível institucional.

No que concerne à comunicação no seio da equipa, esta é imprescindível para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados e para a satisfação das necessidades dos profissionais, de forma a que não haja falhas ou lacunas devido a má comunicação.

A documentação dos cuidados de enfermagem, mais vulgarmente conhecidos por

registos de enfermagem, são o guia orientador para a prestação de cuidados e devem incluir todas as fases do processo de enfermagem – desde a atividade diagnóstica às intervenções e avaliação dos resultados -, sendo objetivos, exatos, completos e organizados (Silvestre, 2012). O seu objetivo é, não só descrever a enfermagem e aumentar a sua visibilidade, mas sobretudo permitir a continuidade de cuidados entre os profissionais, sendo fundamental que a informação seja clara, objetiva e organizada, minimizando o risco de falhas de comunicação que comprometam os cuidados ao doente (Silvestre, 2012; Tranquada, 2013).

Perante a importância da documentação dos cuidados, foi efetuada uma sugestão para uma comunicação mais eficaz e uma transmissão segura da informação em ambos os serviços, com base numa norma emitida pela DGS.

Na UCI é utilizada uma folha de *briefing*, onde são registadas todas as informações acerca do doente que o enfermeiro está a receber e que é utilizada novamente para passar as informações do doente a outro colega no final do turno. A perceção da equipa é que a organização desta folha se torna um pouco confusa, dificultando o registo e posterior transmissão da informação.

Sensível à problemática das falhas na transmissão da informação em cuidados de saúde, a DGS (2017) emitiu uma circular normativa sobre a comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde, sugerindo uma mnemónica que pretende padronizar a comunicação e colmatar as falhas de informação na transição de cuidados entre profissionais. A mnemónica ISBAR sugere, então, que a informação seja transmitida de acordo com a seguinte ordem “I: Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações” (DGS, 2017, p.4).

Denota-se que, na UCI, aquando da transmissão de informação verbal entre colegas há já algum cuidado em seguir esta mnemónica. Contudo, tendo por base esta diretriz da DGS (2017), considero que seria pertinente fazer os ajustes necessários à folha de *briefing* para que ficasse mais organizada e seguisse a mnemónica ISBAR, minimizando o risco de haver falhas na transmissão da informação, garantindo a continuidade de cuidados em segurança. Esta problemática foi alvo de intervenção por parte de uma colega de estágio na UCI, pelo que não tive oportunidade de intervir diretamente, mas partilhei a minha opinião com as Enfermeiras Tutoras relativamente a este aspeto.

Posteriormente, em contexto de SU e ainda no âmbito da documentação dos cuidados, constatei que também seria uma mais-valia uma otimização nos registos de enfermagem, utilizando a mesma mnemónica sugerida pela DGS.

O sistema de informação onde é realizada a documentação dos cuidados no SU não

permite a construção do processo de enfermagem, obrigando a um registo das necessidades diagnosticadas e dos cuidados prestados em texto livre, numa ordem criada por cada enfermeiro, de acordo com o que considera mais adequado, podendo colocar em causa a continuidade de cuidados.

Tendo em conta as dificuldades associadas à mudança de sistema de informação, pelos custos e burocracias associados, e face ao risco de perda de informação relevante para a prestação de cuidados ao doente, considero que uma solução viável para este problema seria a criação de um protocolo onde fosse definido um conjunto de informações a registar, a ordem pela qual seriam registadas e todos os profissionais fariam os seus registos de acordo com este protocolo, tendo como linha orientadora a circular normativa emitida pela DGS (2017) sobre a comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde.

Apesar de a DGS recomendar a utilização da mnemónica ISBAR, provavelmente este protocolo exigiria uma adaptação às necessidades do SU e, uma vez que o *timing* disponível no estágio não me permitiu fazê-lo, sugeri ao responsável da formação em serviço (FS) a criação de um grupo de trabalho que ficasse responsável pela criação deste protocolo e, posteriormente, fizesse formação à equipa para a sua divulgação e implementação.

No âmbito da comunicação entre a equipa, a transmissão da informação é um aspeto de extrema importância, tal como foi exposto, e como futura EEEMC procurei assegurar a continuidade de cuidados através da documentação precisa e organizada dos mesmos nos meios disponíveis, de forma a promover a segurança do doente (Regulamento n.º429/2018 da OE, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018).

Além disto, a comunicação estabelecida com doentes e familiares ao longo de todo o estágio permitiu-me reforçar a capacidade de saber ouvir, saber ser clara, objetiva e assertiva na mensagem que transmitia, de forma a criar um clima de confiança e segurança que alicerçam a relação terapêutica, fundamental na prestação de cuidados ao doente crítico e uma responsabilidade do EEEMC (Regulamento n.º429/2018 da OE, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018).

3.2.DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

De acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Decreto-Lei (DL) N.º102/2015 de 27 de Maio, Ministério da Saúde), o conceito de qualidade em saúde baseia-se na prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com nível de profissionalismo de excelência, tendo em conta os recursos disponíveis adequando-os às

necessidades e expectativas do cidadão, com vista à sua satisfação.

O nível de exigência dos cidadãos para com os profissionais e os serviços de saúde tem vindo a aumentar, em consequência da evolução tecnológica e científica, mas também pelo aumento da literacia dos cidadãos (Rocha, 2015). Neste sentido, os profissionais e os serviços de saúde têm que estar preparados para dar resposta às necessidades e expectativas dos cidadãos de quem cuidam (OE, 2001).

A qualidade dos cuidados em saúde assume-se, então, como uma preocupação para todas as diversas áreas profissionais; mas, naquilo que à Enfermagem diz respeito, a OE definiu padrões de qualidade, no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo eles a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Para além dos padrões de qualidade, também o Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas refere a melhoria contínua da qualidade dos cuidados como uma competência imprescindível e transversal a todas as áreas de especialização (Regulamento n.º140/2019 da OE, DR, II série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019). Esta competência pressupõe que o Enfermeiro Especialista conceba e/ou colabore em programas de melhoria contínua da qualidade, crie e mantenha um ambiente terapêutico e seguro, tendo um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias de melhoria adequadas a cada contexto (Regulamento n.º140/2019 da OE, DR, II série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019).

Por todos estes motivos, foram estabelecidos objetivos específicos que se inserem no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e que serão apresentados seguidamente, incluindo a descrição de todas as atividades realizadas com vista à sua concretização.

OBJETIVO: DEMONSTRAR ATITUDE CRÍTICA CONTRIBUINDO PARA A MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRESTADOS.

A qualidade em saúde é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (DL N.º102/2015 de 27 de Maio, Ministério da Saúde, p.13551).

O papel dos enfermeiros na garantia da qualidade dos cuidados de saúde é inegável

e a OE (2001) definiu padrões de qualidade que têm como objetivo estruturar e orientar o seu exercício profissional.

Todavia, naquilo que respeita às competências diferenciadas do EEEMC este deve ser dinamizador de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, intervindo como gestor de risco, promovendo um ambiente seguro e de qualidade, controlando fatores desencadeantes de eventos adversos, promovendo a formação em equipa sempre que necessário, maximizando a prevenção e controlo da infeção e resistência a antimicrobianos, tendo, assim, um contributo de destaque para a excelência dos cuidados (Regulamento n.º429/2018 da OE, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018).

Para que sejam prestados cuidados de qualidade, a segurança é um aspeto absolutamente imprescindível. O Ministério da Saúde assume esta preocupação há alguns anos e, por esse motivo, concebeu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (DL N.º28/2015 de 10 de Fevereiro) que pretende melhorar a gestão de riscos associados à prestação de cuidados de saúde, preconizando a implementação de medidas preventivas e de medidas corretivas após os incidentes.

A segurança do doente é definida como a não exposição do doente a danos desnecessários associados à prestação de cuidados de saúde, tendo como objetivo reduzir essa exposição a um mínimo possível (DGS, 2011).

Todos os intervenientes devem ser envolvidos no desenvolvimento de estratégias que potenciem a qualidade dos cuidados prestados; porém, a maior parte dos cuidados prestados aos doentes, a continuidade de cuidados, a articulação com os diversos profissionais, a gestão de muitos fatores ambientais encontra-se sob responsabilidade dos enfermeiros, pelo seu papel integrador e coordenador de cuidados (Amado, 2014; Castilho, 2014; Martins, 2017; Pedreira, 2015).

Atuar no controlo dos riscos contribui para a promoção da qualidade dos cuidados e, deste modo, os enfermeiros têm um papel fundamental na prevenção da ocorrência de eventos adversos, pelo facto de serem prestadores de cuidados diretos aos doentes e permanecerem junto deles durante 24 horas (Amado, 2014; Castilho, 2014; Pedreira, 2015; Pereira, 2018). Deste modo, devem rever, modificar ou instituir novas práticas sempre que isso permita melhorar os seus cuidados (Amado, 2014; Castilho, 2014).

A intervenção do enfermeiro passa por reduzir atos inseguros na prestação de cuidados e utilizar as melhores práticas para atingir os melhores resultados para o doente, além de terem a obrigação de identificar e prevenir os eventos adversos mais frequentes da sua prática (Amado, 2014; Castilho, 2014; Martins, 2017; Pereira, 2018).

Um evento adverso é definido como um incidente não intencional que resulta em dano para o doente, decorrente da prestação de cuidados de saúde (Amado; 2014; DGS, 2011; Castilho, 2014; Martins, 2017; Pedreira, 2015; Pereira, 2018).

A identificação e análise dos eventos adversos geram informações fundamentais para corrigir falhas, sejam elas humanas, da organização ou do sistema de defesa, permitindo instituir medidas corretivas, para minimizar as consequências do evento, e medidas preventivas, para que o incidente não ocorra novamente (Amado, 2014; Esteves, 2015; Martins, 2013; Silva, 2014).

A notificação de eventos adversos é, assim, considerada como uma das ferramentas mais eficaz na identificação dos riscos, perigos e vulnerabilidades das instituições de saúde, uma vez que permite a partilha de aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria (Amado, 2014; DL N.º28/2015 de 10 de Fevereiro, Ministério da Saúde; DGS, 2014; Esteves, 2015; Martins, 2013; Martins, 2017; Silva, 2014).

Por sua vez, a DGS (2011) concebeu uma estrutura conceptual, designada por Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD), que permite avaliar as condições que determinam os incidentes, incluindo a análise dos seguintes parâmetros: tipo de incidente, consequências para o doente, características do doente, características do incidente (origem, deteção e notificação), fatores/perigos contribuintes, fatores atenuantes do dano, deteção, consequências organizacionais, ações de melhoria e ações para reduzir o risco.

O objetivo desta estrutura conceptual é categorizar toda a informação relativa a um incidente, sendo uma metodologia que permite reunir e analisar os dados que estiveram na sua origem, bem como compreender o que pode ser instituído para que o incidente não ocorra novamente (DGS, 2011). Além disto, permite comparar dados de segurança do doente, examinar o papel do humano e do sistema na ocorrência de incidentes, identificar situações com potencial de melhoria dentro das organizações de saúde e desenvolver prioridades e soluções no que respeita à segurança do doente (DGS, 2011).

Além desta classificação, a DGS criou também uma plataforma on-line, designada como Sistema Nacional de Incidentes - NOTIFICA que permite o registo e gestão de incidentes e eventos adversos ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde, de forma anónima e confidencial (DGS, 2014).

Constatando a importância da notificação de eventos adversos na promoção da segurança do doente, foi desenvolvido um projeto de intervenção neste âmbito nos dois serviços onde decorreu o estágio. Este projeto, apresentado na íntegra no APÊNDICE B,

inicia-se com a apresentação da metodologia utilizada, tendo sido efetuada uma revisão bibliográfica que permitiu a realização do enquadramento teórico do projeto. Posteriormente, foi efetuado um diagnóstico de situação de cada um dos contextos e foram estabelecidos objetivos para cada um deles, bem como desenvolvidas ações de melhoria, dando resposta às necessidades dos serviços e potenciando a segurança do doente.

No que diz respeito à UCI, este serviço já tinha implementado uma plataforma de notificação, análise e prevenção de eventos adversos há cerca de um ano e considerei pertinente consultar as notificações efetuadas neste espaço de tempo, de forma a sugerir ações de melhoria e de redução do risco adequadas aos problemas identificados, com vista a reduzir a incidência de eventos adversos.

Os dados da plataforma já existente foram consultados com o consentimento dos enfermeiros responsáveis pela plataforma e da Enfermeira Chefe do serviço, sendo salvaguardada a confidencialidade dos mesmos ao longo de todo o trabalho.

Após a consulta da plataforma, verifiquei que os eventos adversos mais comuns estão relacionados com a medicação e a identificação dos doentes. Além da consulta efetuada das notificações existentes na plataforma, também foi possível observar algumas práticas que concorrem para a existência de alguns eventos adversos.

A preparação da terapêutica de todos os doentes é feita no mesmo balcão, o que pode aumentar o risco de erro, apesar de fazerem dupla verificação, tal como recomendado pela DGS (2015). Todavia, após essa dupla verificação, toda a medicação se mantém disposta da mesma forma e mantém-se o risco de erro terapêutico.

Relativamente à identificação dos doentes, cada doente possui uma pulseira no pulso e uma outra na cama do doente, ao fundo junto aos pés. Estas pulseiras são feitas através dos colantes identificativos existentes no processo de cada doente, que são colados nas pulseiras, e suscetíveis a erro por troca de identificação.

Tendo em conta que uma grande parte dos eventos adversos notificados se relacionam com a administração de medicação e com a identificação dos doentes, foram observadas as práticas da equipa e foram encontradas as situações descritas anteriormente e que podem estar na origem de alguns eventos adversos. Por este motivo, o projeto de intervenção desenvolvido teve como objetivos promover na equipa de enfermagem o conhecimento sobre os eventos adversos mais frequentes ocorridos no serviço, promover ações de melhoria e ações para reduzir o risco para os eventos adversos mais comuns no serviço e que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem e, a longo prazo, reduzir a percentagem de eventos adversos no âmbito da medicação e da identificação de doentes.

De acordo com a norma da DGS (2015), antes da administração de qualquer medicação, é imperativo verificar a identificação do doente, o nome do medicamento, da dose, da via e da hora de administração, os habitualmente conhecidos como “cinco certos”. Sempre que existirem dúvidas quanto a eles, o medicamento em questão nunca deve ser administrado (DGS, 2015).

Além disto, as recomendações da DGS (2015), também evidenciam a importância da dupla verificação, ou seja, antes da administração, os “cinco certos” devem ser verificados por uma segunda pessoa. Apesar de este procedimento fazer parte das práticas da equipa da UCI onde decorreu o estágio, considero que o momento em que é feita essa dupla verificação não é o mais adequado.

Deste modo, a minha proposta de melhoria passa por realizar essa dupla verificação à cabeceira do doente, ou seja, colocar a folha da prescrição na mesa de apoio existente para cada doente e, nesse local e antes da administração, verificar a identificação do doente na sua pulseira de identificação e na pulseira existente na cama, confirmar o nome do medicamento, a dose, a via e a hora da administração. Foi também reforçada a ideia de que nesse local só deve estar a medicação a ser administrada naquele horário e não a medicação de vários horários, como acontecia anteriormente.

No que concerne à identificação dos doentes, esta está frequentemente na origem de erros de terapêutica e outros eventos adversos por não ser clara e, muitas vezes, por estar errada.

Também a DGS (2011) já se pronunciou sobre a identificação inequívoca dos doentes em instituições hospitalares e recomendam a utilização de pulseiras que contenham como dados de identificação fidedigna do doente: o primeiro e último nome, a data de nascimento e o número único de processo clínico na instituição.

Na UCI são utilizados os colantes de identificação dos doentes nas pulseiras, salvaguardando que ficam visíveis estes três elementos fundamentais. Todavia, o que poderá estar na origem de alguns erros na identificação dos doentes será a forma como estão organizados os processos físicos. Sugerir, então, que fossem colocados num sítio, de forma ordenada e voltassem a ser colocados nesse mesmo sítio quando já não são necessários.

Além disso, para se poder minimizar os erros associados à identificação dos doentes, pareceu-me pertinente utilizar a auditoria clínica interna como uma ferramenta de minimização destes erros.

A auditoria clínica interna é uma metodologia utilizada na UCI relativamente a muitos procedimentos e práticas, nomeadamente na área do controlo de infeção. Assim, foi

sugerido à equipa de enfermagem que fosse efetuada uma auditoria diária à identificação dos doentes, isto é, verificar a conformidade entre as duas pulseiras existentes (a do doente e a da cama), bem como a confirmação de que todos os dados de identificação inequívoca do doente estão visíveis e legíveis (nome completo, data de nascimento e número de processo clínico na instituição). Para a realização desta auditoria, foi sugerida uma grelha simples de preenchimento rápido se encontra disponível no APÊNDICE B.

A receptividade das Enfermeiras Tutoras e da Enfermeira Chefe da UCI à aplicação desta metodologia de auditoria interna foi muito positiva, bem como à alteração dos procedimentos na preparação da medicação. Neste sentido, foi preparada uma sessão de formação para apresentação destas sugestões de melhoria à equipa; no entanto, pelo *timing* definido para a realização do estágio e as formações em serviço já agendadas, não houve possibilidade de o fazer. Encontra-se disponível no APÊNDICE B a planificação da sessão de apresentação do projeto, a apresentação do projeto de intervenção em formato *powerpoint* e os questionários de avaliação da sessão de formação. Pela impossibilidade de concretizar a apresentação à equipa, o projeto de intervenção foi entregue às Enfermeiras Tutoras e à Enfermeira Chefe, para que pudessem implementar as sugestões de melhoria efetuadas.

No que diz respeito ao SU, apesar de já ter sido efetuada uma ação de sensibilização sobre a notificação de eventos adversos, o único meio disponível para efetuar a notificação é através de uma nota de ocorrência, que exige a identificação do profissional notificador. Uma vez que a equipa de enfermagem não conseguia fazê-lo de forma anónima, a minha proposta de melhoria para este serviço foi a criação de uma plataforma interna, adaptada da plataforma NOTIFICA da DGS, onde fosse possível notificar os eventos adversos, com garantia de anonimato e confidencialidade.

Neste serviço, a prestação de cuidados caracteriza-se por ser particularmente desafiante, mas também desgastante, do ponto de vista físico e emocional. A afluência de doentes, a complexidade das situações de doença aguda, a falta de recursos humanos e materiais, a exposição dos enfermeiros a agressões físicas e verbais, a falta de apoio por parte dos órgãos de gestão, a falta de autonomia sentida pelos profissionais estão descritos na literatura como sendo os principais fatores da sua desmotivação (Cerqueira, 2017; Nogueira, 2016; Reveles *et al.*, 2012; Souza *et al.*, 2017).

Aquando da realização do estágio, foi possível perceber que, efetivamente, várias destas situações se passam no terreno, pois a afluência de doentes é muito grande, desde situações simples que poderiam ser resolvidas nos cuidados de saúde primários, até situações de risco de vida iminente; a solicitação dos profissionais é constante e estes não conseguem

dar resposta a todas as necessidades dos doentes e dos seus familiares/acompanhantes; o espaço físico condiciona de forma evidente a prestação de cuidados, pelo facto de haver sempre macas e cadeiras de rodas nos corredores e um número de doentes superior à capacidade do espaço; e ainda um sentimento de frustração por parte dos enfermeiros porque ambicionam uma prestação de cuidados de excelência, mas nem sempre conseguem, fazendo o seu melhor com as condições que têm.

Através da observação direta da prestação de cuidados, constatei que na administração de medicação existem procedimentos com elevado risco de erro terapêutico, bem como na identificação de doentes, porque apesar da sua pulseira, estão constantemente a mudar a sua localização, o que é utilizado como uma das formas de identificação.

De acordo com vários autores, a comunicação, a interrupção constante dos profissionais, o nível de ruído elevado, a complexidade da situação de doença, um inadequado rácio enfermeiro-doente, um ambiente de trabalho que impede a organização dos cuidados são alguns dos fatores que mais contribuem para a ocorrência de eventos adversos, uma vez que estas situações não só dependem de falhas humanas, como de falhas estruturais e de organização (Amado, 2014; Castilho, 2014; Silva, 2014).

Compreende-se, então, a suscetibilidade de um SU para a ocorrência de eventos adversos e o contexto de estágio não é exceção.

Os objetivos do projeto neste contexto foram a elaboração e implementação de uma plataforma interna de notificação de eventos adversos que garantisse o anonimato dos profissionais e a confidencialidade dos dados, a promoção da notificação de eventos adversos pela equipa de enfermagem, bem como a identificação dos eventos adversos mais comuns permitindo desenvolver ações de melhoria.

A subnotificação de eventos adversos é ainda uma realidade, tanto a nível nacional como internacional (DL N.º28/2015 de 10 de Fevereiro, Ministério da Saúde). Contudo, se o sistema de notificação garantir a confidencialidade e o anonimato dos intervenientes, a sua utilização será vista como não punitiva e como promotora de aprendizagem, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados.

A avaliação estatística periódica dos dados registados nas plataformas de notificação de eventos adversos é também um aspeto essencial, para compreender a evolução e o impacto das ações de melhoria instituídas (Esteves, 2015; Martins, 2013; Martins, 2017).

Assim, a plataforma criada para o SU teve origem na plataforma NOTIFICA da DGS e foram efetuados alguns ajustes e adaptações necessários ao contexto do SU, no sentido de promover a adesão à notificação de eventos adversos por parte da equipa.

A plataforma criada incluiu, então, os seguintes itens na caracterização dos eventos adversos:

- Quem notifica (grupo profissional);
- Quando teve conhecimento da ocorrência do evento adverso;
- Turno em que ocorreu o evento;
- Local onde ocorreu o evento;
- Número de doentes presentes na área onde ocorreu o evento;
- Tipologia do evento;
- Faixa etária de quem sofreu o evento adverso;
- Sexo de quem sofreu o evento adverso;
- Evento relacionado com (medicação/fluidos IV, identificação de doentes, prestação de cuidados, controlo de infeção, quedas, úlceras de pressão, dispositivos/equipamentos médicos, hemoderivados, recursos/gestão organizacional, violência contra os profissionais, dispositivos médicos corto-perfurantes ou outra);
- Tipo de dano;
- Gravidade do dano;
- Descrição do evento adverso;
- Possível(s) causa(s).

Todas opções efetuadas na construção da plataforma do SU estão descritas no projeto de intervenção que se encontra disponível, na íntegra, no APÊNDICE B.

Após o preenchimento do formulário, a resposta é enviada para uma conta de e-mail que será gerida pelos profissionais selecionados para esse efeito, permitindo-lhes efetuar a análise dos eventos adversos e discutir ações de melhoria e redução do risco. Torna-se, assim, imprescindível um acompanhamento periódico dos resultados e o respetivo *feedback* à equipa.

O acesso à plataforma ficará disponível no ambiente de trabalho de todos os computadores do SU e acessível a todos os profissionais. Todavia, a utilização desta plataforma não invalida a notificação de eventos adversos na NOTIFICA, tal como preconizado pela DGS.

Foi efetuada uma apresentação desta ferramenta aos Enfermeiros Tutores e ao Enfermeiro Chefe do SU que tencionam implementá-la no início do ano de 2019, assim que estejam reunidas todas as condições para o fazer. A adesão da equipa a esta iniciativa

contribuirá para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e promoverá uma cultura de segurança no SU.

Pessoalmente, a realização deste projeto de intervenção contribuiu para a consolidação de conhecimentos no âmbito da segurança do doente e da qualidade dos cuidados de saúde, bem como a revisão de publicações e diretrizes nacionais para a prevenção de eventos adversos.

Cada vez mais, pelo ambiente de stress a que estão expostos e invadidos pela rotina, os enfermeiros têm dificuldade em manter práticas seguras e o EEEMC tem uma responsabilidade acrescida na promoção de um ambiente seguro e na implementação de estratégias de prevenção e notificação de eventos adversos, potenciando a qualidade dos cuidados, sendo possível desenvolver estas competências com a realização deste projeto (Regulamento n.º429/2018 da OE, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018).

Outras das responsabilidades do EEEMC no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados diz respeito à prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º429/2018 da OE, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018).

Neste sentido e pela garantia da qualidade e segurança dos cuidados, os enfermeiros têm um papel fundamental na prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), através de medidas como a higienização das mãos ou a utilização de equipamentos de proteção individual (DGS, 2017).

Pela evolução tecnológica e científica dos últimos anos, a utilização de terapêutica antibiótica, terapêutica imunossupressora e o recurso a procedimentos invasivos tem vindo a aumentar significativamente, expondo, frequentemente, as pessoas às IACS e que são atualmente um problema, pela sua prevalência, mas sobretudo pelos custos associados e pelo aumento do risco de mortalidade e morbilidade (DGS, 2017).

De acordo com a DGS (2017), uma infeção associada aos cuidados de saúde trata-se de uma infeção contraída pelo doente na sequência da prestação de cuidados de saúde e que pode atingir, também, os profissionais de saúde no exercício da sua atividade. Estas infeções podem ser provocadas pelos microrganismos da flora normal da pele e mucosas do doente, por microrganismos transmitidos por outros doentes ou pelo ambiente envolvente, mas a principal fonte de transmissão de microrganismos são as mãos dos profissionais de saúde (Rocha, 2015; DGS, 2017).

Como forma de dar resposta a esta problemática, a DGS criou feixes de intervenções – *bundles* – no sentido de prevenir as IACS mais comuns a nível hospitalar, direcionando a

sua intervenção para a Infecção relacionada com o Cateter Venoso Central (CVC), a prevenção da PAI, a Infecção Urinária associada ao Cateter Vesical e a Infecção do Local Cirúrgico.

As *bundles* são um conjunto de intervenções que, quando agrupadas e implementadas na sua totalidade, demonstram ter melhores resultados do que o efeito de cada uma delas individualmente (DGS, 2015).

Como se sabe atualmente, as UCI são serviços onde a exposição às IACS é ainda maior pela presença de dispositivos como cateter vesical, CVC, linha arterial, tubo endotraqueal, entre outros (Rocha, 2015). Dentro das quatro *bundles*, a da Infecção relacionada com o CVC e a da Prevenção da PAI são as mais específicas para as UCI e na unidade onde decorreu o estágio são realizadas auditorias internas ao cumprimento das *bundles*, as quais tive oportunidade de efetuar.

No que concerne à auditoria à *bundle* de prevenção da PAI, esta é realizada diariamente, no turno da manhã, por um enfermeiro da equipa a todos os doentes submetidos a ventilação invasiva há mais de 24 horas, utilizando uma grelha que inclui todos os critérios preconizados pela DGS (2015).

A interrupção diária da sedação era verificada nos registos médicos, pois está disponível uma folha onde registam essas informações e refere se a sedação foi ou não interrompida ou se não há condições clínicas para o fazer.

Quanto ao plano de desmame ventilatório, é possível obter essa informação através dos registos de enfermagem, observando o modo ventilatório do doente nas últimas 24 horas e se tem vindo a diminuir a sua dependência da ventilação invasiva e, habitualmente, também está disponível na folha de registo médico.

Para facilitar a medição da pressão de *cuff*, a equipa dispõe de um manómetro de pressão e o registo desse valor deve constar, pelo menos, três vezes na folha de registo dos cuidados de enfermagem relativa às últimas 24 horas. Uma vez que a auditoria é feita ao que está registado, existe a possibilidade de não corresponder à realidade, uma vez que pode ter sido registado e a medição não ter sido efetuada ou, pelo contrário, ter sido efetuada, mas haver algum esquecimento no registo. Deste modo, existe o risco de viés associado a este critério de auditoria e, pessoalmente, considero que seria conveniente avaliar a pressão de *cuff* no momento da auditoria.

Relativamente à higiene oral com clorhexidina também é registada nessa mesma folha e deve apresentar, pelo menos, dois registos nas últimas 24 horas.

A avaliação da elevação da cabeceira é feita no momento da auditoria e para ser

efetuada com rigor está disponível, na unidade de cada doente, um inclinómetro, verificando se está ou não acima de 30°.

No momento da auditoria, verifica-se também se os circuitos ventilatórios estão limpos, pois não devem ter vestígios de secreções, embora tenham habitualmente sinais de condensação.

Como já foi referido no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nesta UCI é utilizada a RASS para avaliação do nível de sedação-agitação dos doentes e essa avaliação também tem que constar na folha de registos dos cuidados de enfermagem, pelo menos, três vezes nas últimas 24 horas.

Por fim, a prescrição de sedação por objetivos é verificada na folha de terapêutica prescrita pelo médico.

Esta auditoria tornou-se numa metodologia para verificar o cumprimento da *bundle* de prevenção da PAI, mas sobretudo permite relacionar os resultados com a sua incidência. Nesta UCI, a adesão à *bundle* da prevenção da PAI ronda os 90% no ano de 2017 e manteve a mesma média nos primeiros seis meses de 2018; quanto à incidência desta infeção já chegaram a um máximo de 770 dias sem nenhuma ocorrência, interrompidos em Junho de 2017, estando até à data, há 200 dias sem nenhum caso de PAI.

Uma outra prática efetuada nesta UCI diz respeito à auditoria à segurança na colocação de dispositivos intravasculares, nomeadamente CVC e LA. Esta auditoria é realizada, por observação direta das práticas, sempre que são colocados estes dispositivos a algum doente, existindo uma grelha com diversos critérios a verificar antes, durante e após o procedimento e, quando se trata da inserção de CVC, no verso da folha existem ainda as intervenções da *bundle* de inserção de CVC para serem verificadas.

No que diz respeito à manutenção do CVC, os enfermeiros realizam higiene das mãos com solução antisséptica de base alcoólica antes de manusear o dispositivo, desinfetam as conexões com clorhexidina a 2% e deixam secar antes de conectar qualquer dispositivo. O penso do CVC é realizado com adesivo transparente de forma a vigiar os sinais inflamatórios do local de inserção e é trocado sempre que se encontra visivelmente sujo ou contaminado, ou então de 7/7 dias, tal como é preconizado pela DGS (2015).

Para a realização do penso, é utilizado kit de pensos esterilizado e clorhexidina a 2% para desinfecção da pele e, por fim, é colocada a data do penso. Além de todos estes cuidados, ocorre, diariamente, discussão e ponderação entre equipa médica e de enfermagem sobre a necessidade de manter o dispositivo.

Quanto aos resultados de infeções associadas ao CVC, são muito satisfatórios

demonstrando que nesta unidade já não existem bacteriémias associadas ao CVC desde Julho de 2015.

A auditoria clínica é uma metodologia muito utilizada na unidade onde decorreu o estágio e, sendo definida como uma ferramenta de apoio à qualidade clínica, uma atividade com caráter pedagógico e um meio para garantir a prestação de cuidados de qualidade e com segurança (National Institute for Clinical Excellence, 2002), percebe-se o seu grande contributo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A realização destas auditorias permitiu-me refletir sobre aspetos fundamentais na prevenção de IACS que são uma área incontornável dentro do controlo de infeção e, simultaneamente, indissociável da prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade; permitiu-me, ainda, desenvolver o saber prático, operacionalizando tudo o que é preconizado pelas *bundles*. O rigor técnico e científico das práticas diárias dos enfermeiros tem um forte impacto na prevenção e controlo de infeções e isso ficou visível nos resultados obtidos relativamente à taxa de infeção associada à PAI e ao CVC desta unidade.

A promoção de um ambiente seguro e de qualidade, a implementação e documentação de medidas de prevenção, intervenção e controlo de infeção, a aquisição de conhecimentos neste âmbito, bem como a dinamização de estratégias de controlo de infeção foram competências desenvolvidas como futura EEEMC.

Ainda no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, fui identificando algumas situações com potencial de melhoria no SU e que partilhei com os Enfermeiros Tutores e o Enfermeiro Chefe.

Uma dessas situações diz respeito ao método de trabalho utilizado pelos enfermeiros nos serviços de internamento do SU que, normalmente, é o método de trabalho funcional (ou por tarefa).

Este método de trabalho caracteriza-se por ser fracionado em tarefas em que cada enfermeiro é responsabilizado pela realização das mesmas, estando a complexidade do trabalho mais centrada na execução e na técnica do que na situação clínica do doente (Costa, 2005). Parte-se das tarefas para estabelecer as necessidades do doente e não do doente para determinar o seu plano de cuidados, levando a que no final de cada turno o enfermeiro não tenha a devida perceção de todos os cuidados prestados a um doente, mas sim da quantidade de procedimentos executados (Costa, 2005).

Considero que a utilização do método de trabalho individual nos serviços de internamento do SU seria uma mais-valia para a qualidade dos cuidados prestados, pois tal como refere Costa (2005), este método permite que a responsabilidade de todos os cuidados

seja apenas do enfermeiro a quem aquele doente está atribuído, sendo ele o coordenador dos cuidados, permitindo uma avaliação holística das suas necessidades e sendo mais fácil assegurar a continuidade de cuidados, pois tem uma perceção global de todos os cuidados prestados.

Partindo desta reflexão, abordei os Enfermeiros Tutores sobre esta questão, sendo que ambos concordaram com a importância desta mudança, embora este seja um método de trabalho muito enraizado na equipa de enfermagem e que não há muita disponibilidade para efetuar mudanças, pois a grande maioria dos elementos considera ser mais eficaz a trabalhar desta forma. Relativamente ao Enfermeiro Chefe, seria necessário que atribuisse doentes a cada enfermeiro, de forma a permitir a utilização do método de trabalho individual e também admite que a utilização do método funcional foi uma rotina que se instalou no serviço, mas que poderá ser mudada se os profissionais estiverem disponíveis.

Além da questão do método de trabalho, outro aspeto que dificulta a prestação de cuidados num dos serviços de internamento do SU é a numeração das macas. Este serviço dispõe de um *open space* com capacidade para 10 macas, tendo uma antecâmara onde estão disponíveis mais 5 macas e, quando este espaço se torna insuficiente, passa a haver macas no corredor. As 10 macas do *open space* encontram-se devidamente numeradas e identificadas; as restantes não têm nenhum número afixado para identificação, embora os enfermeiros lhes atribuam um número e utilizem isso como uma das formas de identificação do doente.

O facto de as macas não terem nenhum número visível leva a que haja riscos na identificação dos doentes, na administração de medicação ou na execução de procedimentos. No entanto, este é um risco que poderá ser facilmente minimizado pela criação de placas com o respetivo número das macas e a sua colocação num local devidamente visível.

Assim, pareceu-me pertinente propor esta medida simples e que contribuiria de forma significativa para o aumento da segurança na prestação de cuidados. Após discussão informal desta proposta com os Enfermeiros Tutores, estes consideraram que era adequado e exequível, mas com necessidade de validação com o Enfermeiro Chefe.

Como resultado de todas as atividades realizadas no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, foi possível desenvolver a consciência crítica para os problemas da prática, identificando situações-problema que interferiam com a dinâmica dos serviços, conceber e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e avaliar os resultados dos mesmos, exercer supervisão do exercício profissional no âmbito da EMC, promover um ambiente terapêutico seguro, mantendo assim o processo de

autodesenvolvimento pessoal e profissional.

OBJETIVO: PARTICIPAR ATIVA E PASSIVAMENTE NA FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM SERVIÇO.

A complexidade dos contextos de prática tem vindo a aumentar e, conseqüentemente, a exigência de qualidade e excelência nos cuidados prestados pelos profissionais é também cada vez maior. Assim, os enfermeiros para além dos conhecimentos e competências já adquiridos, devem desenvolver um interesse pela aprendizagem contínua, devem envolver-se com os avanços da profissão, uma vez que faz parte das suas obrigações profissionais “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015, p.86).

Perante esta exigência, a formação em serviço (FS) assume-se como uma ferramenta imprescindível para um contínuo investimento no conhecimento e, simultaneamente, uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Ferreira, 2015). O seu principal objetivo é a utilização do conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem, específicos dos diferentes serviços (Ferreira, 2015).

Para que isto seja possível, é essencial a observação da prestação dos cuidados, a realização de reuniões de serviço, a aplicação de questionários à equipa de enfermagem, a reflexão sobre a avaliação de desempenho dos enfermeiros, de forma a efetuar um reconhecimento efetivo das necessidades formativas da equipa.

A FS só terá significado se proporcionar mudanças a nível prático e isso só é possível se for de encontro às necessidades percecionadas pela equipa e diagnosticadas no contexto das práticas diárias dos enfermeiros, contribuindo para uma maior confiança e motivação da equipa (Rosa, 2014).

De acordo com o Regulamento n.º140/2019 da OE (DR, II série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019), a dinamização de ações de formação, o diagnóstico de necessidades formativas e a avaliação do impacto da formação fazem parte das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Deste modo, fez parte dos objetivos específicos de ambos os estágios conhecer e analisar o plano de formação anual dos serviços, perceber a adequação das temáticas de formação aos contextos de prática e diagnosticar eventuais necessidades formativas após observação direta da prestação de cuidados.

Para o cumprimento deste objetivo, foi entrevistado informalmente o responsável

pela FS de ambos os contextos de estágio e, depois de conhecer os planos de formação da UCI e do SU, considere importante refletir sobre uma particularidade dos mesmos.

A FS da UCI e do SU, além de incluírem formações teóricas, incluem *workshops*, ou seja, formações de caráter teórico-prático em que há simulação de situações reais do contexto de prática. De acordo com o *National League for Nursing* (2018), a simulação é uma técnica de aprendizagem que pretende imitar aspectos essenciais de uma situação clínica com o objetivo de compreender e gerir melhor a situação quando ela acontecer na realidade, com o propósito de praticar, aprender, avaliar, testar ou compreender sistemas e ações humanas.

Deste modo, as experiências clínicas simuladas acabam por ser uma estratégia eficiente para a consolidação dos conhecimentos adquiridos, para o desenvolvimento de competências práticas e para potenciar a capacidade de juízo crítico, necessárias à resolução de problemas da prática diária, mas num ambiente seguro e controlado, promovendo também o espírito de equipa (Teixeira *et al.*, 2011; Martins *et al.*, 2012; Rosa, 2014).

Ao longo da realização dos estágios, tive oportunidade de participar em três formações de caráter teórico-prática que foram o *workshop* sobre o Algoritmo de Suporte Avançado de Vida e o *workshop* sobre Analgesia, Sedação e *Delirium* na UCI e, no SU, numa formação sobre a Triagem de Manchester. Perante a simulação de casos clínicos em todas elas, foi possível consolidar conhecimentos, desenvolver capacidade de juízo clínico e de coordenação com a equipa multidisciplinar.

No que diz respeito ao diagnóstico de necessidades formativas, após observação do contexto de prática do SU, considere que seria pertinente incluir algumas temáticas na FS.

Uma delas diz respeito à transmissão segura da informação onde considero que seria uma mais-valia a criação de um protocolo específico que garanta um maior rigor na documentação de cuidados e posterior continuidade dos mesmos, como já foi referido no objetivo estabelecido no âmbito da comunicação. Além da criação deste protocolo e da sua respetiva divulgação e implementação, a realização de uma sessão de FS, de caráter teórico-prático, simulando a aplicação do protocolo a casos reais seria benéfico para toda a equipa.

Algumas temáticas que também poderiam ser abordadas no âmbito da FS dizem respeito a “Ações paliativas e a morte no SU”, “Envolvimento da família nos cuidados”, assim como “Interações medicamentosas em fármacos utilizados no SU”, adotando, por exemplo, uma metodologia de pesquisa bibliográfica da mais recente evidência científica, com posterior apresentação à equipa.

A necessidade de desenvolver competências sobre ações paliativas e a morte, bem

como o envolvimento da família nos cuidados foi identificada através da situação presenciada da morte de um doente num dos serviços de internamento do SU. Relativamente às interações medicamentosas entre fármacos, não existe nenhuma informação disponível e facilmente acessível sobre esta temática e, em diversas situações, verifiquei que os profissionais se questionavam sobre possíveis interações farmacológicas entre medicamentos administrados pelo mesmo acesso venoso, no mesmo momento.

Ainda no que se refere ao diagnóstico das necessidades formativas, além da observação das práticas, também poderá ser tido em consideração as avaliações de desempenho e as maiores dificuldades da equipa na concretização dos objetivos contratualizados no processo de avaliação (Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho para a Administração Pública (SIADAP)), tendo sido feita essa sugestão aos responsáveis pela FS de ambos os serviços. De acordo com Ferreira (2015), as necessidades formativas devem, cada vez mais, corresponder às competências exigidas aos profissionais de saúde, diagnosticadas através da avaliação de desempenho, dos indicadores de qualidade, de auditorias e da satisfação dos doentes.

Desta forma, no âmbito da formação e investigação em serviço, foi possível desenvolver competências na identificação das necessidades formativas, na promoção e participação na formação em serviço, bem como na realização de pesquisas bibliográficas para aprofundar os conhecimentos pessoais, fomentando o desenvolvimento profissional dos outros enfermeiros e mantendo o autodesenvolvimento pessoal e profissional.

3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

As mudanças políticas e as reformas de saúde têm um forte impacto na forma como se gerem os serviços prestadores de cuidados de saúde, obrigando a um pensamento estratégico e a uma organização de todos os intervenientes (Ferreira, 2015). De uma forma mais particular, os cuidados de enfermagem são avaliados pelos ganhos obtidos em função dos recursos utilizados e, assim, as competências de gestão acabam por ser fundamentais para uma procura constante do melhor cuidado com o menor custo possível (Ferreira, 2015).

Deste modo, a adequação dos recursos às necessidades, a colaboração com a equipa multidisciplinar, a referenciação a outros prestadores de cuidados de saúde quando necessário, a supervisão de cuidados, a organização e coordenação da equipa e a adoção de um perfil de liderança capaz de motivar a equipa de enfermagem são competências que devem ser desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º140/2019 da OE,

DR, II série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019).

Considerarei, então, pertinente o estabelecimento de um objetivo específico neste âmbito, solicitando a realização de alguns turnos com os responsáveis pela gestão dos serviços onde foram realizados os estágios, de modo a compreender as suas funções e acompanhar o desempenho das suas atividades.

OBJETIVO: DEMONSTRAR CAPACIDADE PARA INTEGRAR CONHECIMENTOS SOBRE GESTÃO DE RECURSOS MATERIAIS, HUMANOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

No âmbito da gestão dos cuidados e dando cumprimento ao objetivo estabelecido foi solicitada a realização de dois turnos com os responsáveis pela gestão de ambos os serviços. No caso da UCI, além da Enfermeira Chefe, existe um enfermeiro com funções de gestão do serviço que é o Enfermeiro de Referência, o qual acompanhei no sentido de compreender as suas funções e o seu papel no seio da equipa; em contexto de SU, estes turnos foram realizados com o Enfermeiro Chefe.

Ao Enfermeiro de Referência estão atribuídas funções no âmbito da orientação e coordenação da equipa de enfermagem, articulação com a equipa multidisciplinar, participando da visita médica e dando o seu contributo na resposta às necessidades dos doentes, supervisão da documentação de cuidados em *SClínico*, gestão de recursos materiais e *stocks* em armazém e farmácia e colaboração com a equipa de enfermagem sempre que necessário.

A este enfermeiro exige-se um perfil diferenciador no seio da equipa, uma vez que para assumir este papel é necessário possuir competências interpessoais que permitam um relacionamento harmonioso com todos os elementos e, simultaneamente, um perfil de liderança que seja reconhecido por toda a equipa.

Das experiências que vivenciei nos turnos em que acompanhei o Enfermeiro de Referência pude compreender o sistema de reposição de *stocks*, tanto no material de armazém, como nos fármacos e perceber a sua importância na racionalização das despesas, evitando o desperdício. Além disso, supervisionei a documentação dos cuidados realizada em *SClínico* pela equipa de enfermagem, verificando a sua conformidade com aquilo que é preconizado pela instituição.

Depois de verificar a organização do horário da equipa de enfermagem, questionei o Enfermeiro de Referência sobre qual o propósito de estar dividido em sub-equipas. Foi-me

explicado que o objetivo desta divisão seria assegurar que existe um enfermeiro especialista em cada turno, demonstrando, assim, a importância que a especialidade em enfermagem confere a todos os profissionais, pelas competências diferenciadas que possuem e que contribuem para a excelência de cuidados prestados.

Outra tarefa na qual tive oportunidade de colaborar foi na distribuição de doentes por enfermeiro para os turnos seguintes e questioneei o Enfermeiro de Referência sobre a utilização de algum critério específico para realizar esta tarefa ou de algum instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidades de cuidados intensivos.

A utilização de instrumentos que avaliem objetivamente a condição clínica do doente e as suas necessidades de cuidados tem como objetivo uma boa relação custo-benefício na prestação de cuidados, isto é, tendo em conta as políticas atuais na racionalização de recursos humanos, cada vez se torna mais importante saber com exatidão quais as necessidades de profissionais para assegurar uma prestação de cuidados de qualidade e em segurança (Queijo *et al.*, 2009).

Na UCI onde decorreu este estágio, a distribuição dos doentes por enfermeiro é feita de forma a não sobrecarregar nenhum colega, mas de acordo com a opinião e critérios pessoais de cada um. Contudo, também me foi explicado que já estão a tentar utilizar o *Nursing Activities Score* (NAS) para fazer uma distribuição dos doentes pelo índice de carga de trabalho de enfermagem.

O NAS trata-se de um instrumento que avalia o índice de carga de trabalho dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos e divide-se em sete categorias, sendo composto por um total de 23 itens (Queijo *et al.*, 2009).

Já existe disponível uma plataforma criada pela instituição, a pedido do serviço, onde está introduzido este índice, mas apesar de permitir preencher todos os itens incluídos no NAS, não faz o somatório do *score* final, pois informaticamente ainda não foi possível fazê-lo. Este aspeto dificulta a sua utilização, mas considero que tendo já disponível esta ferramenta a nível informático, a distribuição dos doentes segundo o NAS seria uma mais-valia para toda a equipa, pois torná-la-ia mais equitativa e isso proporcionaria uma melhoria na qualidade assistencial e no bem-estar profissional da equipa.

Uma questão diretamente relacionada com a carga de trabalho dos enfermeiros é a dotação segura dos cuidados de enfermagem, que foi um aspeto discutido com o Enfermeiro Chefe do SU.

A dotação segura dos cuidados é um assunto com uma relevância crescente e que se encontra diretamente relacionada com a qualidade e segurança dos cuidados. Por outro lado,

as restrições financeiras da atualidade condicionam frequentemente a construção de ambientes favoráveis a um exercício profissional de excelência, seja pela escassez de recursos humanos ou pelas frágeis condições físicas dos serviços.

Sendo a equipa do **SU** constituída por um elevado número de enfermeiros, considere pertinente perceber de que forma eram calculadas as dotações para a prestação de cuidados.

Neste **SU**, o cálculo das dotações de enfermeiros é feito por posto de trabalho, sendo que existem 12 postos de trabalho, num serviço que trabalha 365 dias por ano, 24 horas por dia e em que os enfermeiros têm um horário semanal de 35h, correspondendo a 1414 horas de trabalho por ano. Desta forma, e de acordo com a fórmula disponibilizada pela OE (2014), este **SU** necessitaria de uma equipa composta por 74 enfermeiros.

Atualmente a equipa do **SU** é composta exatamente por 74 enfermeiros, no entanto devido a ausências por motivo de doença ou licenças parentais encontra-se apenas com 68 elementos disponíveis, o que acaba por condicionar a segurança das dotações, havendo necessidade de colocar as enfermeiras de referência na prestação de cuidados numa grande parte dos turnos da manhã. Desta forma, as suas funções de gestão e supervisão dos cuidados têm que ser realizadas pelo Enfermeiro Chefe ficando este sobrecarregado e tendo dificuldade em dar resposta a toda a gestão que um **SU** implica.

As enfermeiras de referência têm como funções a gestão de material de consumo clínico, a gestão da necessidade de fármacos e dos respetivos *stocks*, solicitação para reparação ou substituição de equipamentos ou materiais, supervisão dos cuidados prestados e articulação com o responsável pela gestão de vagas a nível hospitalar, no sentido de efetuar a alocação de doentes ao internamento quando necessário.

Pessoalmente, considero que o **SU** beneficiaria muito se estas funções fossem efetivamente desempenhadas pelas enfermeiras de referência, pois seria fundamental para toda a equipa o seu contributo na racionalização de despesas, na organização dos cuidados e em assegurar a existência de materiais e equipamentos necessários ao desenvolvimento de uma prestação de cuidados adequada. Ficando o Enfermeiro Chefe com estas e todas as outras funções que lhe são exigidas a nível institucional, este reconhece a dificuldade em assegurar a normalidade na dinâmica do **SU**.

Um aspeto positivo e que contribui para uma prestação de cuidados segura e de qualidade é a divisão dos enfermeiros por sub-equipas, tentando distribuir elementos com maior e menor experiência profissional nas cinco equipas existentes e, tal como na **UCI**, estão presentes Enfermeiros Especialistas em todas elas, demonstrando assim o seu papel diferenciador.

Um outro aspeto que dificulta significativamente a prestação de cuidados diz respeito ao espaço físico do **SU** e considerei conveniente explorar esta questão com o Enfermeiro Chefe que admitiu ser uma das suas principais preocupações. Todavia, ainda não foi possível a atribuição de verbas para a reconstrução de todo o **SU** por parte da instituição, apesar de todos os seus esforços nesse sentido. Ainda assim, foram discutidas algumas questões importantes, frequentemente condicionadas pela estrutura física do serviço, como a privacidade e intimidade dos doentes, o sigilo necessário ao fornecimento de informações ou a manutenção de medidas adequadas de controlo de infeção, promovendo a sua reflexão sobre estes aspetos e possíveis mudanças que melhorem a prestação de cuidados.

Com a supervisão das funções do Enfermeiro Chefe e do Enfermeiro de Referência foi possível compreender a gestão de recursos humanos e a importância das dotações seguras para a prática de enfermagem, compreender o papel dos elementos responsáveis pela gestão do serviço na promoção de um ambiente positivo e favorável à prática profissional, contribuindo para a reflexão sobre situações-problema que interferem com a qualidade e segurança dos cuidados.

Como futura EEEMC, foi possível desenvolver competências no âmbito da gestão dos cuidados, pois colaborei na otimização da resposta da equipa de enfermagem às necessidades dos serviços, compreendi a necessidade de adaptação dos recursos às mudanças organizacionais de forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados e observei o papel do Enfermeiro de Chefe e do Enfermeiro de Referência na delegação de funções e respetiva supervisão das mesmas, percebendo o seu papel diferenciador no seio da equipa.

3.4.DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

Na profissão de Enfermagem, toda e qualquer intervenção interfere diretamente na vida do outro, pelo que os aspetos éticos têm que ser levados em linha de conta em qualquer tomada de decisão.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no artigo 8º do capítulo IV, “os enfermeiros no exercício das suas funções (...) deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015, p.101).

Apesar de ser um princípio que cumpro desde que exerço a minha profissão, a prestação de cuidados ao doente crítico exige uma reflexão mais profunda sobre questões ético-deontológicas com que, frequentemente, o EEEMC se confronta e isso permitiu um

aprimoramento do comportamento ético, pois devido às experiências vivenciadas, foi possível a construção de uma nova consciência individual e coletiva sobre o papel do enfermeiro no respeito pela liberdade e dignidade da pessoa humana.

Este processo de consciencialização deveu-se aos dilemas éticos que envolvem o cuidado ao doente crítico, uma vez que a rapidez necessária intrínseca a muitas situações não permite aos profissionais refletirem sobre aquilo que seria a vontade e o desejo do doente, acabando por decidir de acordo com a sua ética profissional aquilo que presumem ser o mais benéfico para o doente naquele momento.

Perante isto, surgiu a necessidade de refletir sobre o princípio da autonomia, a vulnerabilidade do doente crítico, situações de futilidade terapêutica em contexto de cuidados intensivos, a privacidade e intimidade do doente no SU, bem como a presença da família em situações de fim de vida.

OBJETIVO: REFLETIR SOBRE A SINGULARIDADE E DIGNIDADE DO DOENTE CRÍTICO, ASSEGURANDO OS DIREITOS HUMANOS E O RESPEITO PELOS PRINCÍPIOS ÉTICOS, DEONTOLÓGICOS E LEGAIS.

De acordo com o Regulamento das Competências do EEEMC, o doente crítico é definido como aquele “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º429/2018 da OE, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018, p.19362).

Perante esta necessidade de utilização de meios invasivos e de suporte de vida, percebe-se que a vulnerabilidade destes doentes é um problema significativo e no qual a intervenção do enfermeiro assume extrema importância.

Por vulnerabilidade entende-se a suscetibilidade de ser ferido, associando-se a este conceito a falta de proteção, a indefesa e a sensibilidade (Bento, 2017). Respeitar a vulnerabilidade passa por ter em consideração a integridade física e psicológica da pessoa, zelar pela sua privacidade e dignidade e, simultaneamente, pela sua autonomia (Bento, 2017).

Em contexto de cuidados intensivos, existem, frequentemente, diversos fatores que podem contribuir de forma significativa para a vulnerabilidade física e psicológica do doente crítico, pois este torna-se dependente em todos os domínios do autocuidado, possui uma panóplia de dispositivos invasivos que causam dor e desconforto, tem que lidar com a

presença de inúmeros profissionais num *open space*, onde nem sempre se consegue garantir a sua total privacidade, e fica afastado da família que não pode permanecer na unidade durante 24 horas (Bento, 2017).

Tendo em conta o tempo de permanência do enfermeiro junto do doente e a sua intervenção no domínio do autocuidado, da gestão da dor, na manutenção da privacidade e no envolvimento da família, este acaba por ser o profissional com maior capacidade na minimização dos sentimentos de vulnerabilidade do doente crítico (Bento, 2017).

Durante a realização do estágio foi possível observar que o tempo despendido na prestação de cuidados de higiene ao doente crítico é uma parte significativa das horas disponíveis do enfermeiro da UCI, uma vez que é dada toda a atenção ao conforto e bem-estar da pessoa.

De acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba, o conforto é definido como a satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas nos contextos físico, psicológico, social e ambiental (Kolcaba, 2003, *cit in*, Oliveira, 2013). O conforto já era, então, percecionado como um aspeto fundamental para o cuidar em enfermagem. Atualmente, sabe-se que a compreensão da satisfação das necessidades do doente permite ao enfermeiro a criação de uma relação terapêutica privilegiada contribuindo, assim, para a diminuição dos sentimentos de vulnerabilidade do doente (Bento, 2017).

O EEEMC, pelas suas competências diferenciadas na avaliação do impacto da situação médico-cirúrgica complexa na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e/ou da sua família, tem uma responsabilidade acrescida na mitigação dos sentimentos de vulnerabilidade, intervindo de forma a evitar que a experiência vivenciada se torne traumática.

Existem intervenções que podem minimizar estes sentimentos de vulnerabilidade do doente crítico, tais como, a sensibilidade e delicadeza na execução de técnicas, a adequação dos modos ventilatórios, otimizar a comunicação, explicar todos os procedimentos antes de os realizar, envolvendo o doente nos cuidados e, sempre que possível, proporcionar a presença de familiares junto dos doentes (Bento, 2017).

Ao longo de todo o estágio na UCI, foi possível observar e colaborar numa prestação de cuidados humanizada, pautada por uma comunicação adequada, cuidados personalizados e o envolvimento da família do doente sempre que possível, contribuindo desta forma para a amenização dos sentimentos de vulnerabilidade e desenvolvendo competências como futura EEEMC.

Paralelamente, tive sempre o cuidado de informar o doente sobre os procedimentos que seriam efetuados, obtendo o seu consentimento sempre que possível, para promover o seu envolvimento nos cuidados e para que não sentisse uma despersonalização. Procurei, ainda, estabelecer uma comunicação clara e adequada a cada situação, tentando esclarecer as dúvidas do doente e dos seus familiares, permitindo a sua presença sempre que possível, fomentando, assim, sentimentos de segurança.

Intrinsecamente a estas situações, está o direito da pessoa à autodeterminação, onde se deve respeitar, defender e promover o direito ao consentimento informado relativamente a todos os cuidados de enfermagem propostos ao doente, tal como consagrado no artigo 105.º do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015). Todavia, nem sempre este consentimento pode ser obtido através do doente, pois por vezes não é possível conhecer a sua vontade e, nestas situações, os profissionais são obrigados a assumir o consentimento presumido, ou seja, optam pela intervenção medicamente indispensável para o benefício da saúde da pessoa em causa, tal como descrito na Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina – artigo 8.º (Resolução da Assembleia da República N.º 1/2001, de 3 de janeiro).

Esta é uma questão que foi possível observar durante a realização do estágio em contexto de cuidados intensivos, uma vez que, para todo e qualquer procedimento e desde que fosse possível, era obtido o consentimento informado do doente e o envolvimento da família foi sempre um aspeto central na prestação de cuidados. Além da equipa de enfermagem, também a equipa médica fazia questão de informar a família sobre o estado atual do doente e informá-los sobre o plano de tratamento do seu familiar.

Tal como em contexto de cuidados intensivos, a vulnerabilidade dos doentes de um **SU** é também evidente, por se encontrarem a enfrentar situações de doença aguda, muitas vezes sem a presença de nenhum acompanhante, permanecendo durante horas no hospital até terem condições para a alta. Desta forma, sentimentos de medo, angústia e indefesa são comuns e a integridade física e psicológica da pessoa, bem como a sua privacidade e dignidade podem estar em causa (Fonseca, 2012; Silva, 2007).

Quando um **SU** atinge o limite em termos de ocupação, os corredores do serviço transformam-se também em enfermarias ou gabinetes médicos, o que acaba por contribuir para que qualquer pessoa veja, escute, comente ou questione a situação de clínica de outra pessoa (Silva, 2007). Muitas destas situações acontecem devido a problemas estruturais dos **SU** que não dispõem de espaços acolhedores e discretos que permitam o cuidar com a devida intimidade, privacidade e respeito pela dignidade humana (Silva, 2007).

A realidade do SU onde decorreu o estágio partilha de algumas destas lacunas, pois embora existam gabinetes de enfermagem para colheita de produtos biológicos e administração de fármacos, há setores onde os doentes ficam separados por cortinas, mas que entre si existe uma distância mínima e onde é possível ouvir o diálogo entre doente e profissionais de saúde.

Ainda no que concerne à privacidade e intimidade do doente no SU, num dos serviços de internamento temporário existentes neste serviço, por apresentar frequentemente uma lotação superior à que está previsto, a quantidade de cortinas e/ou biombos para salvaguardar a privacidade dos doentes não é a ideal e os enfermeiros do serviço enfrentam dificuldades evidentes para conseguir preservar aquele que é reconhecido como um direito humano fundamental e que está consagrado no Código Deontológico dos Enfermeiros, no artigo 107º: o direito à intimidade e privacidade (Morganheira *et al.*, 2017; OE, 2015).

Neste contexto, presenciei a morte de um doente internado neste serviço há cerca de 24 horas, com uma doença oncológica em fase terminal, tendo vindo a falecer ao início da tarde daquele dia. Além de se encontrar num *open space*, rodeado de profissionais e outros doentes, a hora do seu falecimento não correspondia ao horário de visita disponibilizado aos familiares naquele serviço, pelo que não se encontrava nenhum familiar do doente junto dele aquando da sua morte. Os seus familiares foram informados do falecimento telefonicamente e vieram no horário da visita recolher os seus pertences.

Perante a situação descrita, considero pertinente referir que foram privilegiadas medidas de conforto numa situação oncológica terminal, o que respeita os direitos da pessoa em fim de vida, uma vez que a execução de procedimentos curativos contribuiria apenas para o prolongamento do sofrimento do doente (Moura, 2017; OE, 2015).

Seguidamente, importa referir que teria sido fundamental proporcionar condições de maior privacidade e intimidade a este doente, sendo que a existência de um espaço privado e silencioso para situações de fim de vida, onde lhe fossem prestados todos os cuidados necessários para lhe proporcionar conforto e onde pudesse estar acompanhado pela sua família, seria o ideal.

Assim, passamos a uma outra reflexão que diz respeito à presença da família em situações de fim de vida. Pela evidência teórica e prática dos últimos anos, sabe-se que o significado da família para a saúde e bem-estar dos seus membros, levando os enfermeiros a considerar os cuidados centrados na família como parte integrante dos cuidados de enfermagem (Fernandes *et al.*, 2015).

Em situações de fim de vida, o envolvimento da família assume uma importância

ainda mais significativa e, independentemente do horário estabelecido para a visita, proporcionar a presença da família nestas situações seria uma medida fundamental, corroborada por diversos autores que salientam que a família deve estar envolvida e não isolada neste momento particularmente difícil (Baldissera *et al.*, 2018; Moura, 2017; Nunes *et al.*, 2013; Pereira, 2014; Serrano, 2016).

Além disso, também o Código Deontológico dos Enfermeiros, no artigo 108.º (2015, p.85) refere que o enfermeiro tem o dever de “defender e promover o direito da pessoa em fim de vida na escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida”, devendo possuir a sensibilidade necessária para ajudar a enfrentar os momentos que antecedem a morte. O EEEMC, por sua vez, tem uma responsabilidade acrescida na minimização de sentimentos de angústia e ansiedade, esclarecendo dúvidas e incentivando a comunicação da família com o próprio doente e a equipa de saúde, devendo demonstrar conhecimentos e habilidades facilitadores da dignificação da morte e dos processos de luto (Regulamento n.º429/2018 da OE, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018).

Desta forma, expus esta situação à Enfermeira Tutora e questioneei a possibilidade de mudanças na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, criando um local mais reservado para esse efeito e envolvendo a família. Atualmente, o espaço físico do SU não permite a criação deste espaço, e, para a equipa de enfermagem, a morte é ainda uma experiência com elevado desgaste emocional, que acontece frequentemente em contexto de SU, levando a reações individuais de acordo com as suas idiossincrasias, o que resulta em algum distanciamento destas situações pelo receio de se envolverem.

De acordo com Moura (2017), o distanciamento pode constituir-se como um mecanismo de defesa, pela inabilidade dos enfermeiros em lidar com os sentimentos do doente e da família. Todavia, torna-se cada vez mais imprescindível sensibilizá-los para esta problemática dado o número crescente de doentes terminais que vivenciam a morte nestes serviços.

Assim sendo, considerei pertinente sugerir que a equipa do SU fosse alvo de formação no que diz respeito a medidas paliativas no doente em fim de vida no SU, bem como à importância do envolvimento da família nos cuidados, de modo a que todos percecionem a necessidade de mudar as suas práticas e aprendam a lidar com a morte de uma forma mais harmoniosa.

Importa, ainda, salientar que todas as sugestões realizadas à equipa do SU foram feitas de uma forma construtiva, tentando sensibilizar a equipa de enfermagem para aspetos que têm dificuldade em percecionar pelo envolvimento da rotina, mas estando certa de que

dão o seu melhor perante as condições de trabalho disponíveis.

Outra questão ético-deontológica que assume elevada importância para a pessoa em situação crítica é a distanásia e a reflexão sobre a mesma surgiu no seguimento de uma vivência em contexto de UCI.

A distanásia refere-se a todas as situações em que há um investimento no prolongamento da vida sem benefício para o doente e/ou para a sua qualidade de vida, entendendo-se que há um uso excessivo de recursos terapêuticos para manter a vida do doente quando se está apenas a promover o adiamento da morte (Fernandes *et al.*, 2014).

A evolução tecnológica e científica dos cuidados de saúde tornou a sociedade cada vez mais exigente no que diz respeito ao prolongamento da vida, levando a que, frequentemente, as equipas multidisciplinares se recusem a aceitar a morte, não a conseguem ver como um processo natural e investem em recursos que resultam na despersonalização dos cuidados e no prolongamento do sofrimento, culminando igualmente na morte do doente (Fernandes *et al.*, 2014).

A situação que motivou a reflexão sobre a distanásia diz respeito a um senhor de 72 anos internado na UCI, contando já com cerca de dois meses de internamento e múltiplas intervenções cirúrgicas, sendo que num dos dias em que ia novamente ao bloco operatório e perante um quadro de dor completamente descontrolada, o senhor M. verbaliza “quero morrer, estou cansado deste sofrimento, não aguento mais isto, prefiro morrer, senhora enfermeira” (sic).

Perante toda esta situação e apesar de toda a equipa multidisciplinar assumir que clinicamente as possibilidades de o doente sobreviver eram cada vez mais diminutas, a maior preocupação da equipa multidisciplinar dizia respeito ao tratamento do processo infeccioso em questão.

Contudo, além da dor física que o senhor M. dizia sentir, era perceptível que a sua dor não era apenas física. Neste contexto, insere-se, então, o conceito de dor total, que inclui, além da dor física, a dor emocional, social e espiritual, ou seja, a trajetória da doença e os efeitos colaterais dos tratamentos causam dor física, mas há um conjunto de fatores psicoemocionais, sociais e culturais que elevam a complexidade desta dor (Sapeta, 2007).

A incerteza e angústia quanto à eficácia dos tratamentos, o isolamento afetivo causado pelo internamento prolongado, as diferentes e sucessivas perdas (de autonomia, de papéis sociais, de controlo sobre si mesmo), os sentimentos de desesperança e sofrimento espiritual seriam o que estava na origem da dor que o doente dizia sentir e, desta forma, a

otimização da analgesia torna-se insuficiente para garantir o conforto do doente (Sapeta, 2007).

Considero que o controlo algico do senhor M. e o conforto psicológico necessitavam de intervenção prioritária e, estando a equipa de cuidados intensivos com dificuldade em fazê-lo, a colaboração da equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar seria uma alternativa a ter em consideração, pois a sua principal missão é o alívio e prevenção do sofrimento a todos aqueles com doença grave e/ou incurável, avançada e progressiva e têm competências diferenciadas para lidar com a dor psicológica e espiritual (Fernandes *et al.*, 2014; Sapeta, 2007).

A conceção de que o paradigma curativo e o paradigma paliativo são mutuamente exclusivos deve ser abandonada, pois estes devem complementar-se sempre que necessário, de forma a prestar ao doente o melhor e mais completo tratamento de todos os seus problemas, não só físicos, como psicossociais, emocionais e espirituais.

A intervenção da equipa de cuidados paliativos não inviabilizaria o tratamento do processo infeccioso do doente, nem o recurso a tratamentos invasivos que se justificassem úteis, mas privilegiaria a ausência de sofrimento e a dignidade em fim de vida, sendo estas questões ético-deontológicas que não devem ser negligenciadas.

É fundamental que o paradigma dos cuidados intensivos seja cada vez mais focado na aceitação da morte como uma inevitabilidade da vida e que, apesar de todo o investimento em medidas terapêuticas invasivas, se privilegie o conforto e dignidade em fim de vida. Desta forma, cuidados intensivos e cuidados paliativos podem consubstanciar-se, tendo sempre como princípio norteador a máxima qualidade dos cuidados prestados.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e como futura EEEMC foi possível desenvolver competências como a tomada de decisão com base em valores e normas deontológicas, promover o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, fomentar a reflexão sobre a vulnerabilidade do doente crítico, o princípio da autonomia, bem como a necessidade de uma abordagem cooperativa em situações de fim de vida e favorecer a proteção dos direitos humanos através de práticas que assegurem a privacidade e dignidade da pessoa humana.

OBJETIVO: DEMONSTRAR RESPONSABILIDADE PELAS DECISÕES TOMADAS E PELOS ATOS PRATICADOS.

A tomada de decisão em enfermagem, sendo a base do exercício profissional

autónomo, implica que o enfermeiro seja capaz de identificar as necessidades do doente, detetar precocemente complicações e prescrever intervenções de enfermagem que respondam a essas necessidades, minimizando os problemas identificados (OE, 2001). Para uma tomada de decisão que promova a melhoria contínua do exercício profissional, todos os enfermeiros devem dotar-se dos mais recentes conhecimentos produzidos pela investigação científica (OE, 2001).

No contexto da pessoa em situação crítica, pela complexidade da sua patologia e correndo risco de vida, exige-se que o EEEMC tenha conhecimentos diferenciados e atualizados, no sentido de uma tomada de decisão fundamentada na melhor evidência científica.

No decorrer dos estágios, procurei, desde o primeiro momento, evidência científica recente e atualizada sobre todas as temáticas em que senti necessidade de aprofundar conhecimentos, para uma tomada de decisão fundamentada, promovendo a autoconfiança necessária para uma prestação de cuidados segura.

Por outro lado, sempre que senti dúvidas ou necessidade de alguma orientação e/ou supervisão por parte dos Enfermeiros Tutores, solicitei a sua colaboração, uma vez que a responsabilidade intrínseca à profissão de enfermagem jamais poderá ser colocada em causa.

O conhecimento adquirido sobre normas e recomendações acerca das práticas diárias na prestação de cuidados ao doente crítico permitiu-me a observação e posterior análise das mesmas, verificando que, no contexto da UCI, os cuidados de enfermagem prestados encontravam-se num nível de excelência considerável, o que dificulta a identificação de situações-problema, mas permite, acima de tudo, o privilégio de aprender e desenvolver competências como futura EEEMC.

O ambiente de uma UCI é reconhecido como particularmente desafiante, onde a mais recente tecnologia se cruza com a vigilância criteriosa dos enfermeiros, combatendo as ameaças à vida e promovendo a recuperação total do doente, com a máxima qualidade de vida. Por tudo isso, foi possível perceber que o EEEMC, em contexto de UCI, assume um papel indispensável no cuidar do doente e da família a vivenciar processos de doença crítica, na otimização do ambiente e dos processos terapêuticos que envolvem o doente crítico e a sua família, bem como na maximização da prevenção e controlo da infeção e de resistência aos antimicrobianos, tendo sido desenvolvidas essas competências ao longo de todo o estágio (Regulamento n.º429/2018 da OE, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018).

Por outro lado, a confrontação com a dinâmica de um SU permitiu-me compreender que nem sempre aquilo que está preconizado em normas e recomendações pode ser

cumprido integralmente, pois a insuficiência de recursos humanos e materiais é, atualmente, uma realidade incontornável.

Contudo, perante condições adversas, o meu papel enquanto futura EEEMC tornou-se ainda mais relevante, pelas competências desenvolvidas no âmbito das aprendizagens profissionais, na identificação de situações-problema que interferem com a qualidade dos cuidados e com potencial de melhoria, na resolução de problemas relacionados com a gestão de cuidados e no respeito e proteção da dignidade da pessoa humana.

Saliento, ainda, o facto de ter sido possível o cumprimento de todos os objetivos traçados, não podendo deixar de referir o empenho de toda a equipa multidisciplinar de ambos os serviços no sentido de me apoiar na sua concretização.

Assim, como futura EEEMC, além de prestar cuidados ao doente crítico e à sua família, desenvolvi competências específicas que me permitiram diagnosticar, planear e atuar de forma autónoma e interdependente, promovendo a excelência dos cuidados e dignificando a profissão de enfermagem em todos os atos da prática.

4. CONCLUSÃO

Em resposta às necessidades de saúde da população, os desenvolvimentos tecnológicos e científicos dos últimos anos permitem atualmente o diagnóstico e tratamento de múltiplas patologias. Na sequência desta evolução, a população vive mais tempo, ficando mais envelhecida e necessitando de mais e melhores cuidados de saúde.

Aos enfermeiros exige-se que acompanhem as necessidades da população e contribuam para a melhoria da sua qualidade de vida. Os enfermeiros especialistas, em todas as áreas de especialização, desenvolvem competências diferenciadas de juízo clínico e tomada de decisão, ficando mais capazes de dar resposta às necessidades dos utilizadores dos serviços de saúde.

De acordo com a OE (2001), os cuidados de enfermagem prestados com base na evidência empírica constituem a base para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Assim, a Prática Baseada na Evidência exige que o profissional desenvolva os seus conhecimentos, incorporando-os na prática e contribuindo para a excelência do processo de cuidar (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2012). Ao rever sistematicamente a sua prática, o enfermeiro encontra novos desafios, novas metodologias de trabalho, partilha ideias e conhecimentos, proporcionando, assim, mudanças significativas na qualidade dos cuidados prestados.

Do EEEMC, na vertente da pessoa em situação crítica, espera-se que desenvolva competências para cuidar da pessoa em situação crítica a vivenciar situações clínicas complexas, mobilizando conhecimentos e intervindo eficazmente na prevenção de complicações e no tratamento e recuperação funcional do doente. Além disto, deve promover a qualidade dos cuidados através da liderança de projetos de melhoria contínua e formação da equipa, deve possuir competências diferenciadas na gestão de recursos humanos e materiais, adequando-os a uma prestação de cuidados de excelência, e deve fomentar a proteção da liberdade e dignidade da pessoa humana, garantindo a sua segurança.

Naquilo que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pude adquirir conhecimentos e competências através da prestação de cuidados ao doente crítico. Conjugando a formação inicial, a experiência profissional e a formação pós-graduada obtive um nível de aprofundamento dentro da área de especialização da

Enfermagem Médico-Cirúrgica que me permitiram uma tomada de decisão com base na evidência científica, a manutenção do processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, zelando pela qualidade dos cuidados prestados.

Foi, ainda, possível desenvolver competências de atuação em situações de urgência e/ou emergência, identificando focos de instabilidade e atuando de forma pronta e antecipatória, executando cuidados complexos dirigidos aos processos de saúde/doença da pessoa em situação crítica.

No que diz respeito à comunicação estabelecida com o doente, a família e a equipa multidisciplinar foram desenvolvidas competências no estabelecimento de uma relação terapêutica, sabendo ouvir, sendo clara e assertiva, criando um clima de confiança e segurança, garantindo também a continuidade de cuidados através da transmissão segura da informação e criando ferramentas que permitiram otimizar a comunicação, como o panfleto de acolhimento ao doente no **SU**.

A atividade com maior ênfase no domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados diz respeito ao projeto de intervenção desenvolvido no âmbito da Notificação de Eventos Adversos. Esta estratégia é, claramente, potenciadora da identificação de riscos, perigos e vulnerabilidades, promovendo a segurança dos doentes e a aprendizagem dos profissionais com o erro, sendo o seu principal objetivo a implementação de ações de melhoria que minimizem os riscos a que os doentes estão expostos durante a prestação de cuidados de saúde.

O desenvolvimento deste projeto foi um desafio constante durante a realização de ambos os estágios, pois a recetividade às atividades desenvolvidas foi superior àquilo que julgava ser possível, uma vez que, em muitas situações, a notificação de eventos adversos continua a ser vista como um meio de punição para os profissionais. A implementação de tudo o que foi sugerido no âmbito deste projeto depende, obviamente, dos responsáveis dos serviços, mas face à sua recetividade, considero que isso será possível a curto prazo, tendo disponibilizado a minha colaboração para qualquer apoio que eventualmente seja necessário.

Foram também desenvolvidas competências no âmbito da prevenção e controlo de infeção e identificadas situações-problema que interferem com a dinâmica dos serviços, sendo efetuadas sugestões que potenciem a segurança dos cuidados prestados e, simultaneamente, a qualidade em saúde.

As atividades realizadas no domínio da gestão de cuidados focaram-se no acompanhamento dos responsáveis dos serviços no desempenho das suas funções, percebendo a importância das dotações seguras dos cuidados de enfermagem e

compreendendo o seu papel na coordenação dos cuidados, na gestão dos recursos humanos e materiais, bem como o seu papel de liderança, de forma a proporcionar uma prestação de cuidados de qualidade e a promover um ambiente de trabalho harmonioso.

Por fim, mas não menos importante, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, as reflexões efetuadas sobre a singularidade e a dignidade do doente crítico, abordando questões ético-deontológicas fundamentais como a vulnerabilidade, a autonomia, a distanásia, a privacidade e a intimidade da pessoa, bem como a dignidade e o conforto em situações de fim de vida, contribuíram para um aprimoramento do comportamento ético e uma tomada de decisão baseada na deontologia profissional.

Apesar de todos os ganhos obtidos, existiram algumas dificuldades ao longo deste percurso, nomeadamente pelo facto da UCI ser um contexto totalmente diferente da minha experiência profissional e ser também muito distinto da unidade anterior pela qual passei. O nível de excelência de cuidados de enfermagem praticado nesta unidade constituiu-se como uma dificuldade no diagnóstico de oportunidades de melhoria; todavia, optei por investir bastante na prestação direta de cuidados ao doente para que pudesse, através de observação direta das práticas da equipa, encontrar essas oportunidades.

Não posso, no entanto, deixar de referir o privilégio de desenvolver competências como futura EEEMC nesta UCI e o contributo de toda a equipa multidisciplinar, nomeadamente da Enfermeira Chefe e das Enfermeiras Tutoras, no sentido de me permitirem atingir os objetivos estabelecidos para este estágio.

Ao longo deste percurso, apesar de ter desenvolvido competências ao nível da investigação pela pesquisa bibliográfica efetuada e utilização de metodologias de investigação, gostaria ainda de ter desenvolvido algum estudo de carácter exploratório, correlacional ou experimental; no entanto, face a todos os procedimentos necessários a estas metodologias de investigação e ao *timing* disponível para cada estágio torna-se difícil efetuarlo, analisar os seus resultados e comunicá-los.

O tempo foi, efetivamente, a maior limitação durante todo o percurso, uma vez que cumprir as horas de contacto em contexto de estágio, dar resposta a todos os objetivos estabelecidos e, em simultâneo, cumprir todas as obrigações profissionais e pessoais foi o aspeto mais difícil de gerir.

Contudo, a ambição de ser Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem resulta, sobretudo, da vontade de prestar melhores cuidados nas minhas práticas diárias e, ao longo do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi

possível desenvolver competências imprescindíveis para o meu exercício profissional enquanto enfermeira num serviço de internamento de Ortopedia e Traumatologia.

Uma das maiores aprendizagens deste percurso centrou-se no reconhecimento dos limites pessoais e profissionais, no estabelecimento de objetivos e na gestão das atividades desenvolvidas. Estas aprendizagens são uma ferramenta indispensável para o futuro, tanto a nível pessoal como profissional, aumentando a preparação para próximos desafios.

A realização de estágios, além de permitir o desenvolvimento de competências diferenciadas, implica uma exposição a novos contextos, novas pessoas, novos métodos de trabalho, saindo da nossa zona de conforto e obrigando-nos a desenvolver uma forte capacidade de adaptação. Este processo contribui, significativamente, para o crescimento enquanto profissional e uma compreensão alargada daquilo que é a realidade de outros serviços e de outros colegas.

Relativamente à comunicação com o doente e a sua família, consegui desenvolver competências no estabelecimento de uma relação terapêutica adequada, isto é, uma maior facilidade no estabelecimento de um diálogo que permite a partilha de sentimentos associados ao processo de transição saúde-doença, minimizando sentimentos de angústia e ansiedade.

No que concerne à responsabilidade profissional, ética e legal, reconheço atualmente uma maior sensibilidade para a privacidade e intimidade do doente, uma maior capacidade de personalização dos cuidados, de forma a que o conforto da pessoa seja privilegiado, potenciando, assim, a qualidade dos cuidados.

No que se refere ao controlo de infeção e pela importância crescente das infeções associadas aos cuidados de saúde e o aumento da resistência aos antimicrobianos, desenvolvi conhecimentos no que diz respeito às boas práticas de higiene das mãos, à utilização de equipamentos de proteção individual, aos feixes de intervenção para as principais infeções nosocomiais, bem como na auditoria clínica de procedimentos invasivos. Por todas as competências desenvolvidas neste âmbito, iniciei funções em Janeiro de 2019 como elo de ligação do serviço onde exerço funções com a Comissão de Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA) intra-hospitalar.

No que se refere à segurança do doente e pelo conhecimento adquirido neste âmbito, adquiri competências na minimização de riscos na preparação e administração de terapêutica e hemoderivados, na prevenção de quedas, bem como na identificação dos doentes.

Depois de compreender as funções do enfermeiro gestor na coordenação dos cuidados, na gestão de recursos humanos, bem como na racionalização de recursos materiais senti maior confiança no desempenho das funções de responsável de turno.

Até ao momento foi possível desenvolver estas e outras atividades, nas quais os conhecimentos e competências adquiridos ao longo de todo o Mestrado em Enfermagem fizeram a diferença, potenciando a qualidade dos cuidados. Pretendo, futuramente, participar e promover a investigação em serviço, bem como a comunicação dos seus resultados, em colaboração com os pares.

Chegada ao final desta etapa da vida profissional, os ganhos obtidos foram incomensuráveis, pelas aprendizagens proporcionadas, por experienciar situações que promoveram o meu crescimento pessoal e profissional, por me permitir conhecer as minhas capacidades e fragilidades, enfrentando desafios constantes, pois só dessa forma é possível corresponder às exigências da prestação de cuidados e tornar a enfermagem mais significativa para as pessoas.

Como futura EEEMC ambiciono prestar cuidados especializados, concebendo, implementando e avaliando os planos de intervenção em resposta às necessidades dos doentes e das suas famílias, prevenir e detetar precocemente complicações e eventos adversos, aumentando a segurança dos cuidados, maximizar a prevenção e controlo de infeção, bem como tomar decisões fundamentadas na evidência científica, dando uma resposta estruturada e adequada às necessidades de todos aqueles a quem presto cuidados, dignificando a profissão de enfermagem em todos os atos da minha prática.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amado, Raquel. *Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem Contributos para a Segurança do Doente.* Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014.

Baldissera, Ana Elisa, et al. Perspetiva de Profissionais de Enfermagem sobre a Morte na Emergência. *Revista de Enfermagem UFPE.* 2018, pp. 1317-1324.

Barbosa, Vera, et al. Falha na ativação da equipe de emergência intra-hospitalar: causas e consequências. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* 2016, Vol. 28, pp. 420-426.

Barr, Juliana, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine Journal.* 2013, pp. 263-306.

Barros, Marcia Abath Aires de, et al. Delirium em idosos em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.* 2015, pp. 2738-2748.

Batalha, Luís Manuel Cunha, et al. Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência.* 2013, pp. 7-16.

Benner, Patrícia. *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem.* Coimbra : Edição Comemorativa: Quarteto, 2001.

Bento, Mónica Figueiredo da Silva. *Identificação e Intervenção Sobre os Fatores que Aumentam a Vulnerabilidade do Doente Crítico: Uma Função Especializada de Enfermagem.* Lisboa : Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2017.

Blair, K Taylor A, et al. Improving the Patient Experience by Implementing an ICU Diary for Those at Risk of Post-intensive Care Syndrome. *Journal of Patient Experience*. 2017, Vol. 4, pp. 4-9.

Campos, Margarida. *A pessoa sob a ventilação mecânica invasiva: intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação ao longo do processo de desmame ventilatório*. Lisboa : Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015.

Carretta, Adriana Giacomini. *Protocolo de Desmame Precoce da Ventilação Mecânica Invasiva*. Brasília : Universidade Católica de Brasília, 2011.

Carratalá, José Manuel, Lobato, Salvador Díaz e Llorens, Pere. Terapia de alto fluxo con cânulas nasales en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda. *Insuficiencia Cardíaca*. 2018, Vol. 13, pp. 125-133.

Castilho, Amélia Filomena de Oliveira Mendes. *Eventos Adversos nos Cuidados de Enfermagem ao Doente Internado: Contributos para a Política de Segurança*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto : Universidade do Porto, 2014.

Cerqueira, André Barros Pinto. *O acolhimento dos enfermeiros aos familiares da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: estudo das perspetivas dos enfermeiros e dos familiares*. Universidade do Minho. Braga : Escola Superior de Enfermagem, 2017.

Coelho, Maria Teresa Vieira. *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização pelos Enfermeiros*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Univerisdade do Porto, 2014.

Conselho Internacional dos Enfermeiros. *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. 2012.

Costa, José dos Santos. *Métodos de Prestação de Cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Viseu : 2005.

Davidson, Judy E., Jones, Christina e Bienvenu, O. Joseph. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome–family . *Critical Care Medicine*. 2012, Vol. 40, pp. 618-624.

DECRETO-LEI N.º 28/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República, II série (2015). [Consultado em 8 de Outubro de 2018]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/?cr=26938>>.

DECRETO-LEI N.º 102/2015 de 27 de Maio do Ministério da Saúde. Diário da República, II série, p.13550-13553 (2015). [Consultado em 8 de Outubro de 2018]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>>.

DESPACHO N.º 10319/2014, D.R. n.º 153/2014, Série II, p.20673-20678. [Consultado em 22 de Dezembro de 2018]. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn>.

Dres, Martin e Demoule, Alexandre. O que todo intensivista deve saber sobre oxigenoterapia nasal de alto fluxo em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2017, Vol. 29, pp. 399-403.

Espírito-Santo, Alexandra Moreira do. *Ventilação Artificial, Invasiva e Não Invasiva na Pessoa com Padrão Respiratório Ineficaz, em Unidade de Cuidados Intensivos – que Cuidados de Enfermagem?* Lisboa : Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2014.

European Resuscitation Council. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 4 - Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation* 95. 2015, pp. 148-201.

Esteves, Margarida Isabel. *Gestão de Risco – Análise de um Sistema de Registo de Incidentes e Eventos Adversos numa Unidade de Saúde*. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2015.

Faria, Rita da Silva Baptista e Moreno, Rui Paulo. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade subdiagnosticada. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2013, pp. 137-147.

Fernandes, Ana Sá e Coelho, Patrícia. Distanásia em Unidade de Cuidados Intensivos e a Visão de Enfermagem: Revisão Integrativa. *Revista CUIDARTE*. 2014, pp. 813-819.

Fernandes, Carla Sílvia, et al. A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem: Atitudes dos Enfermeiros em Meio hospitalar. *Revista de Enfermagem Referência*. 2015, pp. 21-30.

Ferreira, Carla Isabel da Silva Rego André. *Gestão em Enfermagem e a Formação em Serviço: Tecnologias de Informação e Padrões de Qualidade*. Porto : Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2015.

Fonseca, Rita do Rosário de Jesus Antunes. *Comunicação de más notícias em contexto de urgência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra : s.n., 2012.

Freitas, Edna Estelita, et al. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2007, Vol. 33, pp. 128-136.

Grupo Português de Triage. *Triage no Serviço de Urgência (2ª edição)*. Amadora : s.n., 2010. (Consultado em 15 de Novembro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://pt.scribd.com/document/340667059/Triage-Manchester-Manual-Formando-2ed-1>>.

Instituto Nacional de Emergência Médica. *Abordagem à vítima - Manual TAS/TAT*. 2012.

Junior, Antonio Paulo Nassar, et al. Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation- agitation scales among critically ill patients. *Sao Paulo Medical Journal*. 2008, Vol. 26, pp. 215-219.

Lasiter, Sue, et al. Critical Care Follow-up Clinics: A Scoping Review of Interventions and Outcomes. *Clinical Nurse Specialist*. 2016, Vol. 30, pp. 227-237.

Maestri, Eleine, et al. Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2012.

Martins, José Carlos Amado, et al. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012, pp. 619-625.

Martins, Lina. *Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central*. Lisboa : Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 2017.

Martins, Renata Reis Pires. *Sistema de Notificação de Eventos Adversos em Ambiente Hospitalar*. Braga : Universidade do Minho, 2013.

Mikkelsen, Mark E., et al. Peer Support as a Novel Strategy to Mitigate Post-Intensive Care Syndrome. *AACN Advanced Critical Care*. 2017, Vol. 27, pp. 221-229.

Morganheira, Dina, et al. Preservação do Direito à Privacidade. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. Agosto de 2017, pp. 1000-1012.

Moura, Andreia Liliana Cerqueira. *A pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência: Abordagem terapêutica dos profissionais de saúde*. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo : s.n., 2017.

National Institute for Clinical Excellence. *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. United Kingdom : 2002.

National League for Nursing. Simulation Innovation Resource Center. [Online] National League for Nursing. (Consultado em 7 de Outubro de 2018). Disponível em: WWW:<URL: <https://sirc.nln.org/mod/glossary/view.php?id=183&mode=letter&hook=S&sortkey=&sortorder=>>.

Nogueira, Carlos. *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo : Escola Superior de Saúde, 2016.

Nunes, Paula Cristina Martins e Alminhas, Sílvia Manuela Pação. Competências para Cuidar na Vivência da Morte do Paciente. *Revista Onco News*. 2013, pp. 35-36.

Oliveira, Célia Simão de. Conforto e Bem-estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 2013, Vol. 17, pp. 2-8.

Oliveira, Sara Patrícia Pinto Leite de. *Relatório de Estágio: Um rumo para o desenvolvimento profissional*. Porto : Universidade Católica Portuguesa, 2015.

Ordem dos Enfermeiros. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2015. (Consultado em 29 de Setembro de 2018). Disponível em WWW:<URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2014. (Consultado em 27 de Setembro de 2018). Disponível em WWW:<URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2001. (Consultado em 2 de Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>>.

Pedreira, Manuel Filipe Rodrigues. *Segurança de doentes e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos*. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2015.

Pereira, Anabela de Jesus. *Práticas Preventivas e Ocorrência de Eventos Adversos: Perceção dos Enfermeiros*. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2018.

Pereira, Jorge Miguel, et al. Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 2016, pp. 29-36.

Pereira, Maria Eduarda de Menezes Diniz. *Cuidados Paliativos ao doente em fim de vida num Serviço de Urgência Básico*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa : s.n., 2014.

Pinto, Carlos Jorge Cardoso e Sousa, Pedro Miguel Lopes de. Ventilação Não Invasiva - Uma Revisão Integrativa da Literatura. [autor do livro] Pedro Miguel Lopes de Sousa e Pedro João Soares Gaspar. *Construindo conhecimento em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica* . Leiria : Instituto Politécnico de Leiria, 2017, pp. 89-104.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa : 2017. (Consultado em 15 de Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente*. Lisboa : 2011. (Consultado em 3 de Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central*. Lisboa : 2015. (Consultado em 22 de Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-161220151.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa : 2015. (Consultado em 22 de Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Lisboa: 2011. (Consultado em 10 de

Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02070236AAAA AAAAAAAAAAAAAA>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Processo de Gestão da Medicação*. Lisboa : 2015. (Consultado em 10 de Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos - 2017*. Lisboa : 2017. (Consultado em 20 de Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA*. Lisboa: 2014. (Consultado em 10 de Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto*. Lisboa: 2017. (Consultado em 27 de Novembro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/?cr=33178>>.

Queijo, Alda Ferreira e Padilha, Kátia Grillo. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2009, Vol. 43, pp. 1018-1025.

Rawal, Gautam, Yadav, Sankalp e Kumar, Raj. Post-intensive Care Syndrome: an Overview . *Journal of Translation Internal Medicine*. 2017, Vol. 5, pp. 90-92.

REGULAMENTO N.º429/2018 de 16 de Julho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II série, N.º 135 (2018). [Consultado em 20 de Setembro de 2018]. Disponível em <<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>>.

REGULAMENTO N.º140/2019 de 6 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II série, N.º 26 (2019). [Consultado em 9 de Fevereiro de 2019]. Disponível em < <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>>.

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA N.º 1/2001, DE 3 DE JANEIRO. Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Lisboa, 2001. (Consultado em 8 de Fevereiro de 2019). Disponível em WWW:<URL:http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1644&tabela=leis&so_miolo=>>.

Revels, Anaísa, et al. *Acolhimento do Doente e Família no Serviço de Urgência*. Coimbra: Setembro de 2012, Revista Sinais Vitais, Vol. 104.

Rocha, Liliana Patrícia Martins da. *Controlo e Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde numa Unidade de Cuidados Intensivos*. Braga : Universidade do Minho, 2015.

Rosa, Ana Lúcia Batista. *As Experiências Clínicas Simuladas na Formação Contínua dos Enfermeiros de uma UCIC: A influência de um programa de simulação de alta-fidelidade nas práticas diárias dos enfermeiros em situações de emergência*. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014.

Santos, Filipa Duarte Antunes dos. *Comunicação com o Doente Crítico - Promoção para uma Prática Especializada*. Lisboa : Universidade Católica Portuguesa, 2012.

Sapeta, Paula. Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos. 2007, pp. 16-21.

Serrano, Anaísa Braz. *Intervenções Paliativas realizadas pelos Enfermeiros num Serviço de Urgência aos Utentes com Doença Crónica, Incurável e Progressiva*. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa : s.n., 2016.

Silva, Almerinda Maria Ferreira da. *O Direito à Privacidade do Doente no Serviço de Urgência.* Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto : s.n., 2007.

Silva, Ana Sofia Batista. *Gestão do Risco Clínico na Segurança do Doente. Contributos para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Lisboa : Universidade Católica Portuguesa, 2014.

Silvestre, Milene Cristina Chicharo. *Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?* Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.

Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. *O essencial sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC) - Guia Prático para a População.* Lisboa : s.n., 2016.

Souza, Joana D’Arc de, Júnior, João Mário Pessoa e Miranda, Francisco Arnoldo Nunes de. Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Revista de Enfermagem Referência.* 2017.

Teixeira, Ilka Nicéia D’Aquino Oliveira e Felix, Jorge Vinícius Cestari. Simulação como estratégia de ensino em enfermagem: revisão de literatura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2011, Vol. 15, pp. 1173-1183.

Tranquada, Mariana Fernandes. *A Comunicação durante a Transição das Equipas de Enfermagem.* Lisboa : ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa, 2013.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – PANFLETO DE ACOLHIMENTO AO DOENTE NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA**

O SU possui dois serviços de internamento temporário, OBS e Sala de Tratamentos 2 (ST2). Se ficar internado num destes serviços:

- Poderá ter visitas dos seus familiares nos respetivos horários:

**Das 12:30h às 13:30h
e
das 18:30h às 20h.**

- Evite ficar com objetos de valor na sua posse (jóias, próteses, telemóveis), assim como roupa desnecessária.

- Poderá solicitar aos seus familiares que lhe tragam uma muda de roupa e uns chinelos na próxima visita.

AOS FAMILIARES/ACOMPANHANTES:

- Só é permitida a entrada de uma pessoa de cada vez junto do doente e se este necessitar da presença de alguém;

- A sua entrada é permitida para poder permanecer junto do seu familiar, por isso, mantenha-se junto dele e não circule por outras zonas do SU;

- Durante alguns procedimentos médicos e de enfermagem, poderá ser-lhe solicitado que aguarde no exterior dos gabinetes;

- Não dê ao seu familiar comida ou bebida sem antes saber se ele os pode ingerir;

- Evite tocar ou partilhar objetos com outros doentes e/ou familiares, pelo risco de infeções cruzadas;

- Agradecemos que permaneça em silêncio e colabore com todos os profissionais para podermos proporcionar o melhor atendimento ao seu familiar!

Se o seu familiar ficar internado em OBS ou ST2, por favor preencha as informações abaixo:

Contacto do familiar/acompanhante:

Grau de parentesco:

Alergias conhecidas:

CONTACTOS

BEM-VINDO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Somos uma equipa vocacionada para lhe proporcionar o melhor atendimento, estando disponíveis para esclarecer as suas dúvidas e responder às suas preocupações.

Contamos com a sua colaboração para o melhor funcionamento desde Serviço de Urgência (SU), para o podermos ajudar a superar a sua situação de doença.

**Não se esqueça:
Antes de se dirigir a este SU, deve recorrer ao seu Médico de Família/Assistente ou à Linha de Saúde 24 (808 24 24 24).**

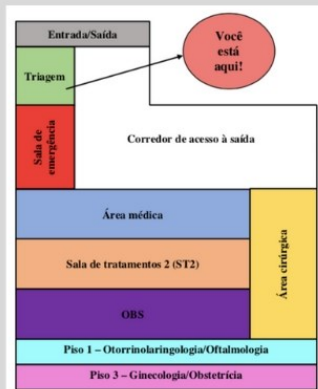
Em caso de emergência, ligue 112!

TRIAGEM

O enfermeiro do gabinete de triagem irá aferir a gravidade da situação que o trouxe a este SU. De seguida, será encaminhado por um assistente operacional a um dos sectores, conforme a situação que o trouxe aqui.

Poderá ser encaminhado para:

- Triagem médica;
- Medicina Interna;
- Neurologia;
- Área cirúrgica: Pequena cirurgia, Ortopedia, Cirurgia Geral;
- Otorrinolaringologia;
- Oftalmologia;
- Ginecologia/Obstetrícia.



AVLIAÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM

- Deverá esperar, na sala de espera indicada pelo assistente operacional, que seja chamado pelo médico;

- Será avaliado no seu gabinete e, de seguida, será chamado à sala de trabalho de enfermagem;

- Posteriormente, regressará à sala de espera onde deverá aguardar novamente a chamada ao gabinete médico para reavaliação;

- Se realizou colheita de produtos biológicos (sangue, urina, etc.), esses resultados poderão demorar, pelo menos, duas horas até ficarem disponíveis;

- Pode ainda necessitar de efetuar algum exame complementar de diagnóstico (Raio-X, TAC, Ressonância Magnética) e será acompanhado por um assistente operacional para a realização do mesmo.

MOMENTO DA ALTA

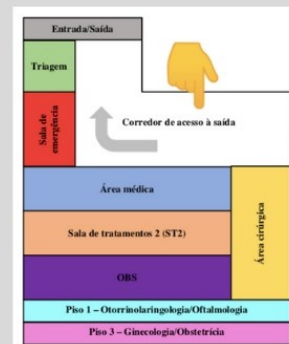
- Siga as instruções dadas pelo médico e/ou pelos enfermeiros;

- Não se esqueça de solicitar aos enfermeiros a remoção do cateter venoso, caso lhe tenha sido colocado;

- Se necessitar de algum comprovativo da vinda ao SU, solicite-o no balcão dos administrativos à saída;

- Não hesite em colocar todas as suas dúvidas aos profissionais de saúde antes de sair;

- A saída faz-se pelo último corredor à esquerda, onde passará pela segurança do SU.



**APÊNDICE B – PROJETO DE INTERVENÇÃO “A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS
ADVERSOS COMO PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Universidade Católica Portuguesa – Porto

Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório
Projeto de Intervenção

A notificação de eventos adversos como promotora da segurança do doente

Filipa Marques Oliveira | 396417019

Sob orientação de Prof. Ana Sabrina Sousa

Porto, 2018

LISTA DE SIGLAS

CISD	Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente
DGS	Direção-Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
DR	Diário da República
EEEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
OBS	Sala de Observações
OE	Ordem dos Enfermeiros
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
ST2	Sala de Tratamentos 2
SU	Serviço de Urgência
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO.....	101
2.METODOLOGIA DO PROJETO.....	103
3.ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	105
4.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	111
5.OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO.....	119
6.SUGESTÕES DE MELHORIA/AÇÕES PLANEADAS.....	121
7.AVALIAÇÃO.....	131
8.CONCLUSÃO.....	133
9.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	135
APÊNDICES.....	139
APÊNDICE A – GRELHA DE AUDITORIA À IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DE DOENTES.....	141
APÊNDICE B – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS COMO PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE” PARA A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	145
APÊNDICE C – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS COMO PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE” PARA A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	149
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS COMO PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE” PARA A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	157
APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS COMO PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE” PARA A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	161
APÊNDICE F - PLATAFORMA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	165

1.INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no ano letivo 2018/2019, lecionado no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A unidade curricular em questão inclui 360 horas de contacto que foram distribuídas por dois locais de estágio: inicialmente numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e, posteriormente, num Serviço de Urgência (SU).

Sendo ambicionada pelas organizações de saúde, a segurança do doente constitui-se como uma preocupação a nível nacional e mundial, sendo indissociável da qualidade dos cuidados. Assim, a qualidade e a segurança são uma responsabilidade de todos os profissionais, de modo a reduzir os riscos evitáveis, satisfazer as necessidades e expectativas dos cidadãos e promover a eficiência e efetividade na prestação de cuidados de saúde (DL N.º28/2015 de 10 de Fevereiro).

A problemática dos eventos adversos tem vindo a ganhar uma relevância crescente no âmbito da segurança do doente, pois a ocorrência de incidentes decorrente da prestação de cuidados de saúde tem inúmeras consequências, não só para o doente, como para os profissionais, para as organizações e para a sociedade em geral (Castilho, 2014; Esteves, 2015; Pereira, 2018).

De acordo com vários autores, além das consequências do aumento das complicações de saúde para o doente, a ocorrência de eventos adversos está associada a uma perda de confiança nas organizações e nos profissionais, a uma diminuição significativa da qualidade dos cuidados e a um aumento considerável dos custos sociais e económicos, proporcionais aos danos causados (Amado, 2014; Castilho, 2014; Esteves, 2015; Martins, 2013; Pereira, 2018).

Apesar de haver necessidade de envolver todos os profissionais, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na garantia da segurança dos utilizadores dos serviços de saúde, pelo tempo de prestação direta dos cuidados, por assegurarem a sua continuidade, pela articulação com a equipa multidisciplinar, por serem o elemento integrador e coordenador dos cuidados (Amado, 2014; Castilho, 2014; Martins, 2017; Pedreira, 2015).

Pelo meu interesse pessoal e pelo acima exposto, a área da segurança do doente e da qualidade dos cuidados foi, então, aquela que quis explorar no âmbito das oportunidades de melhoria da qualidade dos cuidados durante a realização destes estágios, além de outras

atividades desenvolvidas.

A OE (Regulamento n.º140/2019, DR, II série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019) destaca como competência comum do Enfermeiro Especialista a criação e manutenção de um ambiente seguro e, mais especificamente, nas competências do EEEMC refere que este deve intervir como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, monitorizar fatores desencadeantes de eventos adversos, instituir estratégias de notificação e prevenção dos mesmos, bem como fomentar medidas de correção, de forma a salvaguardar a segurança e qualidade dos cuidados (Regulamento n.º429/2018 da OE, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018).

A notificação de eventos adversos tem vindo a assumir uma grande importância na promoção da segurança dos doentes, pela sua capacidade de identificar riscos, perigos e vulnerabilidades, promovendo a aprendizagem com o erro e a implementação de ações de melhoria; por esse motivo, foi incluída num dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (DL N.º28/2015 de 10 de Fevereiro).

No que diz respeito à UCI, este serviço já tinha implementado uma plataforma de notificação, análise e prevenção de eventos adversos há cerca de um ano e considerei pertinente consultar as notificações efetuadas neste espaço de tempo, de forma a sugerir ações de melhoria e de redução do risco adequadas aos problemas identificados.

Os dados da plataforma já existente foram consultados com o consentimento dos enfermeiros responsáveis pela plataforma e da Enfermeira Chefe do serviço, sendo salvaguardada a confidencialidade dos mesmos ao longo de todo o trabalho.

Por outro lado, no SU, apesar de já ter sido efetuada uma ação de sensibilização sobre a notificação de eventos adversos, o único meio disponível para efetuar a notificação é através de uma nota de ocorrência, que exige a identificação do profissional notificador. Uma vez que a equipa de enfermagem não conseguia fazê-lo de forma anónima, a minha proposta de melhoria para este serviço foi a criação de uma plataforma interna, adaptada da plataforma NOTIFICA da Direção-Geral da Saúde (DGS), onde fosse possível notificar os eventos adversos, com garantia de anonimato e confidencialidade.

O presente trabalho inicia-se com a apresentação da metodologia do projeto, seguindo-se um enquadramento teórico, de forma a caracterizar a notificação de eventos adversos na promoção da segurança do doente.

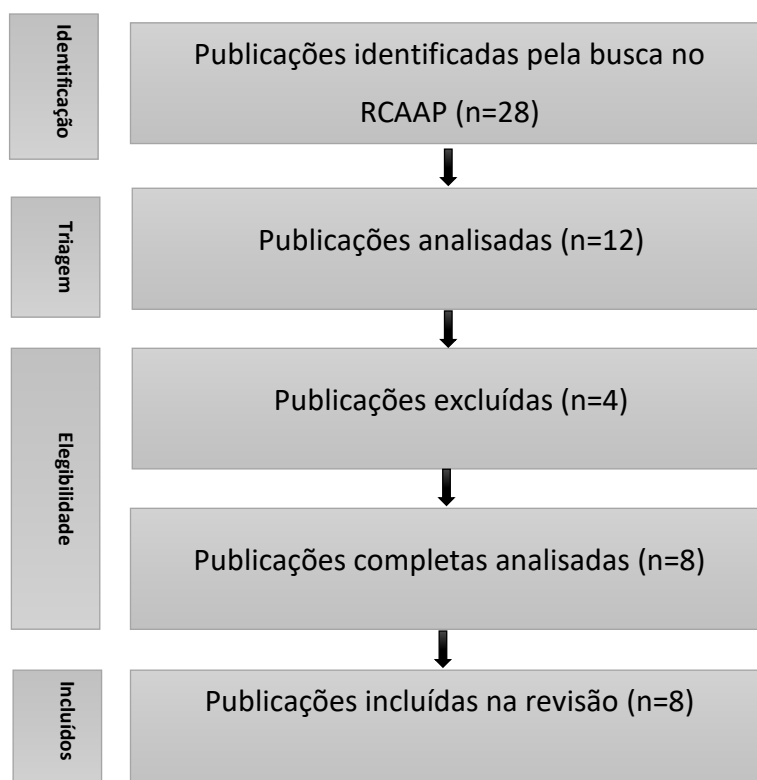
De seguida, é efetuado um diagnóstico de situação de ambos os contextos, são estabelecidos os objetivos para a UCI e para o SU e, por fim, expostas as ações planeadas e sugestões de melhoria para ambos os serviços.

2.METODOLOGIA DO PROJETO

O atual projeto de intervenção iniciou-se com uma revisão bibliográfica sobre a notificação de eventos adversos, com o objetivo de explorar esta problemática no que diz respeito à sua importância e ao seu enquadramento normativo em Portugal, bem como compreender o seu contributo para a segurança do doente.

Deste modo, antes de iniciar a revisão da literatura, foram identificados os descritores MeSH (Medical Subject Headings) tendo sido escolhidos os seguintes termos de pesquisa: “eventos adversos” e “segurança do doente”.

Tendo em conta que o objetivo desta pesquisa era compreender a realidade portuguesa no que diz respeito à notificação de eventos adversos, foram procuradas as diretrizes emitidas pela Direção-Geral da Saúde neste âmbito. Além disto, utilizando os termos acima identificados foi efetuada uma pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), em outubro de 2018, tendo sido selecionadas as publicações que diziam respeito à temática dos eventos adversos em ambiente hospitalar, publicadas entre 2013 e 2018.



De todas as publicações encontradas, foram incluídas oito na revisão bibliográfica, uma vez que correspondiam ao objetivo da pesquisa e foram a base para a realização do enquadramento teórico do projeto de intervenção.

Depois de realizada a revisão bibliográfica, passou-se à caracterização dos serviços onde decorreram os estágios, bem como a um diagnóstico de situação. Por serem contextos diferentes, com necessidades diferentes, esta caracterização foi fundamental para definir os objetivos e as ações de melhoria para cada um deles.

A etapa seguinte foi, então, a definição dos objetivos a atingir com o projeto de intervenção, uma vez que um dos serviços já utilizava uma plataforma de notificação de eventos adversos e o outro não, obrigando a uma diferenciação das metas estabelecidas.

Por fim, apresentam-se as sugestões de melhoria e ações planeadas para cada um dos contextos, efetuadas com base naquilo que são as diretrizes da DGS. Todas as sugestões foram apresentadas aos responsáveis de serviço, bem como aos Enfermeiros Tutores, no sentido de apelar à sua implementação o mais brevemente possível.

Face ao *timing* estabelecido para a realização dos estágios, não foi possível obter resultados das ações sugeridas.

3.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O conceito de qualidade em saúde tem vindo a ganhar uma relevância cada vez maior nos últimos anos, uma vez que a prestação de cuidados de qualidade é uma obrigação ética e a satisfação das necessidades dos cidadãos tornou-se um critério obrigatório para atingir a excelência dos cuidados (DL N.º102/2015 de 27 de Maio, Ministério da Saúde).

A qualidade em saúde é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (DL N.º102/2015 de 27 de Maio, Ministério da Saúde, p.13551).

Para que sejam prestados cuidados de qualidade, a segurança é um aspeto absolutamente imprescindível. O Ministério da Saúde assume esta preocupação há alguns anos e, por esse motivo, concebeu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (DL N.º28/2015 de 10 de Fevereiro) que pretende melhorar a gestão de riscos associados à prestação de cuidados de saúde, preconizando a implementação de medidas preventivas e de medidas corretivas após os incidentes.

A segurança do doente é definida como a não exposição do doente a danos desnecessários associados à prestação de cuidados de saúde, tendo como objetivo reduzir essa exposição a um mínimo possível (DGS, 2011).

Para que a segurança do doente esteja garantida, a DGS define objetivos estratégicos dentro do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (DL N.º28/2015 de 10 de Fevereiro, p.3882-3), sendo eles:

- Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
- Aumentar a segurança da comunicação;
- Aumentar a segurança cirúrgica;
- Aumentar a segurança na utilização da medicação;
- Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
- Prevenir a ocorrência de quedas;
- Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
- Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
- Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Estabelecidos os objetivos, passa a ser uma obrigação multiprofissional dentro das organizações de saúde trabalhar no sentido de os atingir com sucesso. Todos os

intervenientes devem ser envolvidos no desenvolvimento de estratégias que potenciem a qualidade dos cuidados prestados; porém, a maior parte dos cuidados prestados aos doentes, a continuidade de cuidados, a articulação com os diversos profissionais, a gestão de muitos fatores ambientais encontra-se sob responsabilidade dos enfermeiros, pelo seu papel integrador e coordenador de cuidados (Amado, 2014; Castilho, 2014; Martins, 2017; Pedreira, 2015).

Neste sentido, os enfermeiros têm uma responsabilidade acrescida na garantia da segurança e qualidade dos cuidados e na minimização do risco clínico, tal como é corroborado pelo Código Deontológico dos Enfermeiros onde é referido o seu compromisso perante a sociedade de prestar cuidados de qualidade (OE, 2015).

A OE (Regulamento n.º429/2018, DR, II série, N.º 135, 16 de julho de 2018) refere ainda que o EEEMC deve fazer a gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados, salvaguardando a segurança da pessoa e promovendo um ambiente seguro e de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem. Além disto, o EEEMC deve, ainda, desenvolver competências que lhe permitam implementar estratégias de notificação e prevenção de eventos adversos, monitorizar os fatores desencadeantes dos mesmos, bem como fomentar medidas de correção, de forma a salvaguardar a segurança e qualidade dos cuidados.

Atuar no controlo dos riscos contribui para a promoção da qualidade dos cuidados e, deste modo, os enfermeiros têm um papel fundamental na prevenção da ocorrência de eventos adversos, pelo facto de serem prestadores de cuidados diretos aos doentes e permanecerem junto deles durante 24 horas (Amado, 2014; Castilho, 2014; Pedreira, 2015; Pereira, 2018). Deste modo, devem rever, modificar ou instituir novas práticas sempre que isso permita melhorar os seus cuidados (Amado, 2014; Castilho, 2014).

Compreende-se, então, que apesar de todos os grupos profissionais terem o dever de estar envolvidos na promoção de uma cultura de segurança dentro das organizações de saúde, os enfermeiros, sendo o maior grupo profissional dentro das mesmas, têm uma responsabilidade acrescida (Amado, 2014; Castilho, 2014; Pedreira, 2015; Pereira, 2018).

A cultura de segurança é definida como o produto dos valores individuais e de grupo, competências, perceções e padrões de comportamento que determinam o compromisso das instituições na garantia da segurança dos doentes (DL N.º28/2015 de 10 de Fevereiro, Ministério da Saúde).

A intervenção do enfermeiro passa por reduzir atos inseguros na prestação de cuidados e utilizar as melhores práticas para atingir os melhores resultados para o doente,

além de terem a obrigação de identificar e prevenir os eventos adversos mais frequentes da sua prática (Amado, 2014; Castilho, 2014; Martins, 2017; Pereira, 2018).

Um evento adverso é definido como um incidente não intencional que resulta em dano para o doente, decorrente da prestação de cuidados de saúde (Amado; 2014; DGS, 2011; Castilho, 2014; Martins, 2017; Pedreira, 2015; Pereira, 2018).

De acordo com a DGS (2011), os eventos adversos são alguns dos incidentes que acontecem durante a prestação de cuidados; no entanto, existem ainda as ocorrências comunicáveis, os eventos sem danos e os quase eventos.

As ocorrências comunicáveis são situações com potencial de causar dano, mas que acabaram por não ocorrer (DGS, 2011).

Os quase eventos são incidentes com potencial dano para o doente, que poderiam culminar num evento adverso, mas que não chegam a atingir o doente, por serem instituídas medidas corretivas antes disso acontecer (Amado, 2014; Castilho, 2014; DGS, 2011; Martins, 2017; Pedreira, 2015).

Por último, os eventos sem danos são precisamente aqueles que atingem o doente, mas que não resultam em danos evidentes ou perceptíveis (DGS, 2011).

Existem alguns modelos que pretendem explicar a ocorrência de eventos adversos, tais como o modelo do “queijo suíço” de Reason. Segundo este modelo, um evento adverso só atinge o doente quando se conjugam simultaneamente falhas humanas, falhas latentes da organização e falhas no sistema de defesa, ou seja, quando há comportamentos ou práticas inseguras, falhas estruturais e diminuição das barreiras de segurança, cria-se uma janela de oportunidade para a ocorrência de um evento adverso (Reason *et al.*, 2006, *cit in*, Castilho, 2014; Pedreira, 2015; Pereira, 2018; Silva, 2014).

A identificação e análise dos eventos adversos geram informações fundamentais para corrigir falhas, sejam elas humanas, da organização ou do sistema de defesa, permitindo instituir medidas corretivas, para minimizar as consequências do evento, e medidas preventivas, para que o incidente não ocorra novamente (Amado, 2014; Esteves, 2015; Martins, 2013; Silva, 2014).

Em Portugal, o Ministério da Saúde também assume a sua preocupação no que diz respeito aos incidentes que ocorrem na prestação de cuidados de saúde e no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (DL N.º28/2015 de 10 de Fevereiro, p.3882-3) define como objetivo estratégico “Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes”.

A notificação de eventos adversos é, assim, considerada como uma das ferramentas

mais eficaz na identificação dos riscos, perigos e vulnerabilidades das instituições de saúde, uma vez que permite a partilha de aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria (Amado, 2014; DL N.º28/2015 de 10 de Fevereiro, Ministério da Saúde; DGS, 2014; Esteves, 2015; Martins, 2013; Martins, 2017; Silva, 2014).

A utilização de um sistema de notificação exige a motivação e o envolvimento dos profissionais e, para isso, tem que ser utilizado de forma confidencial e não punitiva (Esteves, 2015; Martins, 2013; Martins, 2017). Além disto, o *feedback* rápido e eficaz é um dos principais incentivos para a comunicação dos incidentes, promovendo assim a segurança do doente (Esteves, 2015; Martins, 2013; Martins, 2017).

Assim, estão descritos alguns princípios fundamentais na utilização de sistemas de notificação, sendo eles (Esteves, 2015; Martins, 2013; Martins, 2017):

- A ausência de punição para quem notifica um evento adverso;
- A existência de uma resposta construtiva à notificação, obrigando a uma análise do evento notificado e respetivo *feedback*;
- Quem recebe a notificação tem que ter a capacidade de analisar a informação e disseminar medidas que combatam a recidiva dos eventos adversos;
- O objetivo major da notificação de eventos adversos é, invariavelmente, a segurança do doente.

Por sua vez, a DGS (2011) concebeu uma estrutura conceptual, designada por Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD), que permite avaliar as condições que determinam os incidentes, incluindo a análise dos seguintes parâmetros: tipo de incidente, consequências para o doente, características do doente, características do incidente (origem, deteção e notificação), fatores/perigos contribuintes, fatores atenuantes do dano, deteção, consequências organizacionais, ações de melhoria e ações para reduzir o risco.

O objetivo desta estrutura conceptual é categorizar toda a informação relativa a um incidente, sendo uma metodologia que permite reunir e analisar os dados que estiveram na sua origem, bem como compreender o que pode ser instituído para que o incidente não ocorra novamente (DGS, 2011). Além disto, permite comparar dados de segurança do doente, examinar o papel do humano e do sistema na ocorrência de incidentes, identificar situações com potencial de melhoria dentro das organizações de saúde e desenvolver prioridades e soluções no que respeita à segurança do doente (DGS, 2011).

Além desta classificação, a DGS criou também uma plataforma on-line, designada como Sistema Nacional de Incidentes - NOTIFICA que permite o registo e gestão de

incidentes e eventos adversos ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde, de forma anónima e confidencial (DGS, 2014).

Esta plataforma veio dar resposta às recomendações da Organização Mundial de Saúde, uma vez que esta sugere o desenvolvimento de sistemas de relato sobre a segurança do doente e refere a necessidade de se instituírem sistemas de notificação de incidentes que facilitem a aprendizagem com o erro e que, simultaneamente, aumentem a segurança na prestação de cuidados (DGS, 2014).

Com a revisão bibliográfica efetuada, conclui-se, então, que a utilização de sistemas de notificação de eventos adversos é fundamental para a cultura de segurança das instituições, sendo uma estratégia viável e necessária para a gestão de riscos e para a promoção da qualidade dos cuidados.

No próximo capítulo, será, então, efetuada uma descrição dos contextos de estágio e justificada a necessidade de explorar a notificação de eventos adversos em ambos os serviços.

Sendo a segurança do doente uma área incontornável nas preocupações diárias dos enfermeiros, a criação de um projeto de intervenção no âmbito da notificação de eventos adversos teve como objetivo principal a sua promoção e, conseqüentemente, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

4. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Para uma mais fácil compreensão do diagnóstico de situação, torna-se fundamental realizar uma caracterização de ambos os serviços.

A UCI onde decorreu o estágio trata-se de uma unidade polivalente de nível II, ou seja, para o tratamento médico e cirúrgico de todas as especialidades, com exceção de patologias do foro neurocirúrgico e cardiorácico, uma vez que a instituição hospitalar não dispõe dessas valências e os doentes são reencaminhados a outro centro hospitalar sempre que necessário.

O serviço possui 8 camas disponíveis em permanência, havendo a possibilidade de aumentar para 10 sempre que se entenda necessário, nomeadamente aquando a ativação de planos de contingência institucionais.

No que concerne ao rácio enfermeiro/doente, o máximo estabelecido é 2 doentes para 1 enfermeiro, cumprindo assim aquilo que são as recomendações da OE para as dotações seguras (OE, 2014).

Assim, em todos os turnos existem 4 enfermeiros na prestação direta de cuidados, sendo que no turno da manhã existe, ainda, um Enfermeiro Especialista em Reabilitação, o Enfermeiro de Referência e a Enfermeira Chefe. Existe também um médico especialista e um ou dois internos de especialidade em permanência, de apoio à unidade, 24 horas por dia.

A UCI caracteriza-se por ser uma unidade aberta, *open space*, com cinco unidades onde a vigilância e o contacto visual com os doentes é permanente; além destas unidades, existem ainda outras três em local mais reservado, indicado para doentes em isolamento, duas delas com possibilidade de criar pressão positiva ou negativa, conforme a necessidade, embora sejam utilizados para outras situações sempre que necessário.

Além disto, o serviço possui várias zonas de apoio como o gabinete da Enfermeira Chefe, gabinetes médicos, copa do pessoal e copa intermédia onde ficam as refeições dos doentes, sala de reuniões e armazém para *stocks* de material.

A equipa de enfermagem trabalha segundo o método de trabalho individual, no entanto, em caso de necessidade e, sobretudo, em situações de emergência verifica-se a cooperação de todos os elementos, havendo assim um trabalho de equipa.

O Enfermeiro de Referência assume o papel de supervisor de cuidados, fazendo auditorias no âmbito da documentação dos cuidados de enfermagem em *SClínico*, da vigilância epidemiológica, colabora na admissão de doentes e na prestação de cuidados sempre que necessário, faz a reposição e os pedidos de material e fármacos e planeia a

distribuição de doentes por enfermeiro para os turnos seguintes. Além disso, dá apoio à Enfermeira Chefe nas suas tarefas e assume as suas funções na sua ausência.

Por fim, o regime de visitas da unidade é das 11h às 19:30h, com possibilidade de entrada de um familiar, sendo um regime semelhante a outros serviços de internamento. O facto de ser um horário alargado permite perceber a importância dada pela equipa multidisciplinar ao envolvimento da família nos cuidados ao doente crítico.

No que diz respeito ao estágio realizado em contexto de SU, este decorreu num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, com diversas especialidades médicas, entre elas: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pequena Cirurgia, Ginecologia/Obstetrícia e Otorrinolaringologia e Oftalmologia, sendo que nestas duas últimas apenas no período diurno (das 8h às 20h). Este SU possui ainda uma sala de Bloco Operatório disponível 24h/dia, com apoio de Anestesiologia, Imunohemoterapia e Patologia Clínica.

No que diz respeito às valências de Neurologia e Cardiologia, estas estão disponíveis também no período diurno das 8h às 20h e, quando necessário, os doentes são reencaminhados aos centros hospitalares que dão apoio a esta instituição.

Não está disponível neste serviço a urgência pediátrica, no entanto existe o Apoio Pediátrico Referenciado que consiste na possibilidade de observação do doente pediátrico na consulta externa de Pediatria, no horário das 8h às 20h, quando referenciado pelos cuidados de saúde primários.

Relativamente à estrutura física do serviço, este possui duas estações de triagem, onde o enfermeiro irá aferir a gravidade da situação através da Triagem de Manchester, estando em funcionamento a ativação de Vias Verdes (Acidente Vascular Cerebral, Coronária, Trauma e Sépsis).

Imediatamente ao lado dos gabinetes de triagem, existe a Sala de Emergência, com duas unidades disponíveis para receber os doentes em risco imediato de vida.

No corredor contíguo, situa-se a área médica, onde existem 7 gabinetes ocupados por médicos de Clínica Geral e Medicina Interna onde são observados todos os doentes com patologia do foro médico. Neste local, existe ainda uma sala de espera, uma sala para realização de terapêutica inalatória e oxigenoterapia e a sala de trabalho de enfermagem.

Num outro corredor, existem 3 gabinetes disponíveis para observação de doentes das especialidades cirúrgicas - Cirurgia Geral, Ortopedia e Pequena Cirurgia – e um gabinete de enfermagem de apoio à área cirúrgica.

Após a triagem, o doente é encaminhado por um assistente operacional ao respetivo setor onde será observado.

Além destas estruturas, este **SU** possui ainda dois serviços de internamento temporário: a unidade de Observações (OBS) e a Sala de Tratamentos 2 (ST2), tendo como objetivo evitar a ocupação de camas no internamento, quando se tratam de situações com previsão de alta breve.

Em OBS estão disponíveis 16 vagas, distribuídas por enfermarias, com possibilidade de monitorização eletrocardiográfica em 14 das 16 unidades e que podem ser visualizadas na central de enfermagem. Existem, ainda, dois quartos preparados para isolamento respiratório de partículas, quando necessário.

Na ST2, estão disponíveis 15 vagas, todavia em caso de necessidade o número de vagas pode ascender às 20. Os doentes permanecem em macas, pelo que se pretende reduzir a duração deste internamento ao mínimo tempo possível. Reunindo as condições necessárias, o doente pode regressar ao domicílio; caso contrário, é disponibilizada uma vaga num dos serviços de internamento do hospital.

Caso haja necessidade de encaminhar um doente à especialidade de Otorrinolaringologia ou Oftalmologia, este tem que ser observado na consulta externa destas especialidades, sendo acompanhado até lá por um assistente operacional. O mesmo se passa na especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, cujo serviço também se encontra fora do espaço físico deste **SU**.

Além de todos os espaços já mencionados, existem ainda áreas de apoio como armazéns de material de consumo clínico, copa do pessoal, gabinete do diretor clínico e do Enfermeiro Chefe.

A dotação de enfermeiros é feita por posto de trabalho, sendo que existe o seguinte número de enfermeiros por área:

- Triagem: 1 enfermeiro;
- Sala de Emergência: 1 enfermeiro;
- Área médica: 2 enfermeiros;
- Sala de inaloterapia/oxigenoterapia: 1 enfermeiro;
- Área cirúrgica: 1 enfermeiro;
- ST2: 2 enfermeiros;
- OBS: 4 enfermeiros.

Independentemente da taxa de ocupação do **SU**, a dotação de enfermeiros mantém-se em todas as áreas, havendo possibilidade de aumentar em caso de necessidade. Dentro deste número de profissionais, existe frequentemente necessidade de efetuar transportes inter-hospitalares e um destes elementos tem que se ausentar do serviço.

Além da equipa que está na prestação de cuidados, nos dias úteis, no período da manhã, estão ainda presentes o Enfermeiro Chefe e duas Enfermeiras de Referência que seriam responsáveis por dar apoio nas funções de gestão e coordenação do serviço; no entanto, devido a ausências por motivo de doença de vários elementos da equipa que ainda não foram substituídos, existe, frequentemente, a necessidade de ficarem na prestação de cuidados.

Este SU dá apoio a cerca de 318000 habitantes e conta com o apoio de dois centros hospitalares próximos em algumas valências que não se encontram aqui disponíveis, tais como Neurocirurgia e Cirurgia Cardiorácica.

Depois de caracterizados os serviços, passamos, então, à descrição de ambos os contextos.

Na UCI, desde Setembro de 2017 que é utilizada uma plataforma interna, exclusiva do serviço, para a notificação de eventos adversos e desde essa altura apresenta 50 notificações.

Um aspeto fundamental na utilização desta plataforma é o anonimato do profissional responsável pelo evento adverso, como forma de evitar uma cultura punitiva, tal como preconizado pela DGS (2014) quando criou a plataforma NOTIFICA. Por esse motivo, os dados foram consultados com o consentimento dos profissionais responsáveis pela plataforma de notificações e da Enfermeira Chefe do serviço, salvaguardando a confidencialidade dos mesmos.

Os critérios a avaliar em cada notificação são semelhantes àquilo que está preconizado pela CISD, criada pela DGS. Assim, para cada notificação são registados os seguintes dados:

- Quem notifica (grupo profissional);
- Quando teve conhecimento da ocorrência do evento;
- Turno em que ocorreu o evento;
- Local onde ocorreu o evento;
- Número de Enfermeiros presentes quando ocorreu o evento;
- Número de Médicos Sêniores presentes quando ocorreu o evento;
- Número de Médicos Internos presentes quando ocorreu o evento;
- Número de Assistentes Operacionais presentes quando ocorreu o evento;
- Número de doentes internados;
- Tipologia do evento;
- Âmbito do evento adverso (medicação, hemoderivados, material de consumo clínico,

dispositivos médicos, prestação de cuidados, alimentação, organização/gestão, identificação do doente, quedas, controlo de infeção e outros);

- Tipo de dano resultante do evento adverso;
- Gravidade do evento adverso para o doente.

Depois de notificados os eventos adversos, eles são analisados por uma equipa constituída por médico e enfermeiro do serviço, de forma a que sejam identificadas ações de melhoria e ações para reduzir o risco.

Após a consulta da plataforma, verifiquei que os eventos adversos mais comuns estão relacionados com a medicação e a identificação dos doentes.

Dentro dos eventos adversos ocorridos com a medicação, cerca de metade das ocorrências são da responsabilidade dos serviços farmacêuticos da instituição hospitalar, pois estão relacionados com o acondicionamento e o prazo de validade da medicação, que aumentam o risco de danos para o doente, mas não são questões suscetíveis de serem corrigidas pelos enfermeiros. Quanto às restantes ocorrências, estas dizem respeito a incidentes na prescrição e administração da medicação.

No que diz respeito aos eventos adversos relacionados com a identificação dos doentes, estes centram-se apenas em duas questões: ausência de identificação e identificação errada dos doentes.

Para a realização deste trabalho, a análise mais aprofundada será dos eventos adversos relacionados com medicação e identificação dos doentes, por serem os mais frequentes, mas também por serem, muitas vezes, sensíveis à intervenção dos enfermeiros.

Além da consulta efetuada das notificações existentes na plataforma, também foi possível observar algumas práticas que concorrem para a existência de alguns eventos adversos.

A preparação da terapêutica de todos os doentes é feita no mesmo balcão, o que pode aumentar o risco de erro, apesar de fazerem dupla verificação, tal como recomendado pela DGS. Todavia, após essa dupla verificação, toda a medicação se mantém disposta da mesma forma e mantém-se o risco de erro terapêutico.

Relativamente à identificação dos doentes, cada doente possui uma pulseira no pulso e uma outra na cama do doente, ao fundo junto aos pés. Estas pulseiras são feitas através dos colantes identificativos existentes no processo de cada doente, que são colados nas pulseiras. No entanto, os processos não têm um sítio específico para estarem guardados e existe o risco de troca de papéis e colantes entre processos.

Tendo em conta que uma grande parte dos eventos adversos notificados se relacionam com a administração de medicação e com a identificação dos doentes, foram observadas as práticas da equipa e foram encontradas as situações descritas anteriormente e que podem estar na origem de alguns eventos adversos.

Posteriormente, em contexto de SU, a prestação de cuidados caracteriza-se por ser particularmente desafiante, mas também desgastante, do ponto de vista físico e emocional. A afluência de doentes, a complexidade das situações de doença aguda, a falta de recursos humanos e materiais, a exposição dos enfermeiros a agressões físicas e verbais, a falta de apoio por parte dos órgãos de gestão, a falta de autonomia sentida pelos profissionais estão descritos na literatura como sendo os principais fatores da sua desmotivação (Cerqueira, 2017; Guia, 2015; Nogueira, 2016; Reveles *et al.*, 2012; Souza *et al.*, 2017).

Aquando da realização do estágio, foi possível perceber que efetivamente várias destas situações, se passam no terreno, pois a afluência de doentes é muito grande, desde situações simples que poderiam ser resolvidas nos cuidados de saúde primários, até situações de risco de vida iminente; a solicitação dos profissionais é constante e estes não conseguem dar resposta a todas as necessidades dos doentes e dos seus familiares/acompanhantes; o espaço físico condiciona de forma evidente a prestação de cuidados, pelo facto de haver sempre macas e cadeiras de rodas nos corredores e um número de doentes superior à capacidade do espaço; e ainda um sentimento de frustração por parte dos enfermeiros porque ambicionam uma prestação de cuidados de excelência, mas nem sempre conseguem, fazendo o seu melhor com as condições que têm.

Através da observação direta da prestação de cuidados, constatei que na administração de medicação existem procedimentos com elevado risco de erro terapêutico, bem como na identificação de doentes, porque apesar da sua pulseira, estão constantemente a mudar a sua localização, o que é utilizado como uma das formas de identificação.

Também a comunicação entre a equipa médica e de enfermagem poderia ser otimizada, com vista a uma prestação de cuidados mais rápida e eficaz, uma vez que a informação é transmitida, única e exclusivamente, através do sistema de informação utilizado e em algumas situações era fundamental uma melhor articulação em prol da resposta às necessidades de cuidados do doente urgente.

De acordo com vários autores, a comunicação, a interrupção constante dos profissionais, o nível de ruído elevado, a complexidade da situação de doença, um inadequado rácio enfermeiro-doente, um ambiente de trabalho que impede a organização dos cuidados são alguns dos fatores que mais contribuem para a ocorrência de eventos

adversos, uma vez que estas situações não só dependem de falhas humanas, como de falhas estruturais e de organização (Amado, 2014; Castilho, 2014; Silva, 2014).

Compreende-se, então, a suscetibilidade de um **SU** para a ocorrência de eventos adversos e o contexto de estágio não é exceção. Assim, a notificação de eventos adversos pareceu-me ser uma temática importante a explorar no seio da equipa.

Após discutir esta questão com a Enfermeira Tutora, esta referiu que uma colega já tinha feito uma ação de sensibilização para essa problemática há uns meses atrás, divulgando a plataforma NOTIFICA.

Através da discussão informal desta temática com alguns elementos da equipa, estes consideraram que a plataforma nacional disponibilizada pela DGS era um pouco complexa no registo dos eventos adversos e o seu *feedback* era reduzido. Todavia, alguns eventos adversos eram alvo de reflexão e discussão nas passagens de turno ou reuniões de serviço, porque eram motivo de preocupação para a equipa, embora algumas situações que exigem anonimato não pudessem ser discutidas.

Assim, perante a falta de dados concretos relativamente aos eventos adversos no **SU**, considerei pertinente a criação de uma plataforma interna para a sua notificação, com garantia de anonimato e confidencialidade, o que poderá permitir a identificação dos eventos adversos mais frequentes e a sua análise permitirá encontrar ações de melhoria que deem resposta a essas situações.

No capítulo seguinte, serão estabelecidos os objetivos do projeto para os dois contextos de estágio e, posteriormente, sugeridas as ações de melhoria para reduzir o risco de ocorrência de eventos adversos na **UCI** e no **SU**.

5.OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO

Perante as circunstâncias descritas no diagnóstico de situação, os objetivos do projeto de intervenção na UCI foram:

- Promover na equipa de enfermagem o conhecimento sobre os eventos adversos mais frequentes ocorridos no serviço;
- Promover ações de melhoria e ações para reduzir o risco para os eventos adversos mais comuns no serviço e que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Reduzir, a longo prazo, a percentagem de eventos adversos no âmbito da medicação e da identificação de doentes.

Para ser possível atingir os objetivos traçados, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica sobre erros terapêuticos, sobretudo no que diz respeito a administração de medicação e identificação dos doentes e formas de os minimizar. Conhecendo o contexto do serviço onde decorreu o estágio, as medidas sugeridas foram adaptadas nesse sentido, de forma a evitar um aumento de custos associados às mesmas e foi planeada uma sessão de formação para a sua divulgação.

Pelo *timing* disponível para o estágio nesta unidade, a análise dos resultados não poderia ser realizada por mim; todavia, sugeri que fossem estabelecidos indicadores de resultado a atingir com as medidas propostas.

Espera-se, então, que no prazo de seis meses:

- Os eventos adversos relacionados com medicação reduzam em 5% face à percentagem atual;
- Os eventos adversos relacionados com a identificação dos doentes reduzam em 10% face à percentagem atual.

Os indicadores de resultados apresentam valores de objetivo diferentes, uma vez que, no âmbito da medicação, uma grande parte dos eventos notificados não são sensíveis à intervenção dos enfermeiros; pelo contrário, na identificação dos doentes, os eventos notificados podem ser modificáveis através das medidas sugeridas.

No que diz respeito ao contexto do SU, os objetivos do projeto de intervenção foram:

- Elaborar e implementar uma plataforma interna de notificação de eventos adversos que garanta o anonimato dos profissionais e a confidencialidade dos dados;
- Promover a notificação de eventos adversos pela equipa de enfermagem;
- Promover a identificação dos eventos adversos mais comuns permitindo desenvolver

ações de melhoria.

Para ser possível atingir os objetivos traçados, foi criada uma plataforma, com base na NOTIFICA, com itens que permitem a caracterização dos eventos adversos. Esta plataforma foi criada através de um formulário Google, associado a uma conta de e-mail que será gerida por elementos da equipa do SU, podendo estes ser de várias classes profissionais.

Os profissionais que ficarem responsáveis pela gestão das notificações poderão, à posteriori, explorar os eventos adversos mais frequentes e propor intervenções de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No capítulo seguinte, serão apresentadas as sugestões de melhoria efetuadas na UCI e no SU de forma a atingir os objetivos apresentados.

6.SUGESTÕES DE MELHORIA/AÇÕES PLANEADAS

Os erros de medicação podem ocorrer em vários passos do processo de administração de medicação: desde a prescrição, à transcrição, à dispensação e, por fim, a administração (DGS, 2015; Schub *et al.*, 2017).

Os enfermeiros, por estarem diariamente envolvidos na administração de medicação, estão sujeitos a uma maior probabilidade de erro, mesmo que a origem do erro venha de uma fase anterior do processo e não seja da sua inteira responsabilidade (Schub *et al.*, 2017). Todavia, simultaneamente, também são os enfermeiros que constituem uma rede de segurança na prevenção de erros de medicação (Schub *et al.*, 2017).

A implementação de práticas seguras na administração de medicação não elimina, mas reduz significativamente, a probabilidade de ocorrer um erro de terapêutica que culmine num evento adverso para o doente, podendo causar danos com gravidade, e mesmo não causando danos, põe em causa toda a credibilidade da equipa multidisciplinar e, sobretudo, dos enfermeiros (DGS, 2015; Schub *et al.*, 2017).

De acordo com a norma da DGS (2015), antes da administração de qualquer medicação, é imperativo verificar a identificação do doente, o nome do medicamento, da dose, da via e da hora de administração, os habitualmente conhecidos como “cinco certos”. Sempre que existirem dúvidas quanto a eles, o medicamento em questão nunca deve ser administrado (DGS, 2015).

Além disto, as recomendações da DGS (2015), também evidenciam a importância da dupla verificação, ou seja, antes da administração, os “cinco certos” devem ser verificados uma segunda vez.

Apesar de este procedimento fazer parte das práticas da equipa da UCI onde decorreu o estágio, considero que o momento em que é feita essa dupla verificação não é o mais adequado. Deste modo, a minha proposta de melhoria passa por realizar essa dupla verificação à cabeceira do doente, ou seja, colocar a folha da prescrição na mesa de apoio existente para cada doente e, nesse local e antes da administração, verificar a identificação do doente na sua pulseira de identificação e na pulseira existente na cama, confirmar o nome do medicamento, a dose, a via e a hora da administração. Foi também reforçada a ideia de que nesse local só deve estar a medicação a ser administrada naquele horário e não a medicação de vários horários, como acontecia anteriormente.

A DGS (2015) adverte, ainda, para aspetos relacionados com o ambiente de trabalho como a iluminação, o ruído, a temperatura e a redução das interrupções ou distrações durante

o processo de preparação e administração de terapêutica. Embora isto nem sempre seja possível pelo ritmo de trabalho dos enfermeiros, estão descritos como sendo fatores precipitantes do erro e devem ser minimizados sempre que possível (Amado, 2014; Castilho, 2014; DGS, 2015; Silva, 2014).

No que concerne à identificação dos doentes, esta está frequentemente na origem de erros de terapêutica e outros eventos adversos por não ser clara e, muitas vezes, por estar errada.

Também a DGS (2011) já se pronunciou sobre a identificação inequívoca dos doentes em instituições hospitalares e recomendam a utilização de pulseiras que contenham como dados de identificação fidedigna do doente: o primeiro e último nome, a data de nascimento e o número único de processo clínico na instituição.

Na UCI eram utilizados os colantes de identificação dos doentes nas pulseiras, salvaguardando que ficavam visíveis estes três elementos fundamentais. Todavia, o que poderá estar na origem de alguns erros na identificação dos doentes será a forma como estão organizados os processos físicos, tal como foi descrito no diagnóstico de situação. Sugeri, então, que fossem colocados num sítio, de forma ordenada e voltassem a ser colocados nesse mesmo sítio quando já não são necessários.

Além disso, para se poder minimizar os erros associados à identificação dos doentes, considereei pertinente utilizar a auditoria clínica interna como uma ferramenta de minimização destes erros.

A auditoria clínica é definida como uma ferramenta de apoio à qualidade clínica, uma forma de melhoria contínua das práticas, uma atividade com carácter pedagógico e um meio para garantir a prestação de cuidados de qualidade e com segurança (*National Institute for Clinical Excellence*, 2002; Pinheiro, 2018).

A auditoria clínica interna é uma metodologia utilizada na UCI relativamente a muitos procedimentos e práticas, nomeadamente na área do controlo de infeção. Assim, foi sugerido à equipa de enfermagem que fosse efetuada uma auditoria diária à identificação dos doentes, isto é, verificar a conformidade entre as duas pulseiras existentes (a do doente e a da cama), bem como a confirmação de que todos os dados de identificação inequívoca do doente estão visíveis e legíveis (nome completo, data de nascimento e número de processo clínico na instituição). Para a realização desta auditoria, é sugerida uma grelha simples de preenchimento rápido se encontra como apêndice deste documento (APÊNDICE A).

Esta auditoria poderia ser feita em simultâneo com a auditoria da Pneumonia Associada à Ventilação Invasiva, que é feita diariamente na UCI a todos os doentes

submetidos a ventilação invasiva, de forma a não interferir com outras rotinas do serviço.

Como forma de promover o conhecimento sobre os eventos adversos mais comuns na UCI e divulgar as medidas sugeridas, foi preparada uma sessão de formação que, devido ao *timing* definido para a realização do estágio e às formações de serviço já agendadas, não foi possível realizar. Encontra-se disponível em apêndice a planificação da sessão de formação (APÊNDICE B), a apresentação da sessão de formação em formato *powerpoint* (APÊNDICE C) e os questionários de avaliação da sessão (APÊNDICES D e E).

O projeto de intervenção foi apresentado às Enfermeiras Tutoras, bem como à Enfermeira Chefe da UCI, no sentido de incentivar à implementação das ações de melhoria e redução do risco no âmbito dos eventos adversos.

Passando ao contexto do SU, ainda não existia nenhuma metodologia que permitisse a notificação de eventos adversos, de forma anónima e confidencial. Como já foi referido no enquadramento teórico do presente trabalho, a notificação de eventos adversos é uma estratégia que promove a aprendizagem com o erro e permite a consequente implementação de ações de melhoria e de redução do risco, embora a subnotificação seja ainda uma realidade, tanto a nível nacional como internacional (DL N.º28/2015 de 10 de Fevereiro, Ministério da Saúde).

Contudo, se o sistema de notificação garantir a confidencialidade e o anonimato dos intervenientes, a sua utilização será vista como não punitiva e como promotora de aprendizagem, melhorando assim a qualidade dos cuidados prestados.

Importa ainda referir que, por parte dos dirigentes institucionais, é fundamental o apoio à prática de notificação de eventos adversos, permitindo a formação dos profissionais nesta área e dando-lhes *feedback* das medidas corretivas levadas a cabo para dar resposta aos eventos adversos notificados, aumentando assim a confiança dos profissionais e, sobretudo, a segurança dos doentes (DL N.º28/2015 de 10 de Fevereiro, Ministério da Saúde; Esteves, 2015; Martins, 2013; Martins, 2017).

A avaliação estatística periódica dos dados registados nas plataformas de notificação de eventos adversos é também um aspeto essencial, para compreender a evolução e o impacto das ações de melhoria instituídas (Esteves, 2015; Martins, 2013; Martins, 2017).

Aquando da criação da NOTIFICA, a DGS (2014) disponibilizou o Manual do Profissional Notificador que apresenta o conjunto de itens que permite caracterizar os eventos adversos e que são solicitados quando a NOTIFICA é utilizada por um profissional de saúde, sendo eles:

- Instituição onde ocorreu o evento;

- Data e hora do evento;
- Quem notifica;
- Quando o profissional teve conhecimento da ocorrência do evento;
- Tipologia do evento;
- Idade e sexo de quem sofreu o evento;
- Âmbito do evento;
- Consequências organizacionais;
- Consequências para o doente;
- Tipo de dano;
- Gravidade do dano.

Perante o conhecimento do contexto do **SU**, considerei que seria pertinente efetuar alguns ajustes e adaptar a plataforma criada, no sentido de promover a adesão à notificação de eventos adversos por parte da equipa.

Relativamente à instituição onde ocorreu o evento adverso, é um item desnecessário, uma vez que se trata de uma plataforma interna e todos os eventos notificados serão da mesma instituição.

A data e hora do evento poderão contribuir para uma identificação dos profissionais envolvidos, colocando assim em causa a questão do anonimato, pelo que também não foi incluído na plataforma criada. Independentemente do dia em que ocorreu, considerei mais importante perceber o turno em que sucedeu o mesmo, visto que uma maior incidência de eventos adversos num determinado turno, poderá ter uma causa específica, como por exemplo, uma maior afluência de doentes.

O setor do **SU** onde ocorreu o evento adverso e o número de doentes presentes nesse local também poderá ser uma informação útil, para diagnosticar eventuais necessidades de ajuste de rácios de profissionais, pelo que foi incluído na plataforma.

No que concerne às consequências organizacionais e às consequências para o doente, são características que têm maior importância para os gestores do que para os intervenientes, uma vez que para estes últimos são mais relevantes as causas, ou seja, o que esteve na origem do evento adverso, para que não haja reincidências. Além disso, os dois itens seguintes – tipo de dano e gravidade do dano – já dizem respeito às consequências do evento adverso.

Tendo em conta tudo o que foi exposto, a plataforma criada inclui, então, os seguintes itens:

- **Quem notifica:** refere-se ao grupo profissional a que pertence o profissional que está a notificar o evento adverso, sendo que existem várias opções;

Quem notifica? *

- Enfermeiro/a
- Médico/a
- Assistente técnico
- Assistente operacional
- Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
- Outra: _____

- **Quando teve conhecimento da ocorrência do evento adverso:** este item refere-se ao intervalo de tempo passado entre a ocorrência do evento e a sua notificação;

Quando teve conhecimento da ocorrência do evento adverso? *

- Imediatamente
- No próprio dia
- Passado mais de 24 horas
- Desconhecido

- **Turno em que ocorreu o evento;**

Turno em que ocorreu o evento *

- Manhã (8h-14h)
- Tarde (14h-20h)
- Noite (20h-8h)

- **Local onde ocorreu o evento:** diz respeito ao setor do SU onde este ocorreu;

Local onde ocorreu o evento *

- Área médica
- Área cirúrgica
- OBS
- ST2
- Sala de Emergência
- Triagem
- Transporte de doentes
- Outra: _____

- **Número de doentes presentes na área onde ocorreu o evento:** este item pretende registar o número de doentes que aguardavam ser observados pela equipa médica e/ou de enfermagem e permaneciam no setor quando ocorreu o evento;

Número de doentes presentes na área onde ocorreu o evento *

- Menos de 10
- Entre 10 e 20
- Entre 20 e 30
- Entre 30 e 40
- Mais de 40
- Não aplicável
- Desconhece

- **Tipologia do evento:** pretende distinguir os eventos que causam dano ao doente, os que não causam dano ao doente e os quase-eventos;

Tipologia do evento *

- Ocorrência comunicável (uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente)
- Quase evento (um incidente que não alcançou o doente)
- Evento sem dano (um incidente em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis)
- Evento com dano (um incidente que resulta em danos para o doente)

▪ **Faixa etária de quem sofreu o evento adverso:**

Faixa etária de quem sofreu o evento adverso *

- Menos de 18 anos
- Dos 18 aos 30 anos
- Dos 31 aos 65 anos
- Mais de 65 anos
- Desconhece

▪ **Sexo de quem sofreu o evento adverso:**

Sexo de quem sofreu o evento adverso *

- Masculino
- Feminino
- Desconhece

- **Evento relacionado com:** diz respeito ao âmbito em que ocorreu o evento, estando destacados os mais frequentes e havendo possibilidade de acrescentar algum diferente na opção “Outra”;

Evento relacionado com *

- Medicação/Fluidos IV
- Identificação de doentes
- Prestação de cuidados
- Controlo de infeção
- Quedas
- Úlceras de pressão
- Dispositivos/equipamentos médicos
- Hemoderivados
- Recursos/Gestão Organizacional
- Violência contra os profissionais
- Dispositivos médicos corto-perfurantes
- Outra: _____

- **Tipo de dano:** se o dano causado ao doente foi físico, emocional, nenhum ou outro;

Tipo de dano *

- Físico
- Emocional
- Nenhum
- Outra: _____

- **Gravidade do dano:** pode variar entre ligeira, moderada, grave ou morte, havendo também as opções de “nenhuma” e “desconhecida”;

Gravidade do dano *

- Nenhuma
- Ligeira (dano mínimo - o doente requer observação extra ou pequeno tratamento)
- Moderada (dano a curto prazo - o doente requer um procedimento ou tratamento)
- Grave (dano permanente ou por tempo prolongado)
- Morte (causada pelo incidente)
- Desconhecida

- **Descrição do evento adverso:** trata-se de uma pergunta de resposta aberta, caso o profissional pretenda fornecer mais dados sobre o evento adverso, sendo opcional a sua resposta;

Descrição do evento adverso

A sua resposta

- **Possível(s) causa(s):** pretende-se que o profissional identifique a causa do evento adverso, caso consiga ou queira fazê-lo, sendo uma pergunta de resposta aberta de carácter opcional.

Possível(s) causa(s)

A sua resposta

A plataforma pode ser consultada, na íntegra, no APÊNDICE F.

Após o preenchimento do formulário, a resposta é enviada para uma conta de e-mail que será gerida pelos profissionais selecionados para esse efeito, permitindo-lhes efetuar a análise dos eventos adversos e discutir ações de melhoria e redução do risco. Torna-se, assim, imprescindível um acompanhamento periódico dos resultados e o respetivo *feedback* à equipa.

O acesso à plataforma poderá ser feito através do ambiente de trabalho de todos os computadores do **SU**, ficando, deste modo, acessível a todos os profissionais. Todavia, a utilização desta plataforma não invalida a notificação de eventos adversos na NOTIFICA, tal como preconizado pela DGS.

O presente trabalho foi apresentado ao Enfermeiro Chefe, bem como aos Enfermeiros Tutores e foi, ainda, solicitado ao responsável pela formação em serviço a apresentação desta plataforma à equipa, no sentido de promover a adesão a esta iniciativa, mas que não foi possível efetuar no *timing* estabelecido para o estágio.

A adesão da equipa a esta iniciativa contribuirá para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e promoverá uma cultura de segurança no **SU**.

7.AVALIAÇÃO

Apesar de não ter sido possível efetuar a avaliação das ações planeadas pelo *timing* definido para os estágios, são sugeridas estratégias de avaliação que permitem monitorizar os resultados e, simultaneamente, avaliar os ganhos obtidos com a implementação do projeto.

Tendo como objetivo a segurança do doente, a avaliação do projeto é uma etapa fundamental para perceber o impacto das ações implementadas na gestão dos riscos associados à prestação de cuidados, bem como proporcionar cuidados de qualidade e adaptados às necessidades e expectativas dos cidadãos.

Desta forma, relativamente ao contexto da UCI, seria pertinente:

- Avaliar o conhecimento adquirido pela equipa no que diz respeito aos eventos adversos mais frequentes no serviço, através do questionário de avaliação da sessão de formação;

- Avaliar o impacto das medidas sugeridas, através da análise dos eventos adversos notificados após a sua implementação;

Por sua vez, no que diz respeito ao SU, seria apropriado:

- Avaliar a adesão dos profissionais à notificação de eventos adversos na plataforma criada;

- Monitorizar os eventos adversos notificados e implementar medidas corretivas adequadas aos mesmos.

8.CONCLUSÃO

Tendo em conta a evolução científica e tecnológica dos últimos anos, o aumento das necessidades dos cidadãos e as suas expectativas, a segurança do doente constitui-se como um grande desafio nos cuidados de saúde.

Os enfermeiros assumem, perante a sociedade, a responsabilidade da prestação de cuidados de saúde de excelência e, por esse motivo, trabalham continuamente para atingir esse objetivo, desenvolvendo medidas promotoras da segurança dos cidadãos que utilizam os serviços de saúde.

A notificação de eventos adversos está descrita como uma ferramenta de extrema eficácia na identificação, análise e prevenção de incidentes, uma vez que, quando garantido o anonimato e confidencialidade dos dados, os enfermeiros sentem-se mais à vontade para reconhecer o erro, promovendo, assim, a aprendizagem de todos e o desenvolvimento de estratégias de minimização do risco, bem como ações de melhoria.

A administração de medicação e a identificação dos doentes são, frequentemente, áreas onde é premente melhorar as práticas diárias, por serem muito suscetíveis ao erro. Intervenções como a dupla verificação da medicação à cabeceira do doente e a auditoria clínica aos dados de identificação inequívoca dos doentes poderão contribuir para uma diminuição da incidência de eventos adversos neste âmbito.

A utilização de plataformas internas não invalida a utilização da NOTIFICA, todavia, o *feedback* das medidas corretivas instituídas para dar resposta aos eventos adversos notificados é fundamental para aumentar a confiança dos profissionais e, sobretudo, a segurança dos doentes, pelo que a criação das plataformas internas pode promover uma maior adesão à notificação de eventos adversos. Além disso, permitem conhecer a realidade dos serviços e, posteriormente, compreender a evolução e o impacto das ações de melhoria instituídas.

Pessoalmente, a realização deste projeto de intervenção contribuiu para a consolidação de conhecimentos no âmbito da segurança do doente e da qualidade dos cuidados de saúde, bem como a revisão de diretrizes nacionais para a prevenção de eventos adversos.

Cada vez mais, pelo ambiente de stress a que estão expostos e invadidos pela rotina, os enfermeiros têm dificuldade em manter práticas seguras e o EEEMC tem uma responsabilidade acrescida na promoção de um ambiente seguro e na implementação de estratégias de prevenção e notificação de eventos adversos, potenciando a qualidade dos

cuidados, sendo possível desenvolver estas competências com a realização deste projeto.

O projeto de intervenção foi entregue aos responsáveis de ambos os serviços e espera-se que seja um contributo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

9.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amado, Raquel. *Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem Contributos para a Segurança do Doente.* Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014.

Castilho, Amélia Filomena de Oliveira Mendes. *Eventos Adversos nos Cuidados de Enfermagem ao Doente Internado: Contributos para a Política de Segurança.* Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2014.

Cerqueira, André Barros Pinto. *O acolhimento dos enfermeiros aos familiares da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: estudo das perspetivas dos enfermeiros e dos familiares.* Universidade do Minho. Braga : Escola Superior de Enfermagem, 2017.

DECRETO-LEI N.º 28/2015 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República, II série (2015). [Consultado em 8 de Outubro de 2018]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/?cr=26938>>.

DECRETO-LEI N.º 102/2015 de 27 de Maio do Ministério da Saúde. Diário da República, II série, p.13550-13553 (2015). [Consultado em 8 de Outubro de 2018]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>>.

Esteves, Margarida Isabel. *Gestão de Risco – Análise de um Sistema de Registo de Incidentes e Eventos Adversos numa Unidade de Saúde.* Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2015.

Guia, Helena. *Stresse Profissional e Estratégias de Coping dos Enfermeiros do Serviço de Urgência.* Universidade Atlântica. Barcarena : Escola Superior de Saúde, 2015.

Martins, Lina. *Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central.* Lisboa : Instituto Politécnico de Lisboa - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 2017.

Martins, Renata Reis Pires. *Sistema de Notificação de Eventos Adversos em Ambiente Hospitalar.* Braga : Universidade do Minho, 2013.

Nogueira, Carlos. *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência.* Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo : Escola Superior de Saúde, 2016.

National Institute for Clinical Excellence. *Principles for Best Practice in Clinical Audit.* United Kingdom : 2002.

Ordem dos Enfermeiros. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE.* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2015. (Consultado em 29 de Setembro de 2018). Disponível em WWW:<URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2014. (Consultado em 27 de Setembro de 2018). Disponível em WWW:<URL: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf>.

Pedreira, Manuel Filipe Rodrigues. *Segurança de doentes e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos.* Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2015.

Pereira, Anabela de Jesus. *Práticas Preventivas e Ocorrência de Eventos Adversos: Perceção dos Enfermeiros.* Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2018.

Pinheiro, Luís dos Santos. *Auditorias Clínicas Internas.* Lisboa : Administração Central do Sistema de Saúde, 2018.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente.* Lisboa : Departamento da Qualidade em Saúde, 2011. (Consultado em 3 de Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde.* Lisboa: 2011. (Consultado em 10 de Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02070236AAAA AAAAAAAAAAAAAA>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Processo de Gestão da Medicação.* Lisboa : 2015. (Consultado em 10 de Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA.* Lisboa: 2014. (Consultado em 10 de Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. *Sistema Nacional de Notificação – Manual do Profissional Notificador.* Lisboa: 2014. (Consultado em 10 de Outubro de 2018). Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notific-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>>.

REGULAMENTO N.º429/2018 de 16 de Julho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II série, N.º 135 (2018). [Consultado em 20 de Setembro de 2018]. Disponível em <<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>>.

REGULAMENTO N.º140/2019 de 6 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II série, N.º 26 (2019). [Consultado em 9 de Fevereiro de 2019]. Disponível em <<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>>.

Reveles, Anaísa, et al. *Acolhimento do Doente e Família no Serviço de Urgência*. Coimbra: Setembro de 2012, Revista Sinais Vitais, Vol. 104.

Schub, Tanja e Heering, Helle. *Medication Errors: Preventing Errors Associated with IV Medications and Infusions*.: Cinahl Information Systems, 2017. NURSING PRACTICE & SKILL.

Silva, Ana Sofia Batista. *Gestão do Risco Clínico na Segurança do Doente. Contributos para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Lisboa : Universidade Católica Portuguesa, 2014.

Souza, Joana D’Arc de, Júnior, João Mário Pessoa e Miranda, Francisco Arnoldo Nunes de. Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – GRELHA DE AUDITORIA À IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DE
DOENTES**

Processo:		Data: ___ / ___ / ___	
1.O doente tem pulseira de identificação no pulso?			
Sim		Não	
2.O doente tem pulseira de identificação na cama?			
Sim		Não	
3. Na pulseira de identificação do pulso consta a identificação inequívoca do doente?			
Nome completo (visível e legível)		Sim	Não
Data de nascimento (visível e legível)		Sim	Não
Número de processo (visível e legível)		Sim	Não
4. Na pulseira de identificação da cama consta a identificação inequívoca do doente?			
Nome completo (visível e legível)		Sim	Não
Data de nascimento (visível e legível)		Sim	Não
Número de processo (visível e legível)		Sim	Não
5. A informação de ambas as pulseiras é coincidente?			
Sim		Não	

**APÊNDICE B – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “A NOTIFICAÇÃO DE
EVENTOS ADVERSOS COMO PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE”
PARA A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Plano da Sessão de Formação

Formador: Filipa Oliveira (Aluna do MEMC da UCP)

Tema: A notificação de eventos adversos como promotora da segurança do doente

Destinatários: Equipa de Enfermagem da UCI

Tempo: 20 minutos

Objetivo Geral:

- Promover a adesão a medidas de prevenção de eventos adversos.

Objetivos Específicos:

- Apresentar os eventos adversos mais comuns da UCI;
- Apresentar sugestões de melhoria específicas para os eventos adversos mais comuns;
- Reduzir, a longo prazo, a percentagem de eventos adversos no âmbito da medicação e da identificação de doentes.

	Conteúdos	Metodologia	Recursos materiais	Tempo
Introdução	- Apresentação de conceitos como qualidade em saúde, segurança do doente e evento adverso; - Importância da notificação de eventos adversos.	- Expositivo/Participativo.	- Computador; - Projetor.	- 5 minutos.
Desenvolvimento	- Práticas observadas na equipa de enfermagem; - Medidas preventivas dos eventos adversos mais comuns do serviço.	- Expositivo/Participativo.	- Computador; - Projetor.	- 10 minutos.
Conclusão	- Reflexão sobre as sugestões de melhoria apresentadas; - Avaliação da sessão.	- Expositivo/Participativo.	- Computador; - Projetor; - Questionário de avaliação.	- 5 minutos.

APÊNDICE C – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO “A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS COMO PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE” PARA A UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS



A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS COMO PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE

Filipa Oliveira | Aluna do MEMC – UCP
(Sob orientação da Prof. Ana Sabrina Sousa)

Sumário

- Objetivos;
- Qualidade e Segurança em Saúde;
- Notificação de eventos adversos;
- Eventos adversos;
- Práticas observadas;
- Sugestões de melhoria;
- Bibliografia.

Objetivos

- Promover na equipa de enfermagem o conhecimento sobre os eventos adversos mais frequentes ocorridos no serviço;
- Promover ações de melhoria e ações para reduzir o risco para os eventos adversos mais comuns no serviço e que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Reduzir, a longo prazo, a percentagem de eventos adversos no âmbito da medicação e da identificação de doentes.

Qualidade e Segurança em Saúde

- A qualidade em saúde é definida como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Decreto-Lei n.º102/2015 de 27 de Maio, Ministério da Saúde, p.13551).
- A segurança do doente é definida como a não exposição do doente a danos desnecessários associados à prestação de cuidados de saúde, tendo como objetivo reduzir essa exposição a um mínimo possível (DGS, 2011).

Notificação de eventos adversos

- A notificação de eventos adversos é considerada como uma das ferramentas mais eficazes na identificação dos riscos, perigos e vulnerabilidades das instituições de saúde, uma vez que permite a partilha de aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria.

(Decreto-Lei n.º28/2015 de 10 de Fevereiro, Ministério da Saúde)

Eventos adversos

- **Evento adverso:** um incidente não intencional que resulta em dano para o doente, resultante da prestação de cuidados de saúde;
- **“Near miss”/Quase evento:** um incidente com potencial dano para o doente, que poderia culminar num evento adverso, mas que não chega a atingir o doente;
- **Ocorrência comunicável:** situações com potencial de causar dano, mas que acabaram por não ocorrer;
- **Evento sem dano:** um incidente que atinge o doente, mas não resulta em danos evidentes ou perceptíveis.

(DGS, 2011)

Práticas observadas

- A preparação da terapêutica de todos os doentes é feita no mesmo balcão, o que pode aumentar o risco de erro, apesar de fazerem dupla verificação, tal como recomendado pela DGS. Todavia, após essa dupla verificação, toda a medicação se mantém disposta da mesma forma e mantém-se o risco de erro terapêutico.
- As pulseiras de identificação dos doentes são feitas através dos colantes identificativos existentes no processo de cada doente, que são colados nas pulseiras. Os processos não têm um sítio específico para estarem guardados, normalmente estão dispersos em cima do balcão e, frequentemente, o processo de um doente está próximo da cama de outro doente.

Sugestões de melhoria

- **Efetuar a dupla verificação à cabeceira do doente**, ou seja, colocar a folha da prescrição na mesa de apoio existente para cada doente e, nesse local e antes da administração, verificar a identificação do doente na sua pulseira de identificação e na pulseira existente na cama, confirmando o nome do medicamento, a dose, a via e a hora da administração.
- A medicação que é levada para a mesa de apoio do doente deve ser apenas a que vai ser administrada naquele horário.

Sugestões de melhoria

Processo:		Data: ___/___/___
1.O doente tem pulseira de identificação no pulso?		
Sim	Não	
2.O doente tem pulseira de identificação na cama?		
Sim	Não	
3. Na pulseira de identificação do pulso consta a identificação inequívoca do doente?		
Nome completo (visível e legível)	Sim	Não
Data de nascimento (visível e legível)	Sim	Não
Número de processo (visível e legível)	Sim	Não
4. Na pulseira de identificação da cama consta a identificação inequívoca do doente?		
Nome completo (visível e legível)	Sim	Não
Data de nascimento (visível e legível)	Sim	Não
Número de processo (visível e legível)	Sim	Não
5. A informação de ambas as pulseiras é coincidente?		
Sim	Não	

Bibliografia

- **DECRETO-LEI n.o 28/2015** de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República, II série (2015). [Consultado em 8 de Outubro de 2018]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/?cr=26938>>.
- **DECRETO-LEI n.o 102/2015** de 27 de Maio do Ministério da Saúde. Diário da República, II série, p.13550-13553 (2015). [Consultado em 8 de Outubro de 2018]. Disponível em <<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>>.
- **PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde.** *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente*. Lisboa : Departamento da Qualidade em Saúde, 2011.
- **PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde.** *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Lisboa: 2011.
- **PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde.** *Processo de Gestão da Medicação*. Lisboa : 2015.

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA
SESSÃO DE FORMAÇÃO “A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS COMO
PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE” PARA A UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA SESSÃO SOBRE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

1. Na sua opinião, qual a importância da segurança do doente para a prática clínica?
 - A) Muito importante
 - B) Razoavelmente importante
 - C) Indiferente
 - D) Pouco importante
 - E) Nada importante

2. Considera que a plataforma de notificações de eventos adversos já criada pelo serviço é uma ferramenta importante na promoção da segurança do doente?
 - A) Muito importante
 - B) Razoavelmente importante
 - C) Indiferente
 - D) Pouco importante
 - E) Nada importante

3. Um evento adverso é:
 - A) um incidente com potencial dano para o doente, que poderia culminar num evento adverso, mas que não chega a atingir o doente;
 - B) um incidente que atinge o doente, mas não resulta em danos evidentes ou perceptíveis;
 - C) um incidente não intencional que resulta em dano para o doente, resultante da prestação de cuidados de saúde;
 - D) um incidente que resulta apenas em dano para o profissional.

4. Na sua opinião, dentro das notificações realizadas na plataforma, os eventos adversos mais frequentes estão relacionados com:
 - A) Medicação, identificação de doentes e hemoderivados;
 - B) Medicação, quedas e controlo de infeção;
 - C) Hemoderivados e controlo de infeção;
 - D) Identificação de doentes e quedas.

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

FILIPA OLIVEIRA (ALUNA DO MEMC DA UCP)

**APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA DA
SESSÃO DE FORMAÇÃO “A NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS COMO
PROMOTORA DA SEGURANÇA DO DOENTE” PARA A UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS**

AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA DA SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

1. Qual a relevância desta formação para a sua prática clínica?

1 2 3 4 5

2. Os conteúdos abordados foram adequados?

1 2 3 4 5

3. O tempo da formação foi adequado?

1 2 3 4 5

4. A metodologia utilizada foi a mais adequada?

1 2 3 4 5

5. Classifique a ação de formação:

1 2 3 4 5

Escala de avaliação:

- 1- Muito baixa
- 2- Baixa
- 3- Neutra
- 4- Boa
- 5- Muito Boa

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

FILIPA OLIVEIRA (ALUNA DO MEMC DA UCP)

**APÊNDICE F – PLATAFORMA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS
PARA O SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Notificação de eventos adversos

A notificação de eventos adversos tem vindo a assumir uma grande importância na promoção da segurança dos doentes e o seu principal objetivo é a identificação de riscos, perigos e vulnerabilidades, promovendo a aprendizagem com o erro e a implementação de ações de melhoria.

De forma a promover a segurança dos utilizadores do Serviço de Urgência pretende-se que todos os profissionais que tenham conhecimento de eventos adversos façam o seu registo neste formulário, sendo que o seu anonimato estará garantido.

Colabore e contribua para a excelência dos cuidados prestados neste serviço!

***Obrigatório**

Quem notifica? *

- Enfermeiro/a
- Médico/a
- Assistente técnico
- Assistente operacional
- Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
- Outra: _____

Quando teve conhecimento da ocorrência do evento adverso? *

- Imediatamente
- No próprio dia
- Passado mais de 24 horas
- Desconhecido

Turno em que ocorreu o evento *

- Manhã (8h-14h)
- Tarde (14h-20h)
- Noite (20h-8h)

Número de doentes presentes na área onde ocorreu o evento *

- Menos de 10
- Entre 10 e 20
- Entre 20 e 30
- Entre 30 e 40
- Mais de 40
- Não aplicável
- Desconhece

Tipologia do evento *

- Ocorrência comunicável (uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente)
- Quase evento (um incidente que não alcançou o doente)
- Evento sem dano (um incidente em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis)
- Evento com dano (um incidente que resulta em danos para o doente)

Faixa etária de quem sofreu o evento adverso *

- Menos de 18 anos
- Dos 18 aos 30 anos
- Dos 31 aos 65 anos
- Mais de 65 anos
- Desconhece

Sexo de quem sofreu o evento adverso *

- Masculino
- Feminino
- Desconhece

Evento relacionado com *

- Medicação/Fluidos IV
- Identificação de doentes
- Prestação de cuidados
- Controlo de infeção
- Quedas
- Úlceras de pressão
- Dispositivos/equipamentos médicos
- Hemoderivados
- Recursos/Gestão Organizacional
- Violência contra os profissionais
- Dispositivos médicos corto-perfurantes
- Outra: _____

Tipo de dano *

- Físico
- Emocional
- Nenhum
- Outra: _____

Gravidade do dano *

- Nenhuma
- Ligeira (dano mínimo - o doente requer observação extra ou pequeno tratamento)
- Moderada (dano a curto prazo - o doente requer um procedimento ou tratamento)
- Grave (dano permanente ou por tempo prolongado)
- Morte (causada pelo incidente)
- Desconhecida

Descrição do evento adverso

A sua resposta _____

Possível(s) causa(s)

A sua resposta _____