



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

## **Relatório de Estágio**

### **A cultura da Segurança do Doente em Situação Crítica Na Perspetiva do Enfermeiro Especialista**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por:

Ana Patrícia Ferreira Barros

Porto, Junho de 2019



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## **Relatório de Estágio**

**A cultura da Segurança do Doente em Situação Crítica Na Perspetiva do Enfermeiro Especialista**

**The Culture of Patient Safety in a Critical Situation in the Perspective of the Nurse Specialist**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Por:  
Ana Patrícia Ferreira Barros

Sob a orientação de Prof. Doutora Patrícia Coelho

Porto, Junho de 2019

## RESUMO

A elaboração deste relatório aborda o meu percurso nos locais de estágio no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, através de uma metodologia descritiva e refletiva dos objetivos e das atividades desenvolvidas.

Os estágios foram realizados num Serviço de Medicina Intensiva num Hospital de referência na zona norte e em contexto Pré-Hospitalar. A escolha destes locais de estágio permitiu conhecer o trajeto a ser realizado pelo doente crítico que necessita de cuidados e intervenções nessas áreas, compreender as atividades realizadas em cada valência e desenvolver conhecimentos teórico-práticos junto de profissionais com larga experiências nestas áreas.

A segurança do doente nas diversas vertentes dos cuidados foi o tema sobre o qual me debrucei e foi transversal aos dois contextos na elaboração das atividades desenvolvidas ao longo dos dois estágios. Estes constituíram oportunidades para desenvolver competências e simultaneamente para compreender e promover a segurança do doente através de estratégias e atividades para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Considerou-se pertinente a realização de trabalhos individualizados sobre este tema nomeadamente uma Revisão bibliográfica da Literatura - A perspetiva do enfermeiro face à cultura da segurança do doente no Serviço de Medicina Intensivo e uma pesquisa bibliográfica e posteriormente uma apresentação que foi realizada nas instalações do Instituto Nacional de Emergência Médica sobre a forma, de uma sessão de formação/sensibilização disponibilizada a toda a equipa, ao enfermeiro tutor e orientadora. Os trabalhos desenvolvidos ao longo dos estágios permitiram o desenvolvimento e consolidação de competências.

A metodologia de trabalho utilizada para a elaboração do relatório foi expositiva e reflexiva, baseada na exposição e reflexão das atividades desenvolvidas de forma cronológica, onde constam os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas e as respetivas competências adquiridas no âmbito da especialização em enfermagem médico-cirúrgica na vertente do doente crítico

Palavras-chave: Enfermagem, Competências, Comunicação, Qualidade, Segurança.

## **ABSTRACT**

The elaboration of this report addresses my course in the internship places within the scope of the Masters Course in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing, through a descriptive and reflective methodology of the objectives and activities developed.

The internships were performed at an Intensive Care Unit in a reference hospital in the northern zone and in a prehospital setting. The choice of these training sites allowed us to know the path to be performed by the critical patient who needs care and interventions in these areas, to understand the activities performed in each valency and to develop theoretical-practical knowledge with professionals with wide experience in these areas.

The patient's safety in the various aspects of care was the theme on which I dealt and was transversal to the two contexts in the elaboration of the activities developed during the two stages. These were opportunities to develop competencies and simultaneously to understand and promote patient safety through strategies and activities to improve the quality of care provided. It was considered pertinent to carry out individualized work on this topic namely a Literature Review of Literature - The nurse's perspective regarding the safety culture of the patient in the Intensive Medicine Service and a bibliographical research and later a presentation that was carried out in the premises of the Institute National Medical Emergency on the form of a training / awareness session made available to the whole team, to the nurse tutor and counselor. The work developed during the internships allowed the development and consolidation of competences.

The work methodology used for the elaboration of the report was expositive and reflective, based on the exposure and reflection of the activities developed in a chronological way, which includes the objectives outlined, the activities developed and the respective competences acquired in the scope of the medical-surgical nursing specialization on the critical patient side.

Keywords: Nursing, Specialist, Skills, Communication, Quality.



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Patrícia Coelho,

Pela sua orientação com rigor e exigência, pela sua imensa paciência, disponibilidade, interesse, carinho e ajuda ao longo deste percurso.

A todos os tutores de Estágio,

Principalmente à minha querida tutora, amiga e agora colega de trabalho Liliana Carvalho, pela sua amizade, pela partilha de experiências e todos os ensinamentos que me transmitiu. Por se ter tornado no meu “*anjinho da guarda*” nesta caminhada.

À minha querida amiga Raquel,

Pelas longas conversas e partilhas vividas intensamente ao longo deste percurso vivido pelas duas.

Aos meus sogros,

Pela grande ajuda, dedicação e paciência. Foram uma ajuda fundamental neste percurso.

Aos meus Pais,

Que sempre me apoiaram, pelos quais tenho muito orgulho, respeito e carinho. A eles devo tudo o que sou pessoal e profissionalmente.

Finalmente não posso deixar de agradecer ao meu Marido Tiago pela paciência e apoio incondicional e ao meu filho Guilherme porque é por ele e para ele toda a minha vontade de avançar.



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AEM – Ambulância de Emergência Médica

APH – Assistência Pré-Hospitalar

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CVC – Cateter Venoso Central

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OVA – Obstrução de Via Aérea

PCR – Paragem Cardio-Respiratória

SAV – Suporte Avançado de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UP – Úlcera por Pressão

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI – Ventilação Não Invasiva

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....</b>	<b>20</b>
2.1 Estágio no Serviço de Medicina Intensiva.....	20
2.2 – Estágio no Pré-Hospitalar - INEM .....	44
<b>3. CONCLUSÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>68</b>
Apêndice - I - Revisão bibliográfica da Literatura - A perspetiva do enfermeiro face à cultura da segurança do doente: da reflexão à ação.....	70
Apêndice – II – Segurança do doente em contexto pré-hospitalar.....	88



# INTRODUÇÃO

O presente trabalho, intitulado A cultura da Segurança do Doente em Situação Crítica Na Perspetiva do Enfermeiro Especialista, insere-se no plano de estudos do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Instituto Ciências da Saúde (ICS) do Porto.

No sentido de dar continuidade e complementar o período de aprendizagem do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização Médico – Cirúrgica, o regulamento prevê a realização da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, durante o 3º semestre, que comporta uma carga horária de 750 horas de trabalho, sendo 360 horas de contacto direto e as restantes horas de trabalho individual do estudante, correspondendo a 30 European Credit Transfer System (ECTS).

A realização deste Mestrado surge numa perspetiva de formação profissional contínua, tão necessária ao suporte das atividades inerentes à prática clínica dos enfermeiros. Este novo período constitui uma nova fase de aprendizagem, através da mobilização de diversos saberes na prática profissional visando o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, que é definido pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 2011).

Ainda segundo o REPE (2011), o enfermeiro habilitado com o curso de Especialização em Enfermagem, a quem foi atribuído o título profissional confere-lhe competências científicas, técnicas e humanas para prestar além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. Portanto com a realização deste mestrado pretendo, adquirir competências para a assistência ao doente em estado crítico que necessite de intervenções mais diferenciadas nomeadamente competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico – cirúrgica, bem como, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico – cirúrgica na área da assistência à pessoa em situação crítica (Diário da República, 2018).

O cuidado ao doente crítico sempre foi uma área de interesse pessoal. A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência, de uma ou múltiplas funções vitais cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2010), estes cuidados específicos vão de acordo com a prestação de cuidados desenvolvidos num serviço de cuidados intensivos, assim como nos meios da assistência pré-hospitalar onde realizei o estágio.

A Terapia Intensiva surge com Florence Nightingale no século XIX a antecessora para a criação da Unidade de Terapia Intensiva. Nessa altura viu a necessidade de concentrar por nível de gravidade os doentes que durante a guerra da Crimeia foram feridos e posteriormente organizou os cuidados de enfermagem em relação às suas necessidades.

Durante os anos 60, as primeiras Unidade de Terapia Intensiva foram criadas com a mesma conceção que atualmente. Nas décadas seguintes, a Unidade de Cuidados Intensivos espalhou-se rapidamente, apoiada por diferentes avanços científicos e tecnológicos que tornaram possível lidar com situações que em anos anteriores teria sido impossível.

Quanto à emergência médica é definida pelo Instituto de Emergência médica (INEM) como a atividade na área da saúde que abrange tudo o que se passa desde o local onde ocorre uma situação de emergência até ao momento em que se conclui, no estabelecimento de saúde adequado, o tratamento definitivo (INEM, 2011).

O primeiro sistema de emergência médica em Portugal surgiu em Lisboa em 1965, e o seu objetivo era o transporte de doentes para o Hospital mais próximo. Nessa altura o número de emergência era o 115 e as ambulâncias eram tripuladas maioritariamente por políciaa (INEM, 2011).

O Serviço Nacional de Ambulâncias viria a ser criado em 1971 como uma tentativa de alargar o acesso ao sistema de emergência e número de emergência a todo o país. O conceito SIEM só foi integrado em 1980, com a reunião dos vários elementos do sistema, a criação do INEM e a criação do conceito de cadeia de sobrevivência. O primeiro CODU foi criado em 1987 em Lisboa, mas só em 1989 surge o primeiro veículo com a tripulação médica capaz de realizar SAV (INEM, 2011).

Perante a disponibilidade dos locais de estágio para a realização deste estágio as opções pelos respectivos locais foi uma escolha pessoal tendo em conta as perspetivas e objetivos pessoais e profissionais a atingir. Tendo em conta a minha realidade profissional o início do estágio foi com muito nervosismo e com muita incerteza no entanto tendo em conta toda a complexidade e exigência dos cuidados prestados em ambos os serviços perspectivava muitas oportunidades de aprendizagens. Portanto, a escolha dos locais de estágio teve por base a perspetiva de desempenhar funções onde os cuidados prestados são inerentes à situação clínica do doente em estado crítico adulto e/ou idoso e prestar cuidados a doentes com diferentes tipos de diagnóstico, onde são atendidas situações clínicas de instalação súbita, desde as menos urgentes às mais urgentes ou mesmo emergentes. Ambos os locais de estágio requerem um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos, comportamentais que se enquadram no critério de doentes em estado crítico, permitindo-me assim, a aquisição de mais conhecimentos e por sua vez desenvolver competências inerentes ao enfermeiro especialista prestando cuidados, abrangentes e promovendo a integração de saberes na melhoria constante dos cuidados.

No sentido de enriquecer todo o percurso de aquisição de competências, elaborei numa fase inicial um projeto de estágio definindo os objetivos específicos individuais a fim de desenvolver atividades/estratégias ajustadas à realidade encontrada em cada local de estágio. A elaboração deste relatório tem como objetivo dar a conhecer o meu percurso durante os estágios desenvolvidos, assim como efetuar uma análise crítica e descritiva, refletindo sobre todas as atividades desenvolvidas acerca dos cuidados de enfermagem especializados prestados ao doente crítico e ainda, relatar o processo de aquisição de competências seguindo a linha dos objetivos traçados, no projeto de estágio desenvolvido inicialmente.

A segurança do doente foi um tema que me despertou interesse já no decorrer da realização do mestrado mais propriamente no primeiro estágio realizado numa das unidades curriculares do curso. O interesse foi crescendo à medida que fui desenvolvendo pesquisa bibliográfica e tomando conhecimento da importância desta realidade, tanto a nível nacional como internacional. Este estágio serviu, não só para o desenvolvimento de competências específicas do

enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, como também constituiu uma oportunidade para refletir nas medidas implementadas nos dois contextos de estágio para a promoção de uma cultura de segurança e simultaneamente, contribuir para a construção de estratégias para melhorar a qualidade dos cuidados prestados tendo como tema central – O título – **“A cultura da Segurança do Doente em Situação Crítica Na Perspetiva do Enfermeiro Especialista”**.

O estágio decorreu sob a orientação da Prof. Doutora Patrícia Coelho e de enfermeiros Mestres e Especialistas na área da EMC definidos pelos enfermeiros chefes/gestores dos respetivos serviços, sendo que todos tiveram um papel fundamental no meu desenvolvimento, possibilitando a partilha a reflexão e a discussão de temas, ideias e situações vivenciadas ao longo do estágio, fomentando assim o espírito crítico-reflexivo e consequentemente a minha evolução e melhoria enquanto profissional.

A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho é expositiva e reflexiva, baseada na exposição e reflexão das atividades desenvolvidas, na mobilização de conhecimentos adquiridos e integrados, na consulta de bibliografia e na experiência pessoal e profissional.

A estrutura do relatório compreende diferentes capítulos para facilitar a compreensão do percurso efetuado. Assim, optei por dividir este relatório em 4 capítulos, Iniciando pela - Introdução, caracterização dos locais de estágio, processo de desenvolvimento de competências e conclusão, terminando com as referências bibliográficas e os Apêndices. As Referências Bibliográficas encontram-se formuladas de acordo com a norma APA (American Psychological Association).

# 1. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Na enfermagem, independentemente do nível de conhecimentos, o estágio é de extrema importância na aquisição de competências e, a área de Enfermagem Médico-Cirúrgica não é exceção. O estágio assegura experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz (Alarcão, 2010).

As características dos locais de estágio, a integração nas equipas multidisciplinares juntamente com um esforço contínuo de pesquisa bibliográfica constituem fases de aprendizagem fundamentais para a consecução dos objetivos propostos para o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEMC).

No processo de aquisição de novas competências a integração nas equipas multidisciplinares, o conhecimento da estrutura física e organizacional dos serviços bem como a forma com que os serviços interagem com outras unidades, o conhecimento de metodologias de trabalho e dos protocolos utilizados revelaram-se elementos essenciais neste percurso.

Durante os períodos de estágio foi possível a integração nas diferentes equipas multidisciplinares e assim perceber as metodologias de trabalhos os protocolos de atuação, normas e regulamentos existentes. Neste capítulo pretendo de forma sucinta e cronológica caracterizar os dois locais de estágio.

O primeiro estágio foi realizado no SMI de uma unidade local de saúde a norte de Portugal, e teve a carga horária de 180 horas, distribuídas por oito semanas entre 10 de Setembro a 3 de Novembro de 2018.

Trata-se de uma unidade fechada, autónoma, de nível III, polivalente com interface com a Urgência/ Emergência, em funcionamento desde Dezembro de 1999. Uma unidade de cuidados intensivos de nível III corresponde aos denominados serviços de Medicina Intensiva/ Unidades de Cuidados Intensivos (CI) e devem de preferência ter quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica e de enfermagem qualificada e em presença física nas 24

horas do dia, pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, deve dispor de medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos (Ministério da Saúde, 2013). Durante o tempo de estágio pude perceber que se trata de um serviço que possui tudo o que está delineado para uma unidade de cuidados intensivos de nível III.

O SMI pelo seu carácter polivalente e multidisciplinar admite doentes médicos, cirúrgicos, politraumatizados provenientes da sua área de influência, recebendo também doentes de outros hospitais fora da área, com indicação para cuidados intensivos, por falta de vaga nesses hospitais.

Durante a realização do estágio foi importante perceber que se trata de uma unidade que promove o desenvolvimento de normas de orientação clínica e protocolos nas principais áreas de intervenção em cuidados intensivos, promove a investigação clínica em CI, implementa medidas de controlo de qualidade e segurança no cuidado ao doente crítico. Pode-se afirmar que este serviço cumpre as recomendações para o desenvolvimento dos Cuidados Intensivos segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde (2013), tendo também quadros próprios de equipas multidisciplinares funcionalmente dedicadas, à assistência qualificada com formação específica na área de atuação, programas de ensino e treino em cuidados intensivos com presença física nas 24 horas.

Quanto à estrutura física trata-se de um serviço com unidades abertas, fechadas e mistas, sendo maioritariamente unidades abertas possibilitam contato visual permanentes com a equipa, maior observação e vigilância e maior rentabilidade dos cuidados de enfermagem. No entanto são unidades que proporcionam maior perceção de ruídos, menos privacidade assim como maior probabilidade de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

A existência de unidades mistas também eram uma mais-valia para o serviço, essenciais para receber doentes críticos imunodeprimidos ou com infeções graves. Existiam duas com adufa de entrada, espaço para luvas e roupa especial que possibilitavam pressão positiva ou negativa, estando sempre na entrada a identificação do tipo de isolamento.

Ainda no sentido de dar continuidade e complementar o período de aprendizagem teórica na área de especialização em Enfermagem Médico-

Cirúrgica foi realizado um segundo estágio, no pré-hospitalar, um dos dois estágios a que corresponde esta unidade curricular. Assim este estágio foi realizado no INEM e teve a carga horária de 180 horas, distribuídas por oito semanas entre os meses de Novembro e Janeiro de 2019.

A possibilidade de realizar um estágio em Emergência Médica imediatamente se afigurou uma oportunidade aliciante de conhecer melhor a realidade pré-hospitalar, uma área que sempre me fascinou e que desde sempre considerei uma excelente oportunidade de aprendizagem.

O plano de estágio desenvolvido para o estágio no INEM incluiu a realização de 2 turnos no CODU, 18 turnos com uma equipa SIV e 10 turnos com a equipa VMER, sendo que todas as horas de estágio foram desenvolvidos na ambulância SIV e no meio VMER.

A emergência médica é definida pelo INEM como a atividade na área da saúde que abrange tudo o que se passa desde o local onde ocorre uma situação de emergência até ao momento em que se conclui, no estabelecimento de saúde adequado, e o tratamento definitivo (INEM, 2011).

O Serviço Nacional de Ambulâncias viria a ser criado em 1971 como uma tentativa de alargar o acesso ao sistema de emergência e número de emergência a todo o país. O conceito SIEM só foi integrado em 1980, com a reunião dos vários elementos do sistema, a criação do INEM e a criação do conceito de cadeia de sobrevivência (INEM, 2018).

O primeiro CODU foi criado em 1987 em Lisboa, mas só em 1989 surge o primeiro veículo com a tripulação médica capaz de realizar SAV (INEM, 2018).

Ao longo deste percurso enquanto profissional a incrementar a minha formação como enfermeira especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica, para mim era imprescindível compreender a dinâmica deste local de estágio, assim como, conhecer o percurso do doente desde os cuidados pré-hospitalares até á sua receção em uma unidade hospitalar. Apesar de não ter realizado nenhum turno no CODU procurei saber juntos os tutores de estágio e com recurso a bibliografia o funcionamento deste serviço.

O funcionamento do CODU é assegurado 24 horas por dia por equipas de profissionais com formação específica para, no mais curto espaço de tempo, realizar a triagem de cada situação de emergência. Esta triagem é realizada pelos Técnicos Operadores de Telecomunicações de Emergência (TOTE), que atendem as chamadas de emergência e determinam o nível de prioridade atribuível a cada situação, segundo algoritmos definidos para o efeito. Após a triagem, procede-se ao acionamento dos meios de emergência médica considerados necessários e adequados a cada situação. Para este efeito, o CODU dispõe de um conjunto de equipamentos na área das telecomunicações e informática que permitem coordenar e gerir o conjunto dos meios de socorro (Mateus, 2007). No CODU trabalham também médicos, com formação em emergência médica, responsáveis pela coordenação de toda a atividade clínica, assegurando o acompanhamento, apoio e controlo das triagens médicas e dos meios de emergência mais diferenciados, e procedendo à validação de atos médicos delegados que se encontrem protocolados (Mateus, 2007). Ao CODU cabe ainda realizar a transferência das chamadas consideradas não urgentes para outros intervenientes do Sistema Nacional de Saúde (Linha Saúde 24) e coordenar a decisão sobre a referenciação primária e secundária de todos os doentes emergentes na rede nacional de Serviços de Urgência e/ou Cuidados Intensivos, em particular a referenciação das Vias Verdes (Mateus, 2007). Atualmente, o INEM tem quatro CODU em atividade: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro, que funcionam, desde 2011, numa lógica nacional, ou seja, as chamadas de emergência passaram a entrar numa fila de espera única a nível nacional e a serem atendidas no primeiro posto de atendimento disponível (INEM, 2013).

No contexto de prestação de cuidados em meio pré-hospitalar, a intervenção do Enfermeiro é também de vital importância por garantir a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita ou acidente. De facto, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro é o profissional de saúde que possui formação humana, técnica e científica adequada para a prestação de cuidados em qualquer situação, particularmente em contexto de maior complexidade e constrangimento, sendo detentor de competências específicas que lhe permitem atuar de forma autónoma e interdependentes, integrado na equipa de intervenção de emergência, em

rigorosa articulação com os CODU e no respeito pelas normas e orientações internacionalmente aceites.

Uma vez que todo o período de estágio em Emergência Médica foi realizado em Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV) e na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), considero pertinente realizar uma pequena descrição de cada viatura e dos meios que cada uma dispõe.

As SIV têm por missão garantir cuidados de saúde diferenciados, tais como manobras de reanimação. A tripulação é composta por um Enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-hospitalar (TEPH) e visa a melhoria dos cuidados prestados em ambiente pré-hospitalar à população. As Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida destinam-se a garantir cuidados de saúde diferenciados, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida.

A VMER é um veículo de intervenção pré-hospitalar destinado ao transporte rápido de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. A sua equipa é constituída por um Médico e um Enfermeiro e dispõe de equipamento de Suporte Avançado de Vida. As VMER atuam na dependência direta dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e têm base hospitalar. O seu principal objetivo consiste na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência médica.

Sendo uma enfermeira que exerce funções num Serviço de Urgência (SU) confesso que tinha muito interesse e curiosidade em conhecer os meios de transporte os recursos materiais de cada veículo e as condições disponíveis para a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Para isso participei ativamente na gestão destes recursos. De salientar a extrema importância dos profissionais que atuam nestes meios, em contexto pré-hospitalar (PH) a qualidade está intimamente relacionada com o funcionamento da equipa, num campo de ação em que participam médicos, bombeiros, enfermeiros sendo essencial que todos estejam habilitados e muito bem preparados para exercer um conjunto de ações. Enquanto futura enfermeira especialista considero que conhecer esta realidade é uma vantagem, pois permite perceber quais os meios disponíveis para tratar e cuidar os doentes que chegam todos os dias vindos através deste serviço.

## **2. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA**

O desenvolvimento de competências técnicas e científicas em resposta às necessidades em cuidados de saúde permitem um desenvolvimento impar no diagnóstico e tratamento. Mais do que em qualquer outra época, o aumento do conhecimento possibilita uma vida mais longínqua, mas viver muito não significa viver melhor (DRE).

Salientar a importância de aquisição de competências também é salientar as atividades e estratégias implementadas ao longo dos estágios que estiveram por base na aquisição de competências previstas para um enfermeiro EEMC segundo o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista nº140/2019.

Os próximos subcapítulos estão organizados com base nos dois locais de estágio, de forma cronológica, onde constam os objetivos delineados, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas como futura enfermeira especialista, com base no relato e reflexão de vivências e oportunidades que surgiram ao longo dos estágios.

### **2.1 Estágio no Serviço de Medicina Intensiva**

O serviço de Medicina Intensiva, constituiu o primeiro campo de estágio dos dois estágios realizados neste novo plano de estudos conforme o preconizado pelo plano de estudos para a obtenção do grau de mestre em enfermagem com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

A unidade de cuidados intensivos é uma unidade multidisciplinar onde é necessário concentrar competências, saberes e tecnologias. O estado normalmente crítico dos doentes e toda a diversidade de tecnologias associadas são aspetos que exigem de toda a equipa de enfermagem

habilidades, conhecimentos e competências para cuidar com um alto grau de especialização (Saúde, 2013).

A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) define o doente crítico como aquele que sofre de disfunção ou falência profunda de um ou mais órgão ou sistemas, sendo que a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica. Esta condição implica, segundo Cunha (2000), um quadro clínico complexo exigindo meios de monitorização e terapêutica para a sua sobrevivência. E Fernández Colina (2009) descreve que os doentes em situação crítica exigem intervenções no seio de uma equipa multidisciplinar especializada e treinada, com todas as condições apropriadas.

Por tudo isto cabe ao enfermeiro EMC o aperfeiçoamento constante e a aquisição de competências de cariz técnico, científico e relacional, respeitando os valores inerentes à Enfermagem.

Tal como já descrito anteriormente em seguida irei descrever os objetivos específicos, as atividades desenvolvidas assim como as competências adquiridas em cada local de estágio.

### **1. Objetivos específicos**

Identificar as necessidades da pessoa assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação em situação crítica e/ou falência orgânica.

Adquirir capacidade para integrar conhecimentos nomeadamente na área do doente crítico.

Lidar e refletir sobre questões complexas, nomeadamente com implicações éticas e sociais em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de EEMC.

### **Atividades desenvolvidas:**

- Identifiquei métodos de avaliação utilizados pelos profissionais para despiste de sinais precoces de alerta para possíveis complicações ou falência orgânica;

- Identifiquei com os tutores rapidamente os focos de instabilidade em doentes em situação crítica;

- Consegui selecionar e utilizar de forma mais adequada as habilidades de relação de ajuda ao doente em situação crítica, proporcionei medidas de conforto adequadas às necessidades de cada doente e respeitei a singularidade e dignidade do doente crítico em fim de vida;

- Executei cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos ao doente a vivenciar processos de saúde/ doença crítica e/ou falência orgânica;

- Demonstrei conhecimentos e habilidades no cuidado ao doente em fim de vida, sendo que as minhas intervenções centraram-se na preocupação efetiva da promoção de qualidade de vida no doente em fim de vida, garantindo o respeito pela sua dignidade, controlo sintomático para a obtenção de conforto.

Ao longo deste processo de aprendizagem foi transversal a minha motivação e abertura para a aprendizagem, demonstrando um padrão ético e deontológico consistente e qualidades interpessoais que fui desenvolvendo ao longo da minha vida.

A área do *intensivismo* era uma realidade nova para mim, no entanto devo referir que existe no cuidar uma transversalidade que clarifica a postura do enfermeiro EMC qualquer que seja a área de intervenção. Ainda assim percebi desde cedo que precisaria de aprofundar conhecimentos sobre a fisiopatologia, farmacoterapia intensiva, funcionamento de novas tecnológicas e técnicas de suporte vital complexas.

No decorrer deste estágio prestei cuidados a doentes com diferentes situações clínicas, nomeadamente politraumatizados, doentes com insuficiências respiratórias diversas, insuficiências renais, doentes em choque séptico, enfartes agudos do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, doentes pós-cirúrgicos entre outros. O que permitiu desenvolver conhecimentos e competências na prestação de cuidados a doentes com ventilação mecânica, com monitorizações hemodinâmicas não invasivas com técnicas de substituição renal e técnicas de suporte vital extracorporal. Para atingir um bom nível de desempenho e segurança na prestação de cuidados foi fundamental a partilha de conhecimentos e experiências com os tutores e restantes enfermeiros da equipa.

A ventilação mecânica invasiva era também uma novidade para mim, não era de todo um realidade muito habitual no meu contexto profissional, foi importante todas as oportunidades que surgiram a fim de desenvolver os meus conhecimentos e competências nesta área. Tive a possibilidade de prestar cuidados a vários doentes entubados, o que possibilitou perceber tudo o que isso implicava, de perceber como funcionavam todos os modos ventilatórios, interpretação dos valores do ventilador, assistir a desmames ventilatórios e posteriormente extubação. Foi também importante perceber que atendendo à bibliografia (mais recente) que é prática do serviço manter os doentes ventilados o menor tempo possível. Já em 2009 num estudo de Nunes realizado num Hospital Português foi demonstrado que a mortalidade é proporcional ao aumento da duração da VM, nomeadamente devido a pneumonia associada ao ventilador (VAP – ventilador associated pneumonia) e a lesão da via aérea, tendo como conclusão do estudo que o desmame deve ser considerado o mais precocemente possível.

A intubação orotraqueal a longo prazo pode dispor de várias consequências para o doente, sendo por esse motivo, importante a avaliação constante da sua necessidade (Cardoso, 2015). Ainda dentro do tema ventilação tive também a oportunidade de prestar cuidados a utentes traqueostomizados. Ressalvo esta experiência pelo contacto que tive pela primeira vez com válvulas fonatórias e Passy-Muir, que me permitiu perceber todas as vantagens para o doente na utilização deste material pelo que a oportunidade foi muito enriquecedora. Estas válvulas são pequenos dispositivos colocados entre a cânula de traqueostomia e o ventilador mecânico, o que permite a entrada de ar nos pulmões, mas não permite a sua saída pela cânula, o ar sai através da traqueia, atingindo as pregas vocais e normalizando o fluxo aéreo (Ferreira, 2010). Pude constatar que a utilização destas válvulas pela equipa de reabilitação deste serviço facilita o desmame, acelera a descanulação, melhora a produção da voz, melhora a deglutição e pode reduzir a aspiração, e ainda, facilita a mobilização de secreções.

Ainda segundo Cardoso (2014) o tempo máximo que o doente pode estar com intubação orotraqueal, sem risco de lesões é bastante controverso, no entanto sabe-se que a realização de traqueostomia previne lesões da via aérea e reduz o risco de pneumonia associada à ventilação mecânica.

As unidades de cuidados intensivos são dotadas de grande tecnologia, o que como já referi exige dos enfermeiros uma aquisição de competências técnicas que devem ser usadas de forma benéfica para o doente, pelo que os profissionais destes serviços estão, de forma errada, frequentemente associadas características de desvalorização dos aspetos humanos e individuais dos doentes em prol dos aspetos técnicos (A. Silva, 2011).

Com a minha passagem pelo serviço pude desmistificar este tecnicismo, pois assisti a cuidados individualizados em que o respeito pelos direitos e dignidade a par da relação criada com os doentes e família, permitiu-me comprovar que as competências técnicas exigidas aos enfermeiros deste serviço não inviabilizam a prestação de cuidados humanizados. Foi-me possível inclusive presenciar e vivenciar cuidados baseados no compromisso ético com acompanhamento de doentes em fim de vida e todo o excelente trabalho desenvolvido entre os profissionais e família para garantir a presença da família com alguma privacidade e assim, usufruírem de conforto e carinho dos seus familiares.

O acolhimento à família era uma prática comum no serviço, realizada calorosamente, mostrando sempre disponibilidade com o intuito a facilitar a exposição de emoções informando sempre do cenário que iriam encontrar, respondendo a questões de forma segura e responsável. Proporcionavam a presença de todos os familiares importantes num espaço mais reservado para poderem acompanhar o doente nos últimos momentos.

Particpei ainda ativamente nos registos, pois existia uma folha onde consta o registo gráfico dos parâmetros vitais, o registo do volume das saídas (drenagens de drenos, sondas, entre outras), das entradas (terapêutica prescrita em perfusão, bólus e em SOS), do balanço hídrico parcial e total, o registo da mobilidade de ventilação e dos respetivos parâmetros ventilatórios e ainda, uma sessão destinada a observações onde são colocadas informações relevantes sobre os cuidados implementados e planeados para cada dia. Preenchi regularmente este documento conforme o preconizado no serviço, sendo este um instrumento efetivo da prática, assegurando a monitorização do estado clínico da pessoa e a continuidade de cuidados.

A deteção precoce de focos de instabilidade é uma realidade cada vez mais constante e é prática comum neste serviço. Para isso a utilização de

monitorização de parâmetros vitais contínua é uma forma de detetar problemas precoces em situações de doença grave, num doente com sinais de deterioração fisiológica sendo possível efetuar-se um tratamento imediato, horas antes do evento grave, evitando a necessidade de reanimação e antes que a deterioração fisiológica se torne efetivamente crítica ( National Patient Safety Agency, 2007). Em alguns países nomeadamente o Reino Unido já se usam escalas ou índices que servem para medir o grau de risco de deterioração fisiológica do doente como por exemplo a escala denominada por Early Warning Scores (EWS). Uma escala baseada na avaliação de parâmetros vitais e na respetiva atribuição de *scores* conforme as alterações identificadas em relação aos parâmetros considerados normais. A atribuição precoce de *scores* permite uma rápida identificação do agravamento clínico do doente, evitando que sofram por exemplo, uma paragem cardiorrespiratória em algumas situações sem possibilidade de reversão (Hickman J., 2015).

No SMI não era prática comum a utilização deste tipo de escala contudo, considero que seria uma boa opção associar esta escala aos registos efetuados de hora a hora mencionados anteriormente. Este foi um dos temas sobre o qual refleti juntamente com os tutores de estágio, que me propuseram que desenvolve-se uma pesquisa sobre o tema e verifiquei que esta escala é muito mais utilizada em situações de Emergência nomeadamente em Serviços de Urgência. Uma Revisão Sistemática da Literatura realizada em 2016 por Morales demonstra nos 12 artigos incluídos no estudo que apenas um estudo foi realizado numa unidade de cuidados intensivos, sendo que todos os outros foram realizados em Serviços de Urgência. Efetivamente compreendi que seja uma escala muito útil num serviço de urgência até porque é o serviço onde desempenho atualmente funções. No entanto, no SMI, onde os doentes estão muitas vezes instáveis, todas as ferramentas que ajudem na antecipação do agravamento clínico do doente têm um claro benefício. Contudo, este é um serviço que já dispõe de outras ferramentas descritas anteriormente, e a utilização de outra requer mais tempo por parte dos profissionais de enfermagem e conseqüentemente, mais recursos humanos. No entanto foi uma possibilidade de melhoria apresentada aos tutores que foi bem recebida e quem sabe futuramente seja implementada embora carece ainda de aprovação por parte da equipa, chefia e direção do serviço.

Enquanto futura enfermeira EEMC compreendi a importância dos registos contínuos no cuidado ao doente crítico. Cuidar do doente crítico requer uma avaliação atenta e contínua para detetar precocemente complicações e consequências como por exemplo, a diminuição do débito cardíaco, perfusão ineficaz dos tecidos, desequilíbrios nutricionais, dor, alterações do estado de consciência entre outros. Este tipo de atividades tem como principal objetivo conceber, colaborar e gerir a melhoria dos cuidados prestados ao doente em cuidados intensivos, criando um ambiente terapêutico e seguro, Indo de encontro à competência do domínio da melhoria contínua da qualidade em saúde (OE, 2018).

A reflexão com os tutores de estágio das atividades realizadas para deteção de oportunidades de melhoria e contributos permitiu o desenvolvimento de uma análise crítico-reflexiva e estimularam o autoconhecimento, bem como a sugestão de soluções que pudessem ser implementadas para a resolução de algumas das situações diagnosticadas. No entanto foi um desafio, pois encontrei um serviço extremamente bem organizado com uma equipa bem qualificada e motivada na realização e assistência do doente crítico, internado numa unidade de Cuidados Intensivos, nomeadamente quando o tema é qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Enquanto futura enfermeira EEMC este estágio foi uma oportunidade de aprender junto de profissionais qualificados que constituem um serviço que serve de exemplo quando se trata de organização e qualidade em cuidados de saúde.

### COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A aquisição de competências de forma contínua foi conseguida com muito esforço e determinação e com a ajuda essencial de toda a equipa do SMI principalmente dos tutores de estágio. Considero que utilizei de forma competente as tecnologias o conhecimento apoiado nas ciências humanas. Desenvolvi capacidade de diagnosticar, intervir e analisar problemas nos diferentes contextos de cuidados a doentes em situação crítica. Identifiquei a importância de atuar de forma rápida e eficaz em situações de processos complexos, monitorizando a segurança e bem-estar do doente.

## **2. Objetivos específicos**

- Demonstrar capacidade de garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos.
- Zelar pelos cuidados prestados nomeadamente na área de EEMC.
- Compreender a atuação dos profissionais de enfermagem perante a dor no doente crítico.

### **Atividades desenvolvidas:**

- Percebi precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos;
- Implementei respostas de enfermagem apropriadas às complicações;
- Identifiquei com eficácia evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar no doente crítico;
- Adaptei a comunicação à complexidade do estado de saúde do doente em situação crítica.

A aquisição de metodologias de trabalho eficazes, assentes na responsabilidade, observação, reflexão, organização e definição de prioridades, impôs-se naturalmente permitindo intervir em situações inesperadas e complexas, como a avaliação da dor, desenvolvendo a minha capacidade de implementar e avaliar intervenções de enfermagem que contribuíram para minimizar os efeitos indesejáveis de problemas potenciais no doente.

A deteção precoce de potenciais problemas encontra-se em consonância com o preconizado pela OE (2015) onde se verifica que a prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados associando-se ao rigor técnico/científico na implementação das intervenções, com vista à procura permanente da excelência no exercício profissional.

A dor representa um mecanismo de defesa do nosso organismo, funciona como "sinal de alerta", acarreta sempre alterações não só do sistema imunitário, endócrino e nervoso, mas também da qualidade de vida. O reconhecimento da sua existência e a sua avaliação regular são os passos essenciais para a otimização da analgesia e o seu alívio.

Durante o estágio ficou bem patente a preocupação da equipa multidisciplinar em conseguir identificar, avaliar e controlar a dor. Quando iniciei

o estágio confesso que senti dificuldade em avaliar a dor em doentes com alteração do estado de consciência associada à sedação. Com vista em ultrapassar este constrangimento, fui observando e analisando a prática dos enfermeiros tutores e da equipa, com especial foco nas formas de compreender se o doente sedado apresentava dor ou tinha outro motivo que provocasse desconforto, mediante a análise da própria clínica do doente e alterações dos parâmetros vitais.

A equipa do SMI recorre a escalas validadas, nomeadamente à Behavioral Pain Scale (BPS), para monitorização da dor em todas as suas vertentes sendo um procedimento preponderante em cuidados intensivos, sendo que pela experiência decorrente verifiquei que a dor no doente crítico é muito comum e a sua gestão representa um desafio.

Em contexto de cuidados intensivos a necessidade de sedação no doente crítico é uma realidade e surge associada a técnicas de diagnóstico e terapêutica, visto serem maioritariamente desconfortáveis e dolorosas. Assim, a sedação permite manter os doentes mais confortáveis, com melhor tolerância aos procedimentos e ainda manter o equilíbrio sensorial, controlar a ansiedade o medo ou o delírio (SPCI, 2012).

Na monitorização da sedação é utilizada a escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), o que permite diariamente otimizar e gerir a necessidade de sedação, para que com a maior brevidade pudesse ser iniciado o desmame em função da situação clínica de cada doente.

Durante o estágio tive a possibilidade de assistir a uma formação em serviço sobre Analgesia, Sedação e Delírio. Esta permitiu-me aprofundar conhecimentos relativos a esta temática nomeadamente a utilização de escalas para a avaliação do doente crítico, com recurso à realização de casos clínicos, utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS) na avaliação da dor no doente entubado. A escala Confusion Assessment Method in a Intensive Care Unit (CAM-ICU) na avaliação da presença ou ausência de delírio e a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) para a avaliação do grau de sedação.

Para vários autores (Gélinas et al., 2004; Jacobi et al., 2002; Schoonderbeek, 2008) a Dor pode ser gerada ou exacerbada pela patologia, pela imobilidade, pelos procedimentos invasivos e pelas intervenções de

enfermagem. Por este motivo, a titulação correta da analgesia é fundamental, na medida em que permite otimizar a mecânica ventilatória, proporciona cuidados de qualidade e conforto, aumentando a tolerância, colaboração e confiança do doente no tratamento a que se encontra submetido. Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, a escala de BPS foi desenvolvida em 1997 no Hospital Albert Michallon em Grenoble - França, com base no estudo de Puntillo et al. (Puntillo KA, 1997), com estes indicadores, Payen et al. (2001) conceberam a BPS, em que cada indicador foi categorizado e abrange três indicadores: a expressão facial, o tónus dos membros superiores e a adaptação à ventilação. Um *score* na BPS igual ou superior a quatro significa que o doente tem dor e implica uma intervenção no sentido de aliviar e controlar a dor. Traduzida para Português e validada para Portugal (Batalha, Figueiredo Et.al, 2013), a BPS é considerada uma escala válida e confiável (Rijkenberg Et. Al, 2017) e é um instrumento muito adequado para doentes que durante o momento de avaliação não possuem capacidade de comunicar quer por sedação quer por estarem ventilados.

Estas atividades permitiram-me aprofundar conhecimentos relativos à utilização destas escalas para a avaliação da dor do doente crítico, assim como a importância da sedação em cuidados intensivos. Enquanto futura enfermeira EEMC estes momentos contribuíram para a prestação de cuidados especializados bem como para o meu crescimento profissional.

A formação em serviço era uma preocupação da equipa do SMI. A mesma era da responsabilidade de um elemento da equipa destacado para ser o responsável pela formação, este elemento tinha o cuidado de anualmente realizar um projeto de formação em serviço, com a ajuda de toda a equipa de enfermagem com a sugestão de temas e identificação de necessidades formativas. A formação permite aos elementos da equipa de enfermagem a possibilidade de aprendizagem, atualização discussão e reflexão e potenciais situações problema para as quais a equipa não estivesse preparada para responder eficazmente.

De acordo com o plano de formação já realizado no SMI, tive a possibilidade de participar numa formação em serviço sobre analgesia, sedação e delírio. Esta formação permitiu-me aprofundar conhecimentos relativos à correta utilização de escalas para a avaliação contínua do doente

crítico, e participar ativamente na realização de casos práticos, nomeadamente a aplicação da escala BPS na avaliação da dor no doente crítico entubado, assim como a utilização da escala de RASS para avaliar o grau de sedação do doente crítico. Outro protocolo que tive a oportunidade de conhecer e debater com os profissionais de enfermagem do SMI responsáveis pela formação e tutores foi o Protocolo de Interrupção Diária da Sedação (IDS) permitindo-me conhecer o protocolo e perceber as vantagens que justificam a realização da mesma, como a diminuição do internamento do doente no SMI, a diminuição do tempo de entubação e das complicações associadas à VM.

Com base no artigo 97.º do Código Deontológico do Enfermeiro, em que consta que o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adaptando as medidas que visem melhorar os cuidados e serviços de enfermagem e no artigo 9.º do REPE (1996) onde se pode observar que as intervenções autónomas são as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, importa dar visibilidade à abrangência dos cuidados prestados pelo enfermeiro, também neste âmbito do controlo da dor, evidenciando a importância de estar desperta para as intervenções autónomas que realizo diariamente tais como; Identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, demonstrar conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, demonstrar conhecimentos de habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor, demonstrar conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgésia (DR).

Enquanto futura enfermeira especialista em EMC, tendo em conta as atividades desenvolvidas, considero que a capacidade de vigilância, perceção e antecipação de problemas que possam surgir no doente crítico e por sua vez realizar intervenções precoces que antecipem e previnam a instalação ou agravamento de situações clínicas como o controlo da dor e da ansiedade dos doentes no desmame da ventilação Invasiva foram uma grande aprendizagem neste contexto e fizeram toda a diferença no meu futuro enquanto enfermeira EMC.

Ser enfermeiro é uma descoberta contínua alimentada pela aprendizagem e perspicácia. É saber lidar com o sentimento de vitória quando ajudamos na recuperação e com a derrota quando cada cuidado cada intervenção não são o suficiente. É manter a excelência dos cuidados, é estar sempre atualizado e ter muito conhecimento no alicerçar no saber-se, saber-fazer e no saber-saber (A. L. Silva, M., 2010).

## COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Demonstrei consciência crítica para os problemas da prática atual, relacionados com a prestação de cuidados pelo EEMC, Demonstrei conhecimentos aprofundados sobre a administração e desenvolvimento de protocolos terapêuticos. Adquiri capacidade de trabalhar, de forma adequada em conjunto com a equipa multidisciplinar, e ainda apliquei conhecimentos e habilidades em medidas e intervenções não farmacológicas para o alívio da dor.

### **3. Objetivos específicos**

- Gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos.
- Reconhecer e aprofundar os conhecimentos específicos na área de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde.

### **Atividades desenvolvidas:**

- Intervir na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem;
- Salvaguardei questões de segurança na administração dos processos terapêuticos complexos nos diversos contextos de atuação;
- Fomentei a cultura de segurança dos cuidados especializados;
- Identifiquei fatores desencadeantes de eventos adversos, instituindo medidas preventivas;
- Monitorizei os fatores desencadeantes de eventos adversos, instituindo estratégias de prevenção na gestão dos processos terapêuticos complexos.

No decorrer do estágio após partilhar com os tutores de estágio a temática do meu investimento – A Cultura da Segurança do Doente, analisei se

poderiam haver algumas oportunidades de melhoria no que concerne à segurança do doente e sobre as quais tive oportunidade de refletir junto dos mesmos e da equipa destacada para intervir nesta área. Depois de apresentar o tema sobre o qual gostaria de me debruçar, e uma vez que o tema já estava muito presente no serviço, juntamente com os tutores de estágio definimos que a melhor opção seria realizar uma Revisão Bibliográfica de Literatura (RBL), encontrando-se a mesma no apêndice I.

O método de Revisão Bibliográfica de Literatura consiste em identificar numa série de estudos publicados sobre determinado assunto, aqueles com maior qualidade metodológica, cujos resultados podem ser utilizados na prática e são importantes para integrar as informações, principalmente os resultados e conclusões de um conjunto de estudos realizados (Vilelas, 2009). São também importantes porque consistem na apropriação das melhores evidências num determinado período de tempo, através de uma apreciação, metódica e crítica, geradora de informação útil para uma tomada de decisão baseada na evidência (Fernandes, 2014).

Para tal realizei uma revisão da literatura a partir da questão “Qual a perceção dos enfermeiros relativamente ao respeito da cultura de segurança no doente crítico?”.

A plataforma escolhida foi a Scielo - Scientific Electronic Library Online e a BVS - biblioteca virtual em saúde e os artigos selecionados basearam-se nos seguintes critérios de inclusão: artigos científicos nacionais e internacionais traduzidos para português, publicados durante o período de janeiro de 2014 a janeiro de 2019, disponíveis em texto integral e em língua Portuguesa; artigos publicados nos últimos cinco anos, relacionados com a temática da cultura da segurança do doente; estudos realizados apenas como população alvo os enfermeiros relacionados unicamente com o tema da perceção dos enfermeiros à cerca da cultura da segurança do doente.

Como critérios de exclusão, defini todos os estudos que abrangem todos os profissionais de saúde e/ou outros profissionais e estudos que tenham sido realizados em áreas que não abrangiam os enfermeiros.

Para a realização da mesma, defini como palavras-chave “segurança do doente”, “cultura de segurança”, “enfermagem”, “hospital” sem nenhuma restrição no que diz respeito ao tipo de estudo. Esta revisão tem como

objectivo analisar artigos científicos sobre a percepção dos profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do doente.

A seleção dos estudos para a revisão da literatura sobre a percepção dos enfermeiros a respeito da cultura de segurança do doente foi efetuada com o auxílio do diagrama Prisma, com base nas recomendações que permitem melhorar a informação da metodologia e desenho do estudo (Dennis, 2015).

Tendo obtido um total de 60 artigos e pelos critérios de seleção segundo o diagrama Prisma foram selecionados 8 artigos para análise integral.

Destaca-se como principais resultados a importância da Qualidade dos Cuidados sendo reconhecida pelos profissionais de enfermagem, que estes percebem que a cultura da segurança do doente influencia a qualidade da assistência prestada, e a notificação dos erros como um paradigma associado a um caráter punitivo quando notificado, são os enfermeiros o centro da atenção e não o evento adverso.

Durante o estágio tive a possibilidade de debater e refletir, com os tutores e restante equipa, sobre esta temática, verificando-se a preocupação dos mesmos pela segurança do doente, denotando-se na atuação dos enfermeiros indo de encontro à percepção dos enfermeiros. A percepção dos enfermeiros do SMI em relação à segurança do doente vai de encontro aos resultados encontrados sobre a percepção dos enfermeiros.

A qualidade dos cuidados e a segurança do doente são dois conceitos que se entrelaçam uma vez que no funcionamento de um serviço de saúde não pode existir uma sem a outra, não pode existir qualidade com uma prestação insegura, erros e complicações (Fragata, 2011). Esta era uma preocupação no dia a dia destes profissionais, prova disso eram os projetos a decorrer no serviço, como a implementação de um sistema de notificação de eventos adversos no SMI, a aplicação da musicoterapia, como forma de reduzir a dor e a ansiedade no doente crítico com o intuito de melhorar o sono e a condição hemodinâmica.

Atualmente qualquer intervenção em saúde tece considerações, questiona ou manifesta preocupações com a qualidade, seja numa perspetiva global ou genérica, seja nas suas dimensões e atributos. Esta perspetiva é bastante clara na Carta de Tallinn (2008) intitulada “Os sistemas de Saúde pela Saúde e Prosperidade” aprovada em 27 de junho de 2008 pelos Estados

Membros da região europeia da Organização Mundial da Saúde que refere que os doentes querem e devem ter acesso a cuidados de qualidade que lhes garantam que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor e mais atual informação disponível que a ciência pode oferecer e a tecnologia mais apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica aumentada (Silva & Domingos, 2008).

A preocupação com a qualidade no setor da saúde remonta ao final do século XIX, Florence Nightingale teve o cuidado de implementar rígidos padrões sanitários, durante a Guerra da Crimeia (1853-1856), reduzindo já na altura a taxa de mortalidade e estabelecendo, assim, um modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde (Fragata, 2006; Travassos, 2013).

Durante vários anos a principal preocupação relativamente à segurança do doente era centrada quase exclusivamente nos acontecimentos relacionados com os erros e incidentes ocorridos na ação direta com o doente, dando uma ideologia errada de que estes erros representavam uma responsabilidade apenas dos profissionais que se relacionavam diretamente com os doentes (Lawton, 2012).

No entanto nas últimas décadas, o conceito de qualidade tem vindo a sofrer transformações, incorporando novos parâmetros, conforme a evolução e as necessidades e expectativas dos doentes. Os utilizadores dos cuidados de saúde são cada vez mais informados e procuram exigir qualidade assim como os profissionais preocupam-se com a qualidade devido ao compromissivo ético intrínseco aos cuidados em saúde (Gama, 2013).

O Artigo 109.º - da excelência do exercício, do código deontológico refere que o enfermeiro deve procurar adequar as normas, procedimentos de qualidade dos cuidados às necessidades concretas de cada pessoa (INEM, 2017).

Em 1990 o Intitute of Medicine define qualidade em saúde como o grau com que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados. No entanto o conceito de qualidade também está dependente da perspetiva, valores e crenças de quem a define, podendo tornar-se um conceito subjetivo o que não será o desejável, uma vez que a subjetividade está naquilo que se define,

tornando-se necessário uma definição clara do conceito de qualidade antes de qualquer atividade de gestão nos serviços de saúde (Gama, 2013).

A qualidade de cuidados em saúde é um processo que tem que ser medido, avaliado permanentemente e sistematicamente melhorado, para isso pressupõe-se que haja critérios claros e transparentes, indicadores facilmente operáveis e padrões de exigência que credibilizem as avaliações, quer para os doentes quer para a sociedade em geral. A qualidade dos cuidados deve acompanhar todo o processo do doente, desde o acesso e acolhimento, passando pelo processo de diagnóstico e de atuação, bem como por todas as questões que se prendem com o conforto, informação e relacionamento com doentes e familiares (Delgado, 2009).

No decorrer do estágio procurei conhecer a essência do trabalho do enfermeiro em cuidados intensivos, aquilo que faz, em que condições quer a nível de recursos humanos quer a nível de recursos materiais que possam potenciar o erro. E como já descrevi anteriormente pude verificar que existia uma notória diferenciação pela preservação da segurança dos doentes.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde de 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo a segurança um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde e um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Cada serviço prestador de cuidados de saúde é, por si mesmo, um sistema muito complexo e instável que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos, exigindo desta forma, uma gestão atenta e inovadora dos inúmeros aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde (DGS, 2015).

A consciência da necessidade de prestar cuidados de excelência aos doentes permitiu-me refletir sobre os mesmos e perseguir mais um objetivo definido, o de zelar pelos cuidados prestados na área da EEMC. É difícil por vezes perceber se a necessidade de cuidados que preconizamos é igual à necessidade sentida pelos doentes. Esta consciência era partilhada com toda a equipa do SMI e foi uma agradável surpresa perceber todas as atividades

realizadas, protocolos instituídos tinham como objetivo realizar cuidados seguros e de qualidade.

Ressalvo a passagem de turno, no SMI a passagem de turno da equipa de enfermagem é realizada em dois momentos diferentes, inicialmente é realizada uma apresentação sumária de cada doente a toda a equipa de enfermagem, onde são referidos aspetos gerais do doente – logo nesse momento a equipa utiliza uma *checklist* onde identificam os doentes que necessitam de algum tipo de isolamento, e qual o agente para adequar medidas; que têm risco de queda recorrendo à Escala de Quedas de Morse, identificando quais as medidas implementadas para prevenir as quedas; dão a conhecer alergias importantes nomeadamente as alergias medicamentosas, num segundo momento o enfermeiro responsável por casa doente relata unicamente para o colega que o vai substituir o estado do doente no turno que realizou com recurso à folha de registo, este último momento acontece junto da unidade do doente.

Ao participar nas passagens de turno quer da equipa de enfermagem quer da equipa médica, refleti sobre as vantagens e desvantagens na estrutura do SMI e na forma como são realizadas as passagens de turno, se por um lado a passagem de turno junto ao doente oferece vantagens segundo Bradley e Mott (2013), pois é mais precisa e realizada em tempo útil, também levanta algumas questões controversas. Por outro lado é acompanhada pela desvantagem da limitação da privacidade do doente, uma vez que as unidades são maioritariamente abertas separadas apenas por uma cortina portanto as informações transmitidas poderão estar ao alcance da escuta dos outros doentes que se encontrem acordados.

Esta situação permitiu-nos refletir na medida que pode comprometer a promoção da privacidade e o respeito pela intimidade do doente. A privacidade além de uma necessidade é um direito do ser humano sendo indispensável a manutenção da sua individualidade (Pupulim, 2002). Esta foi uma questão também debatida com os tutores de estágio. No entanto, é uma prática enraizada no serviço por toda a equipa multidisciplinar, em que consideravam que as vantagens neste método superavam as desvantagens. Todavia, ressalvo que existe uma preocupação de salvaguardar a privacidade, confidencialidade e proteção da intimidade de cada doente, particularmente

com o cuidado na escolha dos temas e informações transmitidas junto do mesmo, havendo por isso um terceiro momento em que o enfermeiro passa o turno apenas ao colega que o vai substituir num local mais resguardado. Contudo pude perceber que adotam algumas estratégias simples mas que podem fazer toda a diferença, como adotar uma postura serena e adequada a cada doente, transmitir junto do doente apenas a informação pertinente e relevante, utilizar um tom de voz mais baixo e até utilizar as cortinas disponíveis de forma a dar o máximo de privacidade ao doente.

Enquanto futura enfermeira especialista EMC tive a oportunidade de refletir sobre a problemática do comprometimento e promoção do respeito pela privacidade e intimidade do doente. Como já referi anteriormente a privacidade é um direito e uma necessidade de todo o ser humano, indispensável para a individualidade de cada um (Pupulim, 2002). Nesse sentido adotei uma postura de respeito pelas preferências do doente e família sempre que estas me eram colocadas, e durante a prestação de cuidados tive a preocupação de evitar ao máximo a exposição do doente recorrendo aos recursos físicos existentes.

Durante as partilhas com a equipa ou tutores ou até mesmo durante a passagem de turno adotei um tom de voz baixo para salvaguardar o acesso de informações sobre o doente a outros. Durante as passagens de turno também tive o cuidado de transmitir apenas as informações pertinentes para assegurar a continuidade dos cuidados.

A abordagem centrada no doente também reflete o seu direito de ser parte ativa nos seus cuidados, levando a melhores resultados e maior satisfação com o atendimento. Maxson Et al. (2012) referem como vantagem a importância do envolvimento ativo dos doentes no seu processo de cuidar e que a passagem de turno junto ao doente encoraja a sua participação neste processo.

Por outro lado, segundo Anderson e Mangino (2006), quando a passagem de turno é realizada junto ao doentes, o enfermeiro consegue memorizar melhor a situação clínica dos doentes e também rapidamente definir prioridades na sua atuação. Os mesmos autores fazem ainda referência à importância dos doentes poderem e quererem participar do seu plano de cuidados. Se for corretamente implementada, a passagem de turno junto ao doente pode melhorar o envolvimento dos doentes no seu processo de cuidar e

também melhorar o conhecimento dos enfermeiros em relação à situação clínica destes após a passagem de turno, uma vez que há contacto visual durante o processo de ajuda na consciencialização da informação.

Segundo Rego (2016) a comunicação é a base da interação humana sendo uma ferramenta essencial dentro de qualquer instituição, pois qualquer intervenção no quotidiano implica comunicação em todas as formas de interação.

A Direção-Geral da Saúde em 2017, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite, a norma nº 001/2017 da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, definindo a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, como a transmissão de informação entre profissionais de saúde, de forma eficaz e compreendida pelo recetor. Para a continuidade e segurança de cuidados é necessário a transferência da responsabilidade de cuidados e informações entre prestadores (Direção geral da Saúde, 2017).

Nessa altura também ficou claro que a utilização de uma metodologia que uniformiza-se a comunicação seria uma estratégia a ser implementada, nomeadamente a metodologia ISBAR. Uma metodologia simples, concisa e clara o que facilita a comunicação entre profissionais designadamente nas passagens de turno, contribuindo para a passagem de informações relevantes para a devida continuidade de cuidados seguros.

Ainda durante a passagem de turno existia uma prática muito pertinente (na minha opinião) a identificação de todos os doentes infetados e que levam à necessidade de algum tipo de isolamento logo na passagem de turno sendo uma excelente prática. Existem várias situações que desencadeiam esse processo infeccioso, como: a colonização da orofaringe, a colonização gástrica e a ventilação mecânica (Barreto & Vieira, 2001) e estas eram as mais comuns no SMI.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), são hoje em dia um conceito alargado a todas as infeções adquiridas pelos utentes e profissionais de saúde, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados, hospitalares em ambulatório ou domiciliários (DGS, 2008).

A infeção hospitalar foi abordada pela primeira vez em Portugal no ano 1993 pela DGS e posteriormente em 1979, pela Direção-Geral dos Hospitais,

através da Circular N<sup>o</sup>6/79, Em fevereiro de 1979, destacada através de um circular normativa do Conselho Europeu e divulgada a todos os serviços e unidades de saúde. Posteriormente, após serem implementadas diversas ações para minimizar e controlar o risco de infeção nos hospitais, foi criada a Comissão de Controlo de Infeção (CCI) em todas as unidades de saúde, integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Em 1999 é criado o Plano Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) e em 2008 foi divulgado o Manual Operacional do PNCI e da IACS (DGS, 2008).

A DGS em 2016, por sua vez lança um Manual de Prevenção e Controlo de Infeção onde descreve as principais precauções no controlo das IACS, que são: o uso das precauções básicas adaptados a cada procedimento, a higienização e o uso de luvas para procedimentos de risco de contacto com material contaminado e como método de barreira à flora das mãos do profissional de saúde, entre outras.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de perceber e participar na metodologia de trabalho da equipa de enfermagem que consistia numa serie de cuidados utilizados para diminuir o risco de infeção cruzada tais como; o controlo de infeção oral com a higienização da boca (Prevention, 2009), preferencialmente com Clorohexidina (CLH), praticar e promover a higienização das mãos, nos cinco momentos preconizados, junto dos colaboradores e familiares dos doentes em isolamento, promover a usarem o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI).

Outra preocupação constante que reportavam para o tema de controlo de infeção era a utilização e manuseamento dos dispositivos endovenosos indispensáveis no tratamento dos doentes admitidos neste serviço permitindo a administração de fluidos, hemoderivados, suporte nutricional e a monitorização invasiva (Oliveira, 2013). No SMI todos os procedimentos e técnicas estão protocolados e a manipulação e manutenção destes dispositivos não é exceção, os quais tive oportunidade de conhecer e colocar em prática.

Os cateteres venosos centrais (CVC) neste serviço eram preferencialmente inseridos na subclávia. Uma vez que há fundamentação teórica que sustenta que os introduzidos na veia jugular ou na femoral estão mais frequentemente associados a colonizações e infeções pela proximidade com secreções e fluidos e pela ação mecânica dos movimentos e a dificuldade

em fixa-los devido à sua localização. A preparação da pele antes da colocação de dispositivos intravasculares era fundamental e sempre da responsabilidade dos enfermeiros, pelo que pude executar este procedimento diversas vezes. Sempre que houve oportunidade colaborei com a equipa médica neste tipo de procedimentos invasivos, expliquei o procedimento ao doente, preparei o material e o doente, posicionando-o, lavando-o e desinfetando a superfície cutânea com solução de CLH em prol da Iodopovidona ou do Álcool a 70º, sendo esta a prática recomendada (Amoras, 2013).

A promoção de assepsia na realização de pensos de cateter venoso central, do cateter arterial, dos cateteres de diálise e das feridas também era prática comum a fim de promover a prevenção e controlo de infeção (no caso de feridas infetadas). Para isso eram criadas atempadamente estratégias como a ordem que iríamos abordar os pensos e a preparação prévia de todo o material que iria ser necessário para junto do doente assim como o uso de EPI adequados.

No decorrer do estágio procedi à desinfecção de dispositivos como as torneiras e cateteres com recurso a compressas esterilizadas e álcool que se encontravam nas unidades dos doentes ou seja eram individualizadas, mais um exemplo das boas práticas executadas neste serviço.

A identificação de todos os doentes com risco de queda sendo prática comum, evidência a cultura própria de um grupo de profissionais que em cooperação com toda a equipa é capaz de uma manutenção eficaz da qualidade dos cuidados.

Em 2009 o Conselho da União Europeia emana um conjunto de recomendações sobre a segurança dos pacientes e mais tarde a DGS através do Despacho nº 1400-A/2015 do secretário de estado adjunto do ministro da saúde aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (DR , 2015). Segundo este despacho a ocorrência de falhas de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está diretamente relacionada com o nível de cultura de segurança existente, referindo ainda que existia evidência de que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes mais nas instituições que não têm essa cultura de segurança.

O Plano Nacional para a segurança dos Doentes 2015-2020 integra um conjunto de estratégias entre elas - prevenir ocorrências de quedas, para isso

era usual o recurso à escala de Morse como já mencionei anteriormente. Janice Morse, autora da Escala de Quedas de Morse iniciou a construção desta escala num projeto piloto em 1985, tendo passado por várias fases da construção desta até 1989 quando publica o artigo “Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient” (Morse, 1989). Em 1997 publica o livro “Preventing Patient Falls” o qual sofre uma revisão com a segunda edição em 2009. Atualmente a escala é aplicada a nível internacional, em Portugal a DGS recomenda a necessidade de se avaliar o risco de queda como uma intervenção adequada e personalizada para a prevenção (DGS, 2011).

A escala de Morse no SMI é aplicada em todos os doentes, ficando registado o *score* final após a aplicação da mesma, assim como o risco de queda. E quando o risco de queda era elevado todos os doentes eram devidamente identificados com a utilização de sinalética própria junto do doente e também era prática referenciar esses doentes durante a passagem de turno. Constatei portanto, mais uma prática realizada em consonância com a evidência pelos profissionais de enfermagem neste serviço na promoção da segurança do doente crítico. Esta prática não era novidade para mim uma vez que nos serviço onde desempenho funções já é uma prática regular em determinados setores. Enquanto futura enfermeira EEMC, reforço com esta experiência, a importância da aplicação desta escala e a minha responsabilidade em inculcar a responsabilidade entre outros profissionais, de assegurar o cumprimento, monitorização e aplicação de métodos apropriados para a prevenção de complicações nomeadamente quedas.

Para evitar o erro clínico associado à administração de medicação no SMI existe a realização de dupla confirmação de medicação. Esta medida é aplicada a todo o esquema terapêutico. Assim, a preparação de terapêutica está submetida a duas fases, ou seja, um enfermeiro prepara (separando a medicação sem a diluir ou retirar de invólucros) e outro confirma. Durante o período de estágio tive a possibilidade de participar na preparação inicial assim como na confirmação e dupla verificação da medicação (DGS, 2014).

A Organização Mundial de Saúde estima que entre 8 a 10% dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes relacionados com o uso de medicação.

Em Portugal foi publicado o Despacho no1400-A/2015, DR 2a série – No28-10 de fevereiro de 2015 onde se lê que a utilização segura do medicamento exige uma diminuição da prevalência dos incidentes através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais e que para isso, as instituições devem implementar estratégias que assegurem o uso seguro dos medicamentos.

O sistema de utilização de medicação é uma combinação de intervenções interdependentes concentradas no doente com um objetivo comum, obter uma terapêutica medicamentosa, apropriada, segura e eficiente. Este processo envolve, a seleção, prescrição, transcrição, preparação, administração e monitorização dos possíveis efeitos adversos. De entre os problemas descritos na literatura do sistema de utilização dos medicamentos destacam-se: as falhas na comunicação entre os profissionais e também o facto de não estarem familiarizados com toda a medicação o que pode gerar implicações para o doente.

De acordo com o The National Coordinating Council for Medication Errors Reporting and Prevention referenciado por Guilhoto (2013), um erro de medicação é qualquer erro que possa evitado e que cause ou possa ser conduzir à utilização inadequada de medicação e cause algum dano ao doente. A sua ocorrência pode estar relacionada com a prática profissional, prescrição médica, comunicação entre profissionais, embalagens, rótulos, nomenclatura, composição, monitorização e uso (BATEL-MARQUES, 2015).

Durante o estágio pude constatar também que a equipa tinha a preocupação de identificar os Medicamentos LASA (“Look alike” e “Sound alike”), medicação com aspeto semelhante e/ou com nome ortográfico e/ou fonética semelhante (DGS).

Outra atividade que merece ser destacada e que demonstra a preocupação destes profissionais com a qualidade dos cuidados prestados são as consultas de *follow-up* e o uso de um diário de internamento, estas centravam-se no despiste do risco de sequelas pós internamento em cuidados intensivos.

As consultas de *follow-up* permitem avaliar a evolução dos doentes após a alta, assim como ajudar a clarificar o que realmente aconteceu durante o

internamento quer ao doente quer aos familiares. As consultas servem ainda para compreender e recordar a sua doença o seu internamento com o objetivo de a reduzir o *stress*, a ansiedade e depressão, o que também facilita a comunicação entre profissionais de saúde, doente e família.

A implementação do Diário como uma intervenção concreta de cuidado personalizado e humanizado permitia que o doente tivesse a oportunidade de compreender melhor o que se passou consigo durante o internamento no SMI, em alguns casos os doentes referiam que ao ler o seu diário os ajudava a compreender o que lhes aconteceu bem como sentiram interesse, empenho e proximidade com os profissionais que estiveram envolvidos nos seus cuidados.

Durante o estágio tive a possibilidade de acompanhar estas consultas uma vez que um dos tutores fazia parte desta equipa que tem como principal objetivo providenciar consultas de seguimento e tomar medidas para um recuperação rápida e satisfatória. Nas consultas pude constatar que estas eram baseadas na análise de questionários, construídos pela equipa com base na evidência Científica sobre o tema, preenchidos pelos doentes no domicílio, na análise do Diário que era realizado durante o internamento no SMI, e na aplicação de escalas tendo como base a entrevista, com o objetivo de despistar sequelas como insónias, delirium, alterações da memória, alterações na concentração entre outras. Quando se constatava alguma destas alterações a equipa de enfermagem em conjunto com a restante equipa multidisciplinar realizavam a devida orientação e encaminhamento.

A qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados são fundamentais no trabalho de cada profissional, e neste como futura Enfermeira EMC compreendo o dever de assumir a responsabilidade de aproximar cada vez mais a minha prática e o meu desempenho com os padrões de excelência definidos, prestando contributo no crescimento, desenvolvimento e reconhecimento desta profissão, bem como a satisfação e gratificação de quem cuidado.

Segundo o Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (INEM, 2017) todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de competências comuns que se dividem em quatro domínios, nomeadamente o domínio da responsabilidade profissional, ética e

legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio de gestão de cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Espera-se ainda que um enfermeiro EEMC seja capaz de refletir e mobilizar todos os conhecimentos e saberes adquiridos com as experiências assegurando que as suas intervenções sejam com um elevado nível de qualidade.

Tendo em conta as atividades desenvolvidas face ao descrito anteriormente considero que este período de constante aprendizagem contribuiu para que futuramente a tomada de decisão seja fundamentada com base na evidência científica, mas também para o meu crescimento pessoal e profissional enquanto futura Enfermeira EEMC.

#### COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Tomei decisões atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas, abordando questões complexas de modo sistemático nomeadamente relacionadas com o doente e família na área de EEMC.

Demonstrei capacidade de promover estratégias inovadoras de prevenção de risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.

Conheci a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de saúde do doente em cuidados intensivos.

#### 2.2 – Estágio Pré-Hospitalar - INEM

A expectativa e exigência de que os profissionais de saúde sejam capacitados de competências no seu trabalho, é considerado um aspeto ético essencial para Manley e Bellman (2003). É inegável que os enfermeiros só conseguem cuidar verdadeiramente se forem competentes na sua profissão.

Com o estágio no INEM ambicionei assimilar competências científicas, técnicas, humanas, culturais e de gestão adequadas à prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica em

contexto pré-hospitalar. Para isso, propus-me a atingir objetivos previamente delineados no projeto de estágio e outros que surgiram ao longo do estágio e que achei pertinente incluir no meu plano de estudo como perceber a implementação de uma cultura de segurança do doente no meio pré-hospitalar.

Durante o decorrer das 180 horas de estágio o meu desempenho permitiu-me adquirir a capacidade de compreender a complexidade dos problemas da pessoa em situação crítica, nomeadamente pela panóplia de situações presenciadas. Devido à minha recente atividade profissional, num serviço de urgência, foram várias as situações que suscitaram dúvidas mas associadas muito a um interesse pessoal pela comparação da atuação em meio pré-hospitalar e da atuação no serviço onde desempenho a minha atividade profissional, em que a dedicação ao estudo foi fundamental para melhor prever a evolução do doente relacionando a fisiopatologia com os sinais e sintomas dos doentes e assim, fazer uma avaliação mais consistente da ação/intervenção de enfermagem e da medicação administrada. Com o decorrer do estágio essas dificuldades foram sendo colmatadas com a ajuda dos tutores que me deram sempre liberdade para prestar cuidados ao doente em situação urgente/emergente para consolidar conhecimentos teóricos adquiridos e adquirir mais experiência e novos conhecimentos.

Em seguida dou continuidade aos objetivos delineados, as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas como futura enfermeira especialista, com base no relato e reflexão de vivências e oportunidades que surgiram ao longo do estágio no INEM.

### **1 – Objetivos específicos**

- Identificar as necessidades do doente assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação em situação crítica e/ou falência orgânica.

- Demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem Médico- Cirúrgica.

### **Atividades Desenvolvidas:**

- Demonstrei capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas perante o doente em situação crítica e/ou falência orgânica.

- Prestei Cuidados de Enfermagem Especializados ao doente de médio e alto risco em situação de Urgência e Emergência em contexto pré-hospitalar;

- Demonstrei capacidade de garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos em contexto pré-hospitalar;

No decorrer deste estágio desenvolvi diversas atividades que vou fundamentar com vista ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de qualidade ao doente Urgente/Emergente no âmbito do pré-hospitalar, de acordo com a categoria de Enfermeiro Especialista EMC.

Tendo em vista as atividades, gerir e interpretar de forma adequada a informação da formação inicial da componente teórica deste curso, a experiência profissional e de vida, refletir na e sobre a prática, de forma crítica seria mais fácil optar por prestar cuidados em articulação com a equipa. E tendo como pressuposto o mencionado, considerei que a prestação de cuidados era um complemento fundamental no meu percurso face ao desenvolvimento de competências.

O estágio em contexto pré-hospitalar é de facto uma oportunidade muito enriquecedora tal é a complexidade de situações que podem surgir, e foram algumas foram oportunidades que surgiram e que perante estas, a minha postura foi proceder sempre com empatia, aceitação, compromisso, consciência e competência para o cuidar com dignidade.

Quando se fala em emergência médica, a meu ver é importante perceber como se planeia a emergência, quem são os seus atores e o papel que desempenham em cada situação. Tentar ou salvar vidas até ao limites dos recursos disponíveis, prestar auxílio com os meios e os cuidados adequados, transportar vítimas que se encontram em situação crítica para as unidade de saúde mais próxima e de referência, são os principais objetivos dos profissionais de saúde que se dispõem a trabalhar no INEM.

Por isso, procurei conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do INEM, bem como perceber que o papel do enfermeiro consiste na prestação de cuidados de emergência atendendo sempre aos protocolos instituídos pelo INEM e ao apoio médico fornecido pelo CODU. A sua atividade é regulada a

nível operacional pelo CODU a que pertence, processando-se a sua atuação a dois níveis distintos – A baseada em protocolos de atuação SIV que são um conjunto de ações que podem ser imediatamente realizadas pelos elementos da equipa, assim como as ações que tem que ser previamente validadas com o médico do CODU, que pode ser efetuada através de um conjunto de meios disponíveis (de voz, de dados etc...) de modo a obter a validação prévia por parte do médico responsável de alguns procedimentos específicos também descritos nos protocolos de atuação do INEM, (INEM).

As equipas VMER que tive oportunidade de acompanhar eram sempre constituídas por um médico e um enfermeiro e dispunham de equipamento e formação para intervenções de SAV. Apesar de serem equipas constituídas por médicos e enfermeiros, estas também regem a sua atuação seguindo os protocolos de atuação do INEM tais como, protocolo PCR no adulto, PCR na Criança, Dispneia, Trauma, Obstrução da Via aérea (OVA), queimaduras, hemorragia, traumatismo crânio encefálico (TCE), problemas psiquiátricos, Intoxicações, abordagem à vítima, abordagem ao traumatizado entre outros.

Relativamente à gestão de recursos materiais, todos os meios possuem uma lista com a discriminação do material que compõe todas as malas disponíveis, mala de trauma, mala da via aérea, mala pediátrica, mala do monitor, a ambulância, a viatura e o armazém de material. Colaborei ainda com a verificação do material realizada no início de cada turno com a validação de uma *check-list*, assim como a reposição do material gasto após cada saída. Consequentemente facilmente fiquei a conhecer a localização e o funcionamento dos equipamentos o que tornou a minha atuação mais rápida e eficaz.

Procurei perceber, junto da Tutora de estágio e das equipas com quem fui realizando os turnos de estágio, a sua atuação e importância principalmente na ativação dos diferentes meios. É do CODU que são encaminhados todos os meios à disposição da instituição para o socorro mais adequado e exigido pelas diferentes situações que vão despoletando. Pude perceber com o estágio as dificuldades dos profissionais para tentar compreender e retirar a informação pertinente face às diferentes situações, e no terreno foi possível perceber que por vezes, grande parte das informações fornecidas ao CODU não correspondiam à realidade. A verdade é que a população portuguesa aprendeu

a contornar o sistema levando por vezes à ativação de meios para determinadas situações que não se justificam, tentando muitas vezes uma assistência mais rápida e especializada.

Apesar de já existirem algumas ações de sensibilização que pelos profissionais do INEM quer pela comunicação social, penso que realmente será importante aliás fundamental continuar ou criar uma “verdadeira” ação de sensibilização junto da população Portuguesa com destaque para a informação relativa “como e quando” devem realmente contactar o número de emergência médica, para que exista uma utilização mais adequada destes meios para situações realmente urgentes ou emergentes.

No meio INEM, na Ambulância de Emergência Médica (AEM) e Suporte Imediato de Vida (SIV), os registos são efetuados no sistema informático Integrated Clinical Ambulance Record (I-Care), o que permite uma maior qualidade no atendimento da vítima e uma melhoria nos tempos de resposta. Os tripulantes das ambulâncias recebem automaticamente do CODU as informações dos eventos, sem tempo consumido ao telefone e enviam posteriormente a informação em tempo real para as unidades de saúde (INEM, 2013).

O CODU recebe ainda dados transmitidos pelas equipas, permitindo a articulação com as mesmas de forma a validar atuações que sejam pertinentes realizar e também articular com as diversas instituições hospitalares com a intenção de realizar todas as diligências necessárias para a resolução do problema em causa. Durante as saídas pude participar na transmissão de dados respeitando a norma *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) (ISBAR).

A técnica ISBAR permite a transcrição de cuidados utilizando uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente. Esta norma aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos (DGS, 2017). Durante o estágio tive oportunidade de perceber a aplicação desta técnica e de a utilizar principalmente nas saídas com a SIV, e como tal considero uma ferramenta muito útil, pois simplifica e clarifica eficazmente a transferência de informação.

Outro tema que tive oportunidade de debater foi a questão dos registos de enfermagem em contexto pré-hospitalar. Abordei diversas vezes com as diferentes equipas esta questão em contexto pré-hospitalar e constatei que por vezes por razões que ultrapassam as equipas não é possível dar a devida importância aos registos. Principalmente pelo pouco tempo em que podem estar inoperacionais, pelas condições físicas, meteorológicas a que estão sujeitos, e também em situações de múltiplas vítimas. Pude refletir juntamente com a tutora sobre o assunto e nunca vi por parte da equipa descorar os mesmos, tendo sempre em atenção aspetos fundamentais nos registos, designadamente a identificação inequívoca do doente, as principais queixas, antecedentes mais relevantes, e todas os cuidados farmacológicos ou não farmacológicos prestados ao doente.

Também em relação ao sistema informático utilizado, denominado Clinical Ambulance Record (i-Care), verifiquei algumas oportunidades de melhoria particularmente no que respeita a registos, como quando surgem duas ativações seguidas, pois quando “entra” a segunda ativação não é permitido continuar a preencher os dados na ficha anterior, ficando assim alguma informação por registar, assim como quando há múltiplas vítimas não é possível realizar o registo informático de todas as vítimas. E ainda não existe uniformação na questão dos registos na VMER pois eram efetuados apenas em suporte papel e só pela equipa médica tendo detetado que o enfermeiro não faz qualquer registo das suas intervenções de enfermagem. Todas estas lacunas são do conhecimento do INEM, no entanto alterações especialmente de equipamentos requerem investimento financeiro o que dificulta a resolução imediata dos mesmos mas fazem parte das medidas futuras a serem implementadas pelo INEM.

Num dos turnos realizados na VMER fomos ativados por uma crise convulsiva. Na nossa chegada encontramos um Masculino com cerca de 60 anos em estado pós-ictal e a recuperar a consciência, após abordagem à vítima e depois da mesma recuperar consciência pode-se perceber que apresentava afasia e hemiparesia à direita, sendo portanto necessário contactar o CODU e o mesmo procedeu à ativação da Via Verde AVC junto da instituição que recebeu o doente. Permitindo assim a ida diretamente para a

Sala de Emergência da Instituição recetora estando já uma equipa médica e de enfermagem preparada para receber o doente.

A prestação de cuidados foi desde sempre um objetivo que tinha delineado com o intuito de colaborar com as equipas pois é fundamental para adquirir e solidificar conhecimentos. Para isso foi essencial conhecer e estudar os protocolos que tipificam a atuação em diversas situações, de modo a poder enquadrar o meu desempenho na prestação de cuidados nos procedimentos pré- definidos pelo INEM. Considero que atingi totalmente este objetivo de conhecer os protocolos, uma vez que sempre pautei a minha atuação pelo cumprimento dos protocolos que me eram transmitidos pelos elementos das equipas, nas diversas situações em que colaborei na prestação direta de cuidado.

Na SIV a prestação de cuidados pelo Enfermeiro consiste sempre em atender aos protocolos definidos pelo INEM e à informação médica fornecida pelo CODU. Assim durante o estágio em qualquer saída com a SIV era fundamental a utilização do protocolo adequado à condição da vítima – A abordagem à vítima, define um conjunto de procedimentos genéricos que deverão ser realizados perante qualquer vítima de doença súbita ou acidente que condicionem situações de urgência/emergência do foro médico. Esses procedimentos compreendem a recolha de dados, em que as informações fornecidas pela própria vítima assumem uma importância fundamental, bem como, o exame objetivo da vítima (INEM, 2013).

A instituição INEM aprovou um conjunto de protocolos de forma a regular a atuação das equipas no pré-hospitalar. Estes protocolos regem o exercício da Atividade Pré - Hospitalar, mais concretamente o exercício profissional do enfermeiro, e definem um padrão mínimo e uniforme de abordagem das situações de emergência médica mais frequentes e graves. Servem, ainda, como um dos instrumentos a ser utilizado na avaliação de desempenho dos profissionais de saúde, auditoria e autoavaliação, numa perspetiva construtiva.

Assentar a prática clínica em protocolos de atuação, permite auditar as situações ocorridas, numerar os pontos ineficazes da cadeia, implementar medidas de correção e melhorar as falhas, permitindo-nos ser consistentes e eficazes na abordagem ao doente [Marques, 2004]. No entanto, é importante

ter em conta que a existência de protocolos não pode ser interpretada como uma base estanque, mas sim como um guia, uma vez que não substituem o bom senso clínico. A OE salienta que a identificação de alterações nas funções vitais, a decisão sobre as técnicas que visam a recuperação de funções vitais bem como a sua implementação revestem-se de uma elevada complexidade que requerem a melhor capacitação profissional (SPCI, 2008).

Também ainda no meio SIV foi possível aplicar e colaborar na aplicação de protocolos como: abordagem do traumatizado, Alteração do estado de consciência, Dispneia, Disritmias, Dor torácica e PCR no adulto.

Durante todo o estágio tive apenas uma única situação de ativação por trauma, um acidente de viação que envolveu múltiplas vítimas. No entanto, com esta ativação foi possível presenciar, colaborar com a equipa e por em prática algumas atividades com o intuito de atingir alguns dos objetivos que me tinha proposto. Nesta saída pude compreender a aplicação de protocolos como abordagem à vítima, abordagem ao traumatizado, implementação de procedimentos de sedação e analgesia. Pude também começar a presenciar e experienciar um dos temas relativos à área de estudo do meu interesse que irei desenvolver posteriormente, a identificação de múltiplas vítimas respeitando todos os parâmetros de segurança.

A implementação do Protocolo – Dispneia, foi uma constante durante o estágio nas SIV, muito provavelmente propiciado pela época do ano (Inverno) em que foi realizado o estágio, pois uma boa parte das saídas foram para situações de dispneia. Na abordagem sistemática do doente com dispneia é fundamental encontrar sinais que possam fazer suspeitar da existência de insuficiência respiratória ou do risco da sua rápida instalação. Importa também procurar indícios que apontem, mesmo que não permitam confirmar, uma potencial causa para a dispneia (INEM, 2013). Nestas ativações não senti grande dificuldade uma vez que esta sintomatologia é presença constante no serviço onde desempenho funções e os procedimentos e cuidados instituídos seguem as mesmas orientações.

O protocolo disritmias também esteve presente em algumas saídas, mas confesso que estas ativações eram recebidas por mim com algum entusiasmo tendo em conta a possível gravidade das mesmas e as diversas atuações possíveis para a sua resolução. Talvez também um pouco influenciada pela

minha atual realidade profissional, estas atuações eram uma fonte de aprendizagem. A implementação do protocolo – disritmias, a capacidade de interpretar os ECG de 12 derivações e assim decidir qual o caminho a seguir eram sempre situações que despertavam muito interesse pois a correta abordagem destas situações depende, em grande parte, o sucesso do tratamento e reversão de uma paragem cardio-respiratória (PCR).

O principal motivo de ativação para crianças durante a minha presença foi a convulsão febril em dois casos diferentes, pois nestas situações é importante a atuação dos pais especialmente na administração de antipiréticos e recursos a medidas físicas para controlar a temperatura. Num dos casos percebi que a mãe da criança desconhecia quais os métodos terapêuticos mais adequados para a resolução desta situação. Assim pude realizar um esclarecimento nomeadamente das medidas físicas que podem ser adotadas como remoção de peças de roupa ou colocação de compressas embebidas em água tépida nas axilas e virilhas a administração de medicação adequada e os intervalos a respeitar entre as mesmas.

A realização do estágio de VMER foi todo realizado na mesma base do INEM e a escolha deveu - se ao facto desta VMER se encontrar na instituição onde me encontro a desempenhar funções. De todos os meios este era o que inicialmente estava mais motivava e gerava grande expectativa. Também neste meio tive oportunidade de desenvolver conhecimentos na área do pré-hospitalar, pois permitiu-me continuar a analisar e refletir os protocolos existentes, de rever as *check list* e atuar em campo desenvolvendo desta maneira as minhas capacidades para lidar com as diferentes situações apresentadas e melhorar a capacidade de adaptação a situações e ambientes diferentes. Sendo este meio ativado quando existe uma situação de emergência é importante existir uma complementaridade entre a equipa constituída por Enfermeiro e Médico, pois ambos trabalham em conjunto para um objetivo comum que é prestar socorro e salvar a vida da vítima onde todos os minutos são importantes para alcançar esse feito.

A ativação mais usual deste meio foi sem sombra de dúvidas situação de PCR, pois em grande parte dos turnos que realizei a maior parte das saídas foram para situações de PCR sendo que em nenhuma das situações houve possibilidade de reverter a PCR. No entanto, foi através do estágio no INEM

que pude constatar que o estado “rigor mortis” já não consta nas exceções de iniciar a reanimação em contexto pré-hospitalar como acontecia até ao ano de 2012. Após a emissão da circular interna no INEM, que prevê que todos os meios nos quais não se inclua presença de um médico executem algoritmos de reanimação mesmo perante possíveis sinais de rigidez cadavérica. Através da partilha de experiências pude perceber com os profissionais que o motivo desta indicação por parte do INEM, se deve à possibilidade de erro que poderá advir da confusão entre rigidez cadavérica com rigidez associada a patologias osteoarticulares. Assim, as manobras de SBV e de SAV devem ser mantidas até à chegada do meio diferenciado, a VMER. Desta forma foi possível compreender o número de saídas para situações de PCR no adulto.

Esta situação levou-me a refletir com a equipa multidisciplinar sobre este tipo de intervenção, pois percebi algum descontentamento dos enfermeiros face a este tipo de intervenção, referindo a desmotivação e sobrevalorização quando são obrigados a investir em esforços e atitudes inúteis dada a reduzida probabilidade de valor terapêutico. Também alguns médicos referiam desmotivação quando são ativados para situações de PCR no adulto quando já se encontram no local profissionais da SIV, por saberem que estes possuem competências, sabedoria e meios para intervir de forma adequada. Paralelamente, à semelhança dos enfermeiros também eles salientam os gastos gerados por consumos sem justificação e o tempo de ocupação de um meio de socorro que poderia estar a ser necessário para outras situações mais importantes.

Para alguns profissionais a Decisão de Não Reanimar (DNR) podia ainda colidir com o princípio de beneficência e o dever profissional de impedir a morte, dando prioridade à vida biológica, colocando em último lugar a qualidade de vida em detrimento da “simples” existência.

Um estudo realizado com 147 enfermeiros, 36 médicos em 8 unidades de cuidados intensivos de hospitais portugueses, concluíram que a maioria das razões apontadas no que diz respeito a tratamentos excessivos e deve-se principalmente à não-aceitação do insucesso terapêutico ao desconhecimento face a questões éticas em fim de vida e também à dificuldade em aceitar a morte (Teixeira, et al. 2012).

Este também foi um assunto discutido com a tutora de estágio e a restante equipa uma vez que ao longo do estágio identifiquei uma situação em que medidas terapêuticas invasivas adotadas, no meu entender, contrariam a promoção de uma morte digna.

Tratava-se de uma mulher com uma patologia degenerativa autoimune que lhe roubou todas as capacidades físicas e cognitivas. Uma doença que diagnosticada ainda a senhora era jovem, atualmente sem qualquer vida de relação totalmente dependente nos autocuidados há vários anos. Numa situação de PCR a primeira decisão foi reanimar, partindo para medidas invasivas como a colocação de um acesso intraósseo, tudo isto perante a presença de familiares. Estas intervenções podem ser consideradas o prolongar o sofrimento da doente e da família não proporcionando uma morte digna com o intuito de oferecer conforto, aliviar a angústia da doente e família e promover a qualidade de vida, no fim de vida.

A ação do enfermeiro EEMC deve ser valorizar a qualidade de vida e o acompanhamento do doente e da família, visando atenuar sintomas da doença e garantir o máximo de conforto e dignidade possível, sem agir sobre a causa (Silva, 2006). O enfermeiro no respeito dos direitos à vida e à qualidade de vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de participar nos esforços profissionais para valorizar a vida mas também a qualidade de vida, podendo recusar a participação em qualquer forma de tratamento desumano ou degradante (OE, 2015).

Durante o estágio procurei envolver-me no processo de tomada de decisão juntamente com a equipa de forma a promover a dignidade do doente. Quando o doente está consciente e cognitivamente íntegro tive o cuidado de respeitar a sua autonomia, como forma de participação na tomada de decisão em qualquer momento, pedindo o seu consentimento que é livremente e revogável.

Nestes casos em que o doente crítico não pode dar o seu consentimento, existe o consentimento presumido aplicado em situações em que não estão reunidas condições para o consentimento expresso e não exista conhecimento de um Diretiva Antecipada de Vontade (DAV).

Em 2012 surge em Portugal a Lei do Testamento Vital que de acordo com o Artigo 1º da Lei nº25/2012 o regime das diretivas antecipadas de vontade em matérias de cuidados de saúde estão expressas sob a forma de testamento vital, trata-se de um documento unilateral revogável a qualquer momento pelo próprio desde que reúna todas as condições para expressar a sua vontade autonomamente. Durante cinco anos, o doente pode expressar a vontade livre e esclarecida de não ser submetido a tratamentos de suporte artificial das funções vitais, assim como a tratamentos inúteis ou desproporcionado com o seu quadro clínico, nomeadamente o SBV. No entanto em contexto de pré-hospitalar é difícil adquirir esse tipo de informações em tempo útil portanto todos os profissionais de enfermagem agem sempre com o intuito de salvar uma vida com base no princípio de beneficência e segundo um consentimento presumido.

## COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

- Demonstrei uma prática que respeita os direitos humanos, analisei e interpretei em situações específicas, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os doentes. Dinamizei e plane-ei as resposta mais adequadas em situações de Urgência e Emergência.

### **2 – Objetivo específico**

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o doente e família, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

#### **Atividades realizadas:**

- Selecionei e utilizei a forma mais adequada, as habilidades de relação de ajuda ao doente em situação crítica e sua família;

- Respondi de forma pronta e adequada aos focos de instabilidade identificados;

- Executei cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos ao doente a vivenciar processos de saúde/ doença crítica e/ou falência orgânica e sua família;

- Demonstrei conhecimentos e habilidades no cuidado ao doente em fim de vida.

As normas de atuação dos enfermeiros consistem numa prática com respeito pelas normas de conduta deontológica e estas estão amplamente consagradas no CDE. Este documento menciona que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do enfermeiro sendo que o princípio orientador é o respeito pelos direitos humanos na relação com os utentes (O.E., 2015).

Nas situações cuja reanimação não fora bem sucedida e a morte fora declarada, coube-me também salvaguardar a dignidade do doente através da prestação dos cuidados pós-morte. Particularmente posicionar o corpo da forma mais próxima da natural possível, preservar a intimidade da vítima cobrindo até aos ombros. Acompanhei sempre o médico na transmissão de más notícias, intervindo no sentido de ajudar a família, adotando sempre uma atitude silenciosa com vista na transmissão de empatia e conforto, demonstrei ainda abertura e disponibilidade para ouvir e dei algum do meu tempo para a família expressar o seu sofrimento, os seus desejos e emoções face à morte do ente querido.

Este momento especialmente difícil exige muita prática, exige da parte dos profissionais sensibilidade, profissionalismo e treino. Causa desconforto e angústia tanto na pessoa que recebe a notícia, como ao profissional que a comunica (Galvão, 2015).

A comunicação é uma habilidade uma competência muito importante nestas situações, a mesma deve ser apreendida através de formação e requer treino, com o intuito de minimizar as consequências de uma má notícia.

O INEM não possui nenhum protocolo específico para a comunicação de uma má notícia. No entanto os profissionais de saúde dispõem de um protocolo descrito na literatura (Cruz, 2016) que ajuda na melhor prática baseada na evidência, o protocolo SIPKES - Setting up (Preparação e escolha do local adequado); Perception (perceber o que o doente já sabe); Invitation (perceber o que o doente quer saber); knowledge (Dar a notícia); Emotion (Responder às emoções e às perguntas do doente) e Strategy and Summary (resumo e organização de estratégias) (Cruz, 2016).

No estágio tive a possibilidade de experienciar, dentro do que era possível visto que estávamos, muitas vezes no domicílio da vítima, a utilização do protocolo para a transmissão de más notícias, por todos os elementos da equipa que embora por vezes, não sendo possível, não o fizessem na totalidade mas adequavam à situação e contexto.

A realização do transporte do doente é também um tema obrigatoriamente abordado, uma vez que o transporte de doentes críticos é um procedimento essencial para a estabilização do estado clínico dos doentes e determinante para a sua sobrevivência.

A decisão sobre quando e que meio deve transportar um doente em contexto de emergência pré-hospitalar é uma decisão que deve sempre considerar os potenciais benefícios em detrimento dos riscos efetivos. O nível de qualidade dos cuidados durante o transporte nunca deve ser inferior aos cuidados prestados dentro de uma unidade de saúde (SPCI, 2008).

A intervenção do enfermeiro no transporte pré-hospitalar é fundamental uma vez que a responsabilidade sobre o acompanhamento das vítimas no transporte primário para o hospital de destino, é feito pelas SIV apenas pelo enfermeiro e um TAE. Esta foi uma experiência vivenciada em praticamente todos os turnos. Sendo que em alguns dos turnos da VMER tive a oportunidade de acompanhar o doente com o médico, com a tutora de estágio a depositar muita confiança no meu desempenho.

Para que o transporte do doente crítico a nível primário decorresse de forma mais segura e com o menor número de complicações possível, no início de cada turno nas ambulâncias SIV e nas VMER, em conjunto com a equipa, tive a oportunidade de proceder à verificação dos níveis de reposição do material clínico e confirmar a funcionalidade de todo o material necessário para a estabilização da vítima, nomeadamente, monitor de transporte com alarmes, material de entubação endotraqueal, fonte de oxigénio de capacidade previsível para todo o tempo de transporte, fármacos de ressuscitação, ventilador de transporte e nível de bateria do LUCAS no caso da VMER (OM, SPCI, 2008).

## COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Tomei decisões fundamentadas, atendendo a evidências científicas nomeadamente às responsabilidades sociais e éticas, abordei questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com a pessoa doente e sua família especialmente na área EEMC.

### **3 – Objetivo específico**

Gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos em contexto de PH.

#### **Atividades a desenvolvidas:**

- Salguei condições de segurança para o doente e profissionais;
- Estabeleci relação terapêutica eficaz/ adequada com o doente alvo dos meus cuidados;
- Reconheci rapidamente as necessidades de intervenção especializada na área do doente crítico;
- Prestados cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas.

Durante a minha permanência no INEM tive a oportunidade de assistir a uma formação em serviço sobre SAV, com o objetivo de proporcionar o ensino e o treino de competências, com recurso a várias bancas e manequins de treino, necessárias para a correta abordagem de vítimas em diversos contextos, bem como o reconhecimento de ritmos de PCR. Esta oportunidade ajudou-me a ter novamente contato com todos os protocolos utilizados pelos profissionais do INEM.

No início do estágio foi-me proposto a escolha de um tema de forma a elaborar um trabalho para poder apresentar no último período de avaliação

No seguimento do tema já trabalhado no estágio anterior, sendo um tema do meu interesse e que me despertava muita curiosidade na forma como poderia ser trabalhado em contexto pré-hospitalar, e após reflexão com a orientadora e com a tutora do INEM, decidi debruçar o meu estudo e

investimento no tema - a segurança do doente nomeadamente a identificação inequívoca do doente em contexto pré - hospitalar.

Este é um tema que sempre me despertou interesse em todos os estágios e mais ainda numa situação menos controlada, fora do contexto hospitalar. Para responder a esse objetivo realizei uma pesquisa bibliográfica e posteriormente realizei uma apresentação que se encontra no apêndice II que foi apresentada nas instalações do INEM sobre a forma, de uma sessão de formação/sensibilização sendo disponibilizada a toda a equipa, ao enfermeiro tutor e orientadora.

Durante o estágio percebi que o INEM tem demonstrado preocupação em implementar as recomendações definidas no PNSD 2015-2020, no sentido de reforçar essa preocupação desenvolvi uma pesquisa bibliográfica para sustentar a minha formação, assim como promover a segurança dos doentes no pré-hospitalar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados neste contexto, para tal promovi a avaliação dos riscos que possibilite a prevenção dos incidentes e eventos adversos, motivando a alteração de procedimentos para reduzir a ocorrência de danos nos doentes.

Segundo a OMS (2011) a incorreta identificação dos doentes é uma das principais causas de erro na prestação de cuidados de saúde. Os problemas de identificação de doentes estão, frequentemente associados a erros de medicação e procedimentos, favorecendo o aparecimento de eventos graves nos doentes (OMS, 2011). Portanto decidi dar mais ênfase a este tema na minha sessão de formação.

Nos serviços prestadores de cuidados de saúde, como o INEM, devem sempre confirmar a identidade dos doentes, pois estes devem ser corretamente identificados através da confirmação dos dados com um documento identificativo. É da responsabilidade dos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde confirmar que presta cuidados ao doente certo através da confirmação, de pelo menos dois dados inequívocos da sua identificação (Diário da República no 28/15, 2015).

Em contexto de pré-hospitalar os profissionais deparam-se com algumas dificuldades nomeadamente a urgência das situações, o estado de consciência dos doentes, as situações com mais de uma vítima a indisponibilidade de elementos de identificação e por vezes a idade das vítimas, daí a relevância de

continuar a sensibilizar os profissionais para a importância da correta identificação dos doentes.

No desenvolvimento dos turnos do estágio, procurei ainda fazer uma reflexão partilhada com os tutores, onde analisava mais detalhadamente as situações de maior complexidade decorridas nesse turno e avaliava as atitudes tomadas e os protocolos implementados. Estes momentos de reflexão forneceram um importante contributo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, uma vez que me foi possível detetar aspetos, corrigir e até oferecer possíveis atitudes que poderiam melhorar os cuidados. Uma lógica de ação eminente rotineira e mecânica constitui um obstáculo determinante ao desenvolvimento por parte dos estudantes de momentos de reflexão na ação e sobre a ação, não promovendo o estágio como um local de prática reflexiva (Serra, 2008).

Contudo, no estágio foram várias as oportunidades e experiências que enriqueceram os meus conhecimentos e permitiram o desenvolvimento crítico-reflexivo no intuito de fomentar competências inerentes ao EMC e permitir desenvolver cuidados de enfermagem baseados na evidência científica.

#### COMPETÊNCIA ADQUIRIDA

Todas as atividades no âmbito da formação contribuíram para o meu desenvolvimento profissional enquanto prestadora de cuidados especializados e fundamentados ao doente e família. Assim considero que adquiri as seguintes competências: Identifiquei necessidades formativas em contexto PH, promovi e participei na formação em serviço na área de EEMC.

~

### 3. CONCLUSÃO

A conclusão é o culminar de um conjunto de experiências e momentos que marcam de forma positiva ou negativa a nossa evolução. O caminho percorrido até aqui foi sem dúvida um período de muitas aprendizagens, repleto de novas experiências pessoais e profissionais que culminaram na aquisição de novos saberes e novas competências.

Pela riqueza das experiências com que me deparei, considero que os locais de estágio foram totalmente de encontro às minhas expectativas uma vez que as oportunidades de ensino foram bastante proveitosas e capazes de dar resposta às exigências inerentes a um enfermeiro especialista e mestre.

A minha experiência na área dos cuidados ao doente crítico era muito reduzida, o que dificultou inicialmente a adaptação aos serviços, no entanto as expectativas eram imensas, por isso procurei aproveitar todas as oportunidades e vivências que este estágio me proporcionou. As características específicas dos locais de estágio e a minha inexperiência obrigaram-me a uma maior pesquisa bibliográfica e um maior investimento para cumprir os objetivos delineados inicialmente o que confesso, nem sempre foi fácil.

Com este relatório pretendi refletir sobre todas as experiências, atividades e por sua vez competências adquiridas na área da EMC com a realização dos módulos de estágio.

Relativamente às equipas profissionais, que tive a oportunidade de acompanhar durante este processo, pautaram pela acessibilidade e auxílio no processo de adaptação e aprendizagem em todos os momentos. Sempre muito recetivos em partilhar saberes e experiências que serviram de motivação e esperança para atingirmos excelência no que fazemos.

Não posso deixar de referir e salientar, a forma carinhosa demonstrada no acolhimento, orientação e ensino por parte dos tutores, equipas multidisciplinares e da Orientadora da Universidade, apoio sentido foi sem dúvida relevante e motivador.

Durante a realização dos estágios adotei uma postura para um exercício profissional, seguro e ético, respeitando sempre os direitos e dignidade humana, desenvolvendo assim capacidade de trabalhar de forma adequada

com as equipas com que me cruzei, participando ativamente na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, respeitando as competências profissionais de cada um. Mantive-me sempre dinâmica, proactiva e interessada em adquirir novas aprendizagens, em refletir e sugerir estratégias de melhoria.

Ao refletir sobre o meu percurso, sobre as experiências vividas e interligando-as com o meu crescimento pessoal e profissional concluo que este percurso pela sua especificação, que contribuiu de forma clara e objetiva para a consolidação da minha aprendizagem sem esquecer toda a responsabilidade ao escolher este caminho.

Por conseguinte ao analisar os objetivos preconizados, as atividades desenvolvidas e as conclusões aferidas foi possível ao longo destes estágios sugerir propostas de melhoria nomeadamente com vista à segurança do doente.

Em contexto de cuidados intensivos no desenvolvimento de aprendizagens profissionais devo destacar a assistência ao doente crítico na procura da excelência dos cuidados tendo em atenção a privacidade do doente, a importância do tratamento e alívio da dor, a elaboração de uma revisão bibliográfica de literatura sobre a segurança do doente e ainda, a análise do método de trabalho da equipa tendo em vista a segurança do doente.

No contexto de pré-hospitalar, no desenvolvimento de competências no domínio das aprendizagens, destaco a reflexão e o treino de competências comunicacionais sobretudo a comunicação da má notícia, a importância da continuidade dos cuidados inerente aos registos e mais uma vez, a preocupação com a segurança do doente que foi constante promovendo o desenvolvimento de capacidades intrínsecas ao exercício de funções como futura enfermeira especialista e mestre de enfermagem.

Na prática dos cuidados pautei-me por um exercício profissional seguro e ético, respeitando sempre os valores e direitos humanos de cada doente, procurando responder às necessidades dos doente e família. No âmbito da formação participei nas várias sessões de formação promovidas pelos serviços e realizei uma sessão de formação sobre a cultura da segurança do doente em contexto do PH.

A concretização deste estágio em EMC permitiu-me mobilizar e adquirir conhecimentos e capacidades em áreas distintas particularmente no cuidado de enfermagem especializado ao doente crítico que por sua vez permitiram o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas e relacionas que tenho a certeza vão fazer toda a diferença no meu futuro enquanto enfermeira e principalmente enquanto enfermeira EEMC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde(DGS). (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa N°11/DSCS/DPCD, de 18 de Junho de 2018.

Direção Geral da Saúde(DGS). (2014). Norma 020/2014

Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). Plano Nacional De Saúde- Revisão Extensão a 2020.

Diário da República (DR). (2015). Despacho n.º 1400-A/2015.

Diário da República Eletrónico (DRE). (2018). Regulamento n.º 429/2018.

Agency, N. P. S. (2007). Recognising and Responding Appropriately to Early Signs of Deterioration in Hospitalised Patients. London.

Alarcão, T., Tavares,J. (2010). Supervisão da Prática Pedagógica: Uma perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem (2ªEd.).

Amoras, L. (2013). Uso da clorexidina na Medicina: Revisão de Literatura.

Batel-Marques, F. M., D., Alves, C., Penedones, A., Dias, P;Martins, A., Santiago, L.M., Fontes-Ribeiro, C., Caramona, M., Macedo,T. (2015). Farmacovigilância em Portugal: Atividade da Unidade Regionaldo Centro. .

Bradley, S. M., S. (2013). Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. Journal of Clinical Nursing, 23,.

Cardoso, V. B. (2015). Entendimento dos enfermeiros intensivistas sobre as formas de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva: uma revisão da literatura. Revista Atualiza Saúde.

Carolina de Oliveira Cruz, R. R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES.

Delgado, M. (2009). A melhoria contínua da qualidade. Em: Governação dos Hospitais. Alfragide: Casa das letras.

Dennis, R. D. B. (2015). Guías mínims para reportar estudos aleatorizados y revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA). Simposio Acta Médica Colombiana.

Enfermeiros, O. (2015). 3º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Livro de Resumos.

ENFERMEIROS, O. D. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

FERNANDES, M. L., J. (2014). Focus group e processo ensino-aprendizagem em Enfermagem: uma revisão sistemática da literatura. Biomedical and Biopharmaceutical Research.

Fragata, J. (2006). Risco Clínico - complexidade e performance. Coimbra: Edições Almedina, SA.

Gama, Z. A. S. S., P. (2013). A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. Em: Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Hickman J., H. J. M. (2015). Individualizing and optimizing the use of early warning scores in acute medical care for deteriorating hospitalized patients.

INEM. (2017). Missão e Valores.

INEM. (2017). Relatório CODU.

Intensivos, O. d. M. S. P. d. C. (2008). Transporte de doente crítico recomendações. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Lawton, R., McEachan, R. R. C., Giles, S. J., Sirriyeh, R., Watt, I. S., & Wright, J. . (2012). Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*.

Lei do Testamento Vital- Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. Diário da República, n.º 136 - 1.ª série. Assembleia da República.

Mateus, B. (2007). Emergência Médica Pré-hospitalar -Que realidade. Loures: Lusociência.

Maxson, P. M., Derby, K. M., Wroblewski, D. M., & Foss, D. M. (2012). Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medsurg Nursing : Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 21.

Morales, C. L. P. (2016). Avaliação de pacientes graves em emergência e terapia intensiva a partir da escala MEWS: revisão sistemática sem metanálise.

Morse, J., et. al. (1989). Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient - *Canadian Journal on Aging*.

Oliveira, L. A., T. . (2013). Monitorização hemodinâmica Invasiva. *Revista Sinais Vitais*.

Prevention, C. f. D. C. a. (2009). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter - Related Infections.

- Puntillo KA, M. C., Kehrlé K, Stannard D, Gleeson S, Nye P. (1997). Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients' self-reports of pain, and opioid administration.
- Pupulim, L., Sawada, N. O. (2002). O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral.
- Rego, A. (2016). Comunicação Pessoal e Organizacional.
- REPE. (2011). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro de 2011.
- Ministério da Saúde. (2013). Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento. Direcção Geral da Saúde, Lisboa.
- Silva, A. (2011). Reformas no Sector da Saúde. A equidade em Cuidados Intensivos (Dissertação de Mestrado) Universidade Católica Editora, Lisboa.
- Silva, A. L., M. (2010). Enfermagem em Cuidados Intensivos. Coimbra: Formasau.
- Silva, A. M. D., A. P. (2008). Carta de Tallinn -Países europeus querem reformar sistemas de saúde. Ordem dos Enfermeiros, Outubro, Volume 30.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). (2012). Plano Nacional de Avaliação da Dor
- Travassos, C. C., B. (2013). A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos. Em: Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária,.
- Vilelas, J. (2009). Investigação : O processo de Construção do Conhecimento.

## **APÊNDICES**



**Apêndice - I** - Revisão bibliográfica da Literatura - A perspetiva do enfermeiro face à cultura da segurança do doente: da reflexão à ação.





**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**A perspetiva do enfermeiro face à cultura da segurança do doente: da  
reflexão à ação.**

Por  
Ana Patrícia Ferreira Barros

Sob a orientação de Prof. Doutora Patrícia Coelho

## Resumo

**Objetivo:** Perceber qual a percepção da enfermagem a respeito da cultura de segurança do doente crítica. **Método:** Revisão bibliográfica de literatura realizada nas bases de dados Scielo - Scientific Electronic Library Online e a BVS - biblioteca virtual com as palavras-chave “segurança do doente”, “cultura de segurança”, “enfermagem”, “hospital”, como critérios de inclusão: artigos científicos nacionais e internacionais, publicados durante o período de janeiro de 2014 a janeiro de 2019, disponíveis em texto integral e em língua Portuguesa e estudos realizados apenas como população alvo os enfermeiros relacionados apenas com o tema da percepção dos enfermeiros à cerca da cultura da segurança do doente. Como critérios de exclusão, defini todos os estudos que abrangem todos os profissionais de saúde e/ou outros profissionais e, estudos que tenham sido realizados em áreas que não abrangem enfermeiros. De uma amostra total de 60 artigos foram selecionados 8 artigos para análise de texto integraltraves da selção pelo Diagrama Prisma.

**Resultados:** Dos 8 artigos analisados na íntegra todos os estudos analisaram a percepção dos enfermeiros e os fatores que interferem na cultura de segurança do doente. A importância da Qualidade dos Cuidados é reconhecida pelos profissionais de enfermagem, os enfermeiros percebem que a cultura da segurança do doente influencia a qualidade da assistência prestada. A notificação dos erros é um paradigma associada a um caráter punitivo em que quando notificado, são os enfermeiros o centro da atenção e não o evento adverso. **Conclusão:** Os estudos evidenciam a posição dos enfermeiros junto do doente e conseqüentemente a segurança deste. Observa-se uma crescente abordagem aos estudos que tratam este tema no entanto ainda deve ser um tema a investir dado que carece de mais investigação face ao número reduzido de artigos encontrados.

## Abstract:

**Objective:** To understand the perception of nursing regarding the safety culture of the critical patient. **Method:** Bibliographical review of literature carried out in the Scielo - Scientific Electronic Library Online databases and the VHL -

virtual library with the keywords "patient safety", "safety culture", "nursing", and "hospital", as criteria of inclusion: national and international scientific articles, published during the period from January 2014 to January 2019, available in full text and Portuguese language and studies made only as a target population nurses related only to the theme of nurses perception culture of patient safety. As exclusion criteria, I defined all studies that cover all health professionals and / or other professionals, and studies that have been performed in areas that do not include nurses.

**Results:** Of the 8 articles analyzed in their entirety, all the studies analyzed the nurses' perception and the factors that interfere in the safety culture of the patient. The importance of Quality of Care is recognized by nursing professionals, nurses perceive that the safety culture of the patient influences the quality of care provided. The notification of errors is a paradigm associated with a punitive character in which when notified, nurses are the center of attention and not the adverse event. **Conclusion:** The studies show the position of the nurses in the patient and consequently the safety of the patient. It is observed a growing approach to the studies that treat this subject nevertheless still must be a subject to invest since it needs of more investigation in face of the reduced number of articles found.

## INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade no setor da saúde remonta ao final do século XIX, Florence Nightingale teve o cuidado de implementar rígidos padrões sanitários, durante a Guerra da Crimeia, reduzindo já na altura a taxa de mortalidade e estabelecendo, assim, um modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde (Fragata, 2006; Travassos & Caldas, 2013).

Em 1990 o Intitute of Medicine define qualidade em saúde como o grau com que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados. No entanto o conceito de qualidade também está dependente da perspetiva, valores e crenças de quem a define, podendo tornar-se um conceito subjetivo o que não será o desejável, uma vez que a subjetividade está naquilo que se define,

tornando-se necessário uma definição clara do conceito de qualidade antes de qualquer atividade de gestão nos serviços de saúde (Gama & Saturno, 2013).

A segurança do doente pode ser definida como a diminuição dos riscos de danos desnecessários que ocorrem durante a prestação de cuidados em saúde sendo o principal objetivo a diminuição de erros e eventos adversos decorrentes da falta de segurança em procedimentos de enfermagem, uma vez que anualmente milhares de pacientes sofrem sequelas temporárias ou definitivas devido a falhas na assistência em saúde [Cavalcante et al. 2016].

A Agency for Healthcare Research and Quality em 2004 cria o questionário “ *Hospital Survey on Patient Safety Culture*”(HSPSC), da Agency for Health care Research and Quality (AHRQ), adaptado e traduzido para Portugal.

O HSPSC é constituído por nove seções, com soma de 42 itens que avaliam a cultura de segurança do doente em âmbito individual e hospitalar além de apresentar variáveis de resultado e o grau de concordância dos profissionais sobre questões relativas à cultura de segurança por meio de uma escala Likert, cujas possibilidades de resposta variam entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

A enfermagem ocupa uma posição muito importante na segurança do doente pela presença constante na execução dos cuidados, assumindo um papel fundamental no desenvolvimento e avaliação de estratégias inovadoras. Por tudo isto a análise da percepção destes profissionais quando se trata da cultura da segurança permite perceber a importância atribuída pelos enfermeiros a esta cultura fundamental para a qualidade dos cuidados.

Diante disso, o objectivo desta revisão é analisar artigos científicos sobre a percepção dos profissionais de enfermagem sobre cultura de segurança do doente.

## MÉTODO

A partir da questão “qual a percepção da enfermagem relativamente à cultura de segurança do doente crítico?”. Para a realização da mesma, definiu-se como palavras-chave “segurança do doente”, “cultura de segurança”, “enfermagem”, “hospital” sem nenhuma restrição no que diz respeito ao tipo de estudo.

A plataforma escolhida para pesquisa foi a Scielo - Scientific Electronic Library Online e a BVS - biblioteca virtual em saúde e os artigos selecionados basearam-se nos seguintes critérios de inclusão: artigos científicos nacionais e internacionais, publicados durante o período de janeiro de 2014 a janeiro de 2019, disponíveis em texto integral e em língua Portuguesa, estudos feitos apenas como população alvo os enfermeiros relacionados apenas com o tema da percepção dos enfermeiros à cerca da cultura da segurança do doente.

Como critérios de exclusão, defini todos os estudos que abrangem todos os profissionais de saúde e/ou outros profissionais e estudos que tenham sido realizados em áreas que não abrangem enfermeiros.

A seleção dos estudos para a revisão da literatura sobre a percepção dos enfermeiros a respeito da cultura de segurança do doente foi efetuada com o auxílio de um diagrama, com base nas recomendações Prisma Guidelines (2009) que permitem melhorar a informação da metodologia e desenho do estudo (Dennis, 2015).

## Diagrama Prisma

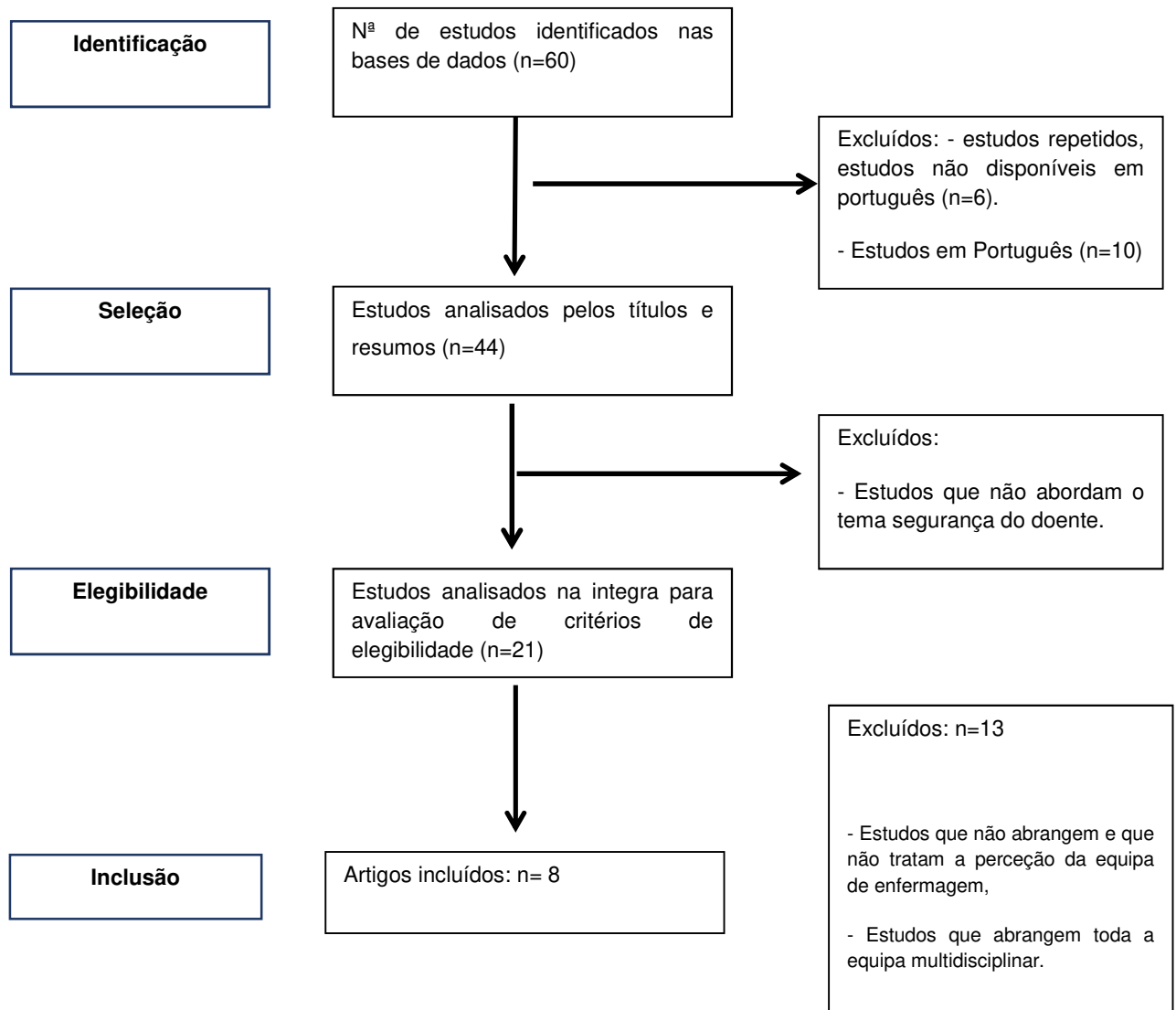


Figura 1. Seleção dos artigos pelo Diagrama de Prisma

## RESULTADOS

A análise da cultura de segurança do doente, com foco na percepção dos enfermeiros, direcionou o desenvolvimento dos resultados desta pesquisa. Das publicações encontradas, cinco constavam na Scielo e 3 na BVS, o ano com maior número de publicações foi 2016 e foram produzidos no Brasil.

Autores/ Ano	Tipo de amostra/ estudo/ nível de evidência	Objetivos	Resultados
Theo Duarte da Costa Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvadora Cláudia Cristiane Felgueira Martins Rodrigues Kisna Yasmin Andrade Alvesa Francis Solange Vieira Tourinhob Viviane Euzébia Pereira Santosc.  2016	Trata-se de estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa.  N = 80 profissionais de enfermagem.  NE - Grau IIb	Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva gerais de hospitais públicos acerca da segurança do doente.	Quatro necessidades foram analisadas: necessidades de mudança; ações diante do evento adverso; concepções sobre cuidado seguro; e ações que integram o cuidado seguro. Revelou-se que a segurança do paciente é uma consequência da cultura adotada pelos profissionais.
			Os profissionais

			compreenderam a segurança do paciente como um conjunto de estratégias que minimiza os riscos de eventos adversos.
Greice Letícia Tosoa Lidiane Golleb Tânia Solange Bosi de Souza Magnagoc Gerli Elenise Gehrke Herrb,d Marli Maria Lorod Fabiele Aozaneb,c Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz 2016	Trata-se de estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa.  N= 637 profissionais de enfermagem.  NE - Grau IIb	Avaliar o clima de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem atuantes em hospitais no interior do Estado do Rio Grande do Sul.	Ao comparar médias entre as instituições, evidenciaram-se melhores condições de trabalho na instituição privada. Os resultados podem servir para o planejamento e a organização das ações, tendo em vista os baixos escores em relação ao clima de segurança, gerência e percepção de estresse.
Daniele Bernardi da Costa,  Daniele Ramos, Cármen Sílvia	Estudo quantitativo, tipo survey, transversal.	Avaliar a cultura de segurança do paciente das equipes de	Para o alcance de cultura de segurança positiva são necessárias

<p>Gabriel, Andrea Bernardes.  2018.</p>	<p>N= 437 profissionais de enfermagem.  NE – Grau lib</p>	<p>enfermagem no contexto hospitalar.</p>	<p>ações de melhoria que envolvam a gestão e as chefias no que se refere: percepção geral da segurança; expectativas sobre o supervisor/chefe e ações promotoras da segurança; abertura da comunicação; apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente e trabalho em equipa entre as unidades.</p>
<p>Raquel Duarte Corrêa Matiello, Eliane de Fátima Almeida Lima, Maria Carlota Rezende Coelho, Elizabeth Regina Araújo Oliveira, Franciele Marabotti Costa Leite, Cândida</p>	<p>Trata-se de estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa.  N= 83 profissionais de enfermagem.  NE - Grau IIb</p>	<p>Descrever as atitudes e cultura de segurança na perspetiva do enfermeiro.</p>	<p>A maioria dos participantes (89%) concordam que os erros são tratados de forma apropriada. Concluiu-se que cinco dos seis domínios avaliados tiveram escores negativos, apontando a</p>

<p>Canicali Primo. 2016.</p>			<p>necessidade de planeamento e desenvolvimento de estratégias voltadas para uma cultura efetiva de segurança dos pacientes.</p>
<p>Janeide Freitas Mello, Sayonara Fátima Faria Barbosa. 2017.</p>	<p>Estudo quantitativo, tipo survey, transversal. N= 86 profissionais de enfermagem. NE - Grau IIb</p>	<p>Identificar e comparar as dimensões da cultura de segurança do paciente na perspetiva dos profissionais de enfermagem de duas Unidades de Terapia Intensiva.</p>	<p>Os resultados indicam que a cultura de segurança precisa ser desenvolvida nos locais do estudo, com especial atenção aquelas com avaliação menos positiva sobre a cultura de segurança.</p>
<p>Juliana Cristina Abbate Tondol, Edinêis de Brito Guirardello. 2017.</p>	<p>Estudo quantitativo e transversal. N= 259 profissionais de enfermagem. NE - Grau IIb</p>	<p>Avaliar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre o clima de segurança, verificar se a mesma difere entre as categorias e se</p>	<p>A percepção do clima de segurança diferiu entre as categorias para a maioria dos domínios, exceto para o reconhecimento do estresse, e existe correlação entre cinco domínios do SAQ e as variáveis</p>

		<p>existe correlação entre os domínios do SAQ e variáveis pessoais e profissionais.</p>	<p>tempo de experiência e intenção de deixar a profissão.</p> <p>Conhecer a percepção dos profissionais sobre o clima de segurança contribuirá para uma assistência segura.</p>
<p>Edenise Maria Santos da Silva-Batalha, Marta Maria Melleiro. 2015.</p>	<p>Estudo quantitativo descritivo-exploratório.</p> <p>N= 301 profissionais de enfermagem.</p> <p>NE - Grau IIb</p>	<p>Avaliar a percepção de profissionais de enfermagem acerca da cultura de segurança do paciente e identificar diferenças de percepção nas unidades do hospital.</p>	<p>Como resultado constatou-se que havia diferenças significativas entre as unidades, destacando-se as unidades pediátricas que tiveram melhores percepções de segurança (média: 3,43 e mediana: 3,44). Esses achados possibilitam traçar modelos de melhoria da qualidade mais específicos para cada setor e a</p>

			análise dos contextos permite arquitetar boas práticas em saúde direcionadas para cada processo de trabalho desempenhado na instituição.
Cibele Leite Siqueira Chayenne de Carvalho e Silva, Jamille Keila Neves Teles, Liliane Bauer Feldman. 2015.	Estudo com abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo.  N= 29 enfermeiros.  NE - Grau IIb	Compreender a percepção dos enfermeiros acerca do gerenciamento de risco hospitalar e analisar as dificuldades e facilidades encontradas.	Os resultados mostraram que os enfermeiros relacionam o gerenciamento de risco como ferramenta de qualidade e segurança na assistência ao paciente.  Constatou-se que, mesmo havendo a comunicação dos eventos adversos, muitas vezes há subnotificação por falta de tempo no preenchimento dos formulários, sobrecarga de trabalho, medo da represália e punição mediante

		<p>o erro. A sensibilização da equipe, os programas de educação permanente e o apoio diretivo são estratégias sugeridas para avançar nos processos de trabalho.</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabela 1. Tabela de evidência com a caracterização dos estudos selecionados.

## DISCUSSÃO

A perceção dos profissionais de enfermagem relativamente à cultura da segurança do doente é uma dimensão que é fortemente influenciada por um conjunto de processos, nestes estudos pode-se perceber que alguns destes processos são unanimes para prevenir erros.

A cultura de segurança do doente é entendido como um fator importante no esforço para reduzir os eventos adversos e melhorar a segurança do doente, mediante valores, atitudes e competências individuais e de grupo determinando um padrão de segurança do doente nas instituições.

A colaboração e comunicação podem ter implicações para a segurança do paciente, tendo em vista que as falhas na comunicação e na colaboração entre os profissionais de enfermagem podem constituir fonte potencial de erro, levando à fragmentação dos serviços, bem como a tratamentos e procedimentos técnicos pouco eficazes, com efeitos imediatos e potencialmente negativos para o doente.

Os 8 estudos analisados demonstram que os enfermeiros reconhecem que a falta de comunicação, formação inadequada, relações de trabalho

deficientes e o medo de punição são fatores relevantes que interferem na implementação de uma cultura de segurança do doente.

De entre os fatores que interferem na percepção da cultura de segurança do doente destacam-se, a falta de recursos humanos, a forte carga de trabalho, a falta de formação, e as condições materiais disponíveis nas instituições. A junção deste fatores leva à produção de intervenções menos controladas e ao aumento de eventos adversos conseqüentemente à diminuição da qualidade dos cuidados.

Percebe-se que há diferenças entre instituições e serviços, um dos estudos demonstra que nos serviços de pediatria os enfermeiros tiveram melhores percepções de segurança. Também os enfermeiros com mais anos de experiência apresentam melhor percepção de cultura de segurança do doente.

## **Conclusão**

Depreende-se que as publicações referentes ao tema cultura de segurança do paciente são crescentes e o método de estudo mais utilizado foi o HSPSC. Embora ainda deve ser um tema a investir dado que carece de mais investigação face ao numero reduzido de artigos encontrados.

Um dos pontos mais abordados é a comunicação e a notificação de eventos adversos, evidenciando um grande número de subnotificações. Isto porque continua a predominar a cultura punitiva dos erros e a falta de diálogo entre os profissionais de enfermagem e os seus superiores.

Os dados sugerem a necessidade de introduzir sistemas de notificação e de fomentar o relato como uma prioridade afim de otimizar a aprendizagem e a melhoria contínua dos cuidados prestados a partir da identificação e análise do erro.

Os estudos evidenciam ainda a importância dos profissionais de enfermagem junto dos doente e conseqüentemente, na segurança deste, os cuidados de enfermagem constituem uma importante componente na

implementação da cultura de segurança ao doente e influência de forma direta a qualidade no cuidado.

Em virtude do protagonismo da enfermagem na prestação de cuidados é fundamental a consolidação de estratégias que garantam a implementação de uma cultura de segurança ao doente na prestação de cuidados.



## **Apêndice – II – Segurança do doente em contexto pré-hospitalar**

**A** - Segurança do Doente – Identificação do doente em contexto pré-hospitalar.

**B** - Plano de sessão - Segurança do Doente – Identificação do doente em contexto pré – Hospitalar.

**C** - Diapositivos da sessão - Segurança do Doente – Identificação do doente em contexto Pré-Hospitalar.







**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**Segurança do Doente – Identificação do doente em contexto pré –  
Hospitalar**

Por  
Ana Patrícia Ferreira Barros

Sob a orientação de Prof. Doutora Patrícia Coelho

## **Introdução**

A segurança do doente, enquanto componente fundamental da qualidade dos cuidados em saúde, assumiu relevância nos últimos anos. A evidência científica sugere que os cuidados em enfermagem são fundamentais para a segurança do doente, sendo que a enfermagem pode desempenhar um papel crucial na mudança de crenças e valores relativos às práticas de segurança do doente.

Inicialmente a principal preocupação relativamente à segurança do doente era centrada praticamente nos acontecimentos relacionados com os erros e incidentes ocorridos na ação direta com o doente/utente, responsabilizando apenas os profissionais que lidavam diretamente com os doentes.

A partir da década de 90, vários estudos referem que as organizações apresentam fragilidades quer relativamente aos processos quer à estrutura, facilitadores de acontecimentos adversos que colocam em causa a segurança dos utilizadores dos cuidados de saúde (Lawton et al., 2012).

A segurança do doente é por isso um assunto fundamental para o sucesso dos cuidados de saúde visto que o dano resultante da falta de segurança pode ter uma implicação séria nos custos associados e na mortalidade dos doentes.

Em Portugal foram definidas estratégias governativas no sentido de proporcionar à população cuidados de saúde com uma prestação de cuidados acessíveis e equitativos com adequação dos cuidados de saúde aos recursos disponíveis e às necessidades e expectativas dos cidadãos, favorecendo a sua participação ativa no processo de cuidar. Pretende-se assim que a qualidade dos cuidados prestados acompanhe a segurança do doente proporcionando a garantia e sustentabilidade do serviço nacional de saúde (Ministério da Saúde, 2015).

## Qualidade em saúde

Atualmente qualquer intervenção em saúde tece considerações, questiona ou manifesta preocupações com a qualidade, seja numa perspectiva global ou genérica, seja nas suas dimensões e atributos. Esta perspectiva é bastante clara na Carta de Tallinn intitulada “Os sistemas de Saúde pela Saúde e Prosperidade” aprovada em 27 de junho de 2008 pelos Estados Membros da região europeia da Organização Mundial da Saúde que refere que “os doentes querem ter acesso a cuidados de qualidade e a que lhes garantam que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor e mais atual informação disponível que a ciência médica pode oferecer e a tecnologia mais apropriada para assegurar a eficiência e a segurança clínica aumentada” (Silva & Domingos, 2008).

A preocupação com a qualidade no setor da saúde remonta ao final do século XIX, Florence Nightingale teve o cuidado de implementar rígidos padrões sanitários, durante a Guerra da Crimeia, reduzindo já na altura a taxa de mortalidade e estabelecendo, assim, um modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde (Fragata, 2006; Travassos & Caldas, 2013).

Durante vários anos a principal preocupação relativamente à segurança do doente era centrada quase exclusivamente nos acontecimentos relacionados com os erros e incidentes ocorridos na ação direta com o doente/utente, dando uma ideia errada de que estes erros representavam uma responsabilidade apenas dos profissionais que se relacionavam diretamente com os doentes. Desde a década de 90 que vários estudos tem sido desenvolvidos e estes referem que as organizações apresentam fragilidade quer relativamente aos processos quer à estrutura, facilitando eventos adversos que colocam em risco a segurança dos utilizadores dos cuidados de saúde ( Lawton et al, 2012).

No entanto nas últimas décadas, o conceito qualidade tem vindo a sofrer transformações, incorporando novos parâmetros, conforme a evolução e as necessidades e expetativas dos doentes. Os utilizadores dos cuidados de

saúde são cada vez mais informados e procuram exigir qualidade assim como os profissionais se preocupam com qualidade devido ao compromisso ético intrínseco aos cuidados em saúde (Gama & Saturno, 2013).

Em 1990 o Intitute of Medicine define qualidade em saúde como o grau com que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados. No entanto o conceito de qualidade também está dependente da perspectiva, valores e crenças de quem a define, podendo tornar-se um conceito subjetivo o que não será o desejável, uma vez que a subjetividade está naquilo que se define, tornando-se necessário uma definição clara do conceito de qualidade antes de qualquer atividade de gestão nos serviços de saúde (Gama & Saturno, 2013).

A qualidade de cuidados em saúde é um processo que tem que ser medido, avaliado permanentemente e sistematicamente melhorado, para isso pressupõe-se que haja critérios claros e transparentes, indicadores facilmente operáveis e padrões de exigência que credibilizem as avaliações, quer para os doentes quer para a sociedade em geral. A qualidade dos cuidados deve acompanhar todo o processo do doente, desde o acesso e acolhimento, passando pelo processo de diagnóstico e terapêutico, bem como por todas as questões que se prendem com o conforto, informação e relacionamento com doentes e familiares (Delgado,2009).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde de 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo a segurança um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde e um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Cada serviço prestador de cuidados de saúde é, por si mesmo, um sistema muito complexo e instável que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos, exigindo desta forma, uma gestão atenta e inovadora dos inúmeros aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde (Ministérios da Saúde, 2015).

A Emergência Médica Pré-Hospitalar é uma parte importante na cadeia de cuidados de saúde, quer pela gravidade das situações a que atende, quer pela forma como funciona.

## **Segurança do doente**

Durante vários anos a principal preocupação relativamente à segurança do doente era exclusivamente centrada nos acontecimentos relacionados com os erros e incidentes ocorridos na ação direta com o doente/utente, favorecendo uma perceção errada de que estes acontecimentos representavam uma responsabilidade apenas dos profissionais que se relacionavam diretamente com os doentes. No entanto desde a década de 90 do século passado que vários estudos referem que as organizações apresentam fragilidades quer relativamente aos processos quer à estrutura, facilitadores de acontecimentos adversos que colocam em causa a segurança dos utilizadores dos cuidados de saúde ( Lawton et al.,2012).

As publicações na área da segurança do doente aumentam a casa ano. Porém, pode ainda considerar-se uma área relativamente nova, a compreensão desses trabalhos tem sido comprometida pelo uso inconsistente da linguagem adotada (ANVISA, 2013). A OMS cria assim uma classificação de segurança do paciente. A oportunidade surgiu com o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da OMS, em 2004. Orientado por um referencial explicativo, o grupo de trabalho desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (International Classification for Patient Safety – ICPS), contendo 48 conceitos-chave<sup>16</sup>. Os principais conceitos da ICPS, suas definições e termos preferidos estão apresentados abaixo. A tradução para o português foi realizada pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis)<sup>18</sup>, em 2010.

Erro é definido na ICPS como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planeamento ou na fase de execução. Erros

são, por definição, não-intencionais, enquanto violações são atos intencionais, embora raramente maliciosas, e que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. Um exemplo de violação é a não adesão à higiene das mãos por profissionais de saúde.

Para a Organização Mundial de Saúde a segurança do doente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Diferente das dimensões tradicionais da qualidade centradas em fazer o certo na hora certa, para conseguir níveis máximos de benefício e satisfação para o doente, a segurança caracteriza-se pelo enfoque na ausência do dano produzido pelos cuidados de saúde, mais do que foco no seu benefício. Assim, é importante salientar que a área de estudo da segurança não inclui somente os incidentes que causam dano, mas também as falhas da atenção que não causaram dano, mas que poderiam ter causado (Gama & Saturno, 2013).

Segundo Fragata (2011) o grande desafio neste século XXI é tornar os cuidados de saúde seguros para o doente e também para quem presta os cuidados, tendo em conta os desenvolvimentos na área de medicina que tornam o ambiente do doente muito mais complexo e propício a eventos indesejáveis associados ao aumento do grau de exigência dos utilizadores dos sistemas de saúde.

A segurança do doente é, atualmente um dos pilares fundamentais da avaliação da qualidade de cuidados em saúde e um forte indicador sobre a fiabilidade das organizações. Este tema tem ganho visibilidade crescente desde que, em 1999, o Intitute Of Medicine publicou o relatório: “ *Errar é Humano: construir um sistema de saúde mais seguro.*”

A segurança do doente é por isso um assunto primordial para o sucesso dos cuidados de saúde visto que o dano resultante da falta de segurança pode ter uma implicação séria nos custos associados e na mortalidade dos doentes.

Portugal acompanha o panorama internacional embora com algum atraso na linha do tempo relativamente ao conhecimento destas questões. Em 2009 o Conselho da União Europeia emana um conjunto de recomendações

sobre a segurança dos pacientes e mais tarde a DGS através do Despacho nº 1400-A/2015 do secretário de estado adjunto do ministro da saúde aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (D.R., 2.ª série — N.º 28 /2015). Segundo este despacho a ocorrência de falhas de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está diretamente relacionada com o nível de cultura de segurança existente, referindo ainda que existe evidência de que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes mais nas instituições que não têm essa cultura de segurança.

O Plano Nacional para a segurança dos Doentes 2015-2020 integra a seguinte estratégia:

- Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno:

Centrar a atividade clínica na experiência do doente, evitando qualquer tipo de lesão e respeitando a honestidade e a verdade no assumir das falhas dentro da equipa e com os doentes e famílias.

- Aumentar a segurança da comunicação;

Ser preciso, eficaz e sistemático na comunicação de informação clínica dentro da equipa e com doentes e famílias.

- Aumentar a segurança cirúrgica;

Seguir os protocolos de segurança cirúrgica recomendados.

- Aumentar a segurança na utilização da medicação;

Verificar a dosagem e via de administração da medicação prescrita e administrada, particularmente a medicação endovenosa de alerta máximo (soluções eletrolíticas concentradas, opióides, heparina, insulina e aminos).

- Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;

Utilizar pelo menos dois identificadores e fazer a identificação ativa dos doentes sempre que possível (como se chama?).

- Prevenir ocorrências de quedas;

Vigiar particularmente o doente hipocoagulado ou trombocitopénico, para a qual a lesão decorrente da queda pode ser causa de morte.

- Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão.

Segundo a OMS, 95% são evitáveis.

- Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;

Utilizar o sistema de relato de incidentes e contribuir para evitar ocorrências semelhantes no futuro.

- Prevenir e controlar as infecções e as resistências aos antimicrobianos;

Alguém pode afirmar, honestamente, que não tem nada a melhorar ( lavar as mãos, manter a assepsia nos procedimentos invasivos, cumprir as normas de prescrição de antibioterapia).



Figure 1 - Fonte proqualis (2012)

Os profissionais de enfermagem pela proximidade com o doente e pela natureza do seu trabalho são uma peça fundamental para manter a estrutura de segurança do doente e conseqüentemente qualidade dos cuidados uma estrutura robusta e eficaz.

## Cultura da segurança do doente

O conceito de cultura associada à segurança apareceu após o desastre de chernobyl em 1986, onde o acidente aconteceu por causa de uma seqüência de falhas internas em que não havia qualquer cultura de segurança, e a partir daí permitiu às organizações fiáveis aprender e pensar as questões da segurança.

Cultura representa um conjunto de percepções e de comportamentos de um grupo ou organização e traduz a forma como esta exerce a sua atividade.

Desta forma a cultura tem uma dimensão de grupo na organização mas implica uma interiorização em cada um dos profissionais.

Segundo a OMS cultura de segurança é definida como o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, capacidades de perceção, competências e padrões de comportamento, que determinam o empenho, estilo e proficiência, na gestão e segurança de uma organização (World Health Organization, 2009).

A mesma organização enumera como dimensões de cultura de segurança:

- Compromisso de gestão com segurança;
- Práticas de trabalho de segurança;
- Priorização relativa à segurança;
- Adesão a regras de segurança;
- Gestão de risco, reporte de erros e incidentes.

A cultura de segurança estimula os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos através de uma liderança proactiva, na qual se potencializa o entendimento e se explicitam os benefícios, assegurando a imparcialidade no tratamento dos eventos adversos, sem tomar medidas de punição frente à ocorrência dos mesmos (Fragata 2011).

Em Portugal ainda é reduzida a informação acerca dos eventos adversos e os respetivos danos ao doente só em 2011 foi divulgado o primeiro estudo realizado em Portugal sobre eventos adversos e em contexto hospitalar cujos resultados revelaram que cerca de 11,1% de incidência de eventos adversos e cerca de 53.2% dos eventos adversos eram evitáveis. Também em 2011 a DGS lança a Estrutura concetual de classificação sobre Segurança do Doente através do relatório técnico (DGS, 2011) onde termos como, erro, evento adverso, segurança do doente são definidos e universalizados através deste documento. Atualmente as instituições de saúde trabalham para fazer

face a um objetivo comum o de garantir a segurança dos cuidados e consequentemente a qualidade dos cuidados.

A cultura de segurança nos serviços de saúde portugueses tem ainda um elevado potencial de melhoria como evidência a avaliação da cultura de segurança do doente realizada apenas nas instituições hospitalares, com a publicação da Norma n. 025/2013, de 24 de dezembro (DGS, 2013). Este estudo foi realizado com a colaboração entre a Direção Geral da Saúde (DGS) e a Associação para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) que visa, a avaliação e monitorização da cultura de segurança do doente no sistema de saúde nacional através da utilização de um questionário “ *Hospital Survey on Patient Safety Culture*”, da Agency for Health care Research and Quality (AHRQ), adaptado e traduzido para Portugal.

## **Identificação Inequívoca do Doente**

A Organização Mundial de Saúde classifica a identificação do doente como a primeira meta internacional de segurança, devendo os serviços de saúde desenvolver estratégias para a sua implementação.

Como já foi referido, a OMS criou em 2004 a Aliança Mundial pela Segurança do Doente com a missão de coordenar e implementar um programa de medidas tendentes a melhorar a segurança do doente ao nível mundial e, publicou o documento Patient Safety (WHO, 2011). Este procedimento, óbvio, simples, mas da maior importância, consiste em confirmar a identidade do doente antes da realização de qualquer procedimento, por mais banal que pareça. A verbalização pelo doente de dois dados inequívocos de identificação (o nome completo e a data de nascimento) à solicitação do profissional, são medidas que permitem confirmar a identidade do mesmo e evitar troca de procedimentos. Sendo a identificação inequívoca do doente, pelo profissional de saúde, um procedimento essencial à qualidade do serviço e à sua segurança, compete às instituições de saúde desenvolver e executar programas e protocolos focados na responsabilidade dos profissionais de saúde para a correta identificação (Ministério da Saúde, 2015).

Ao longo dos últimos anos foram sendo realizados alguns estudos, demonstrando a preocupação dos profissionais sobre a temática da segurança do doente, com referência explícita à importância da sua identificação ((Hoffmeister & Moura, 2015).

Segundo Fassarella et al. (2012), a identificação correta do doente tem um papel essencial na segurança do mesmo, fundamental para evitar erros. No seu estudo exemplifica que, doentes com nomes iguais ou idênticos no mesmo serviço e que tomem a mesma medicação, ainda que em doses diferentes, podem ser confundidos facilmente; e, apontam, em abono da segurança, a utilização de pulseira de identificação como uma estratégia importante para evitar o erro de medicação nos doentes com alteração do estado de consciência.

De acordo com Porto (2014), a ausência de identificação do doente pode comprometer não só a sua segurança mas, também a do profissional e da própria instituição que poderão responder civil e criminalmente caso se verifiquem erros relacionados com a ausência de confirmação da identificação do doente antes da realização dos procedimentos.

Os erros não são intencionais, de contrário seriam dolosos, mas podem acontecer em qualquer fase do processo, em qualquer instituição, ou praticados por qualquer profissional de saúde (Oliveira, 2013). Por isso, é fundamental reportar e discutir as situações da ocorrência do erro e proceder à avaliação/auditoria do processo, com vista a evitar os erros e a promover eficazmente a cultura de segurança (Ministério da Saúde, 2015).

Caso a identificação do doente ou a correspondência do doente ao ato a que é submetido não sejam devidamente realizados há um comprometimento da prestação de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2015). As instituições de saúde tem o dever de implementar e auditar com regularidade as boas práticas e os procedimentos internos que assegurem a identificação do doente e a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar (Ministério da Saúde, 2015). Diversos autores referem, nos seus estudos, as preocupações da enfermagem na identificação do doente, uma vez que um erro de identificação pode conduzir a outros erros, de entre os quais a

administração de medicação ao doente errado (Tase et al., 2013; Hoffmeister e Moura, 2015; Fassarella et al., 2012 ). A inexistência de uma cultura de notificação de eventos adversos, por sua vez, faz com que não se tenha conhecimento real, das dimensões deste problema (Neves & Melgaço, 2011).

Em contexto pré-hospitalar existem estratégias corretas de identificação do doente, nomeadamente, a utilização do Registo Nacional dos utentes (RNU) na identificação e a utilização de um número de ficha/ evento atribuído a cada ocorrência que contribuem para um melhor serviço ao doente e para que se evitem situações suscetíveis de eventos adversos.

O Registo Nacional de Utentes é um dos pilares do sistema de informação da saúde (SIS). Constitui a base de dados de referência para a identificação dos Utentes do Serviço Nacional de Saúde, ao nível de um Master Patient Index (através do número de Utente), sendo constituído atualmente por três grandes componentes:

- Base de dados nacional (repositório central de dados dos Utentes do SNS);
- Aplicação Web (WEBRNU) para gestão dos dados de identificação dos Utentes;
- Plataforma de interoperabilidade, disponibilização serviços de consulta de dados (Web Services).

Tal como noutras instituições de saúde os profissionais do pré-hospitalar seguem uma serie de recomendações para a identificação correta do doente, pedido sempre que possível dados de identificação fidedignos do doente com recurso preferencialmente a documentação que posso comprovar esses dados nomeadamente o número do SNS a fim de utilizarem o RNU, documentação com foto e sempre que possível verbalizar com o utente mais que um dado de identificação como o nome completo e data de nascimento.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo

que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. A segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde, nomeadamente no INEM.

Nos últimos anos, a notificação voluntária de eventos adversos tornou-se, mundialmente um importante instrumento para a melhoria da qualidade nos sistemas de saúde. O sistema de notificação constitui-se em ações interligadas para detetar e analisar eventos adversos e situações de risco e direcionar para o aprendizado, a partir desses eventos, com o objetivo de melhorar a segurança dos doentes (Paiva et al.,2014).

Ainda segundo o mesmo estudo é recomendado que as direções das organizações de saúde, em consonância com os seus trabalhadores, defina e documente políticas de gestão das situações de risco. Os riscos devem ser identificados e analisados, de acordo com a sua origem e a partir desse diagnóstico, devem ser implementadas ações preventivas. A fim de contribuir para a identificação das situações de risco e a sua gestão as notificações devem ter a opção de registo anónimo e confidencial e nunca ser utilizado como instrumento de acusação dos profissionais.

O INEM mais uma vez consegue responder a essas necessidades uma vez que disponibiliza plataformas de notificações de incidentes, acessível a todos os

Colaboradores, são elas:

- INEM (HER+) - informação relativa a acidentes, incidentes e eventos adversos no âmbito da Segurança do Doente;
- INFARMED (Portal RAM) – informação relativa a Reações Adversas a Medicamentos;
- DGS (NOTIFIQ@) – gestão de incidentes, ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados do Sistema de Saúde.

Segundo o gabinete de qualidade às notificações em 2016, as notificações feitas pelos profissionais de saúde através da plataforma HER+, que se encontra disponível no INEMSI no seguinte endereço

<http://notificar.inem.pt/risi.web/>, cerca de 8% das notificações foram relacionadas com a segurança do doente.

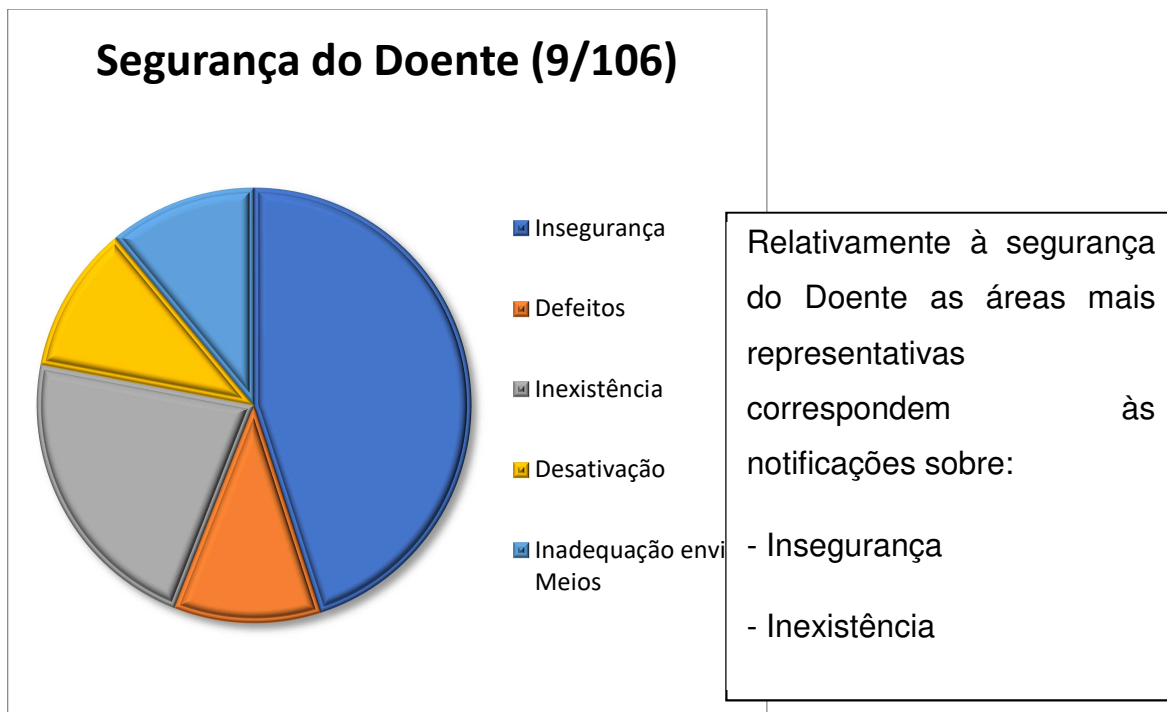


Figure 2 fonte - gabinete de qualidade INEM 2016

**Infarmed Portal Ram** - Este Portal permite aos profissionais de saúde e utentes comunicarem ao Infarmed suspeitas de reações adversas a medicamentos (RAM), contribuindo para a monitorização contínua da segurança e a avaliação do benefício/risco dos medicamentos.

**Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA** - é uma plataforma destinada à gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, na qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar três tipos diferentes de incidentes:

- Relacionado com a prestação de cuidados de saúde;
- Relacionado com a violência contra profissionais de saúde ocorrida no local de trabalho;

- Relacionado com a utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes.

## Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

### Plano de apresentação:

**Tema** – Segurança do Doente - Identificação do Doente.

**Local** – INEM - Delegação do Norte.

**Objetivo da apresentação** – Realizar uma sensibilização do tema e frisar a importância do reconhecimento do evento adverso e sua notificação.

**Objetivo Geral** – Conhecer a importância do reconhecimento do erro/evento adverso e sua notificação.

#### Objetivos Específicos:

- Perceber a importância da necessidade de identificar os doentes no pré-hospitalar;
- Conhecer as recomendações institucionais definidas para a identificação correta dos doentes;
- Perceber a importância da notificação de eventos adversos.

	Conteúdos	Metodologia	Recursos Materiais	Avaliação
Introdução	Apresentação da formadora e dos temas a apresentar Definição de segurança do doente, erro e evento adverso.	Método expositivo	Computador Projetor	Avaliação dos formandos através de perguntas aleatórias sobre o tema apresentado.  Avaliação e auscultação dos formandos sobre a pertinência e adequação do tema à prática e contexto do pré-hospitalar.
Desenvolvimento	A importância da cultura de segurança do doente. A importância da correta identificação do doente. Medidas de prevenção de eventos adversos. Notificação de eventos adversos.	Método expositivo	Computador Projetor	
Conclusão	Reflexão sobre cultura	Método expositivo e	Computador	

	de segurança do doente no pré-hospitalar – reflexão e ação no contexto.	brainstorming com os formadores sobre as medidas que implementam para a identificação e segurança do doente.	Projetor	
--	-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	--



## Segurança do Doente – Identificação do doente em contexto pré – hospitalar

11º Curso de Mestrado em Enfermagem

Ana Patrícia Ferreira Barros

Janeiro 2019

### Evento adverso

**Definição:**

Lesão ou dano não intencional que pode resultar em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, e/ou aumento do tempo de internamento ou morte como consequência do cuidado de saúde prestado.

OGS 2011



## Segurança do Doente



- ✓ Mobilizar esforços globais para melhorar a segurança dos cuidados de saúde para as pessoas.
- ✓ A segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efectivos e eficientes.

## Segurança do Doente

- É a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável.

DGS 2011

- "Errar é humano, encobrir é indesculpável e não aprender com os erros é imperdoável..."

Donaldson - Orientação da DGS 2012

## Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020



## Plano Nacional De Saúde

### Estratégia Nacional para a qualidade de saúde

- Aumentar a segurança da comunicação;
- Aumentar a segurança cirúrgica;
- Aumentar segurança na administração de medicação;
- Assegurar identificação inequívoca do doente;
- Prevenir a ocorrência de quedas;
- Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
- Assegurar prática sistemática da notificação;
- Aumentar a cultura de segurança em momento interno;
- Prevenir e controlar resistências e antibioterapia aos antimicrobianos.

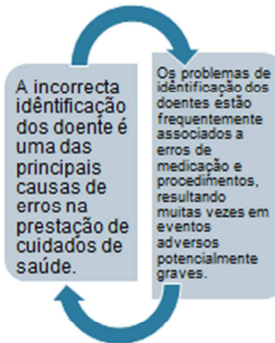
Diário da República, 2015

## Segurança do Doente

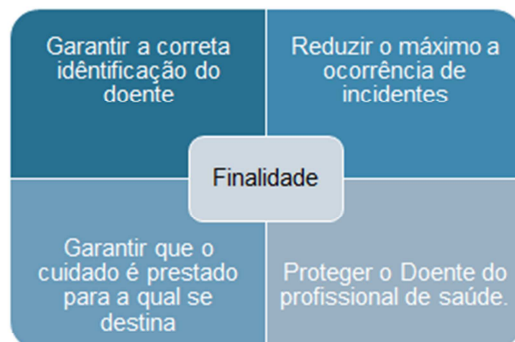


## Identificação do Doente

A Organização Mundial de Saúde classifica a identificação do doente como a primeira meta internacional de segurança, devendo os serviços de saúde desenvolver estratégias para a sua implementação.



## Identificação do Doente



- Urgência das Situações
- Gravidade da situação
- Estado de consciência do doente
- Situações com multivítimas
- Indisponibilidade de documentos identificativos
- Idade das vítimas

## Recomendações na Identificação dos Doentes

- **Informar o doente** da importância da identificação correta como procedimento de segurança e pedir a sua colaboração. Caso o doente recuse identificar-se, deve ser alertado para os riscos.
- Sempre que possível recorrer a identificação com documento identificativo, preferencialmente com foto – ex. Cartão do Cidadão.
- Quando não é possível identificar doente com documento, dependendo do estado de consciência confirmar o máximo de dados possível – Nome completo e data de nascimento.
- Não tendo consigo nenhum documento identificativo e não sendo possível confirmar a sua identidade, a identificação será realizada com os dados fornecidos pelo doente. Logo que seja possível aceder aos documentos de identificação deve-se confirmar os dados.

## Recomendações na Identificação dos Doentes

- Nos doentes com alteração do estado de consciência e/ou sem capacidade de verbalizar e sem possibilidade de se confirmar a identificação, esta será realizada colocando - sexo, idade aparente ( $\pm$  X anos).

Em situações de exceção estão indicadas as etiquetas de triagem, que além de servir como elemento identificativo servem também como elemento organizativo, estabelecendo uma prioridade na abordagem aos doentes.

## Notifica

- Porquê Notificar?
- A lei
- Como Notificar





Obrigada!