CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

AMBIENTES DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por
Joana Filipa da Silva Machado

Porto – março de 2025

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

AMBIENTES DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

SPECIALIZED NURSING PRACTICE ENVIRONMENTS FOR PEOPLE IN CRITICAL SITUATION

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por
Joana Filipa da Silva Machado

Sob a orientação de Doutora Irene Oliveira e Mestre Carolina Monteiro

Porto – março de 2025

RESUMO

O presente relatório, elaborado de forma descritiva e reflexiva, surgiu no âmbito da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório", da 17ª Edição do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola de Enfermagem (Porto) da Universidade Católica Portuguesa. Expõe o percurso referente ao estágio, decorrido em dois contextos, num Serviço de Urgência e numa Unidade de Cuidados Intermédios Médicos, refletindo criticamente sobre as competências desenvolvidas e analisando as atividades realizadas, enquanto futura mestre e enfermeira especialista.

Inicia-se com uma introdução, após a qual é exposto o percurso realizado para início de aquisição de competências, no primeiro estágio, previamente à Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório", que foram as bases para a continuidade do processo. No terceiro capítulo, contextualizaram-se os dois locais onde o estágio da Unidade Curricular decorreu. Segue-se o quarto capítulo, com análise e reflexão crítica do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista na área de especialização. Para cada domínio de competências comuns, explanaram-se as atividades desenvolvidas, que permitiram alcançar os objetivos previamente definidos e, desenvolver competências comuns e específicas da área de especialização. Culmina com uma reflexão final, sintetizando as ideias chave, incluída na conclusão.

Foram exploradas várias atividades, com destaque na elaboração de instruções de trabalho e colaboração em auditorias, o desenvolvimento de ferramentas de apoio e implementação de um projeto formativo. Foram ainda elaboradas diversas pesquisas bibliográficas, para sustentar a prática baseada na evidência, com destaque para a revisão de literatura sobre o impacto da segurança psicológica dos profissionais de saúde, na qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica. Com base nos resultados deste trabalho, foi iniciada uma *scoping review,* ainda em curso, cujo protocolo será partilhado em evento científico e cujos resultados se pretende publicar em revista científica. Acrescentam-se, ainda, reflexões críticas realizadas sobre os cuidados prestados e as implicações para a prática, refletindo desenvolvimento profissional e pessoal. Este percurso académico, representa o início de um contínuo de desenvolvimento de competências na procura da excelência profissional.

Foram desenvolvidas competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, nos diferentes domínios que refletem uma prática com respeito pelos aspetos éticos e legais, valorizando a esfera da comunicação; melhoria contínua da qualidade, na procura de ambientes de prática de enfermagem seguros e atrativos; na prevenção e controlo de infeção e antimicrobianos; na gestão integrada de cuidados de enfermagem, reconhecendo precocemente sinais de instabilidade e risco de falência orgânica; na gestão de recurso materiais e humanos; e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais, demonstrando autoconhecimento, capacidade de trabalho em equipa e baseando a prática clínica em evidência científica atualizada.

Por fim, denota-se neste percurso a riqueza de experiências, e o sentido de constante procura de conhecimento que possibilitaram a aquisição de competências e o desenvolvimento de capacidade analítica, crítica e reflexiva, enquanto futura Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Pessoa em Situação Crítica.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica, Ambientes de Prática de Enfermagem, Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intermédios Médicos

ABSTRACT

This report, prepared in a descriptive and reflective way, was developed within the scope of the Curricular Unit "Estágio Final e Relatório" part of the 17th Edition of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for Critical Ill Patient, at the School of Nursing (Porto) of the Universidade Católica Portuguesa Presents the journey through the most recent internships, carried out in an Emergency Service and a Medical Intermediate Care Unit, critically reflecting on the competencies acquired and analyzing the activities developed as a future master's graduate and specialist nurse.

It begins with an introduction, followed by a description of the initial steps taken toward acquiring competencies in the first internship, prior to the Curricular Unit "Estágio Final e Relatório" which served as the foundation for the continuation of this process. The third chapter contextualizes the two settings where the internships took place. The fourth chapter follows with an analysis and critical reflection on the process of developing the competencies of the specialist nurse in this field of expertise. For each domain of common competencies, the activities undertaken are outlined, demonstrating how the predefined objectives were achieved and how both common and specialized competencies were developed. The report concludes with a final reflection, summarizing the key ideas in the conclusion.

Several topics were explored, high1lighting the development of work instructions and collaboration in audits, including the creation of support tools and the implementation of a training project. Notably, multiple bibliographic searches were conducted to support evidence-based practice, with a particular focus on a literature review regarding the impact of healthcare professionals' psychological safety on the quality of critical care. Based on the results of this work, a scoping review was initiated, which is still ongoing, the protocol will be shared at a scientific event and the final results are intended to be publish in a scientific journal. Additionally, numerous critical reflections were made on the care provided from the perspective of the specialist nurse, analyzing the implications for practice and demonstrating both professional and personal development. This academic journey represents the beginning of a continuous process of competency development in the pursuit of professional excellence.

Competencies were developed in the field of care for individuals in critical situations, across various domains that reflect a practice based on ethical and legal considerations, emphasizing communication; continuous quality improvement to ensure safe and attractive nursing practice environments; infection and antimicrobial prevention and control; integrated nursing care management, with an early recognition of signs of instability and risk of organ failure; resource management, both material and human; and the development of professional learning, demonstrating self-awareness, teamwork skills, and a practice based on up-to-date scientific evidence.

Finally, this journey highlights the richness of experiences and the constant pursuit of knowledge, which have enabled the acquisition of competencies and development of analytical, critical, and reflective skills as a Master's graduate and Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, in the Area of Critical Ill Patient.

Keywords: Person in Critical Situation; Nursing Practice Environments; Emergency Service; Medical Intermediate Care Unit

“(...) estar errado faz parte de se estar vivo num mundo complexo e incerto”.

Amy Edmondson (2024) em “O Tipo Certo de Erro: A Ciência de Falhar Bem”

AGRADECIMENTOS

À Professora Irene e à Professora Carolina, pela orientação, partilha de conhecimento e conselhos neste desafio, e por me ajudarem a percorrer este caminho com serenidade.

À Enfermeira RC, ao Enfermeiro DV, por me mostrarem onde pertenço e à Enfermeira LG e à Enfermeira NC e a todos os elementos das equipas multiprofissionais dos serviços onde realizei estágio, pelo acolhimento, pelas experiências proporcionadas e partilha de conhecimentos e estratégias, como também pela dedicação ao meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Ao HS, à MS e a todos os colegas que se transformaram em amigos e com quem partilhei este caminho do Mestrado, pelo apoio, pelo abraço e pela palavra de conforto.

À F, por ter sido a pessoa por trás do começo desta aventura, ao M, ao T, ao JP, à E, à AP, à S, à AR, à B, à A, à E, à FM e a todos os amigos que nunca me deixaram desistir e sempre tiveram um abraço e uma palavra de motivação.

À A e ao F que não só neste, como em todos os caminhos da minha vida, marcam presença com o carinho e o amor que só eles sabem dar.

À M, ao J e ao J que, mesmo não sendo família, fazem-me sentir como parte da sua, pelo acompanhamento durante este percurso.

À minha Mãe e ao meu Pai, por serem os alicerces da minha vida, o significado de tudo isto e, mesmo no meio do caos, não me deixarem para trás.

A todos,
O meu sincero e humilde
Obrigada.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CV	Cateter Vesical
CVC	Cateter Venoso Central
CVP	Cateter Venoso Periférico
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECG	Escala de Coma de Glasgow
EE	Enfermeiro Especialista
EEMI	Equipa de Emergência Médica Interna
EH	Extra Hospitalar
EMC	Enfermagem Médico-Cirúrgica
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ET	Equipa de Trauma
GPT	Grupo Português de Triagem
IACS	Infeção Associada a Cuidados de Saúde
INCS	Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea
IT	Instrução de Trabalho
OE	Ordem dos Enfermeiros
Nº	Número

PAI	Pneumonia Associada à Intubação
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PBCI	Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobiano
PNSD	Plano Nacional de Segurança do Doente
PSC	Pessoa em Situação Crítica
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SABA	Solução Antissética de Base Alcoólica
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SE	Sala de Emergência
SMIP	Serviço de Medicina Intensiva Polivalente
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPICI-F	Síndrome Pós Internamento em Cuidados Intensivos e Família
SU	Serviço de Urgência
UC	Unidade Curricular
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIM	Unidade de Cuidados Intermédios Médicos
UCP	Universidade Católica Portuguesa
TAS	Técnico Auxiliar de Saúde
TPM	Triagem de Prioridades de Manchester

VA	Via Aérea
VNI	Ventilação Não Invasiva
VV	Via Verde
VVT	Via Verde Trauma

ÍNDICE

INTRODUÇÃO *17*

1. PERCURSO *21*

2. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO *25*

3. APRECIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS *27*

3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL 28

3.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE 33

3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS 42

3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS 50

CONCLUSÃO *61*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *65*

APÊNDICE *75*

APÊNDICE I: Instrução de Trabalho: Verificação de Consumíveis – área amarela, área laranja, área cirúrgica e sala de emergência 77

APÊNDICE II: Instrução de Trabalho: Verificação de Fármacos – área amarela, área laranja e área cirúrgica 81

APÊNDICE III: Proposta de Formulário para Auditorias ao Cumprimento dos Feixes de Intervenção para a Prevenção da Infeção Associada ao Cateter Vesical 85

APÊNDICE IV: Ambientes de Prática Seguros: o Erro Clínico e Segurança na Utilização de Fármacos – síntese de evidência 91

APÊNDICE V: Apresentação da Ação de Formação - Ambientes de Prática Seguros: o Erro Clínico e Segurança na Utilização de Fármacos 115

APÊNDICE VI: Plano de Formação – Prevenção e Controlo de Infeção em Cuidados Intermédios 133

APÊNDICE VII: Questionário de Avaliação Inicial sobre Prevenção e Controlo de Infeção - cateter vesical e cateter vascular central 139

APÊNDICE VIII: Apresentação da Ação de Formação - Prevenção e Controlo de Infeção em Cuidados Intermédios 145

APÊNDICE IX: *Flyer* – Dia Mundial da Segurança do Doente 167

APÊNDICE X: Segurança Psicológica dos Profissionais de Saúde: Impacto na Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica - Revisão Integrativa da Literatura 171

APÊNDICE XI: Póster "Segurança Psicológica dos Profissionais de Saúde - Impacto na Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica" apresentado no evento *II Jornadas Internacionais da APAPEnf+* 195

ANEXOS *199*

ANEXO I – Certificado de participação no workshop VMER: "Do início ao fim de vida" 201

INTRODUÇÃO

No âmbito da 17ª edição do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da Escola de Enfermagem (Porto) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), é apresentado o relatório intitulado "Ambientes de Prática Especializada à Pessoa em Situação Crítica", realizado sob orientação das Professoras Doutora Irene Oliveira e Mestre Carolina Monteiro. A escolha do título deve-se à crescente necessidade de reconhecer os ambientes de prática profissional como caminho para alcançar um excelente desempenho organizacional, que se reflete em qualidade em saúde, maior cultura de segurança, satisfação do cliente (pessoa e família) e satisfação dos próprios profissionais. Cada vez mais, os enfermeiros especialistas assumem uma posição preponderante, principalmente num contexto de vulnerabilidade, como aquele onde se encontra a PSC. Surge, assim, o presente relatório, cujo objetivo é apresentar as competências desenvolvidas ao longo deste percurso académico, refletir sobre as mesmas e relatar as atividades realizadas que facilitaram este processo, durante a unidade curricular (UC) "Estágio Final e Relatório".

Esta UC engloba dois momentos de estágio curricular. O primeiro decorreu no período de 2 de setembro a 23 de outubro de 2024, no Serviço de Urgência (SU) de um hospital da região norte do país e, o segundo momento de estágio, decorreu no período de 24 de outubro a 19 de dezembro de 2024 na Unidade de Cuidados Intermédios Médicos (UCIM) do mesmo hospital. Com uma carga horária de 840 horas, correspondente a 30 *European Credite Transfer and Acumulation System* (ECTS), a UC divide-se em 360 horas de estágio, 180 em cada contexto, conjugando as restantes horas com trabalho individual, seminários e orientações tutoriais.

Realizar esta UC nos locais acima referidos permite, tal como aludido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE), desenvolver competências especializadas para uma prática profissional, com vista à excelência dos cuidados prestados e ao aprimorar competências reflexivas e críticas acerca da prática técnico-científica e humana (Regulamento nº 140/2019, 2019). Além disso, a escolha destes locais prendeu-se com o desejo de compreender a PSC como um todo, em

diferentes momentos do percurso hospitalar e da evolução do quadro clínico. O SU é a porta de entrada da unidade hospitalar e o local de excelência onde o desenvolvimento de competências na gestão e prestação de cuidados à PSC é mais diversificado. Por outro lado, passar pela UCIM, onde a tipologia de doentes se concentra num nível 2 de cuidados, permite obter uma perspetiva da PSC num estadio mais controlado, e mobilizar competências, alicerçando os cuidados num ambiente de transição, entre fase aguda e de instabilidade e fase controlada, com uma visão holística, não só da pessoa, como de todo o percurso hospitalar da mesma, em função da sua evolução clínica.

O meu percurso profissional iniciou-se em 2018 na área da saúde no trabalho e com início de funções na formação em primeiros socorros e Suporte Básico de Vida (SBV), que mantenho na atualidade. Após conclusão da licenciatura, complementei os meus conhecimentos na área, com a Pós-Graduação em Emergência Extra-Hospitalar e, em 2021, com a Pós-Graduação em Abordagem ao Doente Crítico. No contexto hospitalar, iniciei funções em junho de 2020, num serviço de medicina interna, tendo lá permanecido até setembro de 2024, quando fui transferida para um Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP), na mesma instituição. Em meados de outubro, integrei a equipa de abertura da Unidade de Cuidados Neurocríticos, integrada nesse SMIP. Assim, a aquisição de competências, enquanto futura EE e Mestre em EMC na área de enfermagem à PSC, é uma mais-valia no meu percurso profissional e permitiu, não só progressão pessoal e profissional, mas também compreender os cuidados de enfermagem à PSC numa perspetiva abrangente e dinâmica.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, é expectável que o EE domine um conjunto de competências no campo da investigação, que lhe permitam adquirir conhecimentos aprofundados e especializados na sua área de intervenção (Regulamento nº 140/2019, 2019). Além disto, deve ser capaz de comunicar as suas conclusões, tornando-se elemento facilitador da aprendizagem no contexto profissional onde se insere, tirando partido das oportunidades de análise e reflexão crítica em equipa, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Neste âmbito, ao longo do percurso académico e profissional, surgiu um tema pelo qual desenvolvi especial interesse e que abordo neste relatório: a segurança psicológica. Com a elaboração deste documento, pretendo expor as competências comuns e específicas que foram alcançadas na área de especialização, assim como o percurso traçado para aquisição do grau de mestre e EE em EMC na área de Enfermagem à PSC. Para tal, recorre-se à metodologia descritiva e reflexiva, suportada por bibliografia revista e cujos objetivos

passam pela apresentação do processo de aprendizagem; análise crítico-reflexiva do percurso; demonstração das competências desenvolvidas e dos objetivos atingidos, através da apresentação das atividades realizadas, dando resposta ao processo avaliativo. Pretendo, finalmente, a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em EMC na área de enfermagem à PSC.

A primeira UC que inicia este percurso, denominada "A PSC e Família: Vigilância e Decisão Clínica" decorreu num SMIP, onde as experiências proporcionadas foram ricas e altamente diferenciadoras para a aquisição e desenvolvimento de competências e conhecimentos, tanto na dinâmica de prestação de cuidados, como na gestão da PSC e aplicação de protocolos complexos que foram consolidados e aperfeiçoados com a UC "Estágio Final e Relatório".

Estruturalmente, o presente documento organiza-se num capítulo inicial, onde é brevemente retratado o percurso efetuado na UC "A PSC e Família: Vigilância e Decisão Clínica", seguido de um segundo capítulo de enquadramento dos locais onde decorreu o estágio desta UC. Imediatamente, segue-se um terceiro capítulo com análise das competências desenvolvidas nos diferentes domínios das competências do EE, com especial enfoque nas competências específicas da área de especialização e reflexão crítica sobre o caminho realizado para atingimento dos objetivos. Finaliza-se com uma breve conclusão, as referências bibliográficas, apêndice e anexos. De salientar que o documento encontra-se elaborado de acordo com as normas de referenciação bibliográfica da *American Psycological Association*, 7ª Edição e foi redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. PERCURSO

A UC "A PSC e Família: Vigilância e Decisão Clínica" marca o início do percurso de aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências enquanto futura Mestre e EE em EMC na área de Enfermagem à PSC, que se realizou em contexto hospitalar num SMIP. A Ordem dos Enfermeiros (OE) define a PSC como "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362).

Um SMIP, além de um contexto desafiante, é também um local de aprendizagem contínua por excelência, rico em experiências e onde o desenvolvimento das competências de Mestre e EE, no cuidado holístico e gestão complexa da PSC, assumem maior importância. Múltiplas habilidades e conhecimentos devem ser mobilizados em tempo útil, respondendo às necessidades da PSC, aliando o pensamento crítico e reflexivo à implementação de intervenções e gerando cuidados de qualidade.

O SMIP em causa, à data de curso da UC, tratava-se de uma unidade nível III, polivalente e de estrutura mista. Aqui, durante 10 semanas foi possível vivenciar uma diversidade de experiências enriquecedoras, que permitiram desenvolver a resposta antecipada a situações complexas e que se alteram rapidamente, sendo este um ambiente de alta imprevisibilidade e com uma necessidade estreita de gestão de recursos humanos e materiais.

Por ser um contexto gerador de fatores de stress, impulsiona a procura por respostas face aos ambientes de prática profissional e a forma como os mesmos determinam as ações da equipa multidisciplinar. Neste seguimento, emergem também questões relativas à interação com a pessoa e com a família, assim como barreiras que podem ser encontradas face à comunicação. Assim, no sentido de encontrar respostas e melhorar os cuidados prestados à pessoa e à família, foi realizada uma revisão integrativa da literatura intitulada "O papel do enfermeiro especialista na prevenção da síndrome pós internamento em cuidados intensivos na família (SPICI-F): uma revisão de literatura".

Através da realização da mesma, foi possível compreender a importância de implementar várias intervenções, no sentido de incorporar a família nos cuidados,

nomeadamente no âmbito do acolhimento à mesma na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), aquando da admissão ou na primeira visita, de modo a reduzir a ansiedade associada ao impacto com a PSC e a complexidade da área envolvente à mesma. Assim, surgiu a necessidade de desenvolver um guia de acolhimento que foi sugerido à coordenação do serviço para ser facultado pela equipa de enfermagem à família, e uniformizar a informação que é disseminada no acolhimento e, no momento da alta, bem como incentivar o preenchimento do inquérito de satisfação às famílias FS-ICU 24R© (*Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit*), que permite melhorar os cuidados prestados em função da perceção das mesmas. Deste modo, foi possível desenvolver competências no domínio da melhoria contínua da qualidade e, em simultâneo, no domínio das Competências Específicas do EE em EMC, otimizando "o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores (...)" fazendo "(...) gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados (...)" e adequando "(...) a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção" (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19361).

Nesta fase inicial do percurso, foi ainda possível identificar focos suscetíveis de otimização da prática, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados, através de dúvidas expostas pelos elementos da equipa. Para dar resposta a estas necessidades, foram realizados mapeamentos de literatura acerca de neuromonitorização e administração de medicação intratecal. Sendo que, para este último tema, foi sugerida a realização posterior de um protocolo baseado na melhor evidência, que permita que os profissionais executem a intervenção com segurança e respondam eficazmente em caso de complicações a ele associadas.

A padronização de procedimentos através do uso de protocolos, normas e instruções de trabalho melhora, significativamente, a competência do enfermeiro na tomada de decisão e reduz a probabilidade de ocorrência de erros (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Acreditando que estes sejam pilares da prática especializada, desenvolver competências na área da melhoria contínua da qualidade cruza-se com a necessidade de o EE, e segundo o regulamento das competências específicas, dinamizar "*a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*" (Regulamento nº 429/2018, p. 19364).

Nesta fase do percurso, foram desenvolvidas competências, nesta área específica, em resultado de um programa de controlo de infeção hospitalar (STOP Infeção 2.0), que prevê a implementação de medidas relativas aos feixes de intervenção da Direção-Geral da Saúde (DGS) referentes às três infeções com maior probabilidade de incidência em UCI: Pneumonia Associada à Intubação (PAI), Infeção Urinária Associada ao Cateter Vesical (CV) e Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Centrar (CVC). Além da colaboração em auditorias à implementação dos feixes de intervenção, foi explorada literatura atual acerca da prevenção e controlo de infeção por *Clostridioides Difficile,* revendo a norma do serviço que previa a remoção de Soluções Antisséticas de Base Alcoólica (SABA) nas unidades com pessoas em isolamento de contacto por presença deste microrganismo. Após avaliação das normas atuais, foi possível concluir que as SABA não devem ser removidas das unidades pois, durante a prestação de cuidados, existe uma série de momentos a respeitar para higienização das mãos, nomeadamente antes da colocação e após remoção de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), garantindo a lavagem com água e sabão no final dos cuidados, imediatamente antes de sair da unidade individual (Glowicz et al., 2023). As precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) são medidas universalmente adotadas, cujo objetivo é garantir a segurança da pessoa cuidada, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde, independentemente do nível de cuidados (Rosário, 2019). De acordo com o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (2017), as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), não só aumentam a morbilidade e a mortalidade, como prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde. Neste documento, pode ler-se que, entre as atividades a desenvolver em 2017-2018, estão o planeamento do programa STOP Infeção Hospitalar 2.0 nas áreas de intervenção do PPCIRA e, ainda, a elaboração e divulgação de normas e orientações técnicas de prevenção e controlo de infeção associada a *Clostridioides Difficile* (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Neste contexto de SMIP, foi ainda possível acompanhar e analisar em pormenor a morte cerebral e doação de órgãos. Após admissão no serviço, de uma mulher na faixa etária dos 60 anos após AVC extenso, analisou-se em equipa o quadro atual, em função do suporte imagiológico e da história da pessoa. Dada a extensão da lesão e o prognostico desfavorável, foi iniciado o processo de preparação e manutenção de dador. Depois de várias etapas do processo, e de contactos prévios efetuados através dos profissionais a instituição responsáveis pela colheita de órgãos de dador falecido em morte cerebral, são

mobilizadas as equipas necessárias para a intervenção, sempre em articulação com o Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação da ULS de referência. Atualmente, esta unidade hospitalar está entre as três unidades que apresentam mais dadores na zona norte. Acompanhar todo o processo desde a admissão e análise do quadro evolutivo da pessoa, reunião familiar, dois momentos de provas de morte cerebral e acompanhamento ao bloco para colheita de órgãos, incluindo órgãos nobres, foi uma experiência enriquecedora neste início de percurso de desenvolvimento de competências.

Refletiu-se, criticamente, sobre diversas temáticas, com enfoque na PSC e na família, e foi, também durante este período, que se expandiu o interesse pelo tópico do erro clínico. Após cerca de um ano a explorar conteúdos sobre segurança psicológica e erro, foi percetível a importância de trabalhar este tema nas equipas de abordagem à PSC, dada a sua íntima relação entre a gestão do erro no seio das mesmas e a forma como impacta na dinâmica e na qualidade dos cuidados prestados. Assim, iniciou-se um percurso que pretendia esmiuçar este tema nos diferentes contextos de abordagem à PSC e, através do mesmo, desenvolver competências enquanto futura Mestre e EE em EMC com vista à excelência dos cuidados e melhoria da qualidade.

Este estágio foi o primeiro degrau subido neste percurso de aquisição de competências, tendo-se revelado uma mais-valia, não só pelas oportunidades de experiências ricas vivenciadas, mas também pelas atividades executadas, com vista ao desenvolvimento de competências comuns e específicas, que serviram de ponto de partida para o aperfeiçoamento e complemento na UC "Estágio Final e Relatório", exposto no próximo capítulo.

2. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A UC "Estágio Final e Relatório" decorreu em dois contextos distintos: SU e UCIM. Importa caracterizar estes ambientes de prática, por forma a enquadrar o processo de desenvolvimento de competências e crescimento pessoal, profissional e académico.

Os SU em Portugal são locais cuja missão ainda permanece mal compreendida pela população. A motivação de acesso aos mesmos tem vindo a sofrer alterações nos últimos anos e isso pode facilmente constatar-se através dos números: Portugal é um dos países da Europa com maior número de episódios de urgência por 100000 habitantes, tendo ocupado o topo da tabela vários anos, ao ser mesmo o país em que este número foi mais elevado (Machado, 2021). Como se pode interpretar este facto? Refletindo sobre os dois versos da moeda: por um lado, a oferta de serviços de saúde e facilidade de acesso aos mesmos; por outro, a literacia em saúde da população e consequente decisão relativamente ao local onde recorrer em caso de necessidade de cuidados de saúde.

O estágio foi realizado num Serviço de Urgência Polivalente (SUP), que se divide em áreas físicas estruturais de prestação de cuidados: triagem, área médica amarela, área médica laranja, área cirúrgica e sala de emergência (SE), com um circuito interno próprio, cujo encaminhamento da pessoa, após a triagem de prioridades de Manchester (TPM), acontece através de ponderação da principal queixa. No que respeita a recursos humanos, existe um coordenador de equipa com funções de gestão, em todos os turnos. Os restantes elementos são distribuídos pelas áreas funcionais, em função das competências acrescidas de cada elemento e da afluência ao SU, por necessidade de suporte às diferentes áreas.

Já a UCIM, trata-se de um serviço funcional e organizacionalmente menos complexo, mas com relação direta com o SU. Possui, além das unidades de cuidados intermédios, unidades destinadas a pessoas em regime de observação, em apoio direto ao SU. Aqui, os recursos humanos são geridos e distribuídos de forma equitativa nos diferentes turnos, existindo sempre 4 enfermeiros com três doentes atribuídos. Esta gestão é efetuada, considerando tratar-se de uma unidade que extrapola o nível I de cuidados, pois não só permite monitorização não invasiva, como ainda proporciona uma monitorização invasiva, de tensão arterial, permite o suporte de ventilação não invasiva e possui equipa médica de permanência na unidade. A unidade recebe pessoas cuja monitorização e risco

de falência de órgão não podem ser geridas em enfermaria em idênticas condições de qualidade e segurança.

Como se pode ler no Regulamento nº 743/2019, é competência da OE assegurar a adequação de recursos humanos na prestação de cuidados de saúde, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados. Para atingir padrões de qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde, é essencial a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências dos mesmos, permitindo uma adequação dos recursos humanos às necessidades reais de cuidados da população. Assim, a OE disponibiliza uma norma técnica para cálculo de dotações seguras de cuidados de enfermagem, com orientações e regras necessárias que contribuem para um sistema de saúde mais eficiente e com melhor capacidade de resposta (Regulamento nº 743/2019, 2019).

Neste documento, estão discriminados os serviços de urgência, onde pode ler-se a recomendação de que 50% dos enfermeiros deverão ser especialistas em EMC na área da enfermagem à PSC e com formação em SAV, garantindo ainda que a triagem seja assegurada preferencialmente por enfermeiros com a especialidade acima referida, assim como os coordenadores de equipa e os elementos da SE. Em UCI, de acordo com o Regulamento nº 743/2019, o rácio enfermeiro/cliente é determinado em função da classificação da mesma e em cuidados intermédios, em função do nível de cuidados de enfermagem decorrentes da monitorização. Se visam monitorização não invasiva, a recomendação é de um enfermeiro por cada três camas de internamento, se a necessidade de cuidados de enfermagem for mais complexa, decorrente de monitorização invasiva, aplica-se o rácio de um enfermeiro por cada duas camas, equivalente ao rácio de unidades de nível II da classificação de UCI (Regulamento nº 743/2019, 2019).

3. APRECIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, as competências comuns do EE são

> *partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria* (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

Prestar cuidados à PSC representa um desafio para os profissionais de saúde, exigindo um comportamento de constante atualização de conhecimentos, aperfeiçoamento de técnicas e a adoção de uma consciência crítica e reflexiva, procurando vivenciar experiências na prática que conduzam à excelência dos cuidados.

Este capítulo constitui uma exposição das atividades realizadas para alcance dos objetivos previamente definidos no projeto de estágio e, em concomitância, uma reflexão crítica acerca do desempenhos e competências desenvolvidas, não só comuns, mas também específicas da área de especialidade, que atribuem um elevado grau de adequação dos cuidados prestados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Através do que pode ser lido no artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), a promoção e participação em trabalhos de investigação visam o progresso da enfermagem e contribuem para a melhoria e evolução dos cuidados de enfermagem (Decreto-Lei nº 161/96, 1996). A OE tem vindo a salientar a investigação como o meio por excelência para aquisição e desenvolvimento de conhecimento científico, sendo esta produção e divulgação de elevada importância para a enfermagem, por fornecer respostas a questões concretas da prática. Em Portugal, muito deste conhecimento, tem sido produzido e partilhado em ciclos de estudos superiores no desenvolvimento de trabalhos académicos para obtenção de grau de mestre e doutor (Sousa et al., 2022).

No percurso de aquisição de competências, enquanto futura Mestre e EE em EMC na área de enfermagem à PSC, desenvolveu-se este relatório, suportado pelo Regulamento das Competências Comuns do EE (Regulamento nº 140/2019, 2019), o

Regulamento de Competências Específicas do EE em EMC na área de enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018), e os objetivos da UC.

Para traçar este percurso, foi desenvolvido um projeto de estágio, previamente ao início do mesmo, onde foram definidos objetivos pessoais a alcançar e competências a desenvolver durante o estágio e que serão alvo de reflexão crítica. Após contacto com os locais de estágio, estes objetivos sofreram alterações e adaptações, em função da exequibilidade dos mesmos e das oportunidades que poderiam ser proporcionadas.

Os objetivos gerais previamente definidos e alcançados foram:

- Conhecer a organização estrutural e funcional do SU e da UCIM, de forma a compreender o circuito da PSC;
- Desenvolver uma prática de qualidade, aplicando conhecimentos e técnicas específicas na gestão complexa da PSC, respondendo à instabilidade e risco de falência orgânica em contexto de SU e UCIM;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais;
- Potenciar o desenvolvimento de intervenções na prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, face à PSC e família em contexto de SU e UCIM.

Estes objetivos gerais são acompanhados de objetivos específicos que serão abordados seguidamente. Em simultâneo, serão apresentadas as atividades concretizadas em cada local de estágio, visando a aquisição e desenvolvimento de competências, dos diferentes domínios enunciados no Regulamento nº 140/2019 (2019).

3.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

O direito à proteção da saúde constitui um direito individual e, simultaneamente, universal, que prevê serem assegurados cuidados a todas as pessoas (Lei nº 95/2019, 2019). A enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, incide, cada vez mais, a sua evolução no conhecimento técnico e científico, desenvolvendo uma prática baseada na evidência. Contudo, a exigência crescente associada aos cuidados de saúde, requer a adaptação dos profissionais e organizações com um olhar sobre a humanização dos cuidados com valorização dos princípios éticos e legais no cuidado à pessoa e família. A Lei nº 156/2015, de 16 de setembro (2015) realça no ponto 1 do artigo 97º, enquanto deveres em geral, a necessidade de o enfermeiro exercer a sua prática baseada, não só nos

conhecimentos técnicos e científicos, como também no respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população. Assim, perante este domínio, o EE deve ser capaz de prestar cuidados e tomar decisões baseadas na responsabilidade profissional, ética e legal, assim como na deontologia profissional (Regulamento nº 140/2019, 2019). Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à PSC, é expectável que o EE mobilize conhecimentos e habilidades, em tempo útil e de forma holística, cuidando da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, desde logo pela gestão da comunicação interpessoal e estabelecimento e gestão de relação terapêutica perante a PSC e família/cuidador (Regulamento nº 429/2018, 2018). De seguida, através da análise baseada em objetivos previamente traçados, refletir-se-á sobre o desenvolvimento destas competências.

Objetivo específico: Colaborar na prestação de cuidados à PSC com base nos princípios, valores e normas deontológicas.

Em ambientes complexos e mutáveis, como é o caso da prestação de cuidados à PSC, as competências humanas adquirem especial importância desde a personalização da comunicação, à empatia e compaixão face à condição de fragilidade, tanto emocional, como psicossocial da pessoa, sempre com respeito pela autonomia, permitindo a participação esclarecida e informada na tomada de decisão (Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde, 2024). Esta comissão do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no seu plano de ação de 2024, alia atividades conducentes à melhoria contínua relacionadas com os princípios descritos na Deontologia Profissional de Enfermagem, que foram tidos em consideração na realização deste percurso. Nomeadamente, os princípios da beneficência, da não maleficência, da justiça, veracidade e confidencialidade, do respeito pela autonomia e proteção de grupos de maior vulnerabilidade (Lei nº 156/2015, 2015).

No que respeita à privacidade, em ambos os serviços, apesar de ambientes de diferente complexidade e com gestão organizacional distinta, na transmissão de informação entre enfermeiros - passagem de turno, as equipas utilizam estratégias que permitem manter a privacidade. Desde logo, referir que recorrem à metodologia ISBAR para o fazer, ferramenta esta que permite a transição segura e padronizada de informação entre profissionais de saúde e cuja mnemónica representa (Direção-Geral da Saúde, 2017):

I – Identificação: identificar e localizar com precisão os intervenientes da comunicação, assim como a pessoa a quem diz respeito a mesma;

S – Situação atual: descrever o motivo da atual necessidade de cuidados de saúde;

B – Antecedentes: descrever os factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, assim como diretivas antecipadas de vontade;

A – Avaliação: informações relevantes acerca do estado da pessoa alvo de cuidados, terapêutica instituída, estratégias de tratamento, alterações significativas no seu estado de saúde;

R – Recomendações: descrever as atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica da pessoa;

Assim, com recurso a esta ferramenta, não só entre profissionais do próprio serviço, mas principalmente aquando de uma transferência, é assegurada a continuidade de cuidados, garantindo a segurança dos mesmos ao promover a comunicação eficaz, clara e inequívoca, sem perda de informação relevante para o cuidado à pessoa (Direção-Geral da Saúde, 2017). Foi possível refletir, com a enfermeira tutora, a estrutura das áreas funcionais do SU, em *open space*, e as implicações que tem na passagem de turno. O chefe de equipa da área, transmite a informação acerca das pessoas em permanência na mesma, no momento, podendo comprometer a confidencialidade da informação transmitida na área de trabalho, pela proximidade às *Box*. Em 2001, a OE emitiu um parecer sobre a passagem de turno junto aos doentes, onde se concluiu que não é o local que coloca em causa o direito à privacidade e sigilo, mas sim o conteúdo da informação transmitida. Assim, e com base na salvaguarda dos direitos da pessoa, no que respeita à privacidade e confidencialidade, foi possível concluir desta reflexão que, manter a transmissão da informação sob forma de *briefing*, na área de trabalho de enfermagem, é possível, desde que se restrinja a informação. Posteriormente, e valorizando o privilégio terapêutico, poderão ser transmitidas informações adicionais necessárias à continuidade de cuidados, em local adequado, protegendo a privacidade da pessoa alvo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

<u>Objetivo específico: Gerir situações de sobrecarga emocional da pessoa e família/cuidador decorrentes da situação crítica.</u>

E se fosse acrescentado um "F" na abordagem ABCDE? A complexidade do SU determina um ambiente de difícil gestão para os profissionais de saúde e, em simultâneo, gerador de ansiedade para a pessoa. Cada vez mais, a família é uma peça fundamental, enquanto parceira na prestação de cuidados. No trabalho realizado por Verde (2015), foi possível verificar, através da compilação de evidência, que a parceria de cuidados com a

família baseia-se no estabelecimento de uma relação de confiança, aberta e com comunicação eficaz, promovendo a participação dos familiares na tomada de decisão, no planeamento e na colaboração na prestação de cuidados . A família/convivente significativo é, muitas vezes, a principal fonte de obtenção de informação, pelo que, envolver a mesma, principalmente nos casos de maior vulnerabilidade e debilidade, permite reduzir ansiedade, cuidar com respeito pela dignidade humana, sem menosprezar a autonomia da pessoa. À semelhança do trabalho que foi desenvolvido no contexto de SMIP do primeiro estágio, acerca da prevenção da SPICI-F e das estratégias para incluir a família na prestação de cuidados, também nos contextos em apreciação – SU e UCIM, foram trabalhadas e analisadas criticamente estas questões, desenvolvendo competências que permitiram alcançar não apenas este, mas outros objetivos específicos.

Constatou-se no SU, que a obtenção de informações acerca de antecedentes pessoais, medicação habitual e história da evolução da doença, se conseguia de forma mais célere quando estavam presentes familiares. Assim, foi possível colaborar na tomada de decisão em equipa multidisciplinar respeitando os princípios, valores e normas deontológicas e tendo por base a premissa de que o trabalho em equipa exige o respeito pelos valores e princípios de cada elemento, da pessoa alvo de cuidados e da família, enquanto parceiro.

A visão holística da pessoa na prática clínica, inserida numa família e numa comunidade, traça o expectável na humanização dos cuidados, enquanto responsabilidade major do enfermeiro. Tal como Verde (2015) refere, a transição saúde-doença e todo o processo a ela inerente, como a hospitalização, é uma situação geradora de stress e ansiedade em todos os elementos de uma família, conduzindo a modificações no sistema familiar e no desempenho de papéis. Afaf Meleis (2012), na teoria por si desenvolvida, que descreve os processos de transição, constatou que as interações que existem entre enfermeiros e pessoas cuidadas interferem na experiência da transição e no curso de um processo saudável, ou não, da mesma. Expondo a teórica, Malta et al. (2023) corroboram o que Verde (2015) havia constatado no seu trabalho acerca da importância da comunicação com a família, mas, neste caso específico, na comunicação de más notícias. Além da veracidade do construto de que a transição deve sempre ser um motivo de preocupação para o enfermeiro, pelo risco potencial que a sua experiência pode colocar sobre as pessoas envolvidas, preparar antecipadamente uma mudança, facilita a experiência da transição a ela inerente. Isto é válido quando, por exemplo, falamos sobre um evento crítico ou sobre a morte e, como referem os autores, o contexto de atuação

condiciona a abordagem à pessoa, os cuidados prestados e, consequentemente, os resultados obtidos (Malta, et al., 2023).

Ao longo do estágio, foi constante o respeito pelos princípios e valores da PSC e família em diferentes dimensões, com especial enfoque para a comunicação e privacidade. Foram várias as oportunidades de aprendizagem acerca da comunicação de más notícias. O ambiente do SU é complexo, exigente e nele prevalece a sobrecarga emocional. Numa das admissões na Sala de Emergência (SE), de uma pessoa em Paragem Cardiorrespiratória (PCR) não presenciada, com início de manobras no extra-hospitalar, cerca de 30 minutos e continuação de manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV) em SE, foi declarado óbito e houve necessidade de comunicação da suspensão de manobras à família, que se encontrava no exterior da SE. Em todos os momentos, o respeito pela pessoa foi assegurado, inclusive após a morte e, para comunicação da má notícia, foi acompanhada a família a uma área contígua à SE, que, apesar de não ter um espaço unicamente dedicado a este fim, foi sugerida a sua criação pela estudante de mestrado que realizou estágio neste local previamente. O protocolo *SPIKES* foi utilizado para esta comunicação, tendo-se iniciado pela procura de um local com maior privacidade para evitar potenciais distrações e interrupções e com a avaliação da perceção da família acerca do evento. De seguida, foi iniciado o discurso com a transmissão da informação acerca do sucedido e das medidas implementadas na tentativa de recuperação. Foram criados silêncios, permitindo a expressão de emoções e foi validada a perceção e reconhecimento da situação. Permitiu-se a entrada da família na SE, com o intuito de facilitar um momento de despedida e de confronto com a realidade (Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa, & Caprara, 2011).

No âmbito deste tema, foi possível a participação num workshop dinamizado por elementos da instituição, nomeadamente enfermeiros e médicos que, além do SU, integram a equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), partilhando conhecimento sobre, entre outros temas, a "comunicação de más notícias no pré-hospitalar" (Anexo I). Assim, foi possível colocar em prática, num ambiente de treino, o protocolo acima referido, bem como competências na gestão da comunicação interpessoal e estabelecimento de relação terapêutica, perante a pessoa e família/cuidador em situação crítica, componentes essenciais da competência específica do EE em EMC na área da enfermagem à PSC "cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica" (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Em concordância com este facto, na UCIM, foi possível constatar que, sendo um serviço mais pequeno e com dinâmicas distintas, a transmissão de informação entre equipa multidisciplinar e PSC/família, no que respeita a más notícias, é fornecida segundo o mesmo protocolo e assegurando as mesmas questões de privacidade e respeito pela dignidade humana.

Competências Desenvolvidas:

Com a prática realizada em contexto de SU e UCIM, foi possível trabalhar em equipa multidisciplinar e participar na tomada de decisão respeitando os princípios da responsabilidade profissional, ética e legal, promovendo o respeito pela autonomia, pelos valores, costumes e crenças da PSC no estabelecimento da relação terapêutica. Ao longo de todo o percurso, foi mantida uma prática de enfermagem baseada na segurança e privacidade, protegendo dados e respeitando a dignidade da pessoa e família.

Foram, assim, desenvolvidas como competências neste domínio: sustentar uma prática profissional ética e legal, em EMC na área da PSC, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garantir a prática de cuidados com respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais, em ambos os contextos.

3.2.DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

No que respeita ao domínio da melhoria contínua da qualidade, importa referir que o EE tem responsabilidade em colaborar na "conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade" e, assim, desenvolver "práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua" (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4747). Correlacionando este domínio com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, é expectável que o EE seja capaz de otimizar "o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores (…)", fazendo a "gestão do risco e do ambiente propício aos cuidados especializados (...)" e adequando "(...) a sua resposta salvaguardando a sua segurança e a da pessoa alvo da sua intervenção" (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19361).

Neste sentido, importa clarificar o conceito de qualidade, reconhecido como "um atributo de um produto ou serviço que é elevado quando supera as expectativas dos clientes", sendo que, quando este conceito é transposto para a área da saúde, é complementado com a necessidade de "obtenção de maiores benefícios em detrimento de

menores riscos para o doente" (Santos, et al., 2023, p. 4). Vários estudos referenciados por Santos et al. (2023), demonstram o impacto direto que as características do ambiente de trabalho de enfermagem exercem sobre a qualidade dos cuidados prestados, a segurança e, em última instância, o bem-estar, tanto da pessoa cuidada, como do profissional de saúde. Assim, é importante identificar potenciais áreas a explorar neste âmbito, de forma a fomentar melhores práticas e aumentar a satisfação da pessoa e dos profissionais, sendo um dos aspetos explorados neste subcapítulo.

Objetivo específico: Promover a integração de conhecimentos de diversas áreas na prestação de cuidados com vista à melhoria contínua da qualidade.

No SU, verificou-se o inquestionável paradigma da comunicação em equipa, principalmente na SE, e a estreita relação da mesma com a segurança do doente. Deste facto, foi possível transpor para as questões relacionadas com o erro e Metelski et al. (2022) referem que, enquanto cultura organizacional, a segurança do doente tem-se revelado uma preocupação das instituições, induzindo mudança comportamental e adoção de atitudes mais seguras pelos profissionais (Metelski, et al., 2022). O erro e a segurança psicológica surgem, ao longo deste percurso, como uma constante ferramenta de aprendizagem e aquisição de competências que permitem melhorar significativamente os cuidados prestados em diferentes vertentes. No SU, foram identificadas oportunidades de melhoria, relativamente à gestão e manipulação de recursos materiais e prevenção de erros de medicação, com necessidade de exploração e discussão em equipa.

O erro de medicação trata-se de um evento evitável e com casuística significativa que pode ter consequências impactantes na pessoa, sendo que este pode ser verificado em diferentes fases, desde a prescrição, distribuição, preparação até à administração e registo (Metelski et al., 2022).

Conforme referido no REPE, artigo 9º, nº 4, alínea e), os enfermeiros

> *procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo em situações de emergência agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais* (Ordem dos Enfermeiros, 1996, p. 2961).

Sendo conhecida esta responsabilidade do enfermeiro relativa à administração de medicação, estudos de Abreu et al. (2013) e Manzo et al. (2019) demonstram também que, ao nível da preparação e administração de fármacos, vários são os erros evitáveis que dependem única e exclusivamente do enfermeiro. Valle et al. (2017) vem corroborar

isto demonstrando que, até à atualidade, os principais erros na preparação concentram-se na higienização das mãos e na não utilização de técnica assética, nomeadamente na manipulação de membranas de borracha dos frascos de medicação e diluições/concentrações farmacológicas. Já na administração, os mesmos autores são consensuais na omissão, enquanto principal problema identificado, associando ainda outros fatores, como a falta de identificação da pessoa. Por se tratar de um procedimento tão importante, a preparação e administração de fármacos exige, por parte do enfermeiro, um elevado nível de concentração, raciocínio e memória, podendo ser afetado pelo contexto e interrupções durante o processo, favorecendo o erro e eventuais omissões de etapas. Assim, as próprias instituições devem ter em consideração eventuais mudanças estruturais, de forma a minimizar distrações neste processo e contribuir para a redução de incidentes (Valle et al., 2017).

No SU, foi possível constatar oportunidades de melhoria no que respeita à reposição de consumíveis não farmacológicos, nomeadamente frascos de colheita de hemoculturas e tubos de colheita de sangue, por via da introdução de critérios e verificação prévia. Desta forma, dado o risco aumentado de erro aquando da sua utilização, e por forma a não comprometer a fiabilidade dos resultados por expiração de prazos de validade, foram implementadas medidas corretivas. Visto que o acondicionamento dos consumíveis não farmacológicos é realizado por Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS), com o intuito de introduzir uma mudança com vista à melhoria da qualidade, foi realizada uma Instrução de Trabalho (IT) de verificação mensal dos consumíveis não farmacológicos e seu acondicionamento, destinada a esta categoria profissional (Apêndice I). Para compreender melhor este acontecimento, à luz do modelo de queijo suíço de Reason (2000), foi analisado o sistema considerando o ser humano como falível e os erros expectáveis, mesmo nas melhores organizações. Quando um evento adverso é detetado, importa perceber que defesas falharam e não propriamente quem errou, pelo que foi explorado todo o sistema (Reason, 2000). Percebeu-se, junto do laboratório hospitalar que, aquando da receção de uma amostra de hemoculturas, ao ser efetuada a verificação por um técnico, se a validade do frasco se encontrar expirada, a amostra é inviabilizada e é solicitada uma nova colheita. No entanto, no caso dos tubos de sangue, estes ao serem colocados diretamente num equipamento responsável pelo processamento da amostra, não é efetuada a verificação de validades, pelo que o risco de enviesamento de resultados está presente.

À semelhança do que acontece no acondicionamento de consumíveis não farmacológicos, também na reposição de consumíveis farmacológicos, nas áreas de trabalho, nomeadamente: área amarela, laranja e cirúrgica, existia oportunidade de melhoria. A verificação regular da validade dos fármacos (sejam formulações orais ou injetáveis), é essencial para a minimização do risco de erro por inconformidade de validades, sendo este elevado em situações de emergência/necessidade de resposta rápida. Desta forma, e com vista à redução de incidentes associados à preparação e administração de fármacos, foi também desenvolvida e sugerida uma IT de verificação mensal de fármacos e seu acondicionamento, destinada aos enfermeiros (Apêndice II). Sendo o erro resultante de uma sucessão de eventos, a procura pela segurança não se deve cingir à tentativa de evitar falhas isoladas, sejam humanas ou técnicas, mas sim em tornar o sistema robusto face aos riscos identificados, podendo converter os contratempos ocasionais em oportunidades de aprendizagem e aceitar a não imunidade a eventos adversos, procurando antes aprimorar a resiliência do sistema (Reason, 2000).

A comunicação, um dos conceitos que alicerça todo o percurso de aquisição de competências, enquanto futura Mestre e EE em EMC, revela-se essencial no seio de qualquer equipa, em particular no contexto do cuidado à PSC, por se tratar de um elemento fundamental à resolução de problemas e à reflexão conjunta. Na UMI, onde a equipa, em comparação com o SU, é mais pequena, foi possível analisar vários momentos em que a comunicação em equipa teve preponderância na tomada de decisão. A forma como a comunicação se estabelece entre os elementos de uma equipa multiprofissional, tem impacto na qualidade dos cuidados pela forma como é estruturada. Além da clareza, a comunicação deve ser oportuna e eficaz, permitindo interações com valor acrescentado na conceção dos cuidados. A comunicação entre elementos de uma equipa com elevada complexidade de capacidades e experiências, torna o processo de partilha mental dificultado por fatores intrínsecos e extrínsecos ao profissional (Santos, et al. 2013).

O desempenho da equipa na análise de situações específicas foi algo que permitiu a compreensão da importância da reflexão em equipa e da partilha de responsabilidades associada à tomada de decisão. Um exemplo prático ocorreu aquando do agravamento do estado clínico de uma PSC admitida neste serviço e cuja necessidade de monitorização e de cuidados rapidamente evoluiu. Previamente à solicitação de colaboração à unidade nível III, foi realizado um *briefing* com a equipa médica e de enfermagem, expondo o caso, a evolução clínica e o prognóstico, de forma a refletir sobre os fatores geradores de potenciais problemas e obter *feedback* dos elementos acerca da ponderação risco-

benefício face às comorbilidades da pessoa e ao quadro clínico atual. E o que é isto do *briefing*? Nada mais do que um momento de ponto da situação, para debater assuntos ou passar informações, de forma breve. Este momento deve envolver toda a equipa, para eventualmente referir, de modo positivo, o que correu menos bem e constitui um desafio (Costa, 2012). Falaremos sobre este conceito ao longo do presente relatório, em diferentes contextos e com diferentes objetivos, não esquecendo a sua preponderância na comunicação em equipa.

A realização de *briefings* em equipas multiprofissionais, assume-se como uma intervenção na redução do erro, particularmente na área da saúde, em equipas de prestação de cuidados à PSC, pela complexidade do contexto (Weisse et al., 2023). Mas importa aqui referir que, a comunicação vai muito além da verbalização. A valorização da responsabilidade em enfermagem, para o alcance da efetividade da qualidade dos cuidados, enraíza-se nos registos dos cuidados prestados, sendo estes imprescindíveis para a eficiente comunicação sobre intercorrências e garantia da continuidade de cuidados (Ferreira & Veiga, 2023). Através dos sistemas de informação, a comunicação em contexto de prática clínica é tradutora da mensagem que se pretende transmitir e reduz o potencial de erro, tal como os *briefings.* Como referido pelas autoras supracitadas, a comunicação é um elemento fundamental do trabalho em equipa e ações como: atualizar os registos de informação e manter as pessoas relevantes para o processo informadas do progresso, são algumas das ações para as quais todos os membros da equipa devem estar consciencializados, enquanto qualidades da comunicação em equipas bem-sucedidas (Ferreira & Veiga, 2023). Contactar com esta realidade e utilizar esta ferramenta de comunicação permitiu, igualmente, desenvolver a competência de garantia de um ambiente terapêutico e seguro, conforme elencado no domínio da melhoria contínua da qualidade.

No entanto, esta competência também foi desenvolvida no SU, através da proatividade demonstrada na promoção e envolvência da equipa na gestão do risco. A instituição onde os estágios da UC decorreram possui uma plataforma de gestão de incidentes de risco clínico e não clínico. Ora, importa voltar aos conceitos basilares, cultura de segurança e risco, premissas imprescindíveis neste território, no sentido de condicionar as atitudes e procedimentos, bem como na identificação e notificação do incidente, com vista ao desenvolvimento de estratégias preventivas e na oportunidade de aprendizagem, que a análise destes eventos proporciona. *Errar é humano,* mas aprender com os erros constitui um valioso novo conhecimento, muitas vezes, em território

desconhecido e suporta a melhoria dos cuidados prestados e a prevenção de situações semelhantes no futuro (Edmondson, 2024).

Indubitavelmente, o caminho certo passa pela identificação e notificação do erro. Só assim, é possível a análise de caso e determinação de intervenções específicas para minimizar as consequências e reduzir a probabilidade de novas ocorrências. Atualmente, as instituições facultam aos colaboradores plataformas, como anteriormente referido, que possibilitam a notificação e posterior gestão do incidente. Neste sentido, foi explorada e incentivada a utilização da mesma, junto da equipa do SU, por forma a fomentar a produção de dados que permitam, a longo prazo, a implementação de estratégias de melhoria contínua. Em contexto formativo, foi explicado que, nesta plataforma, é permitido que profissionais de diferentes categorias, efetuem a notificação pormenorizada de incidentes com uma avaliação prévia ao evento, medidas implementadas para minimizar danos associados e probabilidade de ocorrência do mesmo evento. Os dados gerados pela plataforma são analisados e servem de base para a implementação de medidas que reduzam a probabilidade de repetição do evento, sendo que o único entrave detetado na abordagem à equipa foi a ausência de *feedback* e a inexistência de anonimato do notificador, podendo criar uma barreira à utilização da mesma. Lima et al., (2018), num estudo quantitativo para identificar limitações sentidas pelos profissionais de saúde à notificação do erro/evento adverso, comprovam a falta de *feedback* como maior obstáculo à notificação pelos enfermeiros. Realçam ainda que, apesar da literatura referir o medo como limitação, no seu estudo, quanto maior a faixa etária e experiência profissional, menor o medo associado à perda de dignidade (Lima, et al., 2018)

Em Portugal, foi disponibilizado em 2012 pela DGS um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), acessível não só aos profissionais de saúde como ao cidadão, para gestão de incidentes e eventos adversos, que garante anonimato e confidencialidade. Visando a melhoria deste sistema, em 2013 surge o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA). Este sistema de comunicação e gestão de incidentes, de carácter gratuito, visa identificar as causas de incidentes ou eventos adversos nos cuidados de saúde, de forma a implementar medidas corretivas, a nível local e nacional, permitindo a aprendizagem com os erros, garantindo o carácter não punitivo e a confidencialidade do notificador (Dierção-Geral da Saúde, 2022). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 realça a criação do NOTIFICA, assente no *Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente*, e apresenta como metas para 2026 o aumento em 20% da notificação de incidentes

de segurança, otimização da plataforma, enquanto plataforma nacional de notificação de incidentes de segurança do doente, desenvolvendo módulos de auditorias de práticas seguras e implementando ferramentas para monitorização e *feedback* do incidente de segurança (Direção-Geral da Saúde, 2021).

Gestão de erro, define-se como o processo que procura não eliminar completamente o erro, mas sim minimizar o seu impacto negativo e maximizar os efeitos positivos do mesmo (vanDyck, et al., 2005). Esta gestão, passa por práticas organizacionais que o mesmo autor enumera como comunicação aberta sobre os erros, análise e correção rápida dos mesmos com aprendizagem organizacional. Amy Edmondson (2024) corrobora com esta metodologia de gestão e, à semelhança do que acontece no estudo de van Dyck et al., (2005), exemplifica através do que Reason (1997) descreve que sucede na indústria de aviação, onde além das práticas já referidas, determinou-se que os potenciais eventos adversos ou "*near miss*" devem ser reportados anonimamente, e que não sejam aplicadas quaisquer ações disciplinares contra os indivíduos relatores (Reason, 1997). Edmondson (2024) descreve este relato sem censura e que compõe o *Aviation Safety Reporting System* desenvolvido pela NASA, em que os pilotos podem relatar erros sem o nome da pessoa que os cometeu, sendo garantido que esta informação é confidencial, voluntária e não punitiva. Refere ainda que o objetivo do anonimato é encorajar as pessoas a relatarem os erros sem medo, sendo que compilar uma base de dados de erros, permite a sua análise, identificando os problemas mais comuns para moldar os cenários de treino e os desenvolvimentos futuros (Edmondson, 2024).

Teresa Proença (2023), codiretora da Pós-Graduação em Gestão de Pessoas da *Porto Business School*, aborda a gestão do erro nas organizações em geral, e não apenas na área da saúde, como umas das estratégias para lidar com o mesmo, a par da própria prevenção. Prevenir, segundo a autora, é uma tentativa de bloquear ações erradas sempre que seja possível, isto é, atuar antes de acontecerem, tentando evitar o erro. No entanto, prevenção incompatibiliza com aceitação do erro, sendo provável, quando este ocorre, a existência de sanções por parte dos gestores. O receio associado ao erro criado nas organizações, pode resultar na dificuldade em não comunicar erros não intencionais e, consequentemente, na incapacidade da organização em conhecer as características do acontecimento, assim como os seus efeitos negativos. Em última instância, não há possibilidade de aprendizagem e evolução com o erro. Este padrão de comportamento, além de criar um ambiente de prática que põe em causa a segurança psicológica, inibe os profissionais de assumirem riscos ou inovarem na sua prática, com medo de cometer erros

e serem alvo de consequências negativas (Proença, 2023). A abordagem de gestão do erro, em contrapartida, assume a importância de identificar e compreender as características do erro de forma a gerar aprendizagens e conhecimento, com vista a minimizar efeitos negativos. Além de criar um ambiente de abertura ao erro, aumenta-se a sensação de confiança e tanto o reporte como a correção dos erros são incentivados, pois a correção do mesmo é parte essencial do processo de melhoria contínua (Proença, 2023).

Quanto ao contexto hospitalar, Tucker e Edmondson (2023) apontam como mudanças necessárias nas organizações, com vista a transformar as falhas em oportunidades de aprendizagem, três grandes intervenções. São elas: apoio por parte dos gestores, estando estes fisicamente presentes para identificar problemas recorrentes e serem elementos facilitadores de mudanças organizacionais; criação de ambientes psicologicamente seguros, onde os profissionais de sintam seguros para relatar os erros sem medo de punições ou retaliações; e maior responsividade organizacional, em que o hospital responda às sugestões de melhoria dos funcionários, motivando-os a participar ativamente na melhoria dos processos.

Objetivo específico: Colaborar na revisão e/ou implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.

Contextos complexos requerem que os esforços sejam combinados, por parte de todos os envolvidos no processo de prestação de cuidados, aplicando mudanças que signifiquem melhoria dos resultados, da performance de todo o sistema e otimizando a resposta organizacional. Os projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, devem ser entendidos como parte essencial do trabalho dos enfermeiros. Representando a linha da frente da prestação de cuidados de saúde, estes assumem responsabilidade profissional no trabalho de melhoria contínua dos processos, resultados e qualidade dos mesmos. Assim, é de extrema relevância que os enfermeiros dos contextos clínicos desenvolvam projetos relativos às suas práticas e que permitam dar resposta aos desafios diários (Nunes, et al., 2023).

Após identificação de uma área com potencial de melhoria na UCIM, no que respeita às auditorias ao cumprimento dos feixes de intervenção para prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, foi proposto e implementado um programa neste âmbito. Com o intuito de monitorizar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, são realizadas, regularmente, auditorias aos cuidados de enfermagem, relativas à prevenção de complicações, como sendo as infeções associadas à presença de

dispositivos invasivos e minimamente invasivos. Auditoria clínica, é definido como uma análise crítica e sistemática da qualidade dos cuidados de saúde, associado ao uso de recursos e obtenção de resultados na qualidade de vida da pessoa, assumindo-se atualmente não só como uma ferramenta de gestão, mas também como ferramenta da ciência e da educação (Costa, 2011). Os ambientes de prática emergem pelas relações entre profissionais de diferentes categorias pois, em contextos onde os enfermeiros obtêm reconhecimento e onde a autonomia do seu exercício profissional é incentivada, a satisfação dos profissionais e a qualidade dos cuidados são favorecidas e refletem-se nos índices de segurança e efetividade. O princípio chave para o reconhecimento é a avaliação e monitorização contínua da qualidade do ambiente de prática (Jesus, et al., 2015). Com isto, prevê-se a produção de dados que conduzam à identificação posterior de áreas passíveis de implementação de mudanças, através de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. A Norma 019/2015 da DGS, *"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical*, descreve uma série de intervenções que devem ser implementadas de forma integrada para prevenir a infeção associada ao CV, na pessoa submetida a cateterização vesical. Refere ainda que devem ser efetuadas auditorias internas, pelo menos, trimestralmente, com uma série de indicadores a avaliar, nomeadamente: "taxa de infeção do trato urinário associada ao uso de cateter vesical", "taxa de adesão às intervenções de prevenção da infeção urinária relacionadas com a colocação do cateter vesical", "taxa de adesão às intervenções de prevenção da infeção urinária relacionadas com a manutenção de cateter vesical", "taxa de cumprimento de cada um dos elementos do Feixe de Intervenções de colocação do cateter vesical" e "taxa de cumprimento de cada um dos elementos do Feixe de Intervenções de manutenção do cateter vesical" (Direção-Geral da Saúde, 2022, pp. 4-5).

Na UMI, compete aos enfermeiros pertencentes ao grupo de trabalho de prevenção e controlo de infeção, a realização de auditorias ao cumprimento e adesão aos feixes de intervenção associados à manutenção do CVC e na prevenção da infeção urinária associada ao CV, assim como na higienização das mãos e cumprimento das PBCI, principalmente no uso de EPI. Para facilitar este processo e promover a incorporação dos feixes na prática diária da equipa de enfermagem, foi criada uma ferramenta, com base no Anexo II da Norma nº 019/2015 da DGS – Instrumento de auditoria clínica interna. São apresentados dois critérios a verificar, no âmbito da implementação do Feixe de

Intervenção, no momento de colocação do CV e quatro critérios no momento de manutenção do CV.

As auditorias internas, de acordo com a recomendação da DGS (2022), baseiam-se em dois tipos de resultados (sim ou não), sendo necessária a demonstração de que foram cumpridos todos os critérios, para que sejam considerados cumpridos todos os elementos da mesma, numa perspetiva de "tudo ou nada". Esses critérios, em concordância com os elementos do feixe e as ações para implementação, foram transferidos para um formulário online (Apêndice III), sob a forma de questões de resposta rápida, por forma a gerar, automaticamente, dados estatísticos de cada auditoria. Os dados das auditorias realizadas em colaboração neste período, foram divulgados à equipa e enfermeira gestora do serviço, no final do estágio, consciencializando para a necessidade de mudança de comportamentos e redefinição de intervenções com impacto direto na satisfação da pessoa.

Competências Desenvolvidas:

Durante a colaboração na prestação de cuidados à PSC e família nestes contextos, foi possível compreender a necessidade de deter conhecimentos e habilidades que permitam atuar como elemento fundamental na garantia da melhoria contínua da qualidade, dinamizando atividades no contexto de prática, com base em evidência científica. Além disso, a mobilização de conhecimentos de diferentes áreas, com vista à promoção de ambientes de prática seguros, incentivando e envolvendo as equipas na gestão do risco, potenciou a qualidade dos cuidados prestados. Assim, foi possível desenvolver, neste domínio, as competências: garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais; desenvolve práticas de qualidade, com gestão e colaboração em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro; maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

3.3.DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O EE é responsável pela gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem ao nível da tomada de decisão e garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas através da supervisão, bem como adaptando o estilo de liderança e gestão dos recursos às situações e contextos (Regulamento nº 140/2019, 2019). Todos os

serviços possuem um enfermeiro com competências no domínio da gestão e assessoria de gestão e que, além das competências comuns e específicas previamente adquiridas, possui competências que visam prover o enquadramento regulador para o exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Na ausência deste elemento, o enfermeiro especialista a assumir competências de coordenação de equipa, ou responsável de turno, é responsável pela gestão dos cuidados, liderando com base no reconhecimento da interdependência e limite de papéis. A OE, em 2017, emitiu um parecer (Parecer conjunto nº 01/2017 – atribuição de responsável de turno) sobre a atribuição da responsabilidade de turno, onde se refere a necessidade de o elemento a quem esta é atribuída, possuir um conjunto de competências, cumulativamente comuns e específicas, que lhe permitem liderar no conhecimento, capacidades e habilidades, da disciplina de enfermagem, da cultura organizacional e da unidade de cuidados, antecipando as respostas às necessidades, prevenindo complicações e promovendo respostas adequadas e seguras. Assim, a OE define a atribuição da função de responsável de turno ao EE, enquanto profissional, não só mais bem preparado, mas também como detentor de competências para a área da gestão (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Associado a este domínio, facilmente pode fazer-se referência à competência específica de dinamização de respostas em situações de emergência, exceção e catástrofe, em que se prevê que o EE em EMC na área de enfermagem à PSC, conceba, planeie e seja capaz de gerir uma resposta com prontificação e sistematização, eficaz e eficiente (Regulamento nº 429/2018, 2018). Principalmente no SU, onde os enfermeiros desempenham ações importantes neste âmbito, é possível verificar a necessidade de agilizar o processo de rápida intervenção e organização eficaz da prestação de cuidados em cenários críticos, que se alteram rapidamente, e nos quais a tomada de decisão com base na identificação das necessidades da PSC faz toda a diferença no prognóstico e evolução clínica da pessoa. Na SE, PCR, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e politrauma foram as situações de exceção onde melhor foi possível constatar a intervenção imediata do EE na minimização de danos, sendo exemplos disso a identificação precoce de sinais de choque, insuficiência respiratória e alterações do estado de consciência.

Foi também possível analisar e refletir com a enfermeira tutora do SU os Planos de Emergência Interno e Externo da instituição. O Plano de Emergência Interno, é um documento onde consta a organização estrutural de meios humanos e materiais existentes, e o estabelecimento de procedimentos de gestão da emergência, por forma a garantir a salvaguarda das pessoas, do ambiente, do património e da operacionalidade da instituição.

O objetivo é auxiliar na gestão de eventuais situações de emergência que ocorram no interior das instalações da Instituição. Inclui, anexadas, instruções gerais de atuação e procedimentos de emergência, vistos como de elevada utilidade pelos profissionais do serviço, para as diferentes situações de exceção, como por exemplo: incêndios, violência e/ou agressão física, fuga ou desaparecimento de doentes, entre outros (Direção-Geral da Saúde, 2010).

Já o Plano de Emergência Externo, refere-se a situações, como acidentes graves, catástrofes ou calamidades, ocorridas no exterior das instalações do hospital, e sem o afetarem diretamente. Pretende fornecer orientações para os procedimentos a adotar, em situações como estas, com o objetivo de evitar o improviso, normalizar procedimentos com atribuição de responsabilidades, facilitar a coordenação intra-hospitalar e com outras entidades envolvidas e permitir uma avaliação posterior. Os profissionais do SU referem-no como facilitador na adoção de condutas organizadas em situações, principalmente, de afluxo anormal ao SU, através da mobilização de recursos disponíveis e alteração no modelo de funcionamento habitual do serviço (Direção-Geral da Saúde, 2010).

No âmbito da gestão de protocolos complexos, na UCIM, este tema foi alvo de análise e reflexão, dada a casuística de pessoas cujo plano terapêutico necessitava de gestão de dor aguda, associada a todo o quadro clínico envolvente. Em 2012, ao abrigo da Norma 003/2012, foram instituídas Unidades Funcionais de Dor Aguda nos hospitais do sistema de saúde português, que visam a promoção da prestação de cuidados individualizados, seja no âmbito da dor aguda pós-operatória, ou em procedimentos não cirúrgicos diagnósticos e/ou terapêuticos, em contextos de trauma e patologias médicas (Direção-Geral da Saúde, 2012). Na UCIM, foi possível contactar com esta unidade e participar numa formação interna ministrada por esta equipa, frequentemente solicitada para colaboração na gestão da dor, o que permite, não só maior qualidade no controlo da dor, como contribui para a humanização e qualidade dos cuidados prestados, com reflexo no conforto da pessoa e minimização dos custos em saúde (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Após a formação, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica, com o intuito de conhecer a *Patient-Controlled Analgesia* (PCA). Trata-se de um método de controlo da dor realizado pela própria pessoa, eficaz e seguro, que permite a titulação dos fármacos e está associado a maior grau de satisfação da pessoa (Valente, et al., 2024). Os fundamentos apresentados por estes autores, apontam para a vantagem da analgesia, por via epidural e miofascial, em perfusão contínua ou controlada pela pessoa, prolongando

a analgesia, em comparação com a PCA com regime de perfusão contínua de opióides, que se mostra menos vantajosa.

Com base nestes protocolos, as recomendações passam por uma avaliação da intensidade da dor, de forma regular e sistemática, pelo menos uma vez por turno, com registo em processo clínico, adequando a escala utilizada à condição da pessoa. Os enfermeiros são, de acordo com as Recomendações da Sociedade Portuguesa para o Tratamento da Dor Aguda (2024), responsáveis por esta avaliação, realizada em repouso e em movimento (durante procedimentos dolorosos e após procedimentos dolorosos), e pelo registo das intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas instituídas, bem como da resposta ao tratamento. Esta medida permite assegurar o controlo adequado da dor, com revisões regulares da terapêutica instituída, em função da eficácia e tolerabilidade ao plano terapêutico (Direção-Geral da Saúde, 2012).

A analgesia é recomendada em horário fixo, recorrendo a fármacos com diferentes mecanismos de ação e, preferencialmente, administrados por via oral, sendo que todos os esquemas devem contemplar analgesia de resgate, sendo a analgesia regional uma componente eficaz da analgesia multimodal, indicada para abordagem da dor moderada a intensa (Valente, et al., 2024). Este documento de recomendações, prioriza ainda as situações particulares, como o caso da emergência, e que são de elevada importância para a UCIM, dada a sua tipologia e estreita relação com o SU, através das unidades de OBS. Segundo Varndell et al., (2017), a dor aguda é, muitas vezes, mal avaliada e subvalorizada no contexto de emergência. No seu protocolo de estudo, realizado em contexto de prestação de cuidados à PSC, pela observação comportamental de enfermeiros em ambiente clínico de emergência, os autores identificaram a necessidade de explorar a gestão da dor efetuada pelos enfermeiros, uma vez que, este contexto, apesar de ideal para iniciar a avaliação e alívio da dor, pela sua complexidade, pode ser dificultador para a gestão da mesma (Varndell et al., 2017).

Deste modo, verifica-se que as principais barreiras ao tratamento eficaz da dor neste contexto específico, passam pela falta de conhecimento e treino dos profissionais, subvalorização do sintoma pelos mesmos, ausência ou má avaliação, não utilização de escalas adequadas, entre outras (Valente, et al., 2024). Estes autores ainda acrescentam às recomendações, a formação e treino dos profissionais, baseados na melhor evidência disponível, como forma de melhorar a eficácia e segurança do tratamento, visando a melhoria dos cuidados prestados.

Objetivo: Conhecer a organização estrutural e funcional do SU e UCIM, de forma a compreender o circuito da PSC.

Compreender o circuito da PSC em contexto hospitalar foi, desde o início deste percurso, um desafio e, simultaneamente, uma meta a alcançar. Depois de, em contextos de aprendizagem anteriores, ter sido possibilitado o contacto com a PSC no extra-hospitalar (EH) - local onde se inicia este circuito, conhecer a organização e gestão do mesmo na fase intra-hospitalar, permite obter uma visão holística da PSC. Os diferentes momentos do processo de transição saúde-doença vão desde a entrada no SU, à estabilização em cuidados intensivos ou vigilância e monitorização em cuidados intermédios com implementação de um plano terapêutico complexo, até à fase de convalescença, num período de vigilância e recuperação em enfermaria, local onde me encontrava a exercer funções, enquanto enfermeira generalista, aquando do início deste percurso académico.

No SU, foi possível desenvolver e aprimorar conhecimentos sobre a TPM, implementada por um enfermeiro, sob a forma de protocolo de responsabilidade médica, que define o nível de prioridade clínica, com um tempo alvo recomendado até à primeira observação médica e encaminhamento da pessoa para a área estrutural respetiva onde, além da observação médica, serão prestados cuidados de enfermagem (Marques & Lino, 2021).

O protocolo de TPM foi implementado em 1994 com o objetivo de estabelecer um consenso entre profissionais de saúde, médicos e enfermeiros do SU, visando a criação de normas baseadas na determinação do risco clínico (Grupo Português de Triagem, 2021). Este sistema não fornece um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica, com base na identificação de problemas. Inicia-se com a queixa apresentada que, nada mais é do que, o principal sinal ou sintoma identificado pela pessoa ou pelo profissional de saúde, que motivou o recurso ao SU. É constituído por 50 fluxogramas, com uma abrangência de todas as situações apresentadas nos SU e, após a seleção de um deles, são percorridos os discriminadores, sob a forma de perguntas, escolhendo o primeiro que não se consiga negar. A avaliação é efetuada a partir da prioridade clínica mais elevada e dividem-se em discriminadores gerais e específicos. Dor aguda, por exemplo, inclui-se nos discriminadores gerais, enquanto dor precordial está nos específicos, sendo que os discriminadores gerais sugerirão mais fluxogramas do que os específicos. Espera-se que este procedimento seja rápido, focalizado e que seja recolhida apenas a informação relevante à atribuição da prioridade clínica (Marques & Lino, 2021).

Além desta alocação da pessoa, em função da priorização que lhe é atribuída pela TPM, a mobilização de doentes neste circuito pode ocorrer dentro do próprio SU, em caso de agravamento do estado clínico, em que seja necessário aumentar o nível de vigilância e cuidados, ou até mesmo vindo de outros serviços hospitalares, acompanhado pela Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). Esta equipa, em funcionamento 24 horas, diariamente, é constituída por um médico e um enfermeiro do SMIP, e a sua ativação é efetuada por telefone, pelo que também esta experiência foi vivenciada no estágio da UC anterior. O enfermeiro que integra esta equipa, à luz do que ocorre com a alocação de enfermeiros à SE, é o elemento identificado com maior competência para dar resposta às ativações da EEMI - EE em EMC, com competências avançadas na abordagem à PSC e em técnicas de reanimação (Direção-Geral da Saúde, 2018). Pode ler-se no Parecer nº 14/2018, emitido pela OE em 2018, que o enfermeiro a alocar à SE, reanimação ou ressuscitação, dada a complexidade de doentes, deve ser detentor de formação especializada, por forma a responder com prontidão às situações. Dada a exigência normativa, o EE em EMC é aquele que detém as competências adequadas para dar resposta às necessidades destes contextos (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Ao dar entrada no SU, a pessoa trazida pela EEMI é igualmente triada, mesmo que a entrada seja direta para a SE, sendo que, nestes casos, à semelhança do que ocorre com pessoas do EH, o triador desloca-se à SE e recolhe a informação necessária.

A casuística de ativação das Vias Verdes (VV), permitiu também conhecer em profundidade este circuito sistematizado da PSC no SU. Como referido pelo Grupo Português de Triagem (GPT) (2011), equacionar as VV é pensar na gestão do SU e obter um contributo importante para a gestão eficaz deste serviço. No momento da realização da TPM, é possível ativar quatro vias verdes: Via Verde Acidente Vascular Cerebral (VVAVC), Via Verde Coronária (VVC), Via Verde Trauma (VVT) e Via Verde Sépsis (VVS). Em contexto de triagem e SE, foram várias as oportunidades de contacto com as diversas situações, que permitiram o desenvolvimento de capacidades para reconhecimento precoce da instabilidade da PSC e correta abordagem e encaminhamento, nomeadamente com ativação de VV, reduzindo a morbilidade e mortalidade da pessoa (Grupo Português de Triagem, 2011).

No SU onde decorreu este estágio, existe uma equipa de trauma (ET), constituída por elementos da equipa médica e, por se tratar de um SUP com centro de trauma, requer a existência de médicos de várias especialidades, e elementos da equipa de enfermagem alocados à SE, com competências de EE em EMC na área de enfermagem à PSC ou

competências acrescidas em Emergência Extra Hospitalar (Direção-Geral da Saúde, 2022). O serviço desenvolveu um protocolo de ativação da ET, que é aplicado na triagem, com base nos critérios recomendados pela Norma 012/2022 (2022). O mesmo prevê a ativação da VVT avaliando uma série de critérios para encaminhamento da pessoa para a SE e ativação da ET. Inicia-se a avaliação rápida destes critérios, em fase de triagem, avaliando repercussões fisiológicas da lesão, nomeadamente frequência respiratória, saturação de oxigénio com aporte suplementar, pressão arterial sistólica e Escala de Coma de Glasgow (ECG). Seguidamente, é avaliada a anatomia da lesão, registando locais anatómicos com fraturas, traumatismos, amputações ou queimaduras, sendo, por último, avaliado o mecanismo da lesão, com dados obtidos da equipa EH. Em função disto, todas as vítimas que cumpram, pelo menos, um dos critérios de ativação, são então encaminhadas para a SE e é feita a ativação da ET. Este protocolo permite uma célere e eficiente avaliação e encaminhamento da vítima, garantindo o tratamento adequado em função das necessidades identificadas, antecipando instabilidade e risco de falência orgânica (Direção-Geral da Saúde, 2022).

A integração na dinâmica estrutural e funcional do contexto, é de elevada importância para compreender a prestação de cuidados à PSC e refletir criticamente sobre os mesmos, possibilitando a aquisição de competências enquanto futura Mestre e EE. O percurso no SU, permitiu compreender uma dinâmica relevante com a UCIM relativa à pessoa com necessidade de Ventilação Não-Invasiva (VNI) e, foi possível refletir sobre a crucial intervenção do EE, pela sua capacidade de antecipar situações de instabilidade da PSC e reestabelecer o fluxo da mesma em função das novas necessidades. Consoantea vulnerabilidade do serviço, e otimizando a resposta da equipa de enfermagem, a PSC com necessidade de VNI, é encaminhada para as unidades de OBS da UCIM, onde, face à complexidade e instabilidade da pessoa, é possível uma maior vigilância e, nesta área específica, facilitar o processo de adaptação ao dispositivo.

Por forma a potenciar a intervenção não farmacológica na adaptação da PSC à VNI, Rio & Ramos (2022) identificaram quatro áreas de atuação de enfermagem. São elas: a comunicação, com a necessidade da presença do enfermeiro, principalmente na fase inicial da adaptação, fornecendo informação acerca da terapia; a tecnologia, pela gestão do próprio equipamento e interface; conforto, com medidas como as interrupções periódicas para permitir satisfação de outras necessidades, como hidratação ou alimentação e ainda a humidificação do circuito; e o ambiente, com controlo de estímulos,

promoção da qualidade do sono e mobilização precoce no período diurno, com evidência na prevenção de quadros de agitação e *delirium*.

Objetivo: Desenvolver uma prática de qualidade e aplicar conhecimentos e técnicas específicas na gestão complexa da PSC respondendo à instabilidade e risco de falência orgânica em contexto de SU e UCIM.

Tal como no SU, também a PSC admitida na UCIM deve ser avaliada, segundo a metodologia ABCDE - Via Aérea (VA), Ventilação e Oxigenação, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição. A PSC requer uma abordagem por prioridades, independentemente do contexto onde é levada a cabo, avaliando passo a passo as circunstâncias que possam condicionar cada uma das situações que mais ameaçam a vida da pessoa por etapas sequenciais. Na avaliação da VA, devem ser verificados sinais de obstrução parcial ou total. Uma VA incompetente na PSC pode, rapidamente, conduzir a PCR. A avaliação, de acordo com Hill (2021), envolve a abordagem de ver, ouvir e sentir, sendo que a verificação da diminuição de sons ventilatórios na auscultação ou presença de sons anormais, a utilização de musculatura acessória, a incapacidade de completar frases e verificação de esforço ventilatório representam sinais de obstrução parcial da VA. É relevante reconhecer a capnografia como útil nos casos de necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI), para monitorização em tempo real da função respiratória e trocas gasosas, confirmação da eficácia do suporte ventilatório e para descartar complicações associadas à permeabilidade de VA (Dias, et al., 2023). Importa avaliar os sinais de dificuldade respiratória, como a frequência, a profundidade, o esforço e a utilização de músculos acessórios, mas, principalmente, realizar auscultação pulmonar, através da qual se poderão obter informações acerca da dinâmica ventilatória complementando a observação (Hill, 2021). Quanto à Circulação, é unanime que a monitorização hemodinâmica fornece uma panóplia de informações acerca da estabilidade da PSC e permite antecipar a resposta, perante o risco de falência orgânica. O nível de monitorização nos dois contextos, UCIM e SU, é distinto, sendo que em SE é possível manter monitorização contínua não invasiva e invasiva. No entanto, tão importante quanto a monitorização hemodinâmica, é a avaliação da função e perfusão dos três principais órgãos: pele, cérebro e rins. Tal, implica avaliar a cor e a temperatura da pele, assim como o tempo de preenchimento capilar, o nível de consciência e vigiar a eliminação urinária através do débito horário (Hill, 2021). Importa identificar, precocemente, sinais indicativos de comprometimento circulatório, de forma a prevenir disfunção orgânica. Quanto à Disfunção Neurológica, o foco está na avaliação do estado

de consciência e em compreender as causas da sua alteração, de forma a intervir rapidamente. A avaliação engloba, não só a aplicação da ECG, como a avaliação pupilar e, neste momento, a dor deve também ser priorizada (Hill, 2021). Por último, a Exposição, onde, primando pela dignidade e privacidade da pessoa, o exame físico é feito de forma a identificar possíveis alterações como lesões, alterações da pele ou sinais de hemorragia e, nesta fase, é também avaliada a temperatura e é efetuado o seu controlo, por forma a evitar, tanto a hipertermia, como a hipotermia (Hill, 2021).

Esta metodologia ABCDE, para avaliação e gestão da PSC, pode ser aplicada em qualquer contexto para avaliação abrangente e meticulosa, fundamental para o reconhecimento precoce de sinais de instabilidade e falência orgânica. Trata-se de um método que permite uma abordagem estruturada, com priorização de problemas que coloquem em risco a vida da pessoa, pelo que, em cada fase da mesma, após identificação de um problema, o mesmo deve ser resolvido de imediato, antes de avançar para a fase seguinte. Esta estratégia prevê que se inicie precocemente o controlo das causas e sejam reduzidos os danos para a pessoa, melhorando, significativamente, a qualidade dos cuidados prestados.

Competências Desenvolvidas:

Durante a realização do estágio, foi possível conhecer a estrutura física e dinâmica dos contextos, recursos e a sua organização, bem como desenvolver conhecimentos sobre o circuito da PSC nas diferentes valências dos contextos, inclusive dentro da própria instituição. Neste domínio, com a implementação prática do conhecimento descrito e dinamização das atividades apresentadas e dando resposta aos objetivos propostos, foi possível desenvolver as competências: gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e gestão dos recursos às situações e contexto; cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.

3.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

No que respeita ao último domínio analisado, relativo ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, importa realçar outro pilar deste percurso de aquisição de competências, enquanto futura Mestre e EE em EMC: a tomada de decisão baseada na

evidência. Os enfermeiros, em particular os especialistas, devem assumir-se como agentes ativos no campo da investigação. Como pode ser lido no Regulamento nº 140/2019, o EE responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem no contexto de trabalho, atuando como formador, identificando necessidades formativas, gerindo e implementando programas de formação e, acima de tudo, atuando como elemento dinamizador da incorporação do conhecimento científico na prática clínica, visando ganhos em saúde.

Uma das áreas onde o EE pode desenvolver competências neste domínio é, sem dúvida, a área da prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos. O EE, "considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos (...) responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e resistência a antimicrobianos" (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364). Ao identificar oportunidades de melhoria de conhecimento e de investigação, contribui para o desenvolvimento da prática especializada e, acima de tudo, utiliza a evidência científica para fundamentar a sua intervenção e tomada de decisão.

Objetivo: Potenciar o desenvolvimento de intervenções na prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos face à PSC e família em contexto de SU e UCIM;

Atualmente, as IACS são tema em debate diário na área da saúde, pelo impacto que têm na qualidade, seja pela morbilidade e mortalidade, seja pelos custos associados, representando uma preocupação no exercício profissional. Um dos padrões de qualidade referente aos cuidados especializados de EMC relaciona-se com a prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos. Segundo a OE (2017), compete ao EE a procura contínua pela excelência da prática profissional, nos diferentes contextos de atuação, com a obrigatoriedade de maximizar a prevenção e intervenção no controlo de infeção. Clarificando este conceito, entende-se por IACS "uma infeção localizada ou sistémica, resultante de uma reação adversa à presença de um agente infecioso ou da sua toxina", que pode ser detetada durante o internamento ou após a alta sendo, portanto, uma consequência indesejada da prestação de cuidados de saúde (Pereira, 2019).

Em ambos os contextos de estágio, foi possível constatar o enfoque dado a esta temática, seja pela utilização de EPI, como pela higiene das mãos, ambos efetuados de forma correta, de acordo com a situação e o contexto de prestação de cuidados à PSC. A instituição demonstra também uma preocupação acrescida em implementar formações regulares destinadas aos profissionais das diferentes áreas, de forma a cumprirem as

normas de prevenção e controlo de infeção. No entanto, em outras áreas, foram identificadas oportunidades de melhoria em ambos os serviços.

No SU, pela observação da prestação de cuidados, a segurança na manipulação de fármacos foi alvo de intervenção com estratégias de melhoria. A lavagem das mãos, enquanto componente básico, é considerada a técnica mais importante na prevenção da infeção cruzada entre profissional de saúde e pessoa cuidada, mas existem outros princípios a considerar nas intervenções de enfermagem à PSC, nomeadamente na promoção da segurança na manipulação de fármacos, que extrapolam as questões do erro. O risco de contaminação das soluções armazenadas em ampolas durante o seu manuseio e abertura, está descrito na literatura, pelo que é recomendada a utilização de ampolas de uso único, seladas com septo de borracha e limpeza deste septo com álcool antes da utilização (Azi, Fonseca, & Linard, 2020). Portanto, soluções farmacológicas, como a lidocaína, o soro fisiológico ou a água de preparação de injetáveis, não devem ser manipuladas múltiplas vezes por não conterem septos protetores passíveis de descontaminação, pois existe o risco de induzir infeções associadas à corrente sanguínea (Sharma, et al., 2020).

Emergiu também a necessidade de abordar infeções localizadas e flebites associadas ao dispositivo de administração de fármacos – cateter venoso periférico (CVP). A evidência analisada demonstra que as principais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares, nomeadamente os CVP, são as mãos dos profissionais, a microflora da pele da pessoa, a ponta do próprio dispositivo durante a punção, e a colonização das conexões do cateter e dos fluídos contaminados, sendo crucial a aplicação de medidas preventivas neste âmbito (Teixeira, 2021). *Staphylococcus coagulase* (negativo) e os microrganismos da espécie *áureos* (positivo), bem como outros agentes e fungos, estão entre os mais frequentes na causa de infeções da corrente sanguínea associadas a cateterismos (Rocha, et al., 2019).

Importa realçar a necessidade de descontaminação da pele, prévia à realização de procedimentos invasivos, pelo que é recomendada a aplicação de produtos germicidas, antisséticos (Azi, et al., 2020), sendo o produto recomendado com melhor nível de evidência a clorexidina 2% em álcool, apesar de ser também passível de utilização o álcool a 70% (Gomes, et al., 2020; Rocha et al., 2019). As estratégias recomendadas para melhoria da qualidade associadas ao cateterismo venoso periférico, além das já referidas, passam por uma política de mudança do dispositivo a cada 72 a 96 horas, devendo a tomada de decisão ser ponderada com base na dor, desconforto e ansiedade que o

procedimento provoca na pessoa; no aumento de custos associados; na existência de sinais de flebite e considerando a suspensão de terapêutica endovenosa (Gomes, et al., 2020). É recomendada a colocação de película transparente impermeável estéril, com ou sem compressa, para fixação do CVP (Teixeira, et al., 2021). Assim, dada a necessidade identificada, foi realizada uma pesquisa bibliográfica (Apêndice IV). Sendo uma das competências do EE agir ativamente na formação e capacitação de pares, considerou-se relevante formar a equipa de enfermagem do SU em relação à segurança na manipulação e administração de fármacos, incluídas no tema "*Ambientes de Prática Seguros*" onde foram também partilhados os resultados da pesquisa bibliográfica acima referida (Apêndice V).

Na UCIM, a principal oportunidade de melhoria identificada surge associada aos feixes de intervenção da DGS, tanto da infeção associada ao CV como da infeção associada ao CVC. A infeção urinária associada ao CV, é uma das mais frequentes infeções hospitalares e representa um importante evento adverso associado ao seu uso (Direção-Geral da Saúde, 2022). Estão descritos como principais fatores de risco de aquisição de infeção urinaria nosocomial, a colocação e manutenção do CV, assim como a suscetibilidade do hospedeiro, sendo este risco tanto maior, quanto maior for a duração da algaliação (Rocha, et al., 2019). Assim, a DGS (2022) recomenda

> *o planeamento de cuidados baseados em "feixes de intervenções", em que os elementos são apoiados em evidência científica proveniente de, pelo menos, uma revisão sistemática de múltiplos ensaios controlados aleatorizados bem desenhados ou em dados de, pelo menos, um ensaio controlado aleatorizado bem desenhado* (Direção-Geral da Saúde, 2022, p. 9).

Alguns dos pontos a reter, focam-se no facto de que os agentes responsáveis, mais frequentemente, pelas infeções urinárias, são microrganismos pertencentes à flora intestinal endógena, motivo pelo qual a norma da DGS (2022) recomenda o cumprimento da técnica assética no cateterismo vesical e a realização da higiene diária do meato urinário. Também os cuidados ao CV, mantendo o saco coletor seguro, abaixo do nível da bexiga e o esvaziamento sempre que sejam atingidos 2/3 da sua capacidade, são referidos. A contaminação cruzada de outros doentes, por via dos profissionais de saúde ou exposição a soluções ou equipamentos contaminados, é uma preocupação, o que justifica o cumprimento da técnica limpa no manuseio do CV, com higiene das mãos antes e após, mantendo a conexão em circuito fechado, referidas como elementos da norma da DGS (2022). Por último, e não menos importante, cerca de 50% dos doentes

hospitalizados com CV há mais de 7 a 10 dias, como refere Rocha et al., (2019), desenvolvem bacteriúria, sendo que a algaliação só deve ser realizada, quando clinicamente indicada. Justifica-se evitar este procedimento, e documentar em processo clínico, a indicação apropriada para a sua utilização, assim como a avaliação diária da possibilidade da sua remoção (Direção-Geral da Saúde, 2022). Este procedimento permite não só avaliar a necessidade de manter o dispositivo, mesmo conhecendo os riscos associados ao mesmo, incentivar a equipa a procurar alternativas que permitam uma remoção precoce do mesmo, e ainda auditar procedimentos de inserção e manutenção do dispositivo.

Sendo a infeção nosocomial da corrente sanguínea (INCS), relacionada com o uso de CVC, um evento potencialmente evitável, a DGS (2022) recomenda, através da Norma 022/2015, a implementação integrada de feixe de intervenções, no momento da colocação e na manutenção do CVC, com vista à diminuição da sua incidência (Direção-Geral da Saúde, 2022). Assim, a prevenção da INCS relacionada com CVC, aplica-se aos momentos de inserção, manutenção, substituição, remoção, cuidados ao local de inserção e substituição de sistemas (Rocha, et al., 2019). À semelhança do que acontece com o Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a CV, também no CVC a necessidade de higiene das mãos, antes e após a manipulação do dispositivo, tem por base a evidência de infeção cruzada através das mãos dos profissionais de saúde, sendo ainda obrigatória, na realização do penso e manuseio dos lúmens, a utilização de EPI com técnica assética. A necessidade de colocar, manter ou substituir este dispositivo deve ser avaliada diariamente e documentada em processo clínico sendo, se possível, preferível a colocação de um cateter central de inserção periférica ou de tipo linha média, em detrimento de um acesso femoral, por forma a minimizar o risco de infeção (Direção-Geral da Saúde, 2022). Pela análise destes documentos, e sendo concordante a necessidade de formação contínua das equipas, após observação de comportamento e colheita prévia de dados, foi estruturado e implementado um processo formativo no serviço onde, após a passagem de turno, em diferentes dias, em concordância com um planeamento prévio, foram explorados os feixes de intervenções dos dois dispositivos (Apêndice VI). Para avaliar o conhecimento prévio da equipa acerca dos feixes, foi aplicado um questionário (Apêndice VII) que, em junção com os dados de observação de comportamento, permitiram identificar esta área como de possível melhoria. Os dados obtidos permitiram constatar que, face à casuística de cateterização vesical na unidade, a oportunidade de melhoria face ao cumprimento do feixe de intervenções era considerável.

Este aspeto foi confirmado após aplicação do questionário, através do qual se verificou potencial de alcance de melhores resultados dentro da equipa, podendo atingir melhorias na qualidade dos cuidados prestados. Assim, após análise dos primeiros dados obtidos, foi discutida com a enfermeira tutora e com a enfermeira gestora da unidade a possibilidade de implementar atividades formativas que permitissem fornecer à equipa conhecimentos sustentados em evidência, e incentivar a adoção de comportamentos Os resultados do questionário aplicado à equipa e os indicadores preliminares com base na colaboração em auditorias ao longo deste processo, foram também apresentados neste processo formativo (Apêndice VIII). Sintetizando os mesmos, foi possível verificar uma maior adesão à implementação das intervenções do feixe relativo ao CV após início do plano de formação contínua da equipa, o que revelou eficácia nesta intervenção.

Após início da realização desta atividade formativa, foi mantida a colheita de dados em colaboração nos processos de auditoria, o que permitiu a observação de uma mudança de comportamento, que se refletiu numa taxa de cumprimento do feixe, superior ao que se havia verificado previamente. Assim, foi possível concluir que o incremento do processo formativo, nesta área de atuação, na equipa de enfermagem, permitiu melhorar os resultados obtidos na área da prevenção e controlo de infeção associada ao CV. Neste sentido, foi solicitado pela enfermeira gestora a cedência dos instrumentos utilizados para colheita de dados na colaboração de auditorias e o suporte de informação utilizado no processo formativo, por forma a disponibilizar à equipa e manter as atividades em curso na unidade.

A dinamização destas atividades, permitiu facilitar a aprendizagem da equipa e promover o suporte da prática clínica em evidência científica, incorporando nas intervenções diárias, conhecimento atualizado e dando resposta às oportunidades de melhoria identificadas e às dificuldades sentidas pela equipa. Permitiu ainda incorporar competências, cujo desenvolvimento já havia sido iniciado na UC anterior, tendo sido o SMIP o único contexto abrangido pelo projeto STOP Infeção 2.0.

Este projeto, assume toda a relevância nesta instituição, pelo esforço realizado por parte das equipas em cumprir os objetivos e alcançar as metas a que se propuseram ao aceitarem o desafio na redução de quatro tipologias de infeções utilizando uma metodologia de melhoria contínua da qualidade. Não estando a UCIM abrangida pelo mesmo, foi sugerida pela enfermeira gestora do serviço, a disseminação desta temática pela equipa, para dar a conhecer o projeto, de forma a implementar ações que permitam atingir objetivos de redução da incidência de infeções, seguindo a mesma metodologia.

Tomando como ponto de partida o problema major que as infeções hospitalares representam na saúde pública, sendo que em Portugal, a taxa de prevalência de IACS em 2013 rondava os 10,5%, quando a média dos países europeus se posiciona nos 5,7%, a necessidade de atuação justifica a implementação de iniciativas como o "*Desafio Gulbenkian STOP Infeção Hospitalar!"* (Fundação Caloust Gulbenkian, 2015). O programa foi implementado em serviços hospitalares de medicina intensiva de adultos, cirurgia geral e/ou ortopedia e medicina interna, sendo objeto de intervenção as infeções nosocomiais da corrente sanguínea associada ao cateter vascular central, a CV, pneumonias associadas à intubação e infeções do local cirúrgico. A meta a alcançar, consiste na redução em 50% da incidência das infeções adquiridas no período de 3 anos, em articulação com o PPCIRA (Fundação Caloust Gulbenkian, 2015).

Assim, com base neste programa, foi possível desenvolver as atividades anteriormente referidas com a equipa, dando resposta à sugestão da enfermeira gestora do serviço, por forma a dotar a equipa de conhecimentos neste âmbito e capacitar para a implementação dos feixes de intervenções, visando a redução da taxa de infeção associada aos dispositivos e melhorando os cuidados prestados.

Objetivo específico: Atuar como elemento facilitador da aprendizagem profissional e agente ativo no desenvolvimento de conhecimento em enfermagem;

A segurança nos cuidados de saúde é um tema que se mantém na ordem do dia e, em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, seguindo as recomendações baseadas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, reúne conhecimento atualizado, tanto no âmbito da segurança, como ainda na qualidade, considerando também as recomendações do Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030. O objetivo passa por promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, sendo suportado por cinco pilares, entre eles a "cultura de segurança", "liderança e governança", "comunicação", "prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente" e "práticas seguras em ambientes seguros" (Direção-Geral da Saúde, 2021). É possível constatar que as metas para 2026 estão associadas a atividades, muitas delas inseridas nas competências do EE, nomeadamente no âmbito da formação, onde uma das ações prevê a "realização de campanhas de comunicação e ações de sensibilização alusivas à segurança do doente" (Direção-Geral da Saúde, 2021, p. 99).

Assim, neste sentido, foi realizado um *flyer,* disseminado pela equipa de enfermagem por meios de comunicação internos, no Dia Mundial da Segurança do Doente, com o objetivo de sensibilizar a equipa para a dimensão desta problemática e

fazendo alusão ao Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (Apêndice IX). Posteriormente, na formação já referida neste documento, realizada no SU, acerca dos ambientes de prática seguros, foram reforçados os pilares do PNSD e, com base nos mesmos, exploradas as temáticas do erro clínico e da segurança na utilização de fármacos.

Ambientes de prática profissional constituem desafios da atualidade, especificamente os ambientes de prática de enfermagem especializada, permitindo alcançar um ótimo desempenho organizacional, que só é possível com a maximização dos resultados, em termos de qualidade de cuidados e assegurando a saúde e bem-estar dos enfermeiros (Ribeiro, et al., 2023).

A segurança e saúde dos profissionais, são responsabilidade moral e legal dos governos e empregadores, devendo estes assegurar condições de trabalho dignas, justas e favoráveis, promovendo ambientes de prática profissional saudáveis e seguros para os seus profissionais de saúde (Ribeiro, et al., 2023). Citando a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da ONU, um dos objetivos orientados face às necessidades globais é "*trabalho digno e crescimento económico*", onde pode ler-se, no oitavo objetivo, a necessidade de promover ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores (Assembleia Geral da ONU, 2015). Sendo a segurança da pessoa cuidada afetada pela segurança dos enfermeiros, a procura de elevados padrões de qualidade precisa de considerar os contextos de prestação de cuidados e os riscos que acarretam para os profissionais, pela complexidade dos mesmos.

Donabedian (1980) propôs, neste âmbito, um modelo de avaliação da qualidade em saúde com base em indicadores de estrutura, processo e resultado. Quanto à estrutura, entende-se como as caraterísticas relativamente estáveis e necessárias à assistência, como sendo: área física, recursos humanos, materiais e financeiros, sistemas de informação, instrumentos normativos e condições organizacionais. Já na componente de processo, estão incluídos: o reconhecimento de problemas, os métodos diagnósticos e os cuidados prestados segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceites pela comunidade científica. Por último, no que respeita ao resultado, podem identificar-se as consequências dos cuidados, ou da sua falta, nos serviços de saúde, considerando as mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do cliente e do trabalhador na prestação de cuidados (Santos, et al., 2023).

Considerando a abordagem anterior acerca da segurança da pessoa cuidada e, inclusive, da própria segurança do enfermeiro, é inevitável a abordagem da segurança

psicológica e do próprio erro. Em que ponto do espetro nos situamos quanto aos conceitos de erro, fracasso e incidente? Erro pode ser definido como um desvio involuntário de padrões pré especificados como procedimentos, regras ou políticas, e este termo surge como sinónimo de incorreção (Edmondson, 2024). Importa reter que se trata de uma ação involuntária e que pode ter consequências mais ou menos graves. Ou ainda, como acrescentam outros autores, pode ser entendido como uma falha na execução de uma ação ou o desenvolvimento incorreto de um plano (Moreno, et al., 2020). Já o fracasso, que também assume aqui relevância na compreensão da temática em desenvolvimento, pode ser definido como um desfecho que se desvia do resultado desejado, isto é, uma ausência de êxito em algo (Edmondson, 2024).

A cultura do erro é um desafio da atualidade, com principal enfoque para as equipas de saúde, pelo que, neste âmbito, foi levada a cabo uma revisão de literatura intitulada "*Segurança Psicológica dos Profissionais de Saúde: Impacto na Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica*" (Apêndice X). Teve como objetivo compilar evidência científica sobre o tema e melhorar os cuidados prestados à PSC, numa perspetiva de alicerçar a tomada de decisão em conhecimento científico atual, refletindo sobre os ambientes de prática de enfermagem e as intervenções que o enfermeiro pode levar a cabo no sentido de promover cuidados de qualidade. Este tema foi amplamente discutido em equipa nos dois contextos, SU e UCIM, por se tratar de um conceito ainda pouco explorado na área da saúde e, especificamente, da prestação de cuidados à PSC.

A disseminação dos resultados obtidos através de investigação científica, permite a partilha de conhecimento, a atualização e estimula o pensamento entre os pares impelindo a experimentação (Jesus & Néné, 2022). Com vista à divulgação de resultados que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, os resultados da revisão anteriormente referida, foram comunicados sob a forma de póster (Apêndice XI), nas "*II Jornadas Internacionais - Da Teoria de Iniciado a Perito à Criação de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos*" (Anexo II).

A difusão de conhecimento científico, permite avançar no conhecimento de enfermagem, pela premissa de replicação de investigação em novos contextos, aplicando a prática baseada na evidência e ainda estudar novos aspetos de um problema, com a aplicação de resultados na prática profissional de enfermagem (Jesus & Néné, 2022). Pelo interesse suscitado face ao tema da segurança psicológica, e com base nos resultados obtidos na revisão de literatura realizada, identificou-se a necessidade de explorar e aprofundar o conceito da segurança psicológica na área de prestação de cuidados à PSC,

por se tratar de uma área onde a evidência científica é escassa. Uma das limitações identificadas neste trabalho, foi a inexistência de validação para a população portuguesa, da escala de avaliação dos níveis de segurança psicológica. Para além disto, nos momentos de reflexão que foram proporcionados ao longo do percurso, foi inclusivamente percetível o desconhecimento deste conceito no seio das equipas multidisciplinares.

Assim, encontra-se em realização uma *scoping review,* cujo objetivo é mapear o impacto da segurança psicológica, na gestão do erro, nas equipas multidisciplinares de prestação de cuidados à PSC; e identificar possíveis intervenções neste âmbito. Pretende-se posteriormente, publicar os resultados obtidos sob a forma de artigo científico, divulgando assim o conhecimento e contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem, não só enquanto profissão, mas também como disciplina do conhecimento. Com base no conhecimento produzido, procura-se refletir sobre os comportamentos a adotar pelas equipas, com vista à melhoria dos ambientes de prática profissional e dos cuidados prestados.

Previamente, foi realizado um protocolo desta mesma *scoping review*, segundo as recomendações do *Joanna Briggs Institute.* Este protocolo foi submetido a um evento científico para comunicação oral, potenciando a dinamização de conhecimento científico produzido ao longo deste percurso académico.

Além destes contributos científicos, é de ressalvar o papel ativo que me foi possível manter durante o processo de desenvolvimento de competências no âmbito académico do mestrado e especialidade em EMC, através da participação em eventos científicos, enquanto comunicadora, mas também desenvolvendo um papel ativo na comissão organizadora do VIII Fórum das Especialidades de Enfermagem que decorrerá no final do mês de março de 2025.

Competências Desenvolvidas:

Neste domínio, com base nas atividades relatadas anteriormente, foi possível iniciar o desenvolvimento de competências que permitem deter autoconsciência, enquanto pessoa e enfermeira e promover a incorporação da evidência científica no processo de tomada de decisão, funcionando como elemento facilitador da aprendizagem no contexto de trabalho. Estas competências, são o ponto de partida para o percurso profissional que será traçado a partir deste momento pois, as bases da prática especializada emergem do desenvolvimento ao longo da vida profissional das competências aqui iniciadas:

desenvolve autoconhecimento e assertividade; baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica.

Além disso, as atividades descritas, permitiram reforçar a competência já referida num domínio anterior: maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

CONCLUSÃO

A dinâmica dos ambientes de prática profissional, com mudança de paradigma cada vez mais notória na saúde, exige ao enfermeiro, a capacidade de empregar conhecimentos e capacidades em diversos contextos e situações. Perspetivando os ambientes de prática especializados, enquanto futura Mestre e EE, investir na formação é o caminho que permite responder eficazmente aos desafios colocados. Desenvolver um percurso em torno dos ambientes de prática especializa de enfermagem à PSC, surge do desejo de olhar de forma holística a enfermagem, e culminar esta jornada com uma panóplia de conhecimentos e competências que procurem a excelência do cuidado e a satisfação da PSC e da sua família, elevando a enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento e profissão.

O Mestre e EE em EMC, ao deter competências nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais, revela-se, por excelência, um profissional capaz de alicerçar a sua tomada de decisão em evidência científica, conferindo solidez ao juízo clínico, colocando a pessoa no centro do processo crítico-reflexivo e humanizando os cuidados prestados. Considero ter sido fundamental o dinamismo e a motivação constantes, refletidos em iniciativa e empenho no processo de aprendizagem. Estes fatores possibilitaram alcançar os objetivos a que me propus previamente, através de atividades que não se encerram na conclusão do presente relatório e término deste percurso.

A relação interpessoal estabelecida com todos os elementos das equipas multidisciplinares integradas, facilitou o desenvolvimento do trabalho em equipa e a manutenção de uma conduta responsável e ética, tendo em consideração os princípios deontológicos da profissão. A atitude pró-ativa e dinâmica já referida, permitiu ainda adquirir autonomia na gestão dos cuidados e reconhecimento precoce de necessidades da PSC e família, respondendo às mesmas e alicerçando a tomada de decisão na evidência.

Nos contextos de estágio, foi possível vivenciar experiências que permitiram refletir, frequentemente, sobre a prática e analisar as mesmas, abertamente, entre pares, tirando o melhor partido do novo território, como oportunidade significativa para avançar

em direção ao objetivo valorizado. Trazer para este novo território competências basilares que congregam o saber-saber, saber-fazer e saber ser/estar, adicionaram às competências exploradas um importante contributo para a modulação pessoal e profissional.

No SU, foi possibilitada uma abrangente compreensão da entrada da pessoa no contexto hospitalar. A abordagem de temáticas, como a comunicação neste contexto, a transferência de informação entre profissionais e a reflexão acerca da antecipação de necessidades, priorização de cuidados e gestão de recursos, permitiu iniciar a aquisição de competências enquanto Mestre e EE, intervindo junto da PSC e família.

Perspetivando a melhoria da qualidade, e para dar resposta às oportunidades de melhoria identificadas, colaborar na elaboração de documentos orientadores da prática, nomeadamente IT, contribuiu para a implementação de medidas que visam a promoção de um ambiente de prática seguro. Ainda neste seguimento, através da disseminação de conhecimento por via da formação "*Ambientes de prática seguros: o erro clínico e a segurança na utilização de fármacos*", foi possível envolver a equipa na prevenção e gestão de incidentes de segurança, e otimizar o processo de cuidados, atualizando o conhecimento relativo a práticas seguras em ambientes seguros. Foi, ainda, elaborado um *flyer* - "*Dia Mundial da Segurança do Doente*" para consciencialização da equipa acerca da problemática e, através da informação transmitida, fomentar a reflexão que tomou lugar na formação acima referida, através da abordagem da segurança do doente, da cultura do erro e da introdução ao conceito de segurança psicológica.

O contacto com a realidade de "caos organizado", de um SU, revelou-se desafiante e rico em experiências, que permitiram analisar e refletir criticamente acerca da prática profissional e arriscar no "desconhecido", com a implementação de estratégias de melhoria contínua dos cuidados prestados. Por outro lado, com a bagagem profissional em contexto de medicina interna e, mais recentemente, de UCI, o estágio realizado na UCIM, revelou-se uma possibilidade de abrir horizontes e explorar temáticas diferenciadoras, culminando numa aprendizagem consistente e enriquecedora.

Investir na área da prevenção e controlo de infeção permitiu, não só dar resposta às oportunidades de melhoria identificadas, como também desenvolver competências na promoção e implementação de procedimentos capazes de melhorar indicadores de qualidade no serviço. Além disto, foi possível a colaboração em auditorias no âmbito da prevenção e controlo de infeção, essenciais para a garantia dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Por forma a facilitar este processo de auditoria, e criar dados

estatísticos para apresentar à equipa, foi desenvolvida uma ferramenta online, que ficou disponível para futura utilização pelos elos do PPCIRA no serviço.

Reconhecendo a importância da atualização contínua de conhecimentos e necessidade de basear a prática clínica em evidência científica, foi aplicado um questionário à equipa por forma a identificar necessidades formativas. Posteriormente, com base nas normas da DGS, foi realizada uma formação no âmbito dos feixes de intervenções de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical e relacionada com cateter venoso central, dinamizada à equipa de enfermagem, em diferentes momentos. Estas ações permitiram contribuir para o desenvolvimento de conhecimento e fomentar uma prática clínica sustentada.

Por último, e procurando aprofundar o conhecimento nesta área, foi amplamente trabalhado o tema da segurança psicológica, considerado relevante face aos ambientes de prática de enfermagem especializada. Neste sentido, foi realizada uma revisão de literatura intitulada de "*Segurança Psicológica dos Profissionais de Saúde: Impacto na Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica*", cujos resultados foram comunicados sob a forma de póster nas *II Jornadas Internacionais da Associação para a Promoção de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos*. Este trabalho permitiu constatar que o conceito merece maior exploração na área da saúde, tendo fomentado o interesse em investigar o impacto que a segurança psicológica tem na gestão do erro. Deste modo, foi iniciada uma *scoping review,* cujo objetivo será publicar o artigo numa revista com relevante fator de impacto. Ao tratar-se de um processo dinâmico, considero o desenvolvimento de competências como um contínuo no trajeto profissional e académico, cujo término não se encerra na conclusão desta etapa. Manter um comportamento proativo e persistente, com um esforço sustentado ao longo do tempo, é crucial para o sucesso e para o papel ativo na construção de um corpo de conhecimento em enfermagem capaz de se refletir em resultados práticos.

Conciliar a atividade profissional com a académica, revelou-se um desafio, considerando também a transição profissional ocorrida durante este período, com a transferência para um SMIP com incorporação de uma equipa na Unidade de Cuidados Neurocríticos. Ainda assim, sinto que a experiência foi enriquecedora e gratificante, possibilitando o desenvolvimento e aprofundamento de competências comuns e específicas da área de especialidade.

Findado o percurso, reconheço a evolução, tanto a nível profissional, como a nível pessoal, pelas experiências que me foram proporcionadas, reflexões partilhadas com a

equipa multidisciplinar e, particularmente, com os enfermeiros que fizeram parte deste caminho. Ultrapassar obstáculos, arriscar em território desconhecido e encontrar em todos os momentos oportunidades de aprendizagem, permitiu desenvolver capacidade de adaptação e postura de contínua procura por rigor, respondendo à exigência que o ambiente de prática de enfermagem especializada exige ao Mestre e EE em EMC, na área de enfermagem à PSC.

Findado este caminho, é possível, orgulhosamente honrar o compromisso de tornar a enfermagem mais significativa para as pessoas, elevá-la enquanto ciência e profissão e, acima de tudo, criando ambientes de prática onde, não apenas a pessoa cuidada e família, mas também os próprios enfermeiros, se sentem seguros e satisfeitos face à excelência dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, C. C. F., Rodrigues, M. A., Paixão, M. P. B. A. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros da prática clínica. *Revista Referência*, 10(3), 63-68. http://dx.doi.org/10.12707/RIII1301

Assembleia Geral da ONU. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, A/RES/70/1.* United Nations. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf

Azi, L. M., Fonseca, N. M., & Linard, L. G. (2020). SBA 2020: Atualização das recomendações para segurança em anestesia regional. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 70(4), 398-418. https://doi.org/10.1016/j.bjan.2020.02.005

Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde. (2024). *Plano de Ação para a Humanização dos Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde.* Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. https://www.sns.min-saude.pt/plano-de-acao-para-a-humanizacao-dos-cuidados-de-saude-no-sns/

Costa, R. F. (2012). *Equipas de alto rendimento - Saber liderar equipas de trabalho.* Lisboa: Editora RH.

Decreto-Lei nº 161/96 (1996), de 4 de setembro. *Diário da República 1ª série, nº 205, 2959-2962*. https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf

Despacho nº 9639/2018 (2018), de 15 de outubro. *Diário da República: 2ª série, nº 198, 10-15*. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/10/198000000/2753327533.pdf

Despacho nº 9390/2021 (2021), de 24 de setembro. *Diário da República: 2ª série, nº 187, 96-103.* https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf

Dias, T. N., Cristino, C. A., Augusto, T. O., Rente, N. M., Pereira, S. M., & Alves, R. M. (2023). *As vantagens da capnografia no pré-hospitalar: Uma revisão integrativa da literatura*. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, 9(2), 66-82. http://doi.org/10.60468/r.riase.2023.9(2).588.66-82

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação nº 007/2010. *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2012). Norma 003/2012. *Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda.* Lisboa. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/organizacao-das-unidades-funcionais-de-dor-aguda.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017. *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.* Lisboa. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma 012/2022. *Via Verde do Trauma no Adulto.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_012_2022_via-verde-do-trauma-no-adulto.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma Clínica 019/2015. *"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2022). Norma Clínica 022/2015. *"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Edmondson, A. (2024). *O Tipo Certo de Erro - A ciência de falhar bem.* Edição traduzida. Lisboa: Temas e Debates.

Ferreira, A., & Veiga, C. (2023). Colaboração e trabalho em equipa. Em O. Ribeiro, *Ambientes de prática de enfermagem positivos: um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 126-133). Lisboa: Lidel.

Fundação Caloust Gulbenkian. (2015). *STOP infeção hospitalar! Um Desafio Gulbenkian.* Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian. https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/02Est_Stop_Infecao_Hospitalar.pdf

Glowicz, B. J., Landon, E., Sickbert-Bennett, E. E., Aiello, A. E., deKay, K., Hoffmann, K. K., Maragakis, L., Olmsted, R. N., Polgreen, P. M., Trexler, P. A., VanAmringe, M. A., Wood, A. R., Yokoe, D., Ellingson, K. D. (2023). SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendations: Strategies to prevent healthcare-associated infections through improved hand hygiene: 2022. *Infection Control & Hospital Epidemiology,* 44(3), 355-376. https://doi.org/10.1017/ice.2022.304

Grupo Português de Triagem. (2021). *História do Protocolo da Triagem de Manchester.* Obtido de Grupo Português de Triagem: https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/

Hill, K. (2021). Essential critical care skills 2: assessing the patient. *Nursing Times*, 117(12), 35-38. https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2021/11/211124-Essential-critical-care-skills-2-assessing-the-patient.pdf

Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M. J., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S.,Ramos, S., Fonseca, V., (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx

Lei nº 95/2019, de 4 de setembro. *Diário da República* 1ª série, nº 169, 55-66. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf

Lei nº 156/2015, de 16 de setembro. *Diário da República*. 1ª série, nº 181, 8059-8105. https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf

Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A., Feitosa, L. B., & Caprara, A. (2011). Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica,* 35(1), 52-57. https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100008

Machado, H. (2021). Organização e Gestão no Serviço de Urgência. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 3-12). Lisboa: Lidel.

Malta, H. F., Fernandes, I. M., Santos, E., Batista, R., Pereira, M. A., & Parente, P. (2023). A Comunicação de Más Notícias Perspetiva Segundo Meleis e Watson: Uma Revisão Narrativa. *Servir, 2 (04)*. https://doi.org/10.48492/servir0204.28390

Manzo, B. F. (2019). Seguridad em la administración de medicamentos: investigación sobre la prática de enfermeira y circunstancias de errores. *Enfermería Global*. 56 19-31. https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.344881

Marques, S., & Lino, P. (2021). Protocolo de Triagem de Manchester. Em N. Coimbra, *Enfermagem de Urgência e Emergência* (pp. 25-30). Lisboa: Lidel.

Medeiros, A. B., Enders, B. C., & Lira, A. L. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 518-524. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127741627018

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. 5ª ed. Philadelphia: Wolters Kulwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.

Metelski, F. K., Engel, F. D., Mello, A. L. S. F., Meirelles, B. H. S., (2022). A segurança do paciente e o erro sob a perspetiva do pensamento complexo: pesquisa documental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 33. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333009

Moreno, J., Silva, Â., Santos, I. A., & Maia, P. (2020). Erro e Eventos Adversos na Unidade de Cuidados Intensivos. In J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 33-41). Lisboa: Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Parecer CJ/20-2001: Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias.* Lisboa: Conselho Jurisdicional. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer conjunto nº 01/2017 - Atribuição de responsável de turno.* Lisboa: Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2016-2019. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer nº 14/2018 - Alocação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Sala de Reanimação - Posto de Trabalho nos Serviços de Urgência/Emergência.* Lisboa: Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-nº-14_2018_rectificado.pdf

Pereira, A. G. (2019). Conceito de Infeção Hospitalar. Em A. Duarte, & O. Martins, *Controlo da Infeção Hospitalar* (pp. 15-19). Lisboa: Lidel.

Proença, T. (11 de abril de 2023). *O erro como algo inevitável numa organização.* Obtido de Porto Business School: https://www.pbs.up.pt/pt/artigos-e-eventos/artigos/artigo-o-erro-como-algo-inevitavel-numa-organizacao/

Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents.* Londres: Routledge.

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ, 320(7237)*, 768-770. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768

Regulamento nº 101/2015, de 10 de março. *Diário da República: 2ª série, nº 28.* https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/03/048000000/0594805952.pdf

Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República: 2ª série, nº 26, 4744-4750.* https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf

Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho. *Diário da República: 2ª série, nº 135*, 19359-19370. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf

Regulamento nº 743/2019, de 25 de setembro. *Diário da república: 2ª série, nº 184*, 128-155. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040

Ribeiro, O., Trindade, L. L., Ribeiro, M., Perondi, A. R., (2023). Os ambientes de prática profissional de enfermagem e a qualidade em saúde. In O. Ribeiro, *Ambientes de prática de enfermagem positivos - um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 33-39). Lisboa: Lidel.

Rio, A. S., & Ramos, F. A. (2022). Promoção da adaptação da pessoa em situação crítica à ventilação não-invasiva: uma revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Health Review, 5(6) 21878-21899*. https://doi.org/10.34119/bjhrv5n6-004

Rocha, A. C., Jorge, A. M., & Sobral, A. L. (2019). Controlo da Infeção Hospitalar em Diferentes Contextos. Em A. Duarte & O. Martins, *Controlo da Infeção Hospitalar* (pp. 119-128). Lisboa: Lidel.

Rosário, E. M. (2019). Medidas de Isolamento. Em A. Duarte, & O. Martins, *Controlo de Infeção Hospitalar* (pp. 80-93). Lisboa: Lidel.

Santos, J. L., Menegon, F. H., Freitas, E. d., Costa, D. G., & Gasparino, R. C. (2023). Os ambientes de prática profissional de enfermagem e a qualidade em saúde. In O. Ribeiro, *Ambientes de prática de enfermagem positivos - um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 2-12). Lisboa: Lidel.

Sharma, A., Fernandez, P. G., Rowlands, J. P., Koff, M. D., & Loftus, R. W. (2020). Perioperative Infection Transmission: the Role of the Anesthesia Provider in Infection Control and Healthcare-Associated Infections. *Current Anesthesiology Reports*, 10 (3), 233-241. https://doi.org/10.1007/s40140-020-00403-8

Teixeira, P. C., Almeida, P. F., Vieira, R. P., Oliveira, L. S., Pinto, J. G., Mesquita, L. F., Mesquita, P. B. S., Mendes, Y. S., Silva, A. B. (2021). Cateterismo venoso periférico: a qualidade dos cuidados de enfermagem na inserção do cateter venoso

periférico. *Global Academic Nursing Journal, 2(Sup.3)*. https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200180

Tucker, A. L., & Edmondson, A. C. (2023). Why Hospitals Don't Learn from Failures: Organizational and Psychological Dynamics that Inhibit System Change. *University of California: California Management Review*. 45(2). https://doi.org/10.2307/41166165

Valente, R., Xavier, C., Carmona, C., Costa, G., Resende, H., Neves, I., Jesus, J., Nascimento, P., Gomes, P., Fonseca, S. (2024). Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Dor Aguda 2024. Lisboa: *Revista da Sociedade Portuguesa para o Tratamento da Dor Aguda* 22(4). https://www.spanestesiologia.pt/webstspa/wp-content/uploads/2024/09/spa_recomendacoes_dor_aguda_2024.pdf

Valle, M. M., Cruz, E. D., & Santos, T. (2017). Incidentes com medicamentos em unidade de urgência e emergência: análise documental. *Revista da escola de Enfermagem da USP*.

van Dyck, C., Frese, M., Baer, M., Sonnentag, S., (2005). Organizational Error Management Culture and Its Impact on Performance: A Two-Study Replication. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), 1228–1240. https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.6.1228

Verde, F. F. (2015). *A Família como Parceira nos Cuidados.* Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirurgica. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19685/1/203016815.pdf

Weiss, M., & Elizabeth W. Morrison, D. S. (2023). I like what you are saying, but only if i feel safe: Psychological safety moderates the relationship between voice and perceived contribution to healthcare team effectiveness. *Frontiers in Psychology*. 14. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1129359

APÊNDICE

APÊNDICE I: Instrução de Trabalho: Verificação de Consumíveis – área amarela, área laranja, área cirúrgica e sala de emergência

	Instrução de Trabalho **Verificação de Consumíveis – área amarela, área laranja, área cirúrgica e sala de emergência**	

1. Objetivos

a) Definir o procedimento de verificação de prazos de validade dos consumíveis não farmacológicos das diferentes áreas do Serviço de Urgência (SU);

b) Assegurar a operacionalização dos consumíveis não farmacológicos das diferentes áreas do SU;

c) Minimizar o risco de erro associado à utilização de consumíveis com expiração do prazo de validade;

d) Garantir a segurança na manipulação de consumíveis não farmacológicos;

e) Minimizar a repetição de procedimentos por inviabilidade das amostras associada à expiração de prazos de validade;

2. Âmbito

a) A presente instrução de trabalho destina-se aos Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS) do Serviço de Urgência (SU) da

b) O procedimento destina-se a ser executado pelos TAS do SU alocados às áreas amarela, laranja, cirúrgica e sala de emergência (SE).

3. Descrição

a) Generalidades:

i) A equipa de TAS deve garantir um stock mínimo necessário de consumíveis não farmacológicos nos carros de apoio das diferentes áreas em concordância com a afluência ao SU (prevista ou real);

ii) O elemento de cada setor determinado pelo coordenador de equipa deve verificar os níveis de consumíveis não farmacológicos existentes em stock no seu setor no início de cada turno;

iii) Na eventualidade de existirem níveis insuficientes, estes devem ser repostos no início do turno;

iv) O elemento de cada setor determinado pelo coordenador de equipa deve, no turno da manhã do último sábado de cada mês, confirmar as validades dos consumíveis não fármacológicos existentes em stock no seu setor;

b) Verificação de níveis de stock:

i) Verificar níveis de consumíveis não farmacológicos no stock da área;

ii) Confirmar se níveis de consumíveis não farmacológicos coincidem com níveis mínimos de stock determinados;

iii) Gerir níveis de consumíveis não farmacológicos em função da afluência ao SU e à área em questão prevendo maior ou menor utilização consumíveis;

iv) Efetuar reposição.

c) Verificação de validades:

i) Verificar todas as unidades de consumíveis não farmacológicos existentes no stock de cada área;

ii) Caso os consumíveis se encontrem em aproximação de fim de prazo de validade (3 meses), devem ser sinalizados, sublinhando com cor a data de validade;

iii) Colocar na linha da frente da caixa de armazenamento os consumíveis em aproximação de fim de prazo de validade, de forma a serem utilizados prioritariamente;

iv) Comunicar aos enfermeiros da área a existência de consumíveis prioritários a utilizar;

Publicação	Revisão	Página
		1 de 2

v) Os consumíveis cujo prazo de validade se encontra expirado, devem ser retirados do stock e entregues ao coordenador de equipa;

vi) Os tubos de colheita de amostras de sangue e hemoculturas devem merecer especial atenção pelos TAS na verificação de consumíveis.

Versão	A	Data	Alterações
Elaboração			
Validação			
Aprovação			

APÊNDICE II: Instrução de Trabalho: Verificação de Fármacos – área amarela, área laranja e área cirúrgica

	Instrução de Trabalho **Verificação de fármacos – área amarela, área laranja e área cirúrgica**	

1. Objetivos

a) Definir o procedimento de verificação de prazos de validade dos fármacos das diferentes áreas do Serviço de Urgência (SU);

b) Assegurar a operacionalização dos consumíveis farmacológicos das diferentes áreas do SU;

c) Minimizar o risco de erro associado à administração de medicação;

d) Garantir a segurança na manipulação e administração de fármacos;

2. Âmbito

a) A presente instrução de trabalho destina-se aos Enfermeiros do Serviço de Urgência da

b) O procedimento destina-se a ser executado pelos Enfermeiros do Serviço de Urgência alocados à área amarela, área laranja e área cirúrgica;

3. Descrição

a) Generalidades:

i) A equipa de enfermagem deve garantir um stock mínimo necessário de fármacos nas diferentes áreas em concordância com a afluência ao SU;

ii) O líder de cada setor deve verificar os níveis de fármacos existentes em stock no seu setor no início de cada turno;

iii) Na eventualidade de existirem níveis insuficientes de fármacos no setor, o mesmo deve ser solicitados ao coordenador de equipa no início do turno;

iv) O líder de cada setor deve, no turno da manhã do último sábado de cada mês, confirmar as validades dos fármacos existentes em stock no seu setor;

v) O líder de cada setor pode delegar esta tarefa de verificação em qualquer outro elemento da equipa no mesmo setor, na impossibilidade de o mesmo o fazer por questões de gestão da área e da equipa;

vi) A presente Instrução de Trabalho (IT) não se aplica à Sala de Emergência (SE) dada a existência de uma IT com a mesma finalidade específica a esta área.

b) Verificação de níveis de stock:

i) Verificar níveis de fármacos no stock da área;

ii) Confirmar se níveis de fármacos coincidem com níveis mínimos de stock determinados para o fármaco;

iii) Gerir níveis de fármacos em função da afluência ao SU e à área em questão prevendo maior ou menor utilização de fármacos;

iv) Efetuar pedido ao coordenador de equipa em função da gestão efetuada.

c) Verificação de validades:

i) Verificar todas as unidades de fármacos existentes no stock de cada área;

ii) Caso os fármacos se encontrem em aproximação de fim de prazo de validade (3 meses), devem ser sinalizados, sublinhando com cor a data de validade;

iii) Colocar dentro de um saco na linha da frente da caixa de armazenamento o fármaco em aproximação de fim de prazo de validade, de forma a serem utilizados prioritariamente;

Publicação	Revisão	Página
		1 de 2

iv) Comunicar aos colegas da área e transmitir na passagem de turno a existência de fármacos prioritários a utilizar;

v) Os fármacos cujo prazo de validade se encontra expirado, devem ser retirados do stock e entregues ao coordenador de equipa;

vi) A verificação dos prazos de validade não invalida a confirmação das características de coloração e integridade do fármaco antes da sua administração.

Versão	A	Data	Alterações
Elaboração			
Validação			
Aprovação			

APÊNDICE III: Proposta de Formulário para Auditorias ao Cumprimento dos Feixes de Intervenção para a Prevenção da Infeção Associada ao Cateter Vesical

Feixes de Intervenção - Prevenção da Infeção Associada ao Catéter Vesical

O objetivo desta colaboração em auditoria é compreender a adesão dos profissionais de saúde deste serviço aos feixes de intervenção para a prevenção da infeção associada ao catéter vesical.

Catéter Vesical

1. Dia e turno de avaliação

2. Número de doentes com catéter vesical na unidade

- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5
- ◯ 6
- ◯ 7
- ◯ 8
- ◯ 9
- ◯ 0

3. Número de doentes com catéter vesical com fixador (auto adesivo ou circular)

- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4
- ◯ 5
- ◯ 6
- ◯ 7
- ◯ 8
- ◯ 9
- ◯ 0

4. Evitar o cateterismo vesical e documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização de catéter vesical;

- ◯ Sim
- ◯ Não

5. Se sim, em quantos doentes?

6. Avaliada a necessidade de remoção de catéter vesical relativamente a algum doente?

- ◯ Sim
- ◯ Não

7. Se sim, em quantos doentes?

8. Foi cumprida técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Sem oportunidades de avaliação

9. Foi cumprida a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado

- ◯ Sim
- ◯ Não

10. Foi realizada a higiene diária do meato urinário?

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Sem oportunidades de avaliação

11. Foi mantido o cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade?

- ◯ Sim
- ◯ Não

12. Se sim, em quantas avaliações?

13. Foi avaliada a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter?

- ◯ Sim
- ◯ Não

APÊNDICE IV: Ambientes de Prática Seguros: o Erro Clínico e Segurança na Utilização de Fármacos – síntese de evidência

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRURGICA

(área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

UC – ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Ambientes de prática seguros: O erro clínico e a segurança na utilização de fármacos

Estudante: Joana Filipa da Silva Machado

Sob orientação de: Profª. Doutora Irene Oliveira

Porto, novembro de 2024

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO *99*

2. AMBIENTES DE PRÁTICA SEGUROS *101*

3. GESTÃO DO ERRO *104*

4. MANIPULAÇÃO SEGURA DE FÁRMACOS *108*

5. CONCLUSÃO *111*

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *113*

INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Medico Cirúrgica (EMC) na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), da escola de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa – Porto, foi identificada uma oportunidade de melhoria no âmbito dos ambientes de prática seguros. Com o objetivo de realizar uma formação para pares no âmbito da temática, foi realizada uma fundamentação teórica acerca da mesma, procurando evidência que potencie a consciencialização para a problemática e atualização de conhecimentos, visando uma prática baseada na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados prestados.

Os ambientes de prática profissional constituem verdadeiros desafios da atualidade, permitindo alcançar um ótimo desempenho organizacional, que só é possível com a maximização dos resultados em termos de qualidade de cuidados e assegurando a saúde e bem-estar dos enfermeiros (Ribeiro, et al., 2023).

Abordar a temática da segurança na prestação de cuidados implica ter em consideração a qualidade em saúde associada aos ambientes de prática profissional, que corresponde às características e condições físicas e organizacionais que interferem no desempenho adequado do exercício profissional (Santos, et al., 2023). Sabe-se que alguns elementos do ambiente de trabalho potenciam os resultados obtidos ao representarem maior satisfação profissional para o enfermeiro e, consequentemente, influenciando a qualidade dos cuidados prestados e representando não só excelência profissional, como também elevada satisfação por parte dos doentes.

O conceito de qualidade em saúde, está hoje amplamente desenvolvido e entende-se como sendo a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o doente, sendo estes definidos em função dos recursos disponíveis e dos valores sociais existentes (Santos, et al., 2023).

Durante o estágio, foi possível percecionar que a segurança do doente é um tema alvo de discussão no contexto de prática à PSC, muito fomentada pelo ambiente característico do contexto, à sua instabilidade e mutabilidade constantes. Compreendida a necessidade de incentivar comportamentos de segurança, mas também de desenvolver

a reflexão acerca dos pilares propostos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026.

Assim, para dar resposta às necessidades formativas identificadas, elaborou-se pesquisa bibliográfica que permite, numa segunda fase, elaborar uma formação com base na fundamentação exposta neste documento, visando a implementação de boas práticas no que respeita a cuidados de enfermagem seguros. Por forma a captar o maior número de participantes, a formação foi divulgada através de canais internos institucionais, demonstrando ainda disponibilidade para discussão e partilha de ideias em grupo, procurando encontrar sugestões de melhoria futuras.

AMBIENTES DE PRÁTICA SEGUROS

A segurança do doente representa um desafio global do mundo atual. Segundo o Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030, a segurança do doente é definida como um conjunto de intervenções em vários níveis nos cuidados de saúde com o intuito de criar mudança e de forma a minimizar os riscos, reduzir a ocorrência de danos evitáveis, tornar os erros menos prováveis e quando estes ocorrem, diminuir o seu impacto. Este mesmo documento evidencia que anualmente um elevado número de doentes sofre lesões ou mesmo morre em consequência de cuidados de saúde inseguros. Olhando para os números relativos a eventos adversos decorrentes da prestação e cuidados de saúde, principalmente hospitalares, não há dúvidas quanto à existência de um problema. Mas que intervenção podemos ter sobre ele? Intervir com vista a reduzir ou mesmo eliminar os danos evitáveis devido a cuidados de saúde inseguros, a nível mundial. Neste sentido, são descritos neste mesmo documento os sete objetivos estratégicos do plano de ação:

"Fazer do zero dano evitável para os doentes um estado de espírito e uma regra de envolvimento no planeamento e na prestação de cuidados de saúde em todos os contextos;

Criar sistemas de saúde e organizações de saúde de elevada confiabilidade que protejam diariamente os doentes de danos;

Garantir a segurança em todos os processos de prestação de cuidados de saúde;

Envolver e capacitar os doentes e as famílias para ajudar e apoiar a jornada rumo à prestação de cuidados de saúde mais seguros;

Inspirar, educar, capacitar e proteger todos os profissionais de saúde e assim contribuir para a conceção e prestação de sistemas de cuidados seguros;

Assegurar um fluxo constante de informação e de conhecimentos para conduzir à mitigação dos riscos, à redução dos níveis de danos evitáveis e à melhoria na segurança dos cuidados;

Desenvolver e manter sinergia, parcerias e solidariedade multissetoriais e multinacionais para melhorar a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados." (Organização Mundial de Saúde, 2023, p. 8)

A literatura apoia a adoção de uma postura educativa ao invés do caracter fiscalizador ou punitivo associado à adoção de indicadores de qualidade e monitorização dos mesmos, sendo o princípio chave para o reconhecimento, a avaliação e monitorização contínua da qualidade do ambiente de prática (Jesus, et al., 2015). A implementação de medidas corretivas dos processos identificados como geradores de resultados insatisfatórios deve caminhar no sentido do reconhecimento e adequação de intervenções com mudanças planeadas do desempenho da equipa. A identificação, explicação e ação sobre os problemas, permite a sua superação com vista ao alcance de padrões de elevada qualidade dos cuidados prestados, sendo importante realçar alguns aspetos como: prestar cuidados atendendo e respeitando as preferências, necessidades e valores dos doentes e familiares; assistência no tempo adequado reduzindo tempos de espera e atrasos; equidade com respeito pela igualdade de direitos; eficiência evitando o desperdício e mau uso de recursos; efetividade com prestação de serviços adequados evitando uso excessivo ou insuficiente; segurança do doente evitando uma prestação de cuidados que possa resultar em danos ao doente (Santos, et al., 2023).

A avaliação da qualidade em saúde é uma importante ferramenta para a padronização e melhoria dos cuidados prestados com base num conjunto de padrões definidos como mais apropriados para uma melhor qualidade na assistência ao doente. Donabedian propôs neste âmbito um modelo de avaliação da qualidade em saúde com base em indicadores de estrutura, processo e resultado (Santos, et al., 2023). Quanto à estrutura, entende-se como as características relativamente estáveis e necessárias à assistência, como sendo área física, recursos humanos, materiais e financeiros, sistemas de informação, instrumentos normativos e condições organizacionais. Já na componente de processo estão incluídos o reconhecimento de problemas, os métodos diagnósticos e os cuidados prestados segundo padrões técnico científicos estabelecidos e aceites pela comunidade científica. Por último, no que respeita ao resultado, pode-se identificar as consequências dos cuidados, ou da sua falta, nos serviços de saúde, considerando as mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do cliente e do trabalhador na prestação de cuidados (Santos, et al., 2023).

Com base nos pilares do PNSD (2021-2026) e, obviamente, nas medidas emanadas pelo Plano de Ação Global para a Segurança do Doente (2021-2030), define-se como uma prioridade estratégica a promoção da segurança na prestação de cuidados de saúde, fazendo parte destes pilares a prevenção e gestão de incidentes de segurança e as práticas seguras em ambientes seguros

GESTÃO DO ERRO

O tema da segurança exige inevitavelmente que se esmiúcem alguns conceitos. O erro, o fracasso e o incidente, são a base do construto e merecem uma compreensão mais alargada, de forma a analisar os conceitos e compreender de que forma eles surgem no exercício profissional. Erro pode ser definido como um desvio involuntário de padrões pré especificados como procedimentos, regras ou políticas e este termo surge como sinónimo de incorreção. Importa reter que se trata de ações involuntárias e que podem ter consequências mais ou menos graves. Ou ainda como acrescentam outros autores, pode ser entendido como uma falha na execução de uma ação ou o desenvolvimento incorreto de um plano (Moreno, et al., 2020). Já o fracasso, que também assume aqui relevância na compreensão da temática em desenvolvimento, pode ser definido como um desfecho que se desvia do resultado desejado, isto é, uma ausência de êxito em algo (Edmondson, 2024). Outro conceito relevante é o de evento adverso, por vários autores simplificado como um dano desnecessário causado por erros no processo de assistência ao doente. À luz do que se pode ler na taxonomia da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, o dano associado aos cuidados de saúde é algo resultante ou que está associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não a uma doença ou lesão subjacente, ao invés, um evento sem dano trata-se de um incidente em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Posto isto, os erros podem ou não resultar em situações indesejáveis e estas não são mais do que o resultado de eventos ou erros que prolongam o internamento, aumentam a morbilidade, colocam a vida em risco ou mesmo condicionam o aumento da mortalidade dos doentes. Sem dúvida que o contexto de prestação de cuidados, mais do que a estrutura ou o resultado, representa, por excelência, a maior incidência de estudo de eventos ou erros e foram já identificadas as principais categorias com as quais relacionamos os erros, nomeadamente o diagnóstico, o circuito de medicação, os dispositivos médicos, equipamentos e procedimentos críticos. Os erros relacionados com a medicação foram identificados como sendo os mais comuns e com maior potencial de causar dano no doente (Valle et al., 2017).

Em suma, a grande diferença entre um erro e um fracasso, é que quando alguém fracassa, desenvolveu corretamente a sua atividade com um objetivo pré-estabelecido, mas que não o conseguiu alcançar, como um atleta que participa numa prova com o intuito de ficar no pódio, mas não consegue alcançar a classificação desejada, mesmo tendo executado bem a sua atividade. Já o erro pressupõe a realização errada da atividade em si, como o caso de um cirurgião que deveria operar o joelho direito, mas em vez disso, intervenciona o esquerdo. Por último o incidente, neste caso específico, o incidente de segurança, trata-se de um evento que poderia resultar em dano desnecessário para o doente. Aqui surge o termo de evento adverso, que nada mais é do que um incidente que efetivamente resultou em dano para o doente (Moreno, et al., 2020).

A cultura de segurança e a gestão do erro são premissas imprescindíveis neste território no sentido de condicionar as atitudes e procedimentos, bem como na identificação, reconhecimento e notificação do incidentem com vista ao desenvolvimento de estratégias preventivas e na oportunidade de aprendizagem que a análise destes eventos proporciona. O fracasso nem sempre é mau. Rejeitar esta a crença cultural enraizada ao estereotipo do sucesso, permite refletir sobre o que se fez errado por forma a melhorar a prática futura. Aceitar o ser humano como falível desenvolver autoconsciência e partilhar o fracasso, suporta a melhoria contínua dos cuidados prestados e a previne situações semelhantes no futuro (Edmondson, 2024).

Sem dúvida que o caminho certo passa pela identificação e notificação do erro, só assim as situações podem ser analisadas e determinadas intervenções específicas para minimizar as consequências e reduzir a probabilidade de novas ocorrências.

Atualmente as instituições facultam aos seus colaboradores plataformas que possibilitam a notificação, para posterior gestão, de incidentes de risco clínico e não clínico. Explorando um exemplo dessas plataformas, a "*Health Event & Risc Management*" ou comumente denominada de HER+©, permite aos profissionais das diferentes áreas que possam notificar com pormenor os incidentes com uma avaliação previa ao evento e medidas implementadas para minimizar os danos que lhe possam estar associados. Estes dados gerados pela plataforma são analisados posteriormente e tomadas medidas gerais que reduzam a probabilidade dos acontecimentos se repetirem. Este método não permite o anonimato do notificador, o que pode funcionar como barreira à utilização da mesma.

A cultura do erro é um desafio da atualidade, com principal enfoque para as equipas de saúde. Será que as melhores equipas podem cometer mais erros? Edmondson (2024) levou a cabo um estudo em equipas de saúde, médicos e enfermeiros, que lhe permitiu concluir que de facto as melhores equipas, as mais experientes, cometiam mais erros. Mas este facto só se verificou porque a investigadora não fez um estudo observacional, de campo, mas sim uma análise de dados registados. Ou seja, as melhores equipas não eram necessariamente as que cometiam mais erros, mas sim as que mais notificavam esses erros. Este facto levou a que Edmondson (2024) repensasse o que estaria por trás das taxas mais elevadas de erro notificado nas melhores equipas e assim surge o principal enfoque do seu trabalho ao longo dos últimos anos: segurança psicológica. Numa equação onde somamos um bom trabalho de equipa com um bom ambiente de trabalho, o resultado será um clima de abertura que permite a existência de maior sinceridade acerca do erro.

A mentalidade que se verifica nos profissionais de saúde e, principalmente, nos enfermeiros atualmente é que que o erro é indicador de incompetência. A cultura de erro existente nas instituições determina o olhar que cada profissional tem acerca do mesmo. Quando é encarado de uma perspetiva negativa, a tendência é suprimir o seu reconhecimento ou até mesmo negar responsabilidade o que desencoraja a análise sistemática dos erros e, portanto, não é permitida uma aprendizagem com os mesmos. O caminho a percorrer deveria ser baseado na localização, isto é, identificação de um erro, admissão, em que o elemento-chave admite ter incorrido em erro e uma correção imediata do mesmo.

Um exemplo desta cultura pode ser observado na política desenvolvida por Sakichi Toyoda, o criador da Companhia de Motores Toyota. Ele criou uma técnica para lidar com os erros que atualmente é utilizada em linhas de montagem do mundo inteiro: o *cordão andon.* Nada mais é do que a existência de um sistema, neste caso sob a forma de um cordão na linha de montagem, que permitisse aos operários emitir um sinal que era também enviado para o líder de equipa sempre que uma falha ou potencial falha fosse identificada Este mecanismo de automatização com toque humano, permitia que fosse dado o poder ao trabalhador de notificar um problema e impedir que este se multiplicasse. Durante cerca de 1 minuto era feito um diagnóstico da situação com o líder e sendo o problema rapidamente resolvido, era dado um segundo puxão no cordão para que a linha não parasse. Não só era evidente a sábia liderança assente na premissa “queremos ouvir-

vos" como o relato sem culpas e a denúncia não penalizada eram uma realidade. Sim, isto porque os erros nem sempre são cometidos por quem os identifica e notifica. Na verdade, é mais fácil identificar um erro cometido por outra pessoa do que um erro cometido pelo próprio, isto porque quando realizamos uma tarefa vezes repetidas, a tendência é cometer erros por "facilitismo" ou a existência de crenças tomadas como garantidas que nos parecem ser factos e causam fracassos por excesso de confiança em assunções falaciosas (Edmondson, 2024).

A supervisão de pares tem-se revelado uma área com elevado potencial de produzir resultados positivos na melhoria da qualidade por aliar a promoção da excelência da prática profissional ao desenvolvimento do carácter educativo dentro das organizações. A forma como interpretamos o ato de errar determina a mentalidade mais ou menos aberta que as equipas desenvolvem neste âmbito. E se um ambiente de prática seguro fosse aquele onde a abertura e sinceridade acerca do erro se encorajasse diariamente? A equação passa por somar o bom trabalho de equipa com um bom ambiente de trabalho de forma a obter como resultado um clima de abertura onde o erro deixa de ser indicador de incompetência e ao invés de suprimir o seu reconhecimento ou negar responsabilidades, os elementos da equipa fossem encorajados a admitir e analisar sistematicamente os erros de cada um permitindo não só a aprendizagem entre grupos, mas também a correção atempada dos mesmos. A forma como nos relacionamos, a maneira como nos organizamos e aquilo que sabemos sobre nós mesmos potencia o alto rendimento das equipas (Costa, 2012). Arrastar temporalmente um erro reflete-se em consequências para o doente e inevitavelmente em redução da qualidade dos cuidados com piores indicadores de resultado a eles associados.

MANIPULAÇÃO SEGURA DE FÁRMACOS

O erro de medicação surge então como uma temática que merece ser tida em consideração. Não só se trata de eventos evitáveis e frequentes, como podem ter consequências impactantes no doente, sendo que estes podem ser verificados desde a prescrição à distribuição, preparação e até mesmo à administração. Lopes et al., (2021) no estudo observacional realizado em contexto hospitalar de urgência e emergência no Brasil, constataram que a maior notificação de erro surgia associado à prescrição e administração e os locais com mais notificação foram as unidades de cuidados intensivos e as salas de emergência (Lopes, et al., 2021).

Neste âmbito, e sendo já conhecidos em larga escala os principais momentos de ocorrência de erros e alguns fatores associados, com vista à melhoria da qualidade e promoção de uma cultura de segurança na utilização de fármacos, planear e desenvolver ações preventivas e educativas nesta área será uma mais-valia em qualquer contexto. A abordagem de temas como a metodologia de notificação de erro e as plataformas disponibilizadas pelas instituições para o fazer, os danos causados por erros de medicação, as causas subjacentes à sua ocorrência e as alões corretivas que podem ser levadas a cabo após análise dos dados obtidos na notificação são algumas das medidas a implementar com vista a cumprir inclusive com as propostas do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Direção-Geral da Saúde, 2021).

A administração de medicação é uma atividade de grande responsabilidade para os enfermeiros (Ramos, 2012). Vários estudos demonstram que ao nível da preparação e administração de fármacos, muitos são os erros evitáveis que dependem única e exclusivamente dos enfermeiros. Não só no estudo supracitado de Lopes et al., (2021) como também no estudo de Valle et al., (2017) consegue-se compreender que no espaço temporal que os divide, e até à atualidade, os principais erros na preparação centram-se em questões de higienização das mãos, não utilização de técnicas asséticas, nomeadamente membranas de borracha dos frascos de medicação e diluições/concentrações farmacológicas. Quanto à administração, os autores são consensuais na omissão enquanto principal problema identificado, associando ainda outros fatores como falta de identificação do doente. A preparação e administração de

fármacos exige por parte do enfermeiro um elevado nível de raciocínio, concentração e memória, sendo que em função do contexto, as interrupções durante este processo favorecem o erro e podem levar à omissão de etapas importantes. Assim, as próprias instituições devem ter em consideração mudanças estruturais necessárias de forma a minimizar distrações neste processo e contribuir para a redução dos incidentes (Valle et al., 2017).

CONCLUSÃO

Errar é humano, inevitavelmente o erro estará no seio de qualquer equipa, em qualquer instituição. Reduzir o fracasso depende da adoção de uma prática simples: aprender o mais que conseguirmos com os fracassos que já ocorreram. Mas para que tal seja possível, é necessário tomar conhecimento acerca do erro que, em grande parte só se consegue analisando dados produzidos através da notificação em plataformas adequadas para o efeito.

A cultura de segurança representa um grande desafio para as equipas de enfermagem e, principalmente, para o enfermeiro especialista pela responsabilidade que assume nos diferentes domínios das suas competências desde a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e até ao domínio das aprendizagens profissionais.

Cuidados de alta qualidade em organizações com cultura de segurança positiva são caracterizados pela existência de competências comunicacionais entre as equipas, bases de confiança multiprofissional e um olhar crítico, mas acima de tudo reflexivo sobre a prática que dê relevância à segurança dos cuidados e à discussão e implementação de medidas preventivas neste âmbito

Através desta pesquisa bibliográfica, foi possível verificar áreas onde o enfermeiro se assume como imprescindível na garantia de ambientes de prática seguros. Através da implementação de medidas neste âmbito, nomeadamente na gestão do próprio erro com a utilização de plataformas de notificação ou com medidas preventivas e corretivas na manipulação segura de fármacos, é possível melhorar a prática de cuidados.

Portanto, promover ambientes de prática seguros, não só para a pessoa cuidada, mas também para o profissional de saúde, investindo na cultura de segurança, promove ambientes profissionais positivos com impacto na melhoria de fatores organizacionais. Neste sentido, o papel do enfermeiro especialista é fundamental por dominar competências que abrangem a construção e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade, com vista à construção de ambientes terapêuticos e seguros. A sua posição como elemento de referência na equipa, favorecendo os processos formativos, contribui para o desenvolvimento de uma prática de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. C. N., Pires, M. H., Santana, I. S., Salgado, P. O., Toleto, L. V., Pereira, P. & Braga, L. M.(2022). Eficácia de uma intervenção educativa para prevenção de complicações no cateter venoso periférico. *Revista Cogitare Enfermagem, 27*. https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.83329

Costa, R. F. (2012). *Equipas de Alto Rendimento - Saber Liderar Equipas de Trabalho.* Lisboa : Editora RH.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.* Lisboa: Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Despacho nº9390/2021 de 24 de setembro - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026.* Lisboa: Diário da República, 2ª série, nº187.

Edmondson, A. (2024). *O Tipo Certo de Erro - A ciência de falhar bem* (1ª edição ed.). (P. Vidal, Trans.) Lisboa: Temas e Debates.

Johanna I. & Westbrook, M. I. (2011). Errors in the administration of intravenous medication in hospital and the role of correct procedures and nurse experience. *BMJ Qual Saf., 20 (12)*, 1027-1034.

Lopes, D., Mascarenhas, A., Santos, N., Santana, T., Souza, T., Borges, J., & Lemos, G. (2021). Notificações de erros de medicação em um hospital geral de urgência e emergência. *Research, Society and Development, 10, nº7*.

Moreno, J., Silva, Â., Santos, I. A., & Maia, P. (2020). Erro e Eventos Adversos na Unidade de Cuidados Intensivos. In J. A. Pinho, *Enfermagem em Cuidados Intensivos* (pp. 33-41). Lisboa: Lidel.

Organização Mundial de Saúde. (2023). *WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021-2023.* Geneva: World Health Organization.

Ramos, S. M. (2012). *Prevenção e Controlo da Infeção na Preparação e Administração de Medicamentos Endovenosos.* Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: Dissertação para obtenção do grau de mestre em Infeção em Cuidadoa de Saúde.

Santos, J. L., Menegon, F. H., Freitas, E. d., Costa, D. G., & Gasparino, R. C. (2023). Os ambientes de prática profissional de enfermagem e a qualidade em saúde. In O. Ribeiro, *Ambientes de prática de enfermagem positivos - um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 2-12). Lisboa: Lidel.

Valle, M. M., Cruz, E. D., & Santos, T. (2017). Incidentes com medicamentos em unidade de urgência e emergência: análise documental. *Revista da escola de Enfermagem da USP*.

Varndell, W., Fry, M., & Elliott, D., (2017). Exploring how nurses assess, monitor and manage acute pain for adult critically ill patients in the emergency department: protocol for a mixed methods study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 25(1), 75. https://doi.org/10.1186/s13049-017-0421-x

APÊNDICE V: Apresentação da Ação de Formação - Ambientes de Prática Seguros: o Erro Clínico e Segurança na Utilização de Fármacos

AMBIENTES DE PRÁTICA SEGUROS:

O erro clínico e a segurança na utilização de fármacos

Joana Machado

Mestrado em EMC com especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Escola de Enfermagem - Universidade Católica Portuguesa (Porto);
[redacted]
Sob orientação da Profª. Dra. Irene Oliveira

Sumário

1. Objetivos;
2. Ambientes de prática e qualidade em saúde;
3. Segurança do Doente;
   3.1. Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026;
   3.2. Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030;
4. Erro, fracasso, incidente?
5. Cultura de erro;
   5.1. Segurança Psicológica;
   5.2. Gestão de risco clínico/risco não clínico;
6. Erro – Circuito de Medicação;
7. Segurança na Utilização de Fármacos;
   7.1. Preparação;
   7.2. Administração;
8. Contributos de Melhoria para o SU.

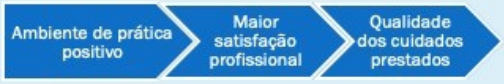
1. Objetivos

1. Compreender a relação entre ambientes de prática e qualidade em saúde;
   1.1. Analisar modelos de qualidade em saúde;
   1.1. Identificar estratégias de melhoria da qualidade;
   1.1. Identificar orientações estratégicas mundiais e nacionais no âmbito da segurança do doente;
2. Clarificar conceitos fundamentais no âmbito da segurança;
   2.1. Definir erro, fracasso e incidente;
   2.2. Analisar a cultura de erro e a segurança psicológica na prática de cuidados;
3. Aprofundar conhecimentos sobre gestão de erro;
   3.1. Identificar ferramentas facilitadoras;
   3.2. Analisar a correlação entre erro e segurança no circuito de medicação;
   3.3. Incorporar práticas seguras na utilização de fármacos;

2. Ambientes de prática e qualidade em saúde

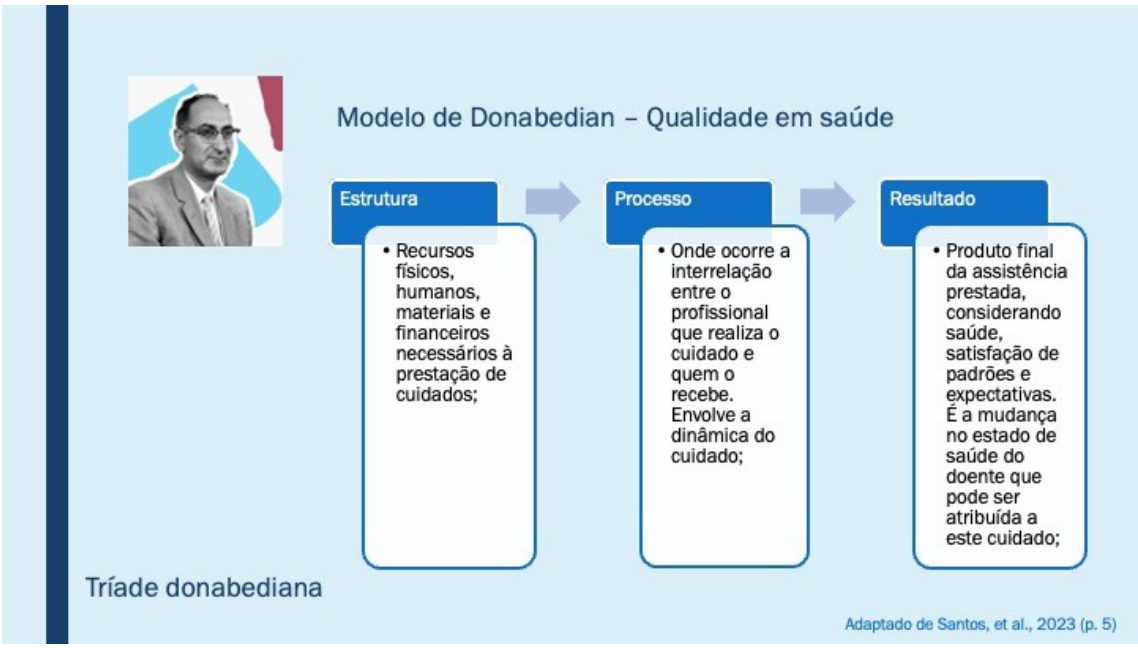
- O ambiente de prática de enfermagem corresponde às características e condições físicas e organizacionais que interferem no desempenho do exercício profissional;

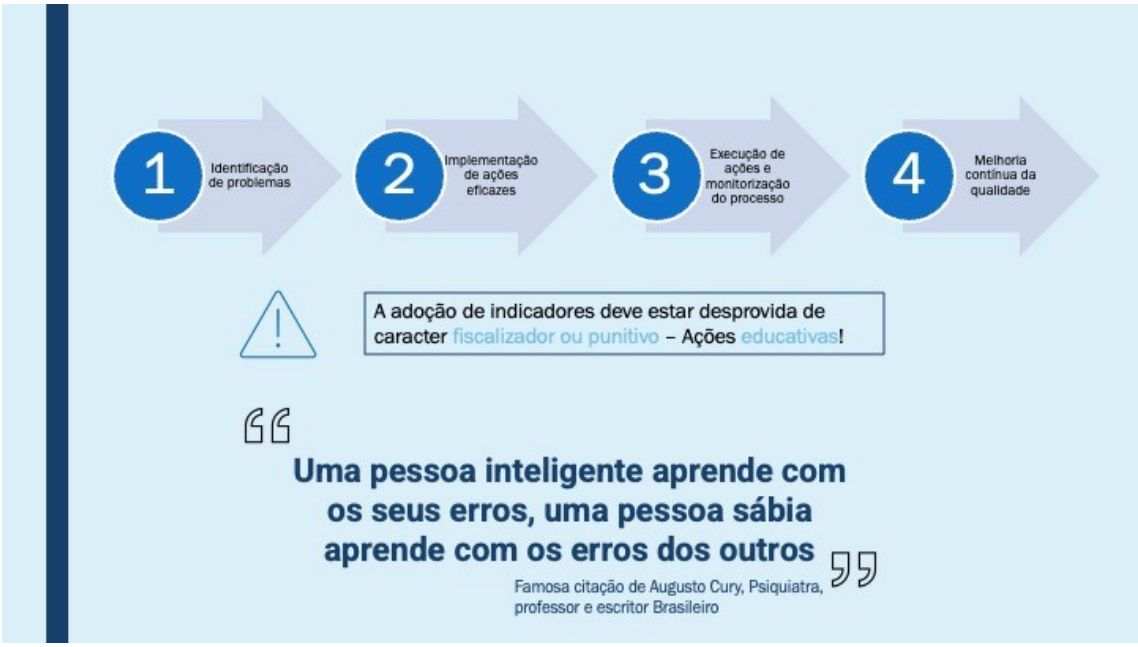
Santos, et al., 2023 (p. 2)



- Qualidade em saúde é um atributo positivo associado à obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o doente;

Santos, et al., 2023 (p. 4)


Modelo de Donabedian – Qualidade em saúde
Estrutura
• Recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários à prestação de cuidados;
Processo
• Onde ocorre a interrelação entre o profissional que realiza o cuidado e quem o recebe. Envolve a dinâmica do cuidado;
Resultado
• Produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e expectativas. É a mudança no estado de saúde do doente que pode ser atribuída a este cuidado;
Tríade donabediana
Adaptado de Santos, et al., 2023 (p. 5)


1 Identificação de problemas
2 Implementação de ações eficazes
3 Execução de ações e monitorização do processo
4 Melhoria contínua da qualidade
A adoção de indicadores deve estar desprovida de caracter fiscalizador ou punitivo – Ações educativas!
Uma pessoa inteligente aprende com os seus erros, uma pessoa sábia aprende com os erros dos outros
Famosa citação de Augusto Cury, Psiquiatra, professor e escritor Brasileiro

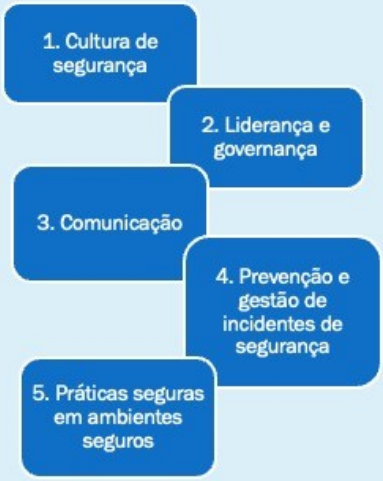
3. Segurança do Doente

- De acordo com a OMS, a prestação de cuidados de saúde inseguros é responsável, por ano e em todo o mundo, por cerca de 64 milhões de anos de vida perdidos por incapacidade e representa uma das 10 principais causas de incapacidade e morte.

Segurança do doente – "redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável" (DGS, 2011, pág. 21)

3.1. PLANO NACIONAL DE SEGURANÇA DO DOENTE 2021-2026

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
2021 | 2026



Pilares do PNSD

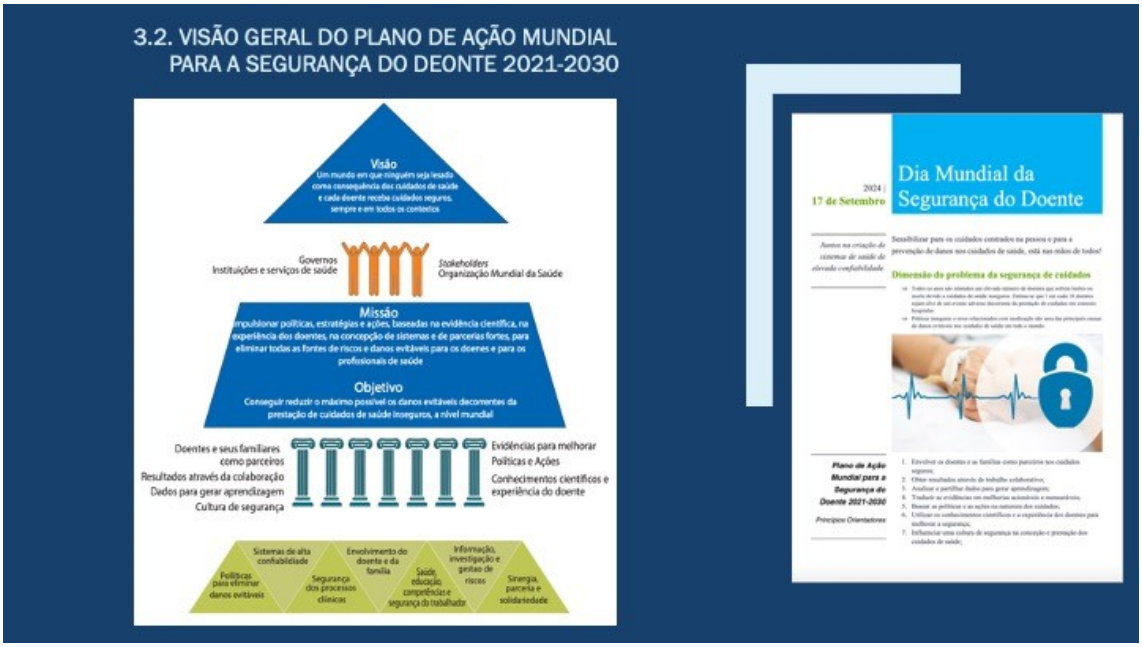
Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
2021 | 2026
Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026
1. Cultura de segurança
• Promover a formação;
• Avaliar a cultura de segurança;
• Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados;
1. Cultura de segurança
2. Liderança e governança
3. Comunicação
4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança
5. Práticas seguras em ambientes seguros
Pilares do PNSD

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
2021 | 2026
Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026
2. Liderança e governança
• Garantir o envolvimento de órgãos e lideranças das instituições na implementação do plano;
• Consolidar a articulação das estruturas de governança;
1. Cultura de segurança
2. Liderança e governança
3. Comunicação
4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança
5. Práticas seguras em ambientes seguros
Pilares do PNSD

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
2021 | 2026
Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026
3. Comunicação
• Otimizar a comunicação interinstitucional;
• Melhorar a comunicação e segurança na transição de cuidados;
• Adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador;
1. Cultura de segurança
2. Liderança e governança
3. Comunicação
4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança
5. Práticas seguras em ambientes seguros
Pilares do PNSD

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
2021 | 2026
Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026
4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança
• Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente;
• Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente;
1. Cultura de segurança
2. Liderança e governança
3. Comunicação
4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança
5. Práticas seguras em ambientes seguros
Pilares do PNSD

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
2021 | 2026
Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026
5. Práticas seguras em ambientes seguros
• Implementar e consolidar práticas seguras em ambientes de prestação de cuidados de saúde;
• Monitorizar a implementação de práticas seguras;
• Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM);
• Promover a telessaúde segura;
1. Cultura de segurança
2. Liderança e governança
3. Comunicação
4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança
5. Práticas seguras em ambientes seguros
Pilares do PNSD


3.2. VISÃO GERAL DO PLANO DE AÇÃO MUNDIAL PARA A SEGURANÇA DO DEONTE 2021-2030
Visão
Um mundo em que ninguém seja lesado como consequência dos cuidados de saúde e cada doente recebe cuidados seguros, sempre e em todos os contextos
Governos
Instituições e serviços de saúde
Stakeholders
Organização Mundial da Saúde
Missão
Impulsionar políticas, estratégias e ações, baseadas na evidência científica, na experiência dos doentes, na concepção de sistemas e de parcerias fortes, para eliminar todas as fontes de riscos e danos evitáveis para os doentes e para os profissionais de saúde
Objetivo
Conseguir reduzir o máximo possível os danos evitáveis decorrentes da prestação de cuidados de saúde inseguros, a nível mundial
Doentes e seus familiares como parceiros
Resultados através da colaboração
Dados para gerar aprendizagem
Cultura de segurança
Evidências para melhorar Políticas e Ações
Conhecimentos científicos e experiência do doente
Políticas para eliminar danos evitáveis
Sistemas de alta confiabilidade
Segurança dos processos clínicos
Envolvimento do doente e da família
Saúde, educação, competências e segurança do trabalhador
Informação, investigação e gestão de riscos
Sinergia, parceria e solidariedade
Dia Mundial da Segurança do Doente
17 de Setembro
Dimensão do problema da segurança de cuidados
Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030
Princípios Orientadores

4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança
5. Práticas seguras em ambientes seguros
O Erro Clínico
Segurança na Utilização de Fármacos
HER+
HEALTH EVENT & RISK MANAGEMENT

4. ERRO, FRACASSO, INCIDENTE?

Erro

- Incorreção;
- Desvio involuntário de padrões pré-especificados (Edmondson, 2024);
- Falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano (Moreno et al., 2020)

Podem ou não resultar em situações indesejáveis

Resultam de um evento ou erro;
Prolongam o internamento;
Aumentam a morbilidade;
Colocam em risco a vida;
Condicionam o aumento da mortalidade;

Categorias:
- Diagnóstico;
- **Circuito de medicação**;
- Dispositivos médicos;
- Equipamentos;
- Procedimentos críticos;

Identificação → Notificação → Análise

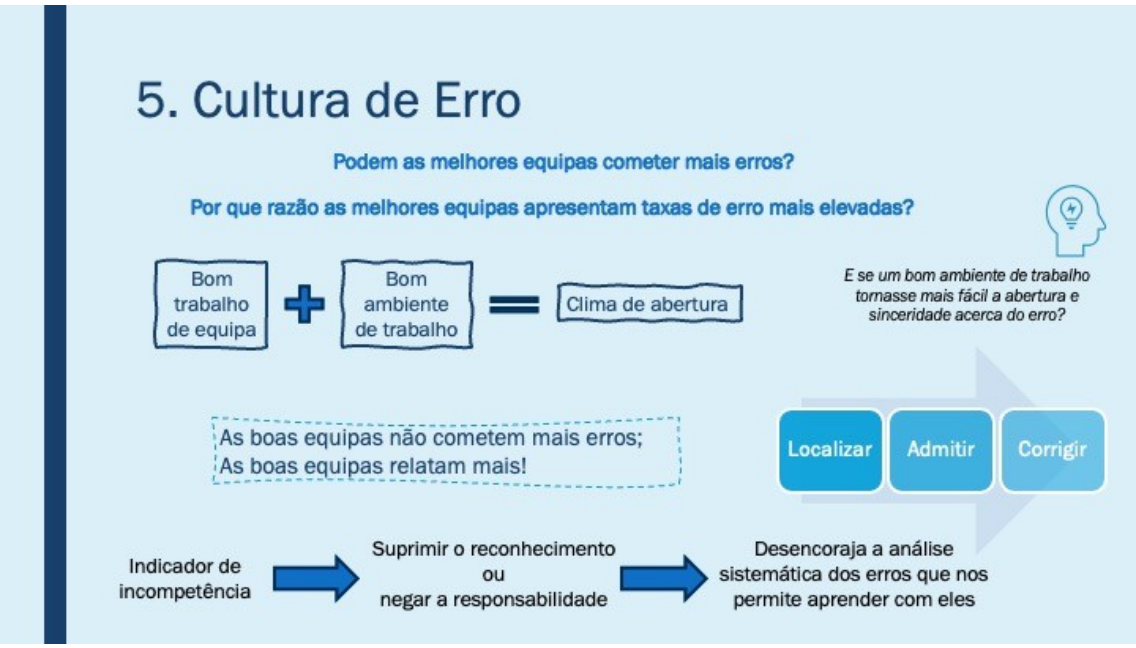
Fracasso

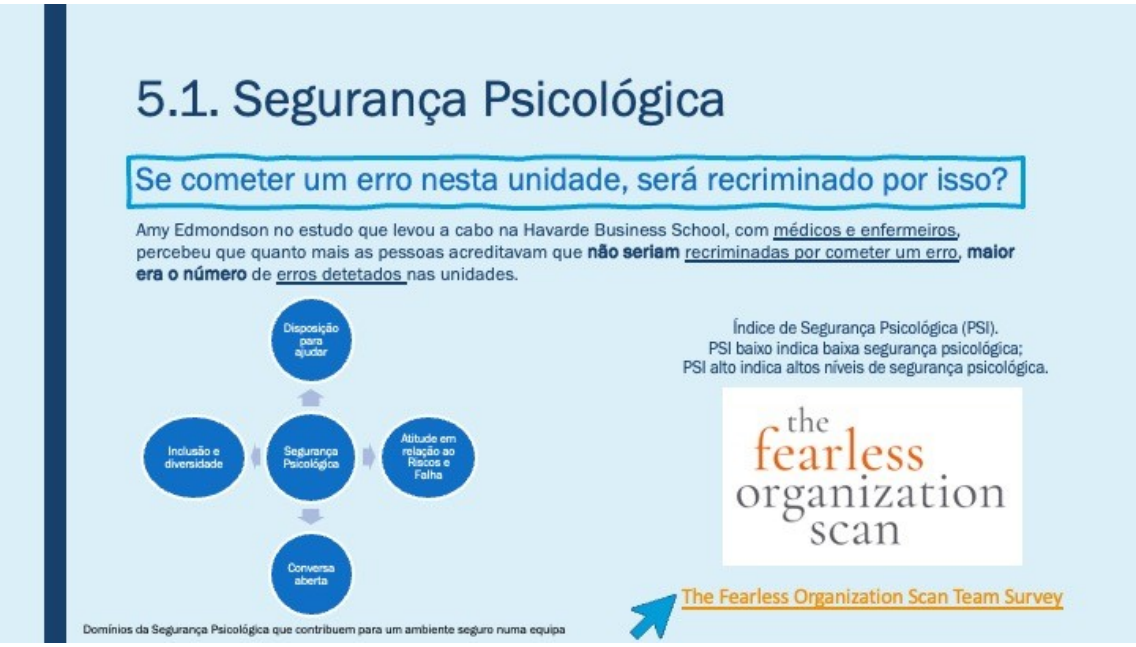
- Desfecho que se desvia do resultado desejado;
- Ausência de êxito

Incidente (de segurança)

- Evento que resultou ou poderia resultar em dano desnecessário para o doente;
- EVENTO ADVERSO – incidente que resulta em dano para o doente;

  - Podem ou não resultar de erros;
  - O grau de inevitabilidade é variável;


5. Cultura de Erro
Podem as melhores equipas cometer mais erros?
Por que razão as melhores equipas apresentam taxas de erro mais elevadas?
Bom trabalho de equipa
Bom ambiente de trabalho
Clima de abertura
E se um bom ambiente de trabalho tornasse mais fácil a abertura e sinceridade acerca do erro?
As boas equipas não cometem mais erros;
As boas equipas relatam mais!
Localizar
Admitir
Corrigir
Indicador de incompetência
Suprimir o reconhecimento ou negar a responsabilidade
Desencoraja a análise sistemática dos erros que nos permite aprender com eles


5.1. Segurança Psicológica
Se cometer um erro nesta unidade, será recriminado por isso?
Amy Edmondson no estudo que levou a cabo na Havarde Business School, com médicos e enfermeiros, percebeu que quanto mais as pessoas acreditavam que não seriam recriminadas por cometer um erro, maior era o número de erros detetados nas unidades.
Disposição para ajudar
Inclusão e diversidade
Segurança Psicológica
Atitude em relação ao Riscos e Falha
Conversa aberta
Domínios da Segurança Psicológica que contribuem para um ambiente seguro numa equipa
Índice de Segurança Psicológica (PSI).
PSI baixo indica baixa segurança psicológica;
PSI alto indica altos níveis de segurança psicológica.
the fearless organization scan
The Fearless Organization Scan Team Survey

Segurança Psicológica

- As equipas e organizações com uma segurança psicológica mais elevada têm melhor desempenho, menor exaustão e, na saúde, uma taxa de mortalidade dos doentes mais baixa (Edmondson, 2024).

Mas porquê?

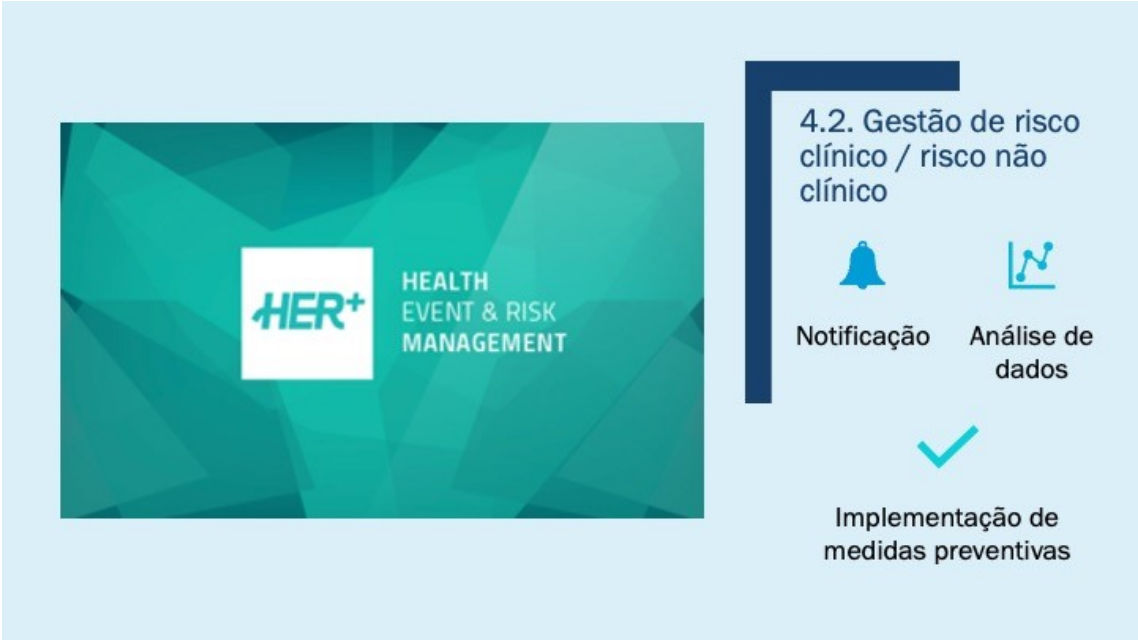
- A segurança psicológica ajuda a correr os riscos interpessoais necessários para alcançar a excelência em contextos de rápida mudança e com grande interdependência.

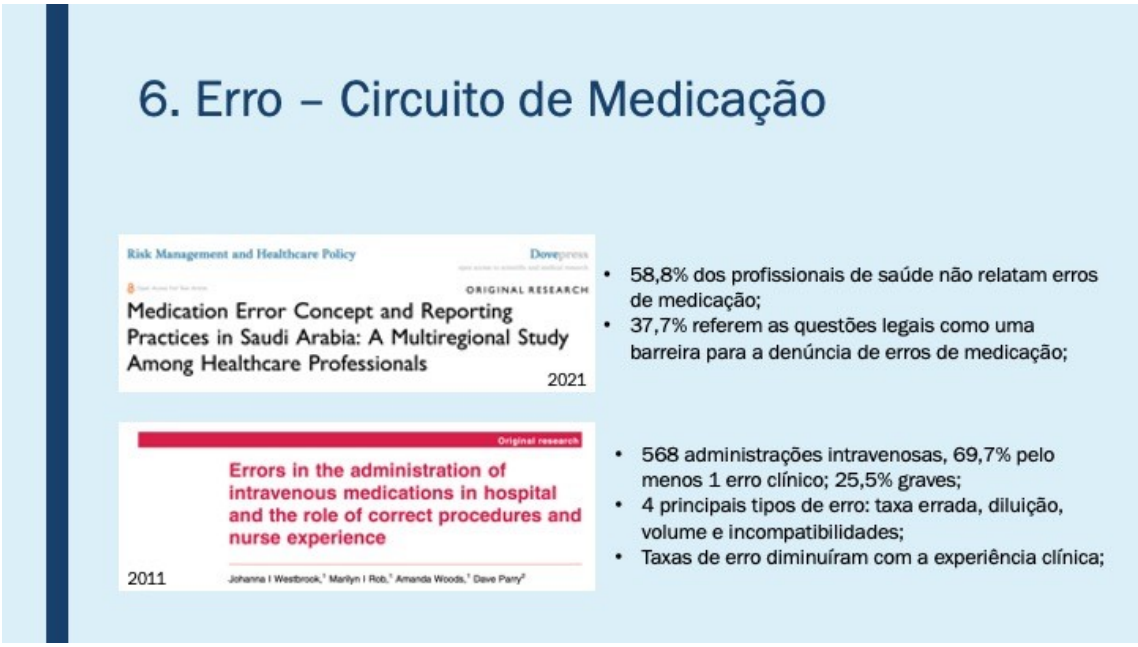
Em exemplo: Sistema "Andon" - Toyota

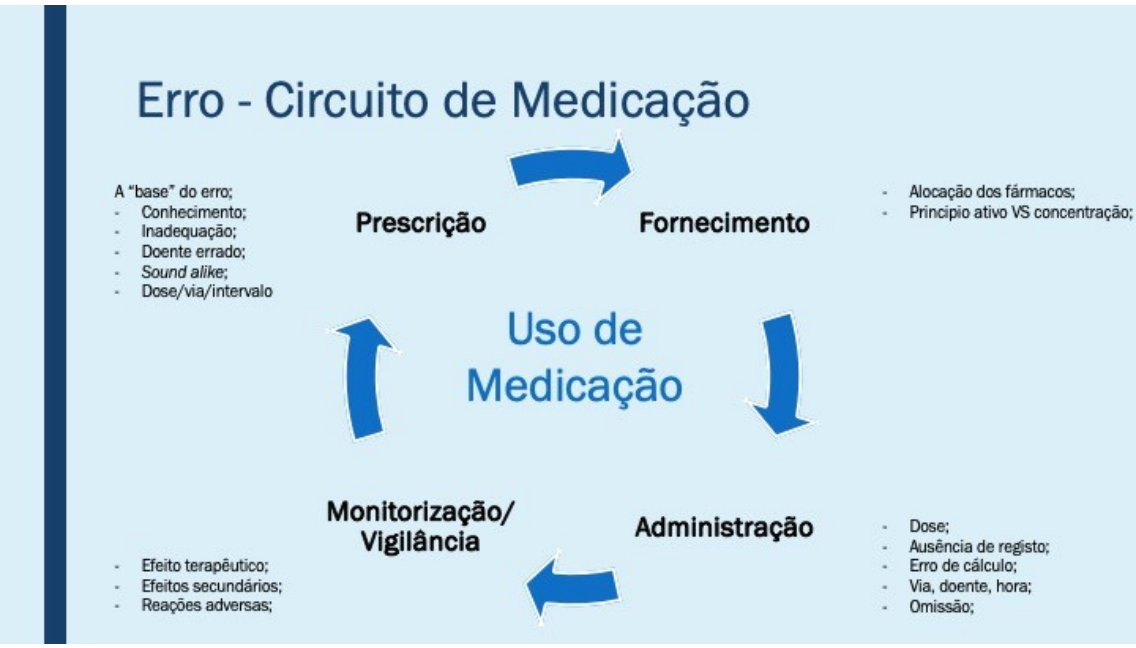
Sakichi Toyoda – jikoda (automatização com toque humano)
Cordão Andon

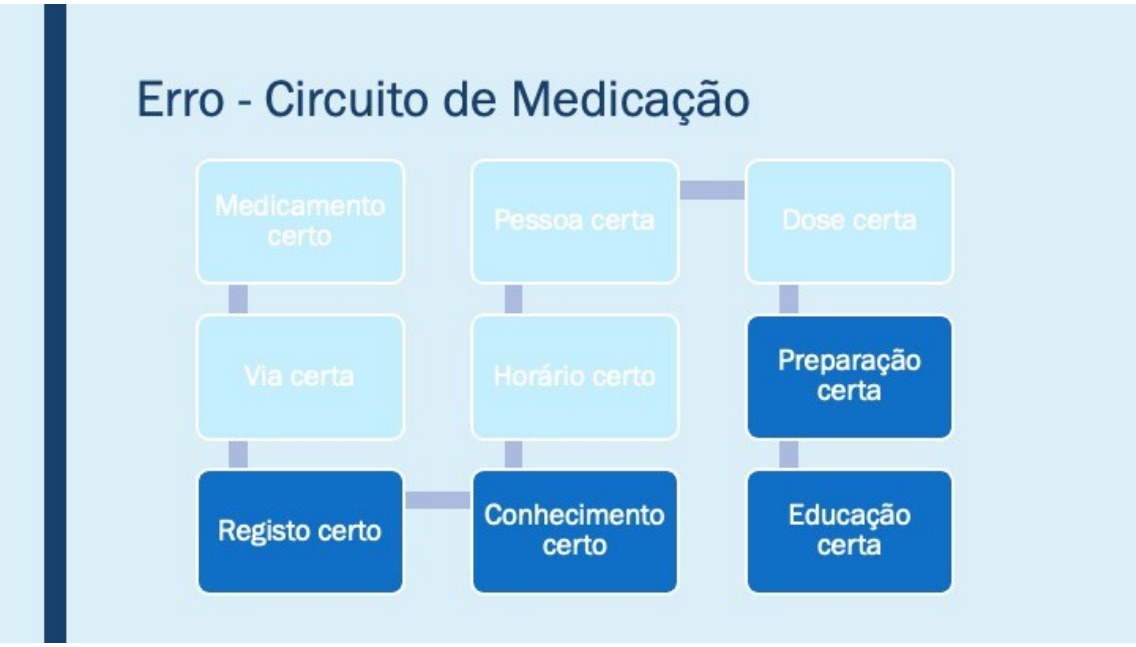
- Quando um membro da equipa deteta um problema ou um indicio de que poderá haver um problema, emite um sinal para evitar que o mesmo se multiplique;
- Dispositivo de controlo de qualidade para evitar defeitos com base na gestão do erro em duas vertentes essenciais: 1) detetar pequenos erros antes que se transforme em fracassos substanciais; 2) relatar sem censura, desempenhando um papel vital para garantir a segurança em ambientes de elevado risco.
- Sabedoria de liderança "Queremos ouvir-vos";
- Relato sem culpas, a denuncia não é penalizada.

(Edmondson, 2024)


HER+
HEALTH
EVENT & RISK
MANAGEMENT
4.2. Gestão de risco clínico / risco não clínico
Notificação
Análise de dados
Implementação de medidas preventivas


6. Erro – Circuito de Medicação
Risk Management and Healthcare Policy
Dovepress
ORIGINAL RESEARCH
Medication Error Concept and Reporting Practices in Saudi Arabia: A Multiregional Study Among Healthcare Professionals
2021
• 58,8% dos profissionais de saúde não relatam erros de medicação;
• 37,7% referem as questões legais como uma barreira para a denúncia de erros de medicação;
Original research
Errors in the administration of intravenous medications in hospital and the role of correct procedures and nurse experience
2011
Johanna I Westbrook, Marilyn I Rob, Amanda Woods, Dave Parry
• 568 administrações intravenosas, 69,7% pelo menos 1 erro clínico; 25,5% graves;
• 4 principais tipos de erro: taxa errada, diluição, volume e incompatibilidades;
• Taxas de erro diminuíram com a experiência clínica;


Erro - Circuito de Medicação
A "base" do erro;
- Conhecimento;
- Inadequação;
- Doente errado;
- Sound alike;
- Dose/via/intervalo
Prescrição
Fornecimento
- Alocação dos fármacos;
- Principio ativo VS concentração;
Uso de Medicação
Monitorização/ Vigilância
Administração
- Efeito terapêutico;
- Efeitos secundários;
- Reações adversas;
- Dose;
- Ausência de registo;
- Erro de cálculo;
- Via, doente, hora;
- Omissão;


Erro - Circuito de Medicação
Medicamento certo
Pessoa certa
Dose certa
Via certa
Horário certo
Preparação certa
Registo certo
Conhecimento certo
Educação certa

7. Segurança na Utilização de Fármacos:
7.1. PREPARAÇÃO

Falhas dos profissionais no cumprimento de procedimentos de prevenção de infeção na preparação de fármacos endovenosos, como a higiene das mãos, a não desinfeção das membranas de borracha, o recurso a soluções de preparação de fármacos já abertas

Identificação

- ✓ Utilizar material estéril na preparação de fármacos;
- ✓ Realizar desinfeção da membrana de borracha dos frascos dos fármacos e soluções de preparação/diluição;
- ✓ Não utilizar a mesma agulha em fármacos diferentes;
- ✓ A sequencia de preparação deve ser iniciada com a aspiração da solução de preparação seguida do fármaco e nunca o contrário de forma a não existir contaminação;
- ✓ Após colocar um spike numa solução de preparação de fármacos, esta só deve ser utilizada por um período de 2h e com a tampa sempre encerrada;
- ✓ Preferencialmente utilizar unidoses para o efeito;

7. Segurança na Utilização de Fármacos:
7.2. ADMINISTRAÇÃO

Um dos principais problemas na administração de fármacos reside na via, isto é, infeções relacionadas com o cateter são comuns, complexas e multifatoriais;

Fontes de contaminação: mãos dos profissionais, microflora da pele do doente; ponta do cateter contaminada durante a inserção, colonização das conexões, fluidos contaminados e via hematogénea (INSRJ, 2006, cit por RAMOS, 2012).

- ✓ Lavagem e desinfeção das mãos frequentes: 5 momentos;
- ✓ Desinfeção adequada da pele previamente à venopunção;
- ✓ Desinfeção do obturador previamente à administração de fármacos;
- ✓ Realização de flushing de manutenção com 5ml de SF em CVP (volume equivalente a 2x o lúmen do cateter) ou pelo menos 10ml em CVC com técnica pulsátil (push-pause);
- ✓ Este flushing pode ser superior se administração de soluções lipídicas ou hemoderivados;
- ✓ Os sistemas de soro apenas devem ser utilizados num único fármaco, devendo ser substituídos a cada bólus;

8. Contributos de Melhoria para o SU

INSTRUÇÃO DE TRABALHO - Enfermeiros

INSTRUÇÃO DE TRABALHO - TAS

Referências Bibliográficas

- (OMS), O. M. (2023). *WHO. Global Patient Safety Action Plan 2021-2023.* Geneva: World Health Organization.
- Ana Carolina Nunes de Almeida, M. H. (2022). EFICÁCIA DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES NO CATETER VENOSO PERIFÉRICO. *Revista Cogitare Enfermagem, 27.*Disponível em: https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87276
- Edmondson, A. (2024). *O Tipo Certo de Erro - A ciência de falhar bem* (1ª edição ed.). (P. Vidal, Trans.) Lisboa: Temas e Debates.
- Johanna I. Westbrook, M. I. (2011). Errors in the administration of intravenous medication in hospital and the role of correct procedures and nurse experience. *BMJ Qual Saf., 20 (12)*, 1027-1034. Disponível em: 10.1136/bmjqs-2011-000089
- Ramos, S. M. (2012). *Prevenção e Controlo da Infeção na Preparação e Administração de Medicamentos Endovenosos.* Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: Dissertação para obtenção do grau de mestre em Infeção em Cuidadoa de Saúde.
- Saúde, D.-G. d. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.* Lisboa: Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde.
- Santos, J. L., Menegon, F. H., Freitas, E. d., Costa, D. G., & Gasparino, R. C. (2023). Os ambientes de prática profissional de enfermagem e a qualidade em saúde. In O. Ribeiro, *Ambientes de prática de enfermagem positivos - um roteiro para a qualidade e segurança* (pp. 2-12). Lisboa: Lidel.

OBRIGADA

APÊNDICE VI: Plano de Formação – Prevenção e Controlo de Infeção em Cuidados Intermédios

CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PORTO

Joana Machado

PLANO DE FORMAÇÃO

Prevenção e Controlo de Infeção em Cuidados Intermédios: Da utopia à realidade

Tema – Prevenção e Controlo de Infeção em Cuidados Intermédios

Data – de 26 de Novembro de 2024 a 19 de Dezembro de 2024

Local – Sala de passagem de turno

Formador – Joana Machado

Grupo – Enfermeiros Unidade Médica Intermédia

Tempo previsto – 10/15 min por sessão, após passagem de turno

Objetivos da sessão

1. Dotar a equipa de enfermagem da UMI de conhecimento sobre prevenção e controlo de infeção associado ao cateter urinário e cateter venoso central;
2. Contribuir para o processo de melhoria contínua da qualidade na UMI;

Objetivos pedagógicos – gerais e específicos

1. Compreender os principais conceitos;
   1.1. Clarificar o significado de *bundle*/feixe de intervenção;
   1.2. Identificar estratégias de melhoria da qualidade;
   1.3. Identificar orientações da DGS acerca da prevenção e controlo de infeção;
2. Apresentar as normas da DGS relativas aos diferentes feixes de intervenções;
   2.1. Definir feixe de intervenções;

Joana Machado

2.2. Conhecer as normas da DGS: "Feixe de Intervenções" para prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical, para a prevenção da pneumonia associada à intubação, para prevenção de infeção relacionada com o cateter vascular central; para prevenção da infeção do local cirúrgico;

2.3. Aprofundar conhecimentos sobre prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical e para prevenção de infeção relacionada com o cateter vascular central;

3. Apresentar dos principais resultados do questionário aplicado de forma anónima à equipa de enfermagem, previamente à formação;

4. Apresentar resultados preliminares das auditorias realizadas;

4.1. Clarificação dos parâmetros monitorizados em auditorias de cateter venoso central (que durante este período não foram realizadas);

4.2. Apresentação esquemática correlacional do resumo de dados relativos ao CV previamente e após o inicio dos momentos formativos.

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recurso	Avaliação
Introdução	5 min (repetido conforme necessidade em diferentes dias)	• Sumário e apresentação de objetivos;	Expositiva	Computador; Mesa; Cadeiras	Não aplicável
Desenvolvimento	40 min (dividido por diferentes dias)	• Feixes de intervenção; • Normas DGS; • "Feixe de Intervenções" para a	Expositiva; interrogativa;	Computador; Mesa; Cadeiras; Fixadores de CV	Não aplicável

Joana Machado

		Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical; • "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central;			
Conclusão	30 min (dividido por diferentes dias)	• Dados do questionário; • Auditorias; • Dados preliminares correlacionais; • Discussão/questões;	Expositiva; interrogativa;	Computador; Mesa; Cadeiras	Não aplicável

APÊNDICE VII: Questionário de Avaliação Inicial sobre Prevenção e Controlo de Infeção - cateter vesical e cateter vascular central

Prevenção e Controlo de Infeção

Este questionário pretende fazer uma colheita de dados, com o intuito de realizar um diagnóstico de situação acerca da implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção em dois feixes de intervenção da DGS: prevenção de infeção urinária associada a catéter vesical e prevenção da infeção associada ao catéter vascular central.

* Obrigatória

1. Sexo *

- ◯ *Feminino*
- ◯ *Masculino*

2. Idade *

- ◯ < 25 anos
- ◯ 26 - 35
- ◯ 36 - 45
- ◯ 46 - 55
- ◯ > 56

3. Categoria Profissional *

- ◯ Enfermeiro
- ◯ Enfermeiro Especialista

4. Tempo de Exercício Profissional (em anos) *

- ◯ <1
- ◯ 1 - 5
- ◯ 6 - 10
- ◯ > 10

5. Formação da área da prevenção e controlo de infeção *

- ◯ Sim
- ◯ Não

6. Avalia diariamente a necessidade de manter o CVC?

- ◯ Sim
- ◯ Não

7. Documenta diariamente em processo clínico a necessidade de manter o CVC? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

8. Utiliza técnica asséptica na manipulação do CVC? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

9. Utiliza técnica asséptica na realização do penso do CVC? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

10. Que motivos o levam a realizar o penso do CVC? *

Selecione a/as opções corretas

- [ ] Descolado da pele
- [ ] Visivelmente sujo
- [ ] Em penso com compressas, a cada 48h
- [ ] Em penso transparente, a cada 7 dias
- [ ] Se sinais inflamatórios no local de inserção
- [ ] Diariamente após cuidados de higiene
- [ ] Por indicação médica

11. Qual a solução que utiliza para descontaminar os pontos de acesso do CVC *

Selecione a/as opções corretas

- [ ] Clorexidina a 2% em álcool
- [ ] Álcool a 70%
- [ ] Álcool isopropílico
- [ ] Soro Fisiológico
- [ ] Nenhuma solução

12. Avalia diariamente a necessidade de manter um catéter vesical? *

- ( ) Sim
- ( ) Não

13. Documenta diariamente em processo clínico a necessidade de manter um catéter vesical? *

- ( ) Sim
- ( ) Não

14. Utiliza técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e conexão ao sistema de drenagem? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

15. Quando um sistema de drenagem se desconecta, acidentalmente, do catéter vesical, que ação realiza? *

- ◯ Conectar novamente o sistema
- ◯ Descontaminar a conexão e conectar novamente
- ◯ Trocar catéter urinário e sistema de drenagem com técnica asséptica

16. É efetuada drenagem do saco coletor de urina quando este atinge 2/3 da sua capacidade, em recipiente individual e mantendo o circuito fechado, em todos os doentes? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

17. É efetuada a higiene do meato urinário com água e sabão diariamente? *

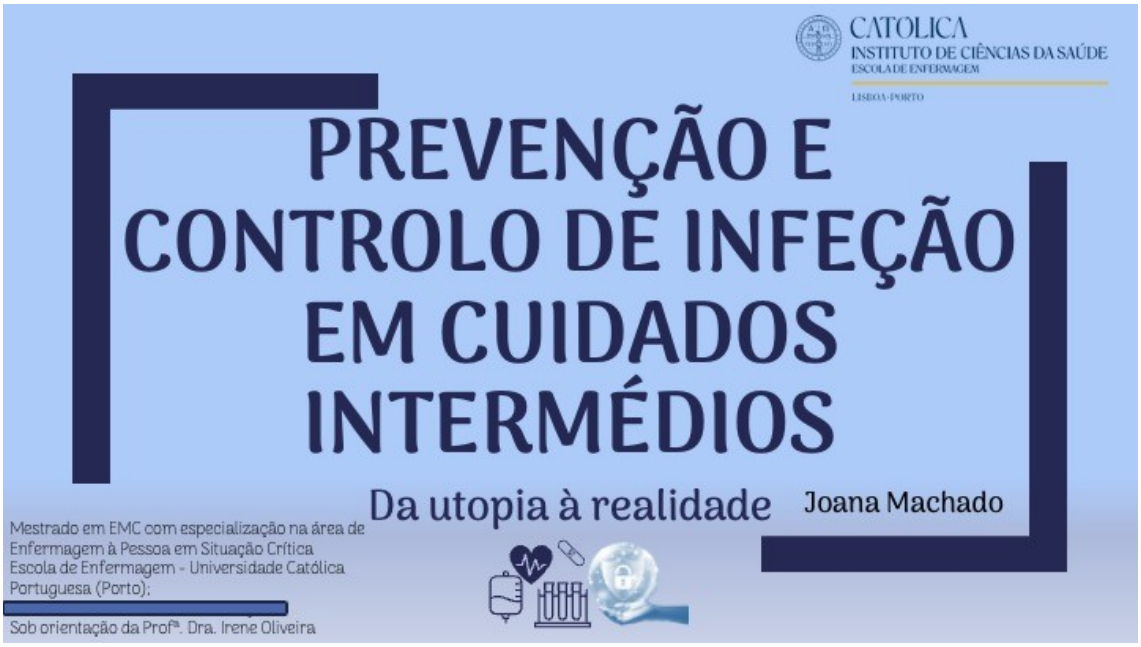
- ◯ Sim
- ◯ Não

18. Utiliza fixador de catéter vesical em todos os doentes? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

19. Se não, porquê? *

APÊNDICE VIII: Apresentação da Ação de Formação - Prevenção e Controlo de Infeção em Cuidados Intermédios


CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO
PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO EM CUIDADOS INTERMÉDIOS
Da utopia à realidade
Joana Machado
Mestrado em EMC com especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica Escola de Enfermagem - Universidade Católica Portuguesa (Porto);
Sob orientação da Profª. Dra. Irene Oliveira

Bundle – Feixe de intervenção
Intervenção
Intervenção
Intervenção
Intervenção
Intervenção
Melhores resultados;
Maior impacto;
Intervenção
Intervenção
Intervenção
Intervenção
TUDO-OU-NADA
Cuidados baseados em Feixes de Intervenções
Evidência cientifica
Pelo menos uma revisão sistemática de múltiplos ensaios controlados aleatorizados ou um ensiao controlado aleatorizado
DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde
Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

Categoria IA	Fortemente recomendada para implementação e bem suportada por estudos epidemiológicos, clínicos e ou experimentais bem conduzidos.
Categoria IB	Fortemente recomendada para implementação e suportada por alguns estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e forte fundamentação teórica.
Categoria IC	Exigida/Recomendada a sua implementação por regulamentação estatal ou por entidades internacionais, por leis, normas ou regulamentos.
Categoria II	A implementação é sugerida e suportada por estudos clínicos ou epidemiológicos sugestivos, ou por fundamentação teórica ou por consenso de peritos.
Questão Não Resolvida	Não está disponível nenhuma recomendação, ou não existe consenso ou evidência suficiente em relação à sua eficácia.

Tabela de evidência

Sistema de categorização das recomendações dos Centers for Diseases Control and Prevention (CDC)/Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) adotado pela OMS e anexado às normas da DGS

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 021/2015 de 16/12/2015 Atualizada a 17/11/2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Pneumonia associada à Intubação

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

Onde estamos?

Para onde vamos?

1. Evitar o cateterismo vesical (Categoria IB) [1–17] e documentar no processo clínico, a indicação apropriada para a utilização de cateter vesical (Categoria II) [1,2,10–14]	1. Realizar cateterismo vesical, apenas se houver uma indicação apropriada (Categoria IB) [1–17]; 2. Considerar alternativas à inserção do cateter vesical e documentar a alternativa (cateterização intermitente, cateter urinário externo no homem, cateterização única para colheita de urina assética, entre outros) (Categoria II) [1,11,17,37,38]; 3. Utilizar ecógrafo automático portátil por enfermeiros e enfermeiros especialistas para medir o volume da urina na bexiga, em doentes internados com sintomas de dificuldade ou disfunção miccional, substituindo o cateterismo vesical como método de avaliação de retenção urinária (Categoria II) [1,3,11–13,17,23,24,31,37,42–44]; 4. Não realizar por rotina cateterização vesical no doente submetido a intervenção cirúrgica; quando necessária removendo preferencialmente até às 24h (Categoria IB) [3,13,17,38]. Iniciar primeira reavaliação do grau de consciência do doente, no momento de transferência para a unidade de cuidados pós-anestésicos/unidade funcional. 5. Documentar o motivo clínico da inserção, se possível em áreas passíveis de produzir indicadores (Categoria II) [3,13,17,38].
2. Cumprir a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem (Categoria IB) [1,2,4,10,11,14–18,19,20]	1. Assegurar que a inserção de cateter vesical com técnica assética é realizada por médicos ou enfermeiros com formação e treino (Categoria IB) [1,3,11,13,17,23,24,30,31,37,42,44-46]; 2. Garantir que haja uma seleção adequada de cateteres vesicais selecionando o cateter apropriado (menor calibre possível, comprimento adequado, tipo de cateter) (Categoria II) [1,3,10–13,17,18,23,24,37,47,48]; 3. Utilizar técnica assética e material esterilizado para a inserção de cateter vesical. Aplicar solução estéril para higiene do meato urinário e lubrificante estéril de uso individualizado (Categoria 1B) [1,3,9,11,13,17–19,19,22–24,31,37,38,43,47,47-50]. A utilização de *Kits* de cateterismo vesical pré-preparados promove a uniformização de procedimentos (Questão não resolvida) [23,24,42]; 4. Realizar higiene das mãos antes e após a inserção do cateter vesical. (Categoria IB) [1,3,9,11,13,17–19,19,22–24,31,37,38,43,47-50]; 5. Conectar o cateter vesical ao saco de drenagem imediatamente após a inserção, de forma a assegurar sistema de drenagem fechado (Categoria 1A) [1,3,11,13,14,17,22–24,31,38,42,48,49]. O cateter vesical pode ser conectado ao saco de drenagem antes da inserção (Categoria II) [1,17,21,38]; 6. Documentar calibre, tipo de cateter vesical e data de inserção (Categoria II) [1,3,11,13,17,23,24,31,43,46].
	7. Considerar em ambiente extra-hospital de agudos, com registo no processo clínico, a técnica limpa (ou seja, não estéril) para cateterização intermitente, sendo uma alternativa aceitável e mais prática à técnica estéril para doentes que requerem cateterismo intermitente crónico (Categoria IA) [1,3,11,13,14,17,23,24,31,37,42,44,48,50].

3. Cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado (Categoria IB) [1–4,10–17,21,22]	1. Realizar higiene das mãos antes e após o manuseamento do cateter vesical e sistema de drenagem (Categoria IB) [1,3,11,13,17,23,24,31,38]; 2. Adotar as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI), como o uso de luvas e avental, durante o manuseamento do cateter e sistema de drenagem (Categoria IB) [1,3,17]; 3. Drenar a urina do saco coletor sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade, para recipiente individual, evitando tocar com a válvula de despejo nas paredes do recipiente, mantendo o cateter vesical conectado ao sistema de drenagem (circuito fechado) (Categoria IB) [1,3,11,13,14,17,21–24,31,38,48,49]; 4. Efetuar colheita de urina para exame microbiológico pelo local próprio do sistema de denagem, mantendo o circuito fechado (Categoria IB) [1,11,13,23,24,38,42,49].
4. Realizar a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde (Categoria IB) [1–4,10–14,16,17,23,24], com ação de educação para a saúde dirigida ao doente e cuidador (es) sobre cuidados de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical (Categoria IB) [8,12,25,51]	1. Efetuar a higiene do meato urinário com água e sabão durante o banho diário e sempre que necessário (Categoria IB) [1,3,11,13,17,24,42]; 2. Realizar higiene das mãos antes e após a higiene do meato urinário (Categoria IB) [1,3,11,13,17,23,24,31,38]; 3. Efetuar educação ao doente e cuidadores na preparação da alta hospitalar, sobre os cuidados na manutenção do cateter vesical (Categoria IB) [8,12,25,51]: a) Divulgar folhetos ou outros materiais informativos; b) realizar reuniões de sensibilização entre cuidadores e profissionais de saúde; realizar sessões de treino com o doente e cuidadores no local de prestação de cuidados; c) treinar o doente e cuidadores para a técnica limpa de cateterização intermitente nos cuidados domiciliários, se necessidade de cateterização intermitente, documentar no processo clínico as ações de educação.
5. Manter cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade (Categoria IB) [1,3,4,10,11,13–17]	1. Fixar o cateter vesical de modo seguro e que não permite tração ou deslocação (Categoria IB) [1,15,17]. No homem, fixar o cateter no abdómen e na mulher na coxa, para prevenir os movimentos do cateter e pontos de fricção na uretra, assegurando uma boa drenagem (Categoria II) [1]; 2. Manter o fluxo contínuo de urina e sistema de drenagem desobstruído (Categoria IB) [1,11,13,23,24]; 3. Manter saco coletor abaixo do nível da bexiga. Não colocar o saco coletor no chão (Categoria IB) [3, 11,13,17, 23,24,38]; 4. Esvaziar o saco coletor sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade, para recipiente individual, evitando tocar com a válvula de despejo nas paredes do recipiente, mantendo o cateter vesical conectado ao sistema de drenagem (circuito fechado) (Categoria IB) [1,3,11,13,17,23,24,31,42]; 5. Considerar as necessidades individuais do doente em ambulatório, preferências pessoais e mobilidade, na seleção da tipologia de saco coletor e na suspensão/posição do mesmo (Categoria II) [1,42].

6. Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de manter o cateter (Categoria IB) [1,3, 4,10,11,13-17,26,27]	1. Utilizar lembretes ou outros alertas, para que os profissionais de saúde documentem diariamente no processo clínico, com caráter obrigatório, a razão para a permanência do cateter vesical (Categoria IB) [10,27,31,52]; 2. Desenvolvimento de protocolos de remoção do cateter vesical liderados pela equipa de enfermagem (Categoria IB) [18,26,49]; 3. Implementar a suspensão automática da prescrição, às 48-72 horas após a inserção, com continuação do uso do cateter somente quando a indicação for documentada numa nova prescrição (Categoria IB) [3,17,18,26,27,42,50];

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

Qual o caminho?

1. Evitar o cateterismo vesical e documentar no processo clínico a indicação apropriada para a utilização de cateter vesical.

Há indicação?

Posso utilizar alternativas?

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

2. Cumprir a técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem.

a) Selecionar cateter de menor calibre; tipo adequado de cateter;
b) Solução estéril para higiene do meato e lubrificante estéril de uso único;
c) Utilização de kits pré preparados?
d) Higiene das mãos antes e depois do procedimento;
e) Assegurar sistema de drenagem fechado: conectar imediatamente após a inserção (cat. 1 A) ou antes da inserção (cat. III);

Documentar!

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

3. Cumprir a técnica limpa no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado

a) Higiene das mãos antes e depois do manuseamento do CV e sistema de drenagem;
b) PBCI durante manuseamento;
c) Drenar urina sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade, para recipiente individual, evitando tocar com a válvula de despejo nas paredes do recipiente, mantendo circuito fechado;
d) Efetuar colheita de urina pelo local próprio do sistema de drenagem mantendo o circuito fechado;

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

4. Realizar a higiene diária do meato urinário

a) Higiene do meato efetuada com água e sabão durante o banho diário e sempre que necessário;
b) Higiene das mão antes e após procedimento;
c) Efetuar educação ao doente e cuidadores;

Higiene da sonda vesical:
Movimentos circulares, do meato para a conexão ao saco coletor

NORMA DGS

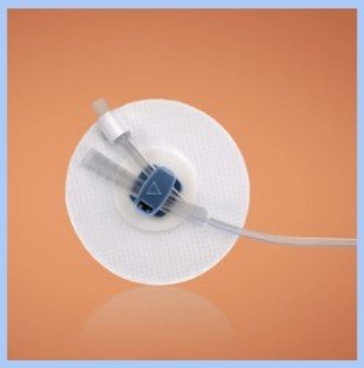
NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

5. Manter CV seguro com o saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziar sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade

a) Fixar de modo seguro e que não permita tração ou deslocação;
HOMEM: fossa ilíaca
MULHER: face interna da coxa
b) Manter fluxo contínuo de urina e sistema de drenagem desobstruído;
c) Manter saco coletor abaixo do nível da bexiga. Não colocar são coletor no chão;
d) Esvaziar o saco coletor sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade;

Higiene da sonda vesical:
Movimentos circulares, do meato para a conexão ao saco coletor



Fixação do cateter urinário

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 019/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022

"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

6. Avaliar diariamente a possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar no processo clínico as razões para a necessidade de o manter;

a) Utilizar lembretes ou outros alertas para que os profissionais de saúde documentem diariamente no processo clínico;
b) Desenvolvimento de protocolos de remoção do CV;
c) Implementar a suspensão automática da prescrição às 48-72 horas após inserção com continuação do uso somente quando a indicação é documentada numa nova prescrição;

Cateterização Vesical

- Técnica assética;
- Cateter de menor calibre;
- Solução estéril para higiene do meato;
- Conexão do cateter ao saco de drenagem;

NORMA DGS

NORMA CLÍNICA: 022/2015 atualizada 29 de agosto de 2022

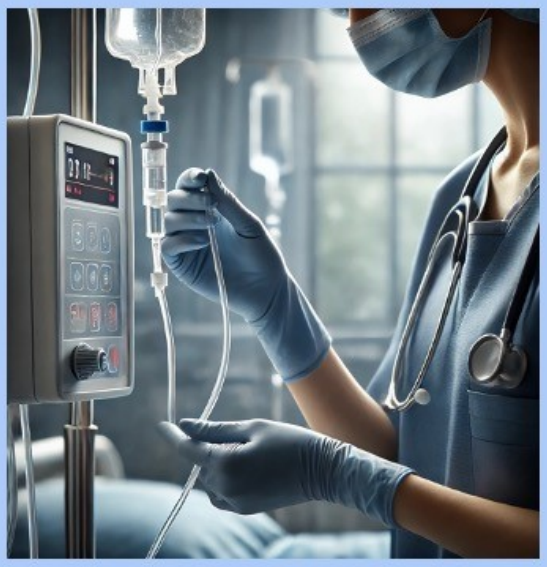
"Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central

Onde estamos?

Para onde vamos?

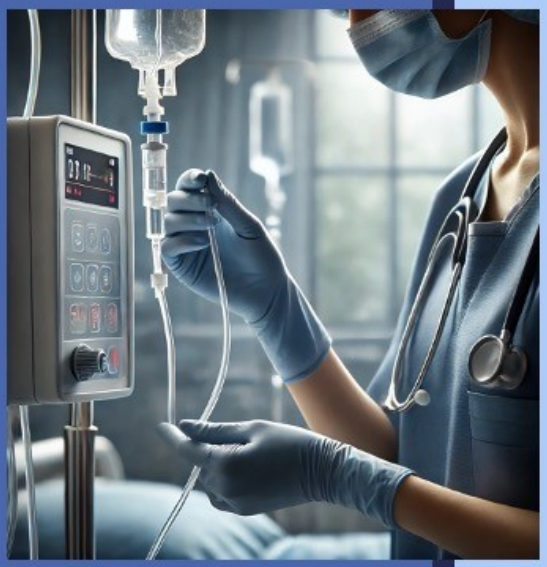
Técnica assética na manipulação	20. Usar técnica assética antes de qualquer conexão, infusão ou aspiração (Categoria IB) [43,47-49]; 21. Descontaminar os pontos de acesso do CVC, que pode incluir face externa do(s) lúmen, conexões diretas do cateter, torneiras com tampas e conectores de infusão (Categoria IB) [43,47-49]; a) Descontaminar com material de uso único e estéril, com clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, por fricção durante 15 segundos (Categoria IA) [18,41,50,51]; e b) Deixar secar, antes de manusear ou conectar qualquer dispositivo estéril (Categoria IA) [18,41,50,51]; 22. Para além da descontaminação referida nos pontos anteriores, são consideradas medidas essenciais de prevenção da infeção relacionadas com a manutenção dos locais de acesso: a) Manter os pontos de acesso ao(s) lúmen ocluído(s) (Categoria IB) [51] e quando for necessário remover a tampa, aplicar uma tampa nova estéril - nunca reutilizar a mesma (Categoria II) [51]; b) Se forem utilizados conectores de infusão, preferir os de tecnologia com septo dividido e evitar as válvulas mecânicas, devido à possibilidade de risco acrescido de infeção (Categoria II) [42]; c) Prolongamentos, torneiras, conectores e sistemas de infusão (Categoria IA) [69] e sistemas de transdução de pressão (Categoria II) [18] devem ser substituídos com uma regularidade de 96 horas (ou de acordo com recomendação do fabricante), exceto quando visivelmente sujos ou perante suspeita de infeção; d) Substituição de tampa por outra compatível e estéril a cada utilização (Categoria II) [51]; e) Os sistemas de infusão de hemoderivados ou emulsões lipídicas (Categoria IB) [18] não devem permanecer mais de 12h e 24h, respetivamente, e no caso das infusões de propofol, 6 a 12 horas (Categoria IA) [70]; f) Limpeza e desinfeção das bombas e seringas infusoras pelo menos a cada 24 horas e após alta (Categoria II) [18]; g) Não há nenhuma recomendação relativamente ao uso de um lúmen designado para nutrição parentérica [18].

Técnica assética na realização de penso	23. Garantir local de inserção limpo e sem sangue. 24. Limpar o local de inserção com técnica assética e aplicar CHD a 2% em álcool, seguindo as normas do fabricante de CVC (Categoria IA) [8,14,18,41,43]; a) Registar data e hora do penso e documentar; b) Apoio eletrónico na implementação da intervenção diária de inspeção e atuação. 25. Mudar o penso sempre que se verifique uma das seguintes condições: a) Penso visivelmente sujo, com sangue ou descolado da pele (Categoria IB) [52-54]; b) Penso com compressa: até 48 horas após sua realização (Categoria II) ([52,53]; c) Penso transparente: 7 dias após sua realização (Categoria IB) [52,54].
Treino e Competência	26. A manipulação do CVC deve ser realizada por profissional com treino e competência (Categoria IA) [8,13-20] (realizando-se avaliação periódica de conhecimentos e de adesão às boas práticas (Categoria IA) [18,22]; a) Criação de programa educativo de integração e continuado, com avaliação de competência por medição de desempenho (Categoria II) [61]; b) Treino individualizado por simulação e *feedback* dos resultados (Categoria II) [61].



Ações para implementação e melhoria - colocação

- Nº mínimo de lumens;
- Higiene das mãos;
- Barreira máxima pelos operadores;
- Campos cirurgicos de grandes dimensões;
- Fricção da pele com CHD 2%;
- Técnica assética na colocação;
- CVC colocado em condições de emergência, ponderar substituição em 48h;
- Penso realizado com técnica assética;
- Veia jugular ou subclávia;
- Ponderar PICC ou Midline em substituição de CVC se terapeutica >6dias;



Ações para implementação e melhoria - manutenção

- Avaliar diariamente possibilidade de remoção de CVC;
- Remover de imediato se sinais inflamatórios;
- Antes da manipulação: higiene das mãos, técnica no-touch nos pontos de acesso;
- Técnica assética antes de qualquer conexão, infusão ou aspiração;
- Descontaminar pontos de acesso com clorexidina 2% em alcool ou alcool 70% com fricção circular 15 seg;
- Manter pontos de acesso ocluidos (com tampas);
- Evitar válvulas mecânicas (obturadores);
- Sistemas trocados a cada 96h;
- Hemoderivados até 12h, emulsões lipídicas até 24h, propofol 6-12h;
- Nova tampa a cada utilização;

RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO APLICADO À EQUIPA

Questionário – caracterização da amostra

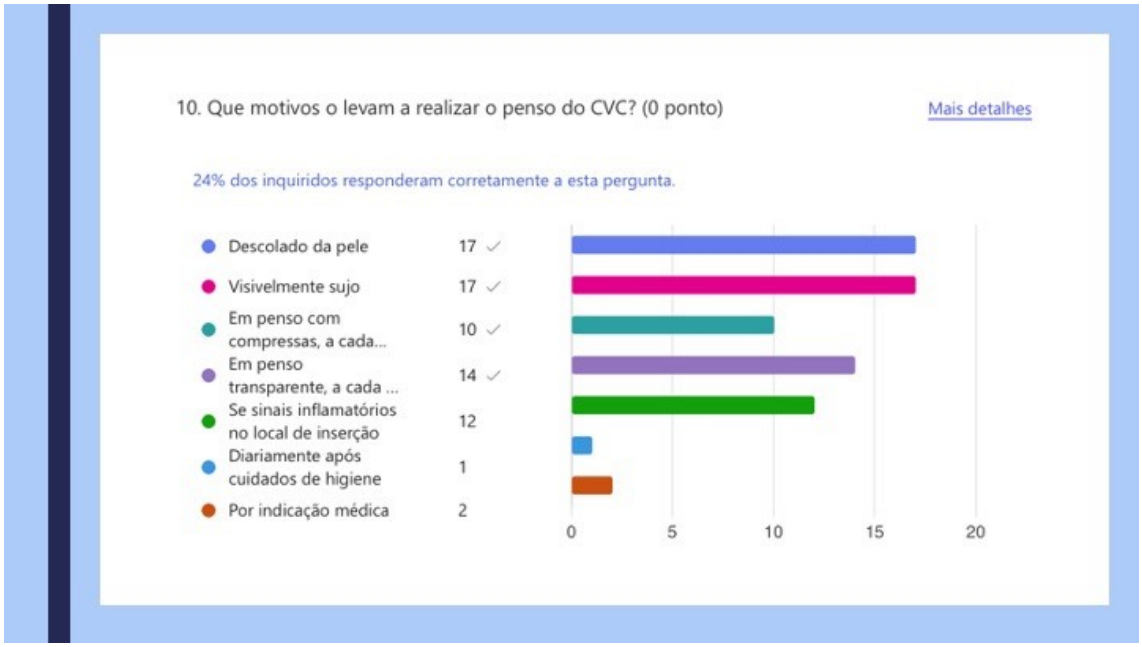
- **7** indivíduos entre 26-35 anos
- **10** indivíduos 36-45 anos
- **12** indivíduos Categoria Profissional Enfermeiro
- **5** indivíduos Categoria Profissional Enfermeiro Especialista

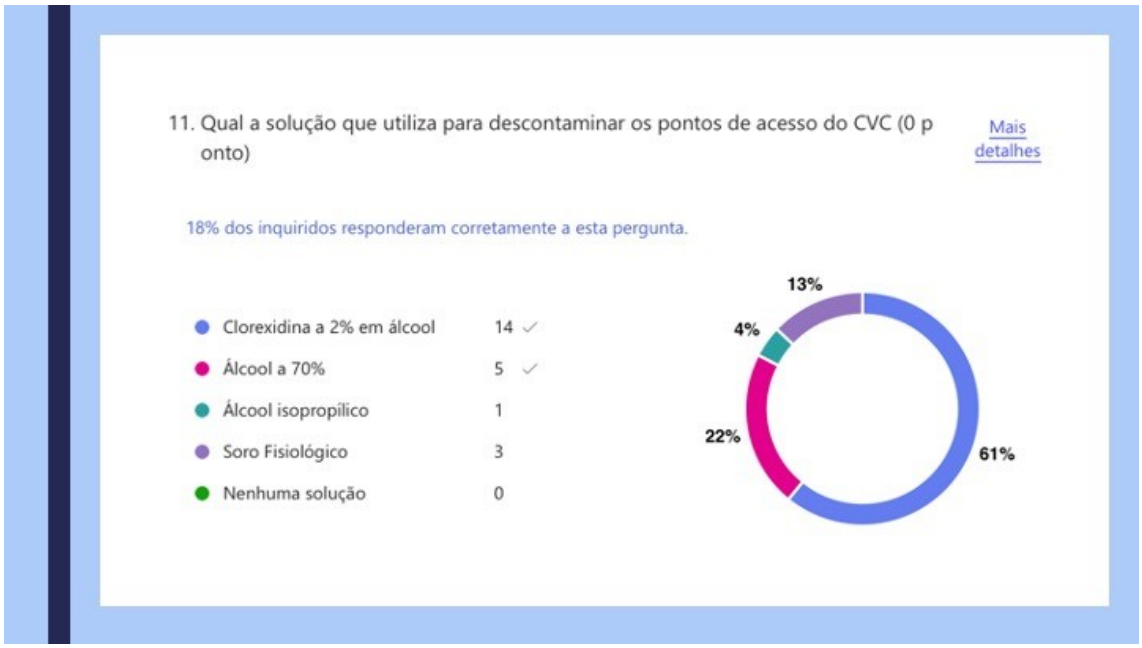
15

2

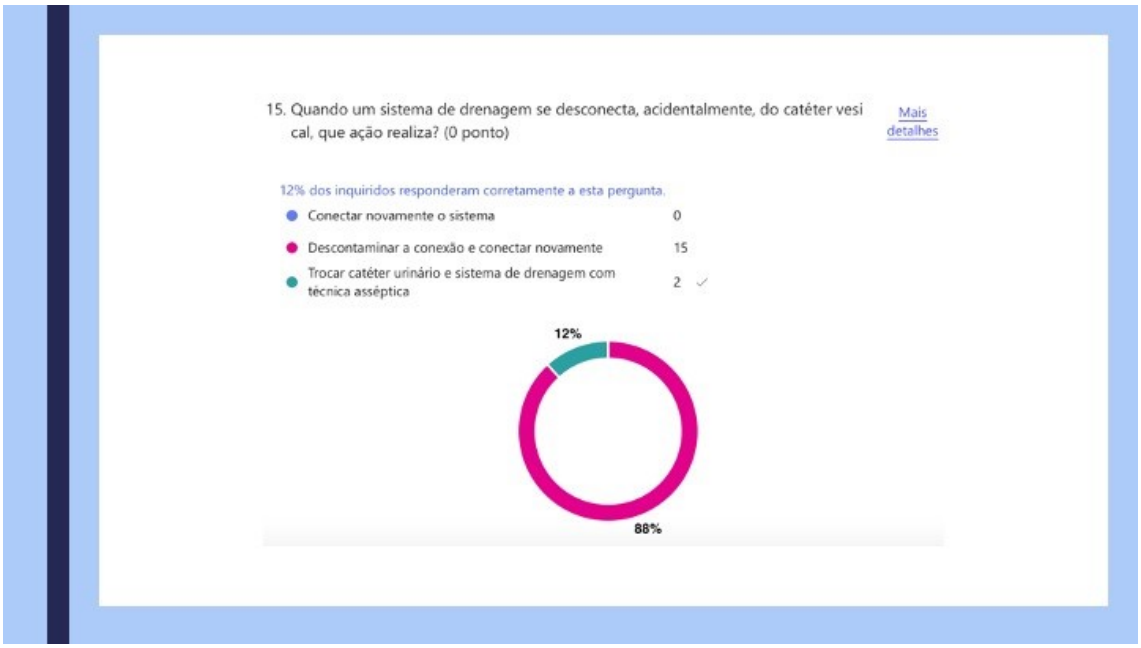
TOTAL = 17

6. Avalia diariamente a necessidade de manter o CVC? (0 ponto)
Mais detalhes
Sim 14
Não 3
18%
82%
7. Documenta diariamente em processo clínico a necessidade de manter o CVC? (0 ponto)
Mais detalhes
Sim 12
Não 5
29%
71%
8. Utiliza técnica asséptica na manipulação do CVC? (0 ponto)
Mais detalhes
Sim 14
Não 3
18%
82%
9. Utiliza técnica asséptica na realização do penso do CVC? (0 ponto)
Mais detalhes
Sim 15
Não 2
12%
88%


10. Que motivos o levam a realizar o penso do CVC? (0 ponto)
Mais detalhes
24% dos inquiridos responderam corretamente a esta pergunta.
Descolado da pele 17
Visivelmente sujo 17
Em penso com compressas, a cada... 10
Em penso transparente, a cada ... 14
Se sinais inflamatórios no local de inserção 12
Diariamente após cuidados de higiene 1
Por indicação médica 2
0
5
10
15
20


11. Qual a solução que utiliza para descontaminar os pontos de acesso do CVC (0 p onto)
Mais detalhes
18% dos inquiridos responderam corretamente a esta pergunta.
Clorexidina a 2% em álcool 14
Álcool a 70% 5
Álcool isopropílico 1
Soro Fisiológico 3
Nenhuma solução 0
13%
4%
22%
61%

12. Avalia diariamente a necessidade de manter um catéter vesical? (0 ponto)
Mais detalhes
Sim 13
Não 4
24%
76%
13. Documenta diariamente em processo clínico a necessidade de manter um catéte r vesical? (0 ponto)
Mais detalhes
Sim 15
Não 2
12%
88%
14. Utiliza técnica asséptica no procedimento de cateterismo vesical e conexão ao si stema de drenagem? (0 ponto)
Mais detalhes
Sim 15
Não 2
12%
88%


15. Quando um sistema de drenagem se desconecta, acidentalmente, do catéter vesi cal, que ação realiza? (0 ponto)
Mais detalhes
12% dos inquiridos responderam corretamente a esta pergunta.
Conectar novamente o sistema 0
Descontaminar a conexão e conectar novamente 15
Trocar catéter urinário e sistema de drenagem com técnica asséptica 2
12%
88%

16. É efetuada drenagem do saco coletor de urina quando este atinge 2/3 da sua ca pacidade, em recipiente individual e mantendo o circuito fechado, em todos os d oentes? (0 ponto)
Mais detalhes
Sim 13
Não 4
24%
76%
17. É efetuada a higiene do meato urinário com água e sabão diariamente? (0 pont o)
Mais detalhes
Sim 17
Não 0
100%
18. Utiliza fixador de catéter vesical em todos os doentes? (0 ponto)
Mais detalhes
Sim 5
Não 12
29%
71%

Se não utiliza fixador no cateter urinário, porquê?

Doentes agitados provoca UPP

Porque muitos doentes não se sentem confortáveis

Não é confortável em algumas situações, nem permite a mobilização da sonda de forma a prevenir UPs

depende do estado de consciência de cada doente

Desconhecimento da utilização do mesmo.

Falta de fixadores suficientes

Fixador disponível não adapta a determinados tipos de cateter urinário (ex: 100% silicone) e por vezes não aderem bem à pele

Risco de úlcera de pressão

Dependente do grau de agitação do doente

AUDITORIAS

Colocação do cateter vascular central (CVC)

Instrumento de Auditoria Clínica interna				
Norma "Feixe de Intervenções" de Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central"				
Unidade de Saúde:				
Serviço/Unidade Funcional:				
Data: __/__/_____ **Equipa auditora:**				
Implementação do feixe de Intervenções no momento de Colocação do Cateter Vascular Central (CVC)				
Critérios	**Sim**	**Não**	**NA**	**Evidência /Fonte**
Há evidência de que é avaliada e garantido treino e competência na avaliação (da necessidade de CVC, selecionar o CVC com número mínimo de lúmen) e na colocação de CVC				
Há evidência de que é realizada Higiene das Mãos nos momentos preconizados durante a colocação do CVC (consultar Norma da Direção-Geral da Saúde)				
Há evidência de que é cumprida a barreira de proteção máxima na colocação do CVC				
Há evidência de que foi realizada antissepsia da pele com clorexidina (CHD) a 2% em álcool (nas situações em que não há contraindicação clínica), com o tempo de fricção e secagem recomendadas				
Há evidência de que é evitado o acesso Femoral (justificação em diário da escolha pelo femoral caso ocorra)				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE				

Auditorias

✓ Colocação;

Treino

Higiene das mãos

Preferência por dispositivos de inserção periférica (PICC)

Menor nº de lumens

Manutenção do cateter vascular central (CVC)

Instrumento de Auditoria Clínica interna				
Norma "Feixe de Intervenções" de Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central"				
Unidade de Saúde:				
Serviço/Unidade Funcional:				
Data: __/__/_____ **Equipa auditora:**				
Implementação do Feixe de Intervenções na Manutenção do Cateter Vascular Central (CVC)				
Critérios	**Sim**	**Não**	**NA**	**Evidência/ Fonte**
Há evidência de que é avaliada diariamente a possibilidade de remoção do CVC				
Há evidência de que é realizada Higiene das Mãos antes de manipular o CVC				
Há evidência de que são descontaminados os pontos de acesso com clorexidina a 2% em álcool ou álcool a 70%, por fricção de 15 segundos e deixar secar, antes de manusear ou conectar qualquer dispositivo estéril				
Há evidência de que é utilizada a técnica assética na realização do penso e com CHD a 2% em álcool				
Há evidência de que existe treino e competência na manutenção do CVC				
Subtotal	0	0	0	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE				

Avaliação de cada elemento (linha): $x = \frac{\text{Total de respostas a um elemento do Feixe SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (IQ)$ de .....%

Auditorias

✓ Manutenção;

Remoção do CVC precocemente

Descontaminação de pontos de acesso

Técnica assética na realização do penso e com CHD a 2% em álcool

Instrumento de Auditoria Clínica				
Norma "Feixe de Intervenções" de Prevenção da Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical"				
Unidade de Saúde:				
Serviço:				
Data: __/__/__ Equipa auditora:				
Implementação do Feixe de Intervenção no momento de Colocação do Cateter Vesical				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA /FONTE
1. Existe evidência de que é efetuada avaliação da possibilidade de evitar o cateterismo vesical e de que é documentada no processo clínico, a indicação apropriada da utilização de cateter vesical				
2. Existe evidência de que é efetuado cumprimento da técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem				
Sub-total	0	0	0	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE	%			
Implementação do Feixe de Intervenção no momento de Manutenção do Cateter Vesical				
CRITÉRIOS	Sim	Não	N/A	EVIDÊNCIA /FONTE
3. Existe evidência de que é efetuado cumprimento da técnica limpa, nomeadamente com higiene das mãos e uso de luvas e avental, no manuseamento do cateter vesical e do sistema de drenagem, de forma individualizada, mantendo a conexão do cateter vesical ao sistema de drenagem em circuito fechado				
4.Existe evidência de que é realizada a higiene diária do meato urinário, pelo doente (quando possível) ou pelos profissionais de saúde com ação de educação para a saúde dirigido ao doente e cuidador(es) sobre cuidados de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical				
5.Existe evidência de que é mantido cateter vesical seguro, com o saco coletor abaixo do nível da bexiga e esvaziado sempre que tenha sido atingido 2/3 da sua capacidade				
6.Existe evidência de que é efetuada avaliação diária da possibilidade de remover o cateter vesical, retirando-o logo que possível e registar diariamente no processo clínico as razões para manter o cateter vesical				
Sub-total	**0**	**0**	**0**	
ÍNDICE GLOBAL DE CONFORMIDADE	**%**			

Avaliação de cada elemento (linha): $x = \frac{\text{Total de respostas a um elemento do Feixe SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100$= (IQ) de ...,%

Auditorias

- ✓ Colocação;
- ✓ Manutenção;

Auditorias

Número de CV na unidade: variou entre 3 – 6

	10/NOV	2/6
	13/NOV	0/5
	15/NOV	1/3
	19/NOV	3/4
Formação	26/NOV Formação	2/3
	30/NOV	2/4
	2/DEZ	4/5
	8/DEZ	1/3
		...

Nº CV com fixador / Nº total de CV na unidade, no dia

Evitar o cateterismo vesical e documentar no processo clínico a indicação apropriada para a utilização de cateter vesical → SIM 100%

Avaliada a necessidade de remoção do CV relativamente a algum doente? → SIM – 1 respostas; NÃO – 8 respostas

Foi cumprida técnica assética no procedimento de cateterismo vesical e de conexão ao sistema de drenagem? → SIM – 1 respostas; NÃO – 1 respostas; Poucas oportunidades de observação

Foi cumprida técnica limpa no manuseamento do CV e do sistema de drenagem mantendo a conexão em circuito fechado? → SIM – 6 respostas; NÃO – 3 respostas

Foi realizada a higiene diária do meato urinário? → SIM – 6 respostas; Sem oportunidades de observação

Referências bibliográficas

- **Direção-Geral da Saúde.** (2022). *Norma nº 022/2015: Feixe de intervenções para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central* (Atualização de 29 de agosto de 2022). Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- **Direção-Geral da Saúde.** (2022). *Norma nº 019/2015: Feixe de intervenções para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical* (Atualização de 29 de agosto de 2022). Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

OBRIGADA
CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
O futuro dos cuidados de qualidade está nas nossas mãos

APÊNDICE IX: *Flyer* – Dia Mundial da Segurança do Doente

2024 |
17 de Setembro

Dia Mundial da Segurança do Doente

Juntos na criação de sistemas de saúde de elevada confiabilidade.

Sensibilizar para os cuidados centrados na pessoa e para a prevenção de danos nos cuidados de saúde, está nas mãos de todos!

Dimensão do problema da segurança de cuidados

⇒ Todos os anos, vários casos são relatados envolvendo doentes que sofrem lesões ou morte devido a cuidados de saúde inseguros. Estima-se que 1 em cada 10 doentes sejam alvo de um evento adverso decorrente da prestação de cuidados em contexto hospitalar.

⇒ Práticas inseguras e erros relacionados com medicação são uma das principais causas de danos evitáveis nos cuidados de saúde em todo o mundo.

Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030

Princípios Orientadores

1. Envolver os doentes e as famílias como parceiros nos cuidados seguros;
2. Obter resultados através de trabalho colaborativo;
3. Analisar e partilhar dados para gerar aprendizagem;
4. Traduzir as evidências em melhorias acionáveis e mensuráveis;
5. Basear as políticas e as ações na natureza dos cuidados;
6. Utilizar os conhecimentos científicos e a experiência dos doentes para melhorar a segurança;
7. Influenciar uma cultura de segurança na conceção e prestação dos cuidados de saúde;

Joana Machado, estudante do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica)

APÊNDICE X: Segurança Psicológica dos Profissionais de Saúde: Impacto na Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica - Revisão Integrativa da Literatura

Segurança Psicológica dos Profissionais de Saúde: Impacto na Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica

Joana Machado[1;3]; Irene Oliveira[2]

[1]Estudante, Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto), [2]Professor Adjunto, Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto),

[3]Enfermeira, Serviço Medicina Intensiva Polivalente

RESUMO

Melhorar a segurança do doente prevê a disposição das equipas para falarem abertamente entre si. O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros é influenciado pelas características do ambiente da sua prática profissional. Sabe-se que a notificação de incidentes associados a cuidados de saúde relaciona-se com maior qualidade de cuidados e segurança dos doentes. São múltiplos os motivos que justificam a reduzida notificação de eventos adversos, sendo o principal associado ao medo em ralação de causalidade com a punição, a reputação dentro da equipa e litígios, ou seja, segurança psicológica. Este conceito é definido por Edmondson como o fator que "*ajuda as pessoas a correr riscos interpessoais que são necessários para alcançar a excelência num mundo de rápida mudança e interdependência*" (Edmondson, 2023, p. 29).

O objetivo desta revisão de literatura foi compilar evidência científica acerca do impacto que a segurança psicológica pode criar nas equipas de prestação de cuidados de saúde com vista à melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Assim, será possível responder à questão de partida da pesquisa "Qual o impacto da promoção da segurança psicológica dos profissionais de saúde na qualidade dos cuidados de saúde, prestados pelas equipas multiprofissionais à pessoa em situação crítica, em contexto hospitalar?". Realizada uma revisão integrativa da literatura recorrendo ao motor de busca PubMed, numa pesquisa realizada no dia 7 de novembro de 2024, aplicando critérios de inclusão e exclusão e obtendo 2 artigos alvo de análise, tratando-se de um estudo randomizado e um estudo qualitativo de análise temática reflexiva, para dar resposta à questão de investigação inicial.

A evidência demonstra que a segurança psicológica é afetada por fatores como o contexto do exercício profissional refletido em stress e exaustão, ou seja, o ambiente de prática profissional. O impacto da segurança psicológica nas equipas é percebido pelo comportamento de *voz* dos seus elementos resultando na melhoria de desempenho. As estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados passam por intervenções que visam melhorar a segurança psicológica sendo elas a proatividade dos líderes a incentivarem o comportamento de *voz*, o ambiente de aprendizagem, a promoção da familiaridade e a realização de *debriefings.*

A segurança psicológica tem um impacto significativo nas equipas de prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, na medida em que este fator determina o ambiente interativo dos seus elementos. Um ambiente onde existem elevados níveis de segurança psicológica reflete-se em cuidados de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança psicológica; Qualidade dos cuidados de saúde; Cuidados críticos

ABSTRACT

Improving patient safety requires teams to be willing to speak openly with each other. The work carried out by nurses is influenced by the characteristics of the environment of their professional practice. It is known that reporting incidents associated with healthcare is related to greater quality of care and patient safety. There are multiple reasons that justify the reduced reporting of adverse events, the main one being associated with fear in relation to causality with punishment, reputation within the team and litigation, that is, psychological safety. This concept is defined by Edmondson as the factor that "helps people take interpersonal risks that are necessary to achieve excellence in a world of rapid change and interdependence" (Edmondson, 2023, p. 29).

The objective of this literature review was to compile scientific evidence about the impact that psychological safety can create in healthcare teams with a view to improving the care provided to people in critical situations. So, it will be possible to answer the research's starting question "What is the impact of promoting the psychological safety of health professionals on the quality of health care provided by multidisciplinary teams to people in critical situations, in a hospital context?". An integrative literature review was carried out using the PubMed search engine, in research carried out on November 7, 2024, applying inclusion and exclusion criteria and obtaining 2 articles targeted for analysis, being a randomized study and a qualitative study of reflective thematic analysis, to answer the initial research question.

Evidence shows that psychological safety is affected by factors such as the context of professional practice reflected in stress and exhaustion, that is, the professional practice environment. The impact of psychological safety on teams is perceived by the voice behavior of its members, resulting in improved performance. Strategies for improving the quality of care provided include interventions that aim to improve psychological safety, including the proactiveness of leaders to encourage voice behavior, the learning environment, the promotion of familiarity and the carrying out of debriefings.

Psychological safety has a significant impact on health care teams for people in critical situations, as this factor determines the interactive environment of its members.

An environment where there are high levels of psychological safety is reflected in quality care.

KEYWORDS: *Psychological Safety; Quality of Health Care; Critical Care*

INTRODUÇÃO

Melhorar a segurança do doente prevê, entre vários fatores, a disposição das equipas para falarem abertamente entre si acerca do erro. Vários autores reconhecem o papel fundamental dos enfermeiros no contributo para a implementação da segurança do doente. Este conceito é definido como um conjunto de atividades organizadas que criam não só culturas como também processos, procedimentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde que visam a diminuição dos riscos de forma consistente e sustentável, reduzam a ocorrência de danos evitáveis, tornem os erros menos prováveis e reduzam o impacto dos danos quando estes ocorrem (Organização Mundial de Saúde, 2023).

Como é sabido, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros é influenciado pelas características do ambiente em que este desenvolve a sua prática profissional. Assim, entende-se por ambiente de prática, todas as características e condições físicas e organizacionais que interferem com o adequado desempenho do exercício profissional (Santos, et a., 2023). Intimamente relacionado com a segurança do doente e a cultura de segurança nas instituições, importa voltar atrás no tempo em que já Florence Nightingale atribuía ao meio ambiente toda a influência nas condições de saúde e doença das pessoas nele inseridas. Segundo Medeiros et al., a autora da teoria refere que a função do enfermeiro passa pelo equilíbrio do meio ambiente com vista à recuperação da pessoa doente, dando primazia a um ambiente estimulador de desenvolvimento de saúde (Medeiros, et al., 2015). Paralelamente a esta relação ambiente – saúde, é cada vez mais clara a relação ambiente – qualidade de cuidados, existindo uma ação direta do ambiente de prestação de cuidados na qualidade dos mesmos.

O conceito de qualidade em saúde, está hoje amplamente desenvolvido e entende-se como um atributo positivo de um produto ou serviço que supera as expectativas do cliente e, na área da saúde, atribuído à obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o doente (Santos, et al., 2023). A avaliação da qualidade em saúde é uma importante ferramenta para a padronização e melhoria dos cuidados prestados com base num conjunto de padrões definidos como mais apropriados para uma melhor qualidade na assistência ao doente.

Sabe-se que a notificação de incidentes associados a cuidados de saúde relaciona-se com maior qualidade de cuidados e segurança dos doentes. Estes eventos permitem às equipas e organizações identificarem e gerirem as causas subjacentes ao potencial dano a eles associado. Várias pesquisas, como Jung et al. (2023) referem no seu estudo, é possível identificar múltiplos motivos que justificam a reduzida notificação de eventos adversos, sendo o principal associado ao medo em ralação de causalidade com a punição, a reputação dentro da equipa e litígios. Ou seja, a segurança psicológica surge como uma condicionante ao relato e partilha de incidentes dentro das equipas (Jung et al., 2023). Amy Edmondson é uma das autoras que corrobora a concetualização dos autores supracitados acerca do conceito de segurança psicológica descrevendo-o como sendo o fator que "*ajuda as pessoas a correr riscos interpessoais que são necessários para alcançar a excelência num mundo de rápida mudança e interdependência*" (Edmondson, 2023, p. 29).

Existem contextos onde o estudo desta variável é impactante pela necessidade crescente de cuidados de excelência dentro de equipas altamente treinadas e que ocupam uma posição fulcral nos cuidados de saúde: os cuidados à pessoa em situação crítica. Por este conceito entende-se aquela "*cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*" (OE, 2018, p. 19362). Nas equipas de saúde, a segurança psicológica tem inúmeros resultados positivos, como sendo a melhoria do desempenho dos seus elementos, a segurança do doente, a colaboração e a comunicação, sendo particularmente importante nas equipas que prestam cuidados em ambientes altamente incertos e mutáveis com alta interdependência, isto é, o trabalho depende da colaboração e contribuição dos diferentes membros, como são as equipas de cuidados à pessoa em situação crítica (Passariello, 2024).

Para responder à questão de pesquisa "Qual o impacto da promoção da segurança psicológica dos profissionais de saúde na qualidade dos cuidados de saúde, prestados pelas equipas multiprofissionais à pessoa em situação crítica, em contexto hospitalar?", em que utilizando a metodologia PICO para a elaboração da mesma, identifica-se como P a pessoa em situação crítica, I impacto da promoção da segurança psicológica dos profissionais de saúde, C não é aplicável e O a qualidade dos cuidados prestados pelas equipas multiprofissionais. O objetivo desta revisão de literatura é compilar evidência científica acerca do impacto que a segurança psicológica pode criar nas equipas de

prestação de cuidados de saúde com vista à melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

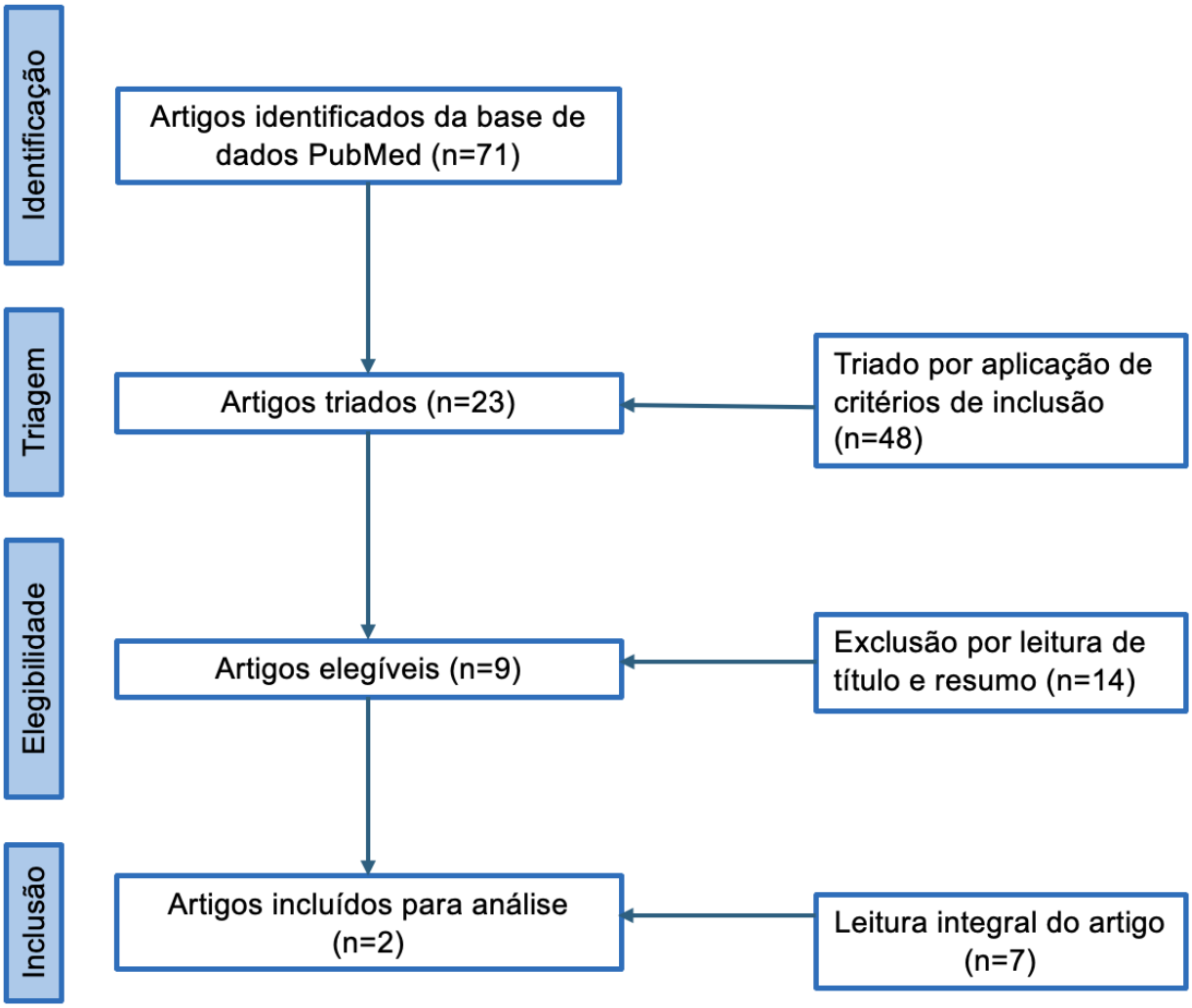
METODOLOGIA

O presente estudo de revisão integrativa da literatura caracteriza-se pela descrição e discussão do estado da arte referente ao tema em causa, identificando e resumindo o que foi anteriormente publicado podendo, desta forma, fornecer uma síntese, identificando questões centrais e a necessidade de investigação futura. Como método de pesquisa no |âmbito da enfermagem, possibilita a compilação de trabalhos de diversas metodologias com potencial utilidade na prática baseada na evidência (Rodrigues et al., 2022).

Recorrendo ao motor de busca PubMed, numa pesquisa realizada no dia 7 de novembro de 2024 foi introduzida a equação de pesquisa com os descritores "healthcare" AND "psycological safety" AND "nurse", obtenho um total de 71 artigos. A pesquisa foi refinada usando como critérios de inclusão o acesso gratuito ao texto completo e a pesquisa ser referente a artigos publicados nos últimos 5 anos (2020-2024) obtendo um total de 23 artigos. Destes, excluindo todos os que incluíam o termo Covid-19 e lendo os títulos, foi possível obter um total de 9 artigos para leitura de resumo.

Após leitura integral, 7 artigos foram excluídos, principalmente por não tratarem o tema em estudo no contexto pretendido, pessoa em situação crítica, ou por não estudarem o contexto de prestação direta de cuidados, isto é, avaliarem as variáveis em estudo aplicadas a elementos de gestão. Foram assim alvo de análise 2 artigos, tratando-se de um estudo randomizado e um estudo qualitativo de análise temática reflexiva, para procurar responder à questão de investigação já referida.

DIAGRAMA PRISMA



TABELAS DE EVIDÊNCIA

Passariello, M., Tarrant, C. (2024). *Psychological safety in an ECMO retrieval team: A qualitative study to inform improvement.* BMJ Open Quality. Disponível em: https://bmjopenquality.bmj.com/content/13/2/e002706.info	
Palavras-chave	Psychological safety; voice; teamwork; healthcare; nurses; hierarchy
Objetivo	Avaliar a relação entre segurança psicológica e a *voz* de um elemento da equipa de nível hierárquico inferior (enfermeiro) em

	termos de perceção de contributo pelos restantes elementos da equipa na tomada de decisão.
Tipo de estudo	Estudo randomizado com teste de hipóteses
Amostra	101 profissionais de saúde do serviço de emergência médica de um hospital dos Estados Unidos.
Colheita de dados	Num primeiro momento foi avaliada a segurança psicológica com recurso à escala de Edmondson composta por 7 itens; posteriormente, foram utilizados casos clínicos em que o participante foi convidado a adotar o seu papel profissional habitual e foi-lhes solicitado que avaliassem o comportamento do enfermeiro em termos da sua contribuição para a eficácia da tomada de decisão da equipe.

Weiss, M., Morrison, E. W., Szyld, D. (2023). *I like what you are saying, but only if I feel safe: Psychological safety moderates the relationship between voice and perceived contribution to healthcare team effectiveness.* Frontiers in Psychology. Disponível em: https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2023.1129359/full	
Palavras-chave	Teamwork; quality improvement; patient safety; critical care
Objetivo	Explorar a experiência de segurança psicológica de uma equipa de ECMO (oxigenação por membrana extracorporal) e criar recomendações para fortalecer a segurança psicológica.
Tipo de estudo	Estudo qualitativo de abordagem de análise temática reflexiva

Amostra	10 participantes (consultores, enfermeiros e perfusionistas) da equipa de ECMO de um hospital de Londres.
Colheita de dados	Entrevistas semiestruturadas em amostra propositada para incluir membros com diferentes funções e constituída por método bola de neve. Previamente à entrevista, os participantes preencheram o questionário de segurança psicológica de Edmondson.

RESULTADOS

O primeiro artigo analisado, um estudo realizado com 101 profissionais de saúde do serviço de emergência médica de um hospital dos Estados Unidos, visa compreender como os indivíduos, dentro de uma equipa de saúde, são avaliados pelos outros quando expressam as suas sugestões ou preocupações relacionadas com o trabalho. Os autores levantam duas hipóteses, uma de que a segurança psicológica modera a relação entre a *voz* de um membro da equipa de nível hierárquico inferior, isto é um enfermeiro, e a contribuição percecionada pelos restantes, e outra de que é mais provável que o comportamento de *voz* seja visto como uma mais-valia para a tomada de decisões da equipa quando a segurança psicológica é alta, mas o mesmo não se verifica quando é baixa (Weiss et al., 2023).

Importa clarificar o conceito de comportamento de *voz*, e este pode ser definido como uma comunicação exercida com uma certa liberdade, por um elemento da equipa, de ideias, sugestões, preocupações, informações sobre problemas, ou opiniões sobre questões relacionadas com o trabalho com o intuito de trazer melhoria ou mudança. Esta pode ter efeitos diretos no desempenho organizacional, da unidade e da equipa, sendo particularmente relevante para a eficácia das equipas de saúde (Weiss et al., 2023).

Com recurso a um estudo randomizado com teste de hipóteses, começando por num primeiro momento avaliar a segurança psicológica com recurso à escala de Edmondson composta por 7 itens, os seus resultados confirmam as hipóteses inicialmente levantadas de que em níveis mais elevados de segurança psicológica, o comportamento de *voz* do enfermeiro foi considerado mais útil do que o silêncio, com importante impacto na tomada de decisão em equipa. Quando os elementos da equipa se sentem psicologicamente seguros, avaliam os enfermeiros que falam como um contributo positivo para a equipa ao contrário dos que não expressam as suas preocupações, sendo que o comportamento de *voz* pode ter consequências interpessoais positivas no maior reconhecimento por superiores e maior perceção do status social associado a competências de liderança. Além disso, como implicações práticas, identificam que os líderes aumentam a segurança psicológica através da comunicação com os seus subordinados, isto é, convidar explicitamente os enfermeiros a falar pode ajudar não só a construir segurança psicológica como também promover respostas positivas a estas

intervenções pois a procura de *feedback* contribui para a construção de um ambiente de confiança e segurança psicológica. Por último, dentro das implicações práticas, importa ressalvar a necessidade de refletir em equipa as suas perceções de segurança psicológica – *debriefings*. Estes devem acontecer após um episódio específico de intervenção em equipa e são frequentemente adotados em contextos de alto risco que, comprovadamente, reduzem a perceção de barreiras hierárquicas e aumentam o comportamento de voz dos elementos da equipa (Weiss et al., 2023).

Em conclusão, altos níveis de segurança psicológica podem dissipar o feito negativo da diversidade de conhecimentos no desempenho de uma equipa, promovendo um ambiente mais inclusivo no qual as diferentes competências dos seus elementos podem ser rentabilizadas. Portanto, este fator determina, dentro das equipas de saúde, se o enfermeiro expressa mais informações críticas, sendo mais valioso para a tomada de decisão, ao invés do que retém a sua opinião (Weiss et al., 2023).

O segundo artigo analisado trata-se de um estudo qualitativo de abordagem de análise temática reflexiva realizado num hospital de Londres com 10 elementos multiprofissionais de uma equipa de ECMO e visa explorar a experiência de segurança psicológica desta equipa e gerar recomendações que a permitam fortalecer nas equipas (Maurizio Passariello, 2024).

Após analisar as entrevistas realizadas, os autores identificaram fatores estruturais e de equipa que moldam a segurança psicológica no contexto específico de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica da equipa de ECMO. O ambiente de alto risco em que a equipa presta cuidados, a clara definição de funções e processo e as oportunidades estruturadas de reflexão em equipa como fatores estruturais moldam a forma como a segurança psicológica é experienciada. Para além disto, apresentam como resultado obtido a constatação de que o comportamento de voz é moldado por fatores da própria equipa como a familiaridade entre membros da equipa, o trabalho interdependente que requere fronteiras entre diferentes funções e tarefas e a liderança. Pelo que, uma hierarquia de conhecimentos e domínios de especialização é privilegiada em termos de liderança face a uma classificação institucional tradicional desta posição na equipa (Passariello, 2024).

Concluem assim que os fatores estruturais e de equipa influenciam o comportamento de voz neste contexto específico de trabalho em equipa na prestação de

cuidados de saúde, sendo que os mesmos serviram de base para propor intervenções que visam melhorar e fortalecer a segurança psicológica. Assim, o princípio das intervenções passa por apoiar e reforçar os fatores estruturais da equipa, uma vez que se verificou promoverem a segurança psicológica, permitirá maior abertura para os seus elementos se manifestarem. As intervenções específicas passariam por ter líderes que solicitem proactivamente a opinião dos elementos da equipa e os convidem a falar; nutrir dentro da equipa um ambiente de aprendizagem através de sessões de formação interdisciplinares e participação da equipa em formações; promover a familiaridade dos elementos da equipa através de iniciativas fora do trabalho; realizar *debriefings* que devem ser reconhecidos como oportunidades para reflexão e levantamento de preocupações; alocação flexível de tarefas e funções à medida que o trabalho se desenrola, mantendo a clareza do papel de cada elemento (Passariello, 2024).

DISCUSSÃO

Fatores interferentes com a segurança psicológica

Vários autores são consensuais quanto ao desafio que os profissionais de saúde enfrentam, independentemente do contexto de exercício profissional, em resultado da exposição prolongada a fatores de stress e que se refletem em situações de exaustão emocional no próprio. Existe evidência quanto à relação direta entre custos associados ao stress e exaustão dos enfermeiros, que incluem aumento do absentismo e redução da qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, em taxas elevadas de complicações, internamentos prolongados e reinternamentos com elevados custos para as instituições. (Galanti et al., 2024).

Outro aspeto importante a ressalvar é o impacto que o ambiente profissional e, neste caso específico, a segurança psicológica, tem na satisfação dos profissionais e consequentemente na motivação e comprometimento com a organização. Os mesmos autores acima referidos acrescentam como dados do seu estudo o significado que os ambientes de saúde representam na necessidade de promover relacionamentos positivos e canais de comunicação dentro das organizações de forma a mitigar a exaustão emocional, concluindo que fatores de stress emocionais influenciam o bem estar dos enfermeiros e a melhoria do ambiente de segurança psicológica é uma das estratégias chave na redução de fatores de stress relacionais com reflexo direto na melhoria da saúde organizacional e qualidade dos cuidados prestados.

No estudo de Passariello et al., (2024) a segurança psicológica é referida como um fator facilitador na aprendizagem e mudança organizacional por reduzir a ansiedade que muitas vezes é sentida quando os elementos da equipa são confrontados com novas informações ou opiniões divergentes. Ou seja, quando a equipa vê incerteza e ambiguidade em vez de oportunidades de reflexão e adaptação face à opinião de um elemento, oculta-se o significado de contributo útil para a tomada de decisão e os indivíduos tendem a permanecer mais em silêncio ao invés de partilharem as suas preocupações.

A relação interpessoal é sem dúvida um dos fatores interferentes com a segurança psicológica. A forma como os profissionais de saúde interagem entre si dentro de uma

equipa é fortemente influenciado pelo ambiente psicologicamente seguro que se faz ou não sentir na equipa e que ajuda a mesma no seu desempenho, reduzindo as barreiras interpessoais e evitando fracassos à partida evitáveis. Os elementos destas equipas serão propensos a não ter medo de fazer perguntas, admitir os seus erros e discuti-los e experimentar ideias novas (Edmondson, 2023).

Impacto da segurança psicológica nas equipas

A perceção de segurança psicológica é relevante para avaliar a condição de *voz* num grupo (Passariello, 2024). Algumas pesquisas, citadas por Passariello et al., (2024), sugerem que os elementos das equipas muitas vezes inibem-se de falar, dar sugestões ou expor preocupações pelo sentimento produzido de que desafiam o *status quo* e por temerem a reação dos colegas e dos seus superiores, a isto chamam de *voz*. As principais consequências da *voz* convergem no facto de que falar pode resultar em avaliação positivas pelos superiores, no entanto isto depende de características do interlocutor, nomeadamente demográficas como género ou etnia, sobre a forma como se expressam, o que falam e quando falam. Na área da saúde verifica-se que os medos são prevalentes na interação médico-enfermeiro pois este último relata muitas vezes hesitar na expressão de sugestões ou partilha de preocupações aos médicos. Este facto é corroborado por Jaafar et al., (2023) que refere a liderança como sendo determinante para permitir que os enfermeiros expressem construtivamente os seus pensamentos. Neste mesmo estudo, e citando autores como Edmondson, é referido que a felicidade e produtividade de um funcionário é mais propensa quando se sentem confortáveis no seu local de trabalho e sentem que se podem expressar abertamente e sem medo de repercussões. Assim como o estilo de liderança é crucial para aumentar o comportamento de *voz* dos enfermeiros as de práticas de inclusão e igualdade resultando em motivação intrínseca e na melhoria do desempenho.

Estratégias a adotar para a melhoria dos cuidados prestados

Compreender as práticas atuais que condicionam o comportamento dos elementos de uma equipa multiprofissional, ajuda a determinar os fatores que podem fortalecer a segurança psicológica e, consequentemente, as estratégias a adotar para a melhoria dos

cuidados prestados aos doentes. O treino e a formação contínua oferecem a oportunidade de profissionais aprimorarem o seu comportamento de *voz* adequado com as responsabilidades da sua função. Sem dúvida que a aprendizagem entre pares e a gestão de conhecimentos ajuda a difundir pensamentos inovadores com aquisição de conhecimento, construir autoconfiança, melhorar o comportamento de voz e melhorar em última estância o desempenho (Jaaffar et al., 2023).

A confiança entre subordinados e superiores é parte integrante das relações profissionais saudáveis, sendo que é através da dinâmica interpessoal que a partilha de conhecimento é promovida e os elementos da equipa se sentem mais valorizados tornando-se benéficos para a equipa. Garantir a estabilidade da mesma em contextos de alta volatilidade e incerteza faz com que os seus elementos se sintam mais seguros e, com base na evidência encontrada, potencia o comportamento de *voz* (Jaaffar et al., 2023). Apoiando esta hipótese, outros autores referem que na prestação de cuidados em à pessoa em situação crítica, as circunstâncias colocam exigências específicas às equipas e fatores socio contextuais como a liderança e a familiaridade são importantes e impactarão significativamente na ligação entre a *voz* e a perceção de contribuição para a eficácia da equipa. A segurança psicológica mostra ser quase um pré-requisito para se desenvolver comportamento de *voz* e torna-se especialmente importante dentro das equipas de cuidados de saúde (Weiss et al., 2023).

CONCLUSÃO

Muito mais do que explorar o conceito de segurança psicológica, é importante trazê-lo para o ambiente de trabalho e depois de o avaliar com as ferramentas já existentes, nomeadamente o questionário de Edmondson, mostrar às equipas e organizações que níveis elevados de segurança psicológica se traduzem em melhor desempenho e menor exaustão dos seus elementos com consequente redução da mortalidade dos doentes e custos para as organizações.

Com a compilação bibliográfica conseguida na realização desta revisão de literatura, foi possível identificar qual o impacto que a promoção da segurança psicológica dos profissionais de saúde pode influenciar na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, respondendo à questão de investigação colocada no início do trabalho e ainda emergiram alguns aspetos a considerar para estimular a segurança psicológica nas equipas e melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelas mesmas.

É consensual entre diversos autores a definição de conceito sugerida por Edmondson com enfoque na necessidade de correr riscos interpessoais como base para a segurança psicológica. Mas além disto, verifica-se o consenso também quanto aos padrões de qualidade atingidos pelas equipas, sendo que a qualidade dos cuidados prestados é diretamente proporcional aos níveis de segurança psicológica verificados.

Portanto, a segurança psicológica tem um impacto significativo nas equipas de prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, na medida em que este fator determina o ambiente interativo dos seus elementos. Fatores como a exaustão, associada ao ambiente hostil, que muitas vezes se verifica neste contexto específico de cuidados, condiciona a qualidade dos cuidados prestados. Assim, um ambiente onde existem elevados níveis de segurança psicológica potência o comportamento de *voz* dos elementos da equipa, refletindo maior motivação e satisfação que se refletem igualmente em cuidados de qualidade. Também a o estilo de liderança tem aqui um poder impactante no sentido de criar as condições necessárias para os indivíduos se sentirem confiantes para partilharem as suas opiniões, exporem preocupações que podem, inclusive, tratar-se de experiências emocionalmente complexas, erros cometidos, dilemas éticos e deontológicos, e assim construírem um ambiente de aprendizagem dentro da própria

equipa. Para isso, é recomendável a existência de momentos de partilha e reflexão – *debriefings* com a equipa multiprofissional de forma a melhorar a atuação futura e aumentado a qualidade dos cuidados prestados.

BIBLIOGRAFIA

Edmondson, A. (2023). *O Tipo Certo de Erro: A ciência de falhar bem.* Lisboa: Temas e Debates.

Galanti, T., Cortini, M., Giudice, G. F., Zappalà, S., & Toscano, F. (2024). Safeguarding nurses mental health: The critical role of psychosocial safety climate in mitigating relational stressors and exhaustion. *AIMS Puclic Health*, 905-917.

Jaaffar, T., & Samy, N. K. (2023). Investigating the complex relationships between leadrship, psychological safety, intrinsic motivation, and nurses' voice bheavior in public hospital using PLS-SEM. *Belitung Nursing Journal*, 165-175.

Jung, O. S., Kundu, P., & Raldow, A. (2023). Psychological Safety and Use of Incident Reporting Systems. *The American Journal of Accountable Care*, 10-18.

Passariello, C. T. M. (2024). Psychological safeti in an ECMO retrieval team: a qualitative study yo inform improvement. *BMJ Opne Quality*.

Medeiros, A. B., Enders, B. C., & Lira, A. L. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 518-524.

OE. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (...). Em O. d. Enfermeiros, *Regulamento nº429/2018* (pp. 19359-19370). Diário da República, série II, nº135.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2023). *Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030.* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa (tradução e revisão).

Rodrigues, R., Mendes, I. M., & Cardoso, D. (2022). Revisão Narrativa, Integrativa e Sistemática da Literatura. Em M. Néné, & C. Sequeira, *Investigação em Enfermagem* (pp. 245-260). Lisboa: Lidel.

Santos, J. L., Menegon, F. H., Freitas, E. O., Costa, D. G., & Gasparino, R. C. (2023). Os ambientes de prática profissional de enfermagem e a qualidade em saúde. Em O. Ribeiro, *Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos* (pp. 2-12). Lisboa: Lidel.

Weiss, M., & Elizabeth W. Morrison, D. S. (2023). I like what you are saying, but only if i feel safe: Psychological safety moderates the relationship between voice and perceived contribution to healthcare team effectiveness. *Frontiers in Psychology*.

APÊNDICE XI: Póster "Segurança Psicológica dos Profissionais de Saúde - Impacto na Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica" apresentado no evento *II Jornadas Internacionais da APAPEnf+*

Segurança Psicológica dos Profissionais de Saúde - Impacto na qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica

II JORNADAS INTERNACIONAIS

APAPEnf+
Associação para a Promoção de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos

Autores: Joana Machado[1;3]; Irene Oliveira[2]
[1]Estudante, Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto)[redacted]; [2]Professor Adjunto, Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto)[redacted]
[3]Enfermeira, Serviço Medicina Intensiva Polivalente –[redacted]

Introdução

PALAVRAS-CHAVE: Segurança psicológica; Qualidade dos cuidados de saúde; Cuidados críticos

Melhorar a segurança do doente prevê a disposição das equipas para falarem abertamente entre si. O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros é influenciado pelas características do ambiente da sua prática profissional. Sabe-se que a notificação de incidentes associados a cuidados de saúde relaciona-se com maior qualidade de cuidados e segurança dos doentes. São múltiplos os motivos que justificam a reduzida notificação de eventos adversos, sendo o principal associado ao medo em ralação de causalidade com a punição, a reputação dentro da equipa e litígios, ou seja, segurança psicológica. Este conceito é definido por Edmondson como o fator que "*ajuda as pessoas a correr riscos interpessoais que são necessários para alcançar a excelência num mundo de rápida mudança e interdependência*" (Edmondson, 2023, p. 29).

Objetivos

O objetivo desta revisão de literatura foi compilar evidência científica acerca do impacto que a segurança psicológica pode criar nas equipas de prestação de cuidados de saúde com vista à melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. Assim, foi possível responder à questão de partida da pesquisa "Qual o impacto da promoção da segurança psicológica dos profissionais de saúde na qualidade dos cuidados de saúde, prestados pelas equipas multiprofissionais à pessoa em situação crítica, em contexto hospitalar?".

Metodologia

Realizada uma revisão integrativa da literatura recorrendo ao motor de busca PubMed, numa pesquisa realizada no dia 7 de novembro de 2024, tendo-se obtido 71 registos. Após aplicação dos critérios de inclusão, nomeadamente publicações dos últimos 5 anos, e exclusão, obteve-se 2 artigos para análise, tratando-se de um estudo randomizado e um estudo qualitativo de análise temática reflexiva, para dar resposta à questão de investigação inicial.

Discussão de Resultados

A evidência demonstra que a segurança psicológica é afetada por fatores como o contexto do exercício profissional refletido em stress e exaustão, ou seja, o ambiente de prática profissional. O impacto da segurança psicológica nas equipas é percebido pelo comportamento de *voz*, isto é, comunicação exercida com uma certa liberdade com intuito de trazer melhoria ou mudança, dos seus elementos resultando na melhoria de desempenho. As estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados passam por intervenções que visam melhorar a segurança psicológica sendo elas a proatividade dos líderes a incentivarem o comportamento de *voz*, o ambiente de aprendizagem, a promoção da familiaridade e a realização de *debriefings*.

Conclusão

A segurança psicológica tem um impacto significativo nas equipas de prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, na medida em que este fator determina o ambiente interativo dos seus elementos. Um ambiente onde existem elevados níveis de segurança psicológica potência o comportamento de voz dos elementos da equipa, refletindo maior motivação e satisfação que se refletem igualmente em cuidados de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Edmondson, A. (2023). O Tipo Certo de Erro: A ciência de falhar bem. Lisboa: Temas e Debates.
Maurizio Passariello, C. T. (2024). Psychological safeti in an ECMO retrieval team: a qualitative study yo inform improvement. BMJ Opne Quality.
Medeiros, A. B., Enders, B. C., & Lira, A. L. (2015). Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 518-524.
OE. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (...). Em O. d. Enfermeiros, Regulamento nº429/2018 (pp. 19359-19370). Diário da República, série II, nº135.
Santos, J. L., Menegon, F. H., Freitas, E. O., Costa, D. G., & Gasparino, R. C. (2023). Os ambientes de prática profissional de enfermagem e a qualidade em saúde. Em O. Ribeiro, Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos (pp. 2-12). Lisboa: Lidel.
Weiss, M., & Elizabeth W. Morrison, D. S. (2023). I like what you are saying, but only if i feel safe: Psychological safety moderates the relationship between voice and perceived contribution to healthcare team effectiveness. Frontiers in Psychology.

ANEXOS

ANEXO I – Certificado de participação no workshop VMER: "Do início ao fim de vida"

Certificado de Participação

Certifica-se que

JOANA FILIPA DA SILVA MACHADO

Participou no evento **WORKSHOP VMER - "DO INÍCIO AO FIM DE VIDA",** promovido pela VMER da [redacted]E), realizado no dia 05 de outubro de 2024, entre as 08h00 e as 18h30, no [redacted]e.

Pela Comissão Organizadora,

[redacted]

Título: Workshop VMER "Do início ao fim de vida"

Unidade Orgânica: VMER (viatura médica de emergência e reanimação) da [redacted]

Duração: 8 horas

Conteúdo programáticos do Workshop:

- Grávida em trabalho de parto no pré-hospitalar
- Reanimação neonatal - ERC 2021 no pré-hospitalar
- Comunicação de más notícias no pré-hospitalar

ANEXO II – Certificado de participação no evento *II Jornadas Internacionais da APAPEnf+* com o póster: "Segurança Psicológica dos Profissionais de Saúde - Impacto na Qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica"

APAPEnf+
Associação para a Promoção de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que o trabalho em formato de **Póster: "Segurança Psicológica dos Profissionais de Saúde - Impacto na qualidade dos Cuidados à Pessoa em Situação Crítica",** da autoria de Joana Machado, Irene Oliveira foi apresentado por **Joana Machado** nas *II Jornadas Internacionais da APAPEnf+ - Da Teoria de Iniciado a Perito à Criação de Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos*, que se realizaram no Auditório Carlos Borrego, do Departamento de Ambiente e Ordenamento, da Universidade de Aveiro, no dia 12 de dezembro de 2024, com a duração de 9 horas.

Senhora da Hora, 27 de dezembro de 2024

O Presidente da Comissão Organizadora das

II Jornadas Internacionais da APAPEnf+

(João Ventura)

Site: https://www.apapenf.com/
Telefone: +351 910 050 871
E-mail: apapenf.geral@gmail.com