



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



**IPS** Instituto  
Politécnico de Setúbal

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO  
BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Segurança do Doente Crítico:**

**Notificação de Eventos Adversos**

**Catarina Isabel Dos Santos Carvalho**

Orientação: Professora Dr.<sup>a</sup> Maria Dulce Dos Santos

Santiago

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica, A*

*Pessoa em Situação Crítica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



**IPS** Instituto  
Politécnico de Setúbal

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO  
BRANCO**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Segurança do Doente Crítico:**  
**Notificação de Eventos Adversos**

**Catarina Isabel Dos Santos Carvalho**

Orientação: Professora Dr.<sup>a</sup> Maria Dulce Dos Santos  
Santiago

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica, A*  
*Pessoa em Situação Crítica*  
Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

# **Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos**

**Catarina Isabel Dos Santos Carvalho**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do  
grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,  
A Pessoa em Situação Crítica**

## **Júri:**

**Presidente:** Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Doutorado em  
Educação)

Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico  
de Portalegre

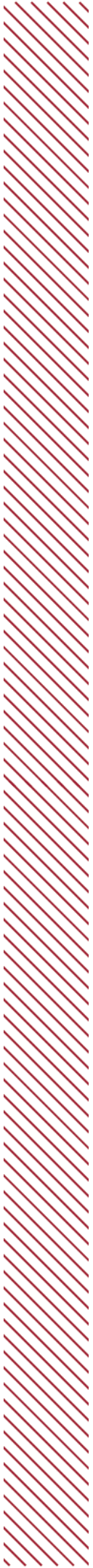
**Arguente:** Maria Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira (Especialista em  
Enfermagem)

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de  
Setúbal

**Orientador:** Maria Dulce dos Santos Santiago (Doutorada em  
Enfermagem)

Professora Coordenador, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico  
de Beja

15 de Setembro de 2020



*A verdadeira viagem de descobrimento  
não consiste em procurar novas paisagens,  
mas em ter novos olhos (Marcel Proust)*



## **O MEU AGRADECIMENTO,**

À Professora Dr.<sup>a</sup> Maria Dulce Dos Santos Santiago, pela orientação e disponibilidade demonstrada neste longo caminho.

Ao Enfermeiro Supervisor Clínico, Enfermeiro Paulo Oliveira, pela disponibilidade, estímulo e partilha de aprendizagens e conhecimentos.

Ao Diretor e à Enfermeira Chefe do SMI do CHUC, pela aceitação do meu Estágio Final e pelos momentos de aprendizagem.

À equipa do SMI, pelo acolhimento e pelos momentos de partilha e reflexão.

Ao Diretor e Enfermeira Coordenadora UCIP 1 do CHUA, pelo acolhimento e aceitação da realização da Intervenção Profissional Major.

À equipa da UCIP 1, pela colaboração no desenvolvimento da Intervenção Profissional Major.

À minha mãe e irmã, pelo apoio incondicional durante este processo.

E, por fim, mas não menos importante, ao meu marido e ao meu filho, agradeço a paciência e compreensão pelas minhas ausências e o encorajamento nas fases críticas e desmotivantes.



## RESUMO

A segurança do doente tem sido gradualmente reconhecida, no âmbito da qualidade em saúde, emergindo, nas suas várias áreas, o erro clínico e a sua gestão e, especificamente, a notificação de incidentes/eventos adversos. Estes eventos impactam significativamente os resultados em saúde hospitalar, sendo a notificação dos mesmos considerada um dos meios de prevenção mais eficiente.

Procedeu-se, durante o Estágio Final, ao desenvolvimento de uma Intervenção Profissional Major, detalhada neste documento, objetivando a melhoria da qualidade em saúde e da segurança do doente crítico, através da introdução de uma ferramenta, adaptada ao contexto clínico, de notificação de eventos adversos.

Concomitantemente, pretendeu-se analisar e refletir criticamente e fundamentada o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente das competências comuns do Enfermeiro especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e as competências necessárias à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

## Palavras-chave

Enfermagem Médico-Cirúrgica; Segurança do Doente; Enfermagem de Cuidados Intensivos; Eventos Adversos



## **ABSTRACT**

### ***Critical Patient Safety: Notification of Adverse Events***

Patient safety has been gradually recognized, within the scope of health quality, with clinical error and management emerging in its various areas and, specifically, the notification of incidents/adverse events. These events significantly impact the results in hospital health, and notification of them is considered one of the most efficient means of prevention.

During the Final Stage, a Major Professional Intervention was developed, detailed in this document, aiming at improving the quality of health and safety of critically ill patients, through the introduction of a tool, adapted to the clinical context, of notification of Adverse events.

At the same time, the intention was to critically analyze and reflect on the process of acquisition and development of skills, namely the common skills of the specialist nurse, the specific skills of the specialist nurse in people in critical situation nursing and the skills necessary to obtain the degree of Master in Nursing.

### **Keywords**

Medical Surgical Nursing; Patient safety; Critical Care Nursing; Adverse events



## **LISTAGEM DE SIGLAS**

ACS - *American College of Surgeons*

ACSS - Administração Central dos Serviços de Saúde

AHA - *American Heart Association*

APA - *American Psychological Association*

BO - Bloco Operatório

BPS - *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU - *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*

CFIC - Centro de Formação, Investigação e Conhecimento

CHUA - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CJ - Conselho Jurisdicional

CMFRS - Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul

CRI - Centros de Responsabilidade Integrada

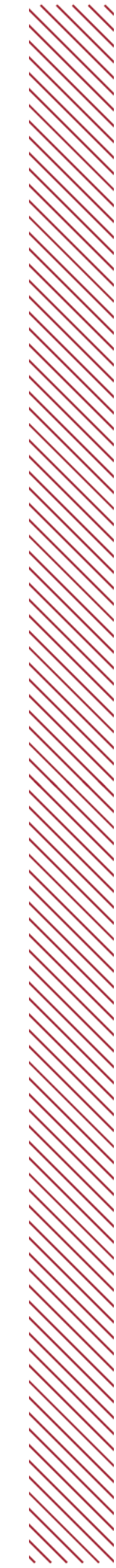
DEUCI - Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos

DGS - Direção-Geral da Saúde

DPE - Deontologia Profissional de Enfermagem

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECMO - *Extracorporeal Membrane Oxigenation*



EEEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

EEMIH - Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPE - Entidade Pública Empresarial

ER - Enfermagem de Reabilitação

ESICM - *European Society of Intensive Care Medicine*

GCLPPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

HUC - Hospitais da Universidade de Coimbra

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - *International Council of Nurses*

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IOM - *Institute Of Medicine*

IPM - Intervenção Profissional *Major*

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

MCTES - Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

ME - Mestrado em Enfermagem

MMPBE - Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências

MS - Ministério da Saúde

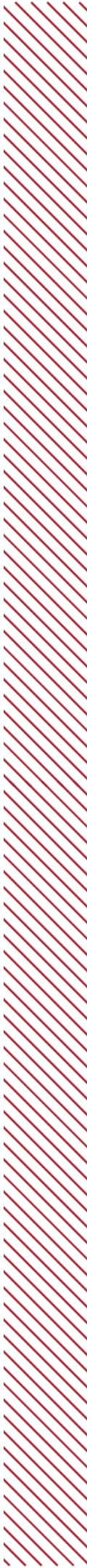
OE - Ordem dos Enfermeiros

OM - Ordem dos Médicos

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção



PBE - Prática Baseada na Evidência

PCR - Paragem Cardiorrespiratória

PIC - Pressão intracraniana

PICCO® - *Pulse Contour Cardiac Output*

PSC - Pessoa em Situação Crítica

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SCCM - *Society of Critical Care Medicine*

SEMICYUC - Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPCI - Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU - Serviço de Urgência

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

TISS-28 - *Therapeutic Intervention Scoring System-28*

TSFR - Terapias de Substituição da Função Renal

UC - Unidade Curricular

UCI - Unidade Cuidados Intensivos

UCInt - Unidade de Cuidados Intermédios

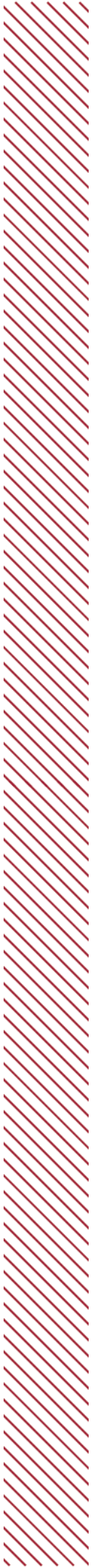
UCIP 1 - Unidade Cuidados Intensivos Polivalente

UCIs - Unidades de Cuidados Intensivos

UE - Universidade de Évora

UGI - Unidade de Gestão Intermédia

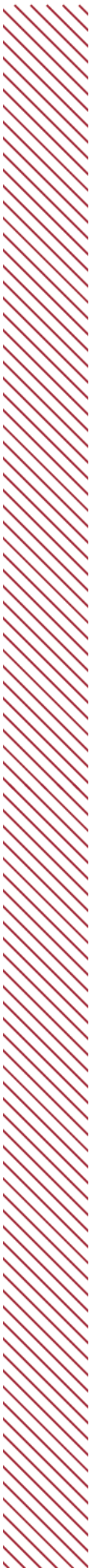
UPP - Úlceras por Pressão



VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

# ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS.....</b>	<b>20</b>
1.1    Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1 do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Entidade Pública Empresarial .....	20
1.1.1    Estrutura, recursos físicos e materiais .....	22
1.1.2    Recursos humanos .....	24
1.1.3    Análise da gestão e produção de cuidados .....	26
1.2    Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Entidade Pública Empresarial .....	28
1.2.1    Estrutura, recursos físicos e materiais .....	30
1.2.2    Recursos humanos .....	31
1.2.3    Análise da gestão e produção de cuidados .....	32
<b>2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR.....</b>	<b>35</b>
2.1    Problemática: Da Segurança do Doente à Notificação de Eventos Adversos.....	36
2.2    Enquadramento Conceptual e Teórico .....	38
2.2.1    Modelo para a mudança da prática baseada em evidência.....	39
2.2.2    Qualidade em saúde e a segurança do doente .....	43
2.2.3    Gestão do risco, do erro e notificação de eventos adversos .....	47
2.3    Diagnóstico de Situação.....	51



2.4	Objetivos.....	56
2.5	Planeamento e Execução.....	57
2.6	Avaliação e Resultados .....	65
<b>3.</b>	<b>ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>70</b>
3.1	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem .....	71
3.2	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem.....	88
	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>102</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>105</b>

## ÍNDICE DE APÊNDICES

<b>Apêndice A</b> - Resumo do projeto de estágio .....	131
<b>Apêndice B</b> - Resumo do Artigo Científico - Sistemas de notificação de eventos adversos em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma revisão integrativa da literatura .....	139
<b>Apêndice C</b> - Análise <i>SWOT</i> .....	142
<b>Apêndice D</b> - Questionário de caracterização sociodemográfica e análise da pertinência para elaboração de um projeto de intervenção para notificação de eventos adversos na UCIP 1 do CHUA, EPE .....	144
<b>Apêndice E</b> - Resultados do questionário de caracterização sociodemográfica e análise da pertinência para elaboração de um projeto de intervenção para notificação de eventos adversos na UCIP 1 do CHUA, EPE .....	149
<b>Apêndice F</b> - Proposta de projeto de intervenção profissional entregue ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento do CHUA, EPE .....	163
<b>Apêndice G</b> - Cronograma inicial da Intervenção Profissional Major .....	185
<b>Apêndice H</b> - Cronograma final Intervenção Profissional Major .....	187
<b>Apêndice I</b> - Proposta de ferramenta estruturada de notificação de incidentes/eventos adversos da UCIP 1 do CHUA, EPE .....	189
<b>Apêndice J</b> - Plano da(s) sessão(ões) formativa(s) .....	198
<b>Apêndice K</b> - Apresentação de diapositivos da(s) sessão(ões) formativa(s) .....	202
<b>Apêndice L</b> - Questionário de avaliação da(s) sessão(ões) de formação .....	217
<b>Apêndice M</b> - Projeto de Estágio .....	222
<b>Apêndice N</b> - Reflexão Crítica: Da Prática à Evidência .....	243

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo A</b> - Declaração de aceitação de orientação pedagógica do Estágio Final e Relatório de Estágio.....	256
<b>Anexo B</b> - Parecer do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre .....	258
<b>Anexo C</b> - Autorização do Conselho de Administração do CHUA, EPE .....	260
<b>Anexo D</b> - Certificado de Participação no Seminário on-line "Covid-19: Organização e Gestão dos Serviços Clínicos" .....	262
<b>Anexo E</b> - Certificado de Participação no Congresso Internacional Doente Crítico 2019 .....	265
<b>Anexo F</b> - Certificado de Participação no Simpósio Suporte Nutricional na Pancreatite Aguda .....	269
<b>Anexo G</b> - Certificado de Participação no Simpósio on-line "Ao Encontro dos EEEMC em tempos de pandemia COVID-19." – Intervenção do EEEEMC à pessoa em situação crítica, com COVID-19 .....	273
<b>Anexo H</b> - Certificado de Participação no Simpósio on-line "Ao Encontro dos EEEMC em tempos de pandemia COVID-19." – Intervenção do EEEEMC à pessoa em situação crónica, com COVID-19 .....	276
<b>Anexo I</b> - Certificado de Participação no Simpósio on-line "Atuação em Emergência em Fase de Pandemia" .....	279



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Consentimento dos Enfermeiros .....	53
<b>Gráfico 2</b> - Consentimento da equipa Médica .....	53
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição dos Enfermeiros Especialista por área de especialidade .....	54
<b>Gráfico 4</b> - Experiência em contexto de Cuidados Intensivos .....	54



## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1** - Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências ..... 42

**Figura 2** - Formulário on-line que operacionaliza a ferramenta estruturada de notificação de incidentes/eventos adversos da UCIP 1 do CHUA, EPE ..... 68

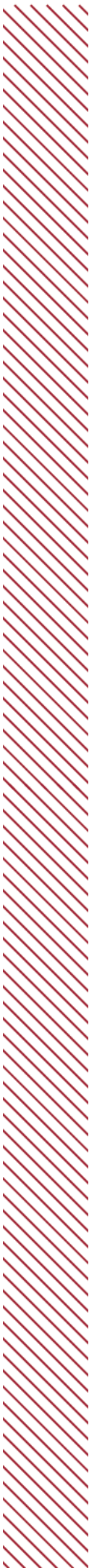
**Figura 3** - Primeira parte do formulário on-line que operacionaliza a ferramenta estruturada de notificação de incidentes/eventos adversos da UCIP 1 do CHUA, EPE ..... 68



## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio, de índole profissional, surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Relatório de Estágio, inserido no 2.º ano do Mestrado em Enfermagem (ME), na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), na vertente da Pessoa em Situação Crítica (PSC), ministrado, em associação, pelo Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde, com a Universidade de Évora (UE) – Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, o Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias e Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, estabelecido pelo aviso n.º 5622/2016 (UE, 2016). Pretende-se que o Relatório de Estágio se constitua como o culminar do processo formativo do ME, dando especial ênfase à UC de Relatório, essencial para a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista em EMC, conferido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) bem como, após a aprovação nas provas de defesa pública do Relatório de Estágio, obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Através deste documento objetiva-se a descrição e a reflexão crítica, sistemática e fundamentada do processo de aquisição, aprofundamento e desenvolvimento de competências, nomeadamente das competências comuns do Enfermeiro especialista (OE, 2019b), as competências específicas do Enfermeiro especialista em EMC, especificamente as competências referentes ao Enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica [EEEPSC] (OE, 2018) e as competências necessárias à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem (UE, 2015). Neste contexto, considera-se relevante definir competência como sendo um conhecimento profundo num domínio específico de Enfermagem, demonstrando elevados níveis de juízo clínico e tomada de decisão, que mobiliza em contexto prático, expressos num conjunto de competências especializadas referentes a um campo de intervenção (OE, 2011) necessariamente modeladas pelos atributos e atitudes pessoais, na prática profissional (International Council of Nurses [ICN], 2010).

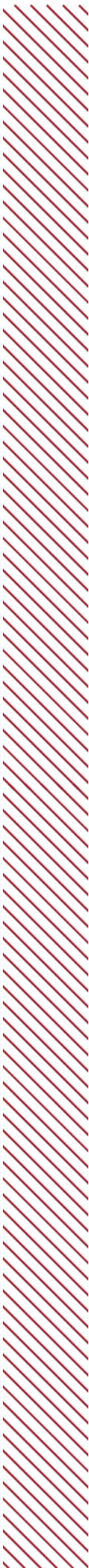


O Estágio Final realizou-se, no seu todo, no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) no período compreendido entre outubro de 2019 e novembro de 2019, em regime de horário completo. O Estágio Final e o Relatório de Estágio decorreram sobre a orientação pedagógica da Professora Doutora Dulce Santiago (Anexo A) e tendo como supervisor clínico o Enfermeiro Paulo Oliveira, Enfermeiro especialista em EMC.

Subordinada à linha de investigação previamente definida para a área de especialização em EMC “Segurança e Qualidade de Vida”, foi realizada uma *Intervenção Professional Major* (IPM), balizada nos documentos orientadores do Estágio Final, que se foca na temática da notificação de incidentes/eventos adversos. Pela sua área de incidência, foi, por nós considerado pertinente e adequado a sugestão da sua realização no nosso local de trabalho, a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1 (UCIP 1) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), sugestão aceite pelo Docente Coordenador da área da EMC, na vertente da PSC, bem como pela Docente orientadora do Estágio Final e Relatório de Estágio. Importa enquadrar a IPM como a intervenção mais relevante no conjunto das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio.

A segurança do doente, enquanto componente estruturante da qualidade em saúde, tem sido gradualmente reconhecida, com uma relevância crescente (Fragata, 2011), emergindo e divergindo deste tema global, várias áreas, do qual se destaca o erro clínico e a sua gestão e, especificamente, a notificação de incidentes/eventos adversos. Estes eventos são responsáveis por cerca de 1-5% da mortalidade hospitalar, contribuindo para um aumento da morbilidade, duração e custo do internamento hospitalar (Hogan et al., 2012; James, 2013; Sousa-Pinto et al., 2018). Esta notificação/*report* destes eventos é considerado um dos meios de prevenção mais eficientes (Fragata, 2011; Garrouste-Orgeas et al., 2016; Heavner & Siner, 2015), pois serve de base à análise de causa-raiz do incidente, relato de eventos e à análise retrospectiva do evento (Fragata, 2011), com o objetivo de formular e disseminar recomendações para uma mudança do sistema para a prevenção futura do erro/incidente (Brunsveld-Reinders et al., 2016).

Assente nestes pressupostos, constata-se, no contexto clínico onde se desenvolveu a IPM, a ausência de um sistema de notificação do erro, nomeadamente de eventos adversos, estando apenas disponível o sistema de notificação da Organização Hospitalar, não sendo sensível, específico e adaptável ao contexto clínico e ao processo, complexidade e dinâmica inerente à prestação de cuidados de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) deste nível, com potenciais consequências e riscos acrescidos para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.



Para a consecução prática da IPM, adotou-se a metodologia de projeto (Ruivo et al., 2010) como guia orientadora e o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências [MMPBE] (Larrabee, 2011) como modelo teórico que suportou e modelou o processo de aquisição, aprofundamento e desenvolvimento de competências.

Deste modo, foram estabelecidos para este documento os seguintes objetivos:

- Descrever o contexto clínico onde se implementou e se efetivou a IPM e o contexto onde foi realizado o Estágio Final;
- Apresentar a IPM realizada, percorrendo as etapas da metodologia de projeto;
- Analisar, de forma fundada e crítica, o processo de aquisição, aprofundamento e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro especialista, das competências do EEEPSC e das competências de Mestre em Enfermagem.

A organização deste relatório compreende três capítulos, seguindo os objetivos referidos, observando as disposições no Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, assim como as orientações emanadas pelos documentos de planeamento do Estágio Final e de planeamento do Relatório, ambos referentes à área da EMC, na área da pessoa em situação crítica. Assim, o primeiro capítulo descreve os contextos clínicos onde foi desenvolvida a IPM e onde se realizaram o Estágio Final, os seus enquadramentos legislativos e organizacionais, as suas estruturas, recursos, tanto físicos, como materiais e humanos, culminando com uma breve análise da gestão e produção de cuidados de ambos os contextos. O segundo capítulo, consignado à descrição da IPM, onde se enuncia e se justifica a problemática identificada, passando por uma concisa resenha teórica dos conceitos centrais e do modelo teórico que suporta a IPM, finalizando com a descrição e análise crítica das etapas que compreendem a metodologia de projeto, do diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento e execução e avaliação e resultados. Por fim, o terceiro capítulo versará na análise e reflexão, de forma crítica e fundamentada, do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro especialista (OE, 2019b), das competências específicas do EEEPSC (OE, 2018) e as competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem (UE, 2015).

Este documento foi redigido seguindo o acordo ortográfico da língua portuguesa vigente com exceção das citações diretas de autores que não se guiaram pelo mesmo. De igual forma, orienta-se pelas normas de referenciação bibliográfica da *American Psychological Association* (APA), na sua edição mais recente (7.<sup>a</sup> edição), na versão original em língua inglesa (APA, 2020).

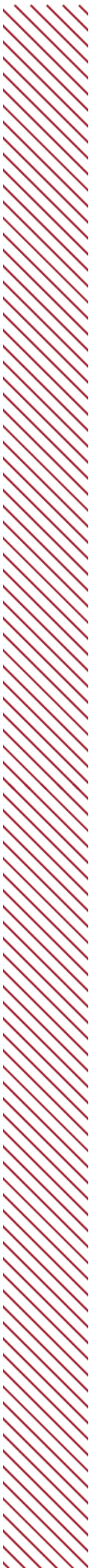
## **1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS**

A IPM foi desenvolvida na UCIP 1 do CHUA e o Estágio Final no SMI do CHUC. Deste modo, entendemos como necessário a realização de uma descrição concisa de ambos os contextos clínicos, os seus enquadramentos legislativos e organizacionais, as suas estruturas, recursos, tanto físicos, como materiais e humanos, finalizando com uma breve análise da gestão e produção de cuidados de ambos os contextos.

### **1.1 Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1 do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Entidade Pública Empresarial**

Formalmente criado pelo Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de Agosto, que resulta da alteração da denominação do Centro Hospitalar do Algarve, Entidade Pública Empresarial e da transferência das competências do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (CMFRS), o CHUA, Entidade Pública Empresarial (EPE), encontra-se integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), constituindo-se como uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (CHUA, s.d.-a; Ministério da Saúde [MS], 2017a), integrando três unidades Hospitalares – Faro, Portimão e Lagos – bem como quatro Serviços de Urgência Básica, situados em Loulé, Lagos, Albufeira e Vila Real de Santo António e ainda o CMFRS (CHUA, s.d.-b).

O CHUA, fruto do seu estatuto de Hospital Universitário, que realça a importância do ensino universitário em sinergia com a formação pré e pós-graduada e de investigação, mantém, em regime colaborativo com a Universidade do Algarve, o desenvolvimento do Centro Académico de Investigação e Formação do Algarve (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior & MS, 2016). Dispõe da maioria das valências, especialidades clínicas e recursos humanos com a exceção de Cirurgia Vasculosa, Cirurgia Cardiorrespiratória, Radiologia de Intervenção, Unidade monovalente de Queimados e



*Extracorporeal Membrane Oxigenation (ECMO)*, servindo os Hospitais Centrais de Lisboa como referência secundária para estas especialidades/necessidades.

Neste contexto, o CHUA arroga como missão a resposta assistencial e a responsabilidade da prestação de cuidados de saúde diferenciados à região do Algarve, garantindo a prestação de cuidados de saúde aos residentes fixos, sazonais e em período de férias, bem como a parte do Alentejo para algumas valências clínicas (CHUA, 2018), tendo assumido como visão estratégica a afirmação na prestação de cuidados de saúde diferenciados e de excelência, a criação de valor acrescentado em saúde e a relevância da investigação em saúde, em colaboração com a academia (CHUA, 2018).

O CHUA encontra-se organizado, em termos de gestão intermédia/topo, em 7 departamentos: Médico; Cirúrgico; Criança, adolescente e família; Ginecologia, obstetrícia e reprodução humana; Psiquiatria e saúde mental; Clínico de serviços tecnológicos e terapêuticos; Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos (CHUA, 2018). Estes departamentos são transversais às várias localizações físicas dos serviços clínicos/não clínicos que os integram. Cada departamento é dirigido por um diretor, Médico, Enfermeiro Supervisor ou Chefe ou, quando a especificidade do departamento assim o sugere e recomenda, um técnico superior de saúde e por um administrador hospitalar, munidos de autonomia relativa e poder de decisão sobre os serviços clínicos na sua direta dependência. A estes Departamentos associam-se os Serviços de Apoio, as Comissões Técnicas e os demais Órgãos Consultivos (CHUA, 2018).

Os serviços clínicos, a unidade sistémica da gestão intermédia do CHUA, são organizados, tendencialmente, em redor de uma especialidade médica/cirúrgica, integrando-se nos departamentos referidos em função da similaridade do foco, produção assistencial e das necessidades que lhes estão inerentes almejando “a promoção da otimização dos recursos no interesse comum e uma estruturação vertical da organização e direção de toda área assistencial” (CHUA, 2018, p. 31).

Inserido nesta estrutura organizacional, o Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos (DEUCI) integra um Serviço de Urgência Polivalente (SUP) com Centro de Trauma, localizado em Faro, um Serviço de Urgência (SU) Médico-Cirúrgico (Portimão) e os serviços de urgência básica do Algarve, com as características definidas pelo Despacho n.º 10319/2014 (MS, 2014). O DEUCI inclui também os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) 1 e 2, localizados em Faro e Portimão respetivamente. O SMI 1 inclui as seguintes valências:

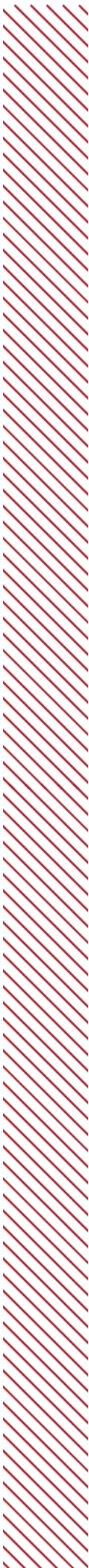
- Sala de Emergência/Reanimação;
- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1 (UCIP 1) - 14 Camas de nível III;
- Unidade de Cuidados Intermédios (UCInt) - 10 Camas de nível I/II;
- Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar (EEMIH);
- 2 Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), alocadas aos serviços de urgência de Faro e Albufeira.

Esta organização funcional precedeu a instituição formal dos Centros de Responsabilidade Integrada [CRI] (Administração Central dos Serviços de Saúde [ACSS], 2018) no SNS, promovendo o desenvolvimento das melhores práticas centradas nas necessidades do doente crítico, fomentando uma metodologia de trabalho coordenado para uma abordagem atempada e eficiente com uma consequente melhoria da qualidade. O internamento no SMI é, por definição, um período transitório para alguns dos doentes críticos, pelo que é parte de um processo e não um fim em si mesmo. O circuito do doente crítico deve iniciar-se precocemente nas Salas de Emergência ou através das Equipas de Resposta Rápida e deve continuar depois da alta do SMI, na consultadoria ou no seguimento pós-alta (Ordem dos Médicos [OM], 2018).

### **1.1.1 Estrutura, recursos físicos e materiais**

A UCIP 1 encontra-se localizada no piso 2 da Unidade Hospitalar de Faro, adstrita ao SUP e à UCInt, com acesso rápido ao Serviço de Radiologia, que se localiza no mesmo piso, e ao Bloco Operatório (BO), através de um elevador de acesso limitado, como preconizado (MS, 2015a; OM, 2018).

A UCIP 1, atentando à classificação europeia emanada pela *European Society of Intensive Care Medicine* [ESICM] (Valentin & Ferdinande, 2011), assumida no âmbito nacional pelo MS (2003) e adotada pelas ordens profissionais mais representativas na saúde, OE (2019a) e OM (2018), é classificada como uma UCI de nível III, classificação atribuída atendendo às valências e recursos disponíveis, técnicas utilizadas e nível de cuidados prestados. Assim, este nível III pressupõe a capacidade para providenciar os cuidados adequados, proporcionais e atempados aos doentes críticos de maior gravidade e complexidade, de acordo com o estado da arte e de forma continuada e sistemática,



dispondo de quadros próprios com equipas funcionalmente dedicadas, com um foco assente numa equipa multidisciplinar e multiprofissional de cuidados (OE, 2019a; OM, 2018; Valentin & Ferdinande, 2011).

A UCIP 1 encontra-se, como já referido, no piso 2 da Unidade Hospitalar, dispõe de 16 camas. Pela limitação de recursos, tanto material com essencialmente humano, encontram-se ativas apenas 14 camas. Desta lotação, 12 camas encontram-se num espaço comum "*Open Space*", atualmente designado pelas recomendações técnicas da tutela como zona aberta de cuidados críticos (ACSS, 2013), separadas entre si por cortinas. Uma cama localiza-se em espaço fechado e a última cama encontra-se em quarto fechado, com todas as condições para abarcar os vários tipos de isolamento, dispondo de antecâmara, casa de banho adaptada e sistema de ar condicionado próprio, com capacidade de gerar pressões, positiva ou negativa, dependendo do tipo de isolamento requerido. Esta organização é ancorada em evidência recente (Marshall et al., 2017; Thompson et al., 2012) que advoga um mínimo de 6 camas por espaço comum, para otimização da eficiência e economia de escala, e um máximo de 12 camas para rentabilizar a vigilância e observação direta. Todos os espaços clínicos dispõem de janelas e luz natural como preconizado (Marschall et al., 2017).

Relativamente às zonas não clínicas, existem várias áreas com finalidades distintas, nomeadamente uma zona de armazenamento de material de consumo clínico, com gestão articulada e informatizada com o Serviço de Aprovisionamento, uma área de armazenamento de material reutilizável e/ou de grande volume, sala de sujos e sala de limpos (com os circuitos de circulação de material rigorosamente definidos), espaço de refeições/copa, uma sala multiusos que dispõe material audiovisual para formações e/ou reuniões, um gabinete da Enfermeira Coordenadora, dois gabinetes médicos, gabinete destinado ao secretariado clínico que também é utilizado para a gestão de visitas e ainda um espaço, adequado para o efeito, para o acolhimento, acompanhamento e reuniões da família/pessoas significativas do doente crítico durante o internamento.

Cada unidade, entendida como a área clínica exclusiva de cada doente (ACSS, 2013), apetrechada de ventilador, com capacidade para executar ventilação invasiva ou não-invasiva, máquinas perfusoras e seringas infusoras, monitorização base (ACSS, 2013; Thompson et al., 2012) invasiva e/ou não invasiva, havendo a possibilidade de alocar monitorização adicional, atendendo à situação clínica e necessidades individuais de cuidados, como medidas de neuromonitorização, com monitorização da Pressão intracraniana (PIC) e índice bis-espectral (*Bispectral Index [BIS®]*) e utilização de monitorização invasiva, usando o sistema PICCO® (*Pulse Contour Cardiac Output*). Existe

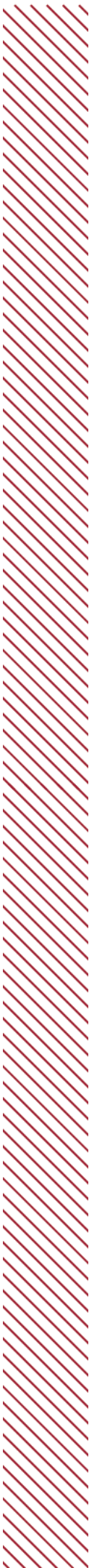
a possibilidade de, em todas as unidades, se efetuarem terapias de substituição da função renal (TSFR), contínua, estendida ou intermitente, estando disponíveis pontos de água e pontos de desperdício de água proveniente do circuito extracorporeal da terapia de substituição renal. Encontram-se dispostos na UCIP 1, 3 carros de urgência, localizados em zonas de fácil acesso, organizados de acordo com o protocolo hospitalar interno.

O Sistema informático usado neste contexto, face às particularidades do mesmo, é específico para Serviços de Medicina Intensiva (*B-ICU.Care*<sup>®</sup>), havendo uma interligação e interoperabilidade de dados provenientes dos outros sistemas informáticos utilizados, nomeadamente dados imagiológicos, laboratoriais e farmacêuticos, que são disponibilizados na aplicação em tempo real, gerando ganhos de tempo e eficiência. São também integrados dados que provêm do monitor e do ventilador, utilizando para isso a central de monitorização existente, localizada numa zona nevrálgica da zona aberta de cuidados críticos.

### **1.1.2 Recursos humanos**

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) de nível III, como já foi previamente referido, devem deter recursos humanos qualificados e funcionalmente dedicados, durante 24h, 365 dias por ano (ACSS, 2013; OE, 2019a; OM, 2018). Esta equipa é constituída por Médicos, Enfermeiros, Secretária clínica e Assistentes operacionais, inteiramente dedicados à UCIP 1 e, no caso do corpo clínico, ao SMI. Existe cooperação estreita com outros profissionais externos à UCIP 1 e mesmo ao SMI, quando assim se considera adequado e necessário, designadamente Médicos de outras especialidades ou com outras competências, Terapia da Fala, Nutrição, Neurofisiologia, Psicologia, entre outras.

De acordo com as orientações recentes por parte da OM (2018), a UCIP 1 tem reconhecida a idoneidade formativa tipo C, nível máximo, que contempla Médicos em formação específica, Médicos especialistas a frequentar o ciclo de estudos especiais em medicina intensiva, denominada via clássica (OM, 2018), e Médicos a frequentar, desde 2017, a especialidade de Medicina Intensiva. Fazem parte do corpo clínico 15 Médicos, maioritariamente detentores da subespecialidade de Medicina Intensiva, além dos clínicos em regime de internato. Face ao estatuto de Hospital Universitário, a UCIP 1 colabora na



formação pré-graduada de Estudantes de Enfermagem e alunos de Medicina em contexto de ensino clínico, bem como na formação pós-graduada no âmbito das pós-licenciaturas de especialização e Mestrados profissionais em Enfermagem.

À data de redação deste documento, a equipa de Enfermagem é constituída por 53 Enfermeiros, na sua maioria Enfermeiros de Cuidados Gerais, um dos quais em funções de gestão. Aproximadamente 37% dos Enfermeiros (20) são detentores do título de Enfermeiro Especialista, 12 são especialistas em EMC, 5 são especialistas em Enfermagem de Reabilitação (ER), 2 em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e 1 Enfermeiro é Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Releva-se a presença, fruto do desenvolvimento de novas áreas dentro das Especialidades (OE, 2018), especificamente na área da EMC, de 1 EEEPSC, concomitantemente ao título detido em EMC.

A dimensão da equipa de Enfermagem cumpre os critérios da OE (2019a), no âmbito do Regulamento da Norma de Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, tendo em conta a taxa de ocupação de 2019. Atendendo à variação sazonal da população na região servida pelo CHUA combinada com a variabilidade da ocupação normal para contextos clínicos deste tipo, estes dados não podem ser utilizados de forma estrita, tendo necessariamente de ter uma adaptação à produção de cuidados que ali são prestados. Salienta-se a subdotação de enfermeiros especialistas em EMC que, segundo a OE (2019a), deveriam ser, preferencialmente, metade do total de enfermeiros, bem como a inexistência de uma Equipa de ER que assegurasse 12 horas de cuidados especializados, por cada 8 doentes (OE, 2019a).

Atendendo à descrição prévia da equipa de Enfermagem da UCIP 1, a maioria dos enfermeiros constituintes são enfermeiros de cuidados gerais, estando a sua prática enquadrada e orientada pelo Regulamento do Perfil de Competências de Cuidados Gerais (OE, 2012) acrescido do enquadramento conferido pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001). No que aos cuidados especializados dizem respeito especificamente, dado o âmbito deste documento, aos Enfermeiros Especialistas em EMC, para além dos documentos citados, acresce o enquadramento concetual dado pelos Regulamentos 140/2019 (OE, 2019b) e 429/2018 (OE, 2018), que regulam as competências comuns e as competências específicas do EEEPSC respetivamente. Enaltece-se o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] (1996) e a Deontologia Profissional de Enfermagem [DPE] (2015) como documentos essenciais e basilares à prática profissional, sejam cuidados gerais ou cuidados especializados, em qualquer contexto, de âmbito clínico ou não.

### **1.1.3 Análise da gestão e produção de cuidados**

O CHUA é a instituição Hospitalar de referência do Algarve sendo, como anteriormente referido, responsável direto pela prestação de cuidados de saúde nesta área de abrangência. Pelo carácter sazonal turístico, com uma percentagem significativa de residentes permanentes oriundos de outros países, estima-se que a população triplique no período de Verão (Instituto Nacional de Estatística, 2013), variações com espectável impacto na procura de cuidados de saúde.

O crescimento exponencial dos custos dos cuidados com os doentes críticos implica decisões baseadas em critérios de qualidade, eficácia/eficiência e segurança com preocupação de rentabilizar os recursos disponíveis e conferir uma resposta atempada e proporcional (OM, 2018). Assim, definido como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (OM, 2008, p. 8), o doente crítico, no paradigma assistencial atual, existe e consubstancia-se fora do âmbito geográfico das UCIs ao contrário do que é classicamente assumido (OM, 2018).

Neste contexto, o SMI 1 é, fruto da organização recente das redes de referência em Medicina Intensiva (SNS, 2016), faz parte do “Eixo Centro Hospitalar do Algarve”, assumindo-se como uma unidade de referência secundária, tendo um papel essencial pela disponibilidade de especialidades e valências, recursos humanos e meios complementares, servindo, como já explanado, os Hospitais Centrais da Área metropolitana de Lisboa para a referência secundária das valências, meios e recursos em falta no CHUA. O CHUA localiza-se numa região que dispõe de 7,6 camas de Cuidados Intensivos (nível 3) por 100 000 habitantes (MS, 2015), superior à média nacional, 6,4/100 000 segundo os dados mais recentes (OM, 2018), mas ainda distante da média europeia, que se cifra nos 11,5/100 000 (Rhodes et al., 2012).

A UCIP 1, no ano de 2019, de acordo com os dados cedidos pelo Diretor Médico e pela Enfermeira Coordenadora, admitiu 443 doentes, cifrando uma taxa de ocupação de 73,01%, com uma demora média de internamento 9,16 dias. A idade média foi de 62 anos com um predomínio do sexo masculino (62,93%). O tipo de admissão mais prevalente foi o doente médico (59,69%), seguido dos doentes submetidos a cirurgia,

urgente (18,10%) ou eletiva (8,41%), doente vítima de trauma (12,29%) e, por último, o doente médico coronário (1,51%).

No período de tempo assinalado a taxa de mortalidade situou-se nos 29,31%, estimando-se uma mortalidade hospitalar dos doentes que estiveram na UCI de 37-39%, atendendo a que existe uma percentagem significativa de doentes que ainda se encontram internados, à data da disponibilização dos dados (Fevereiro de 2020). Dos índices de gravidade mais comumente utilizados, *Simplified Acute Physiology Score II* e o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*, resultaram valores médios de 20 e 47, que estimam uma probabilidade de mortalidade hospitalar de 39-42%, respetivamente. Esta diferença entre a mortalidade real e a mortalidade estimada pelos índices referidos é considerada como um indicador de qualidade (OM, 2018, Vincent et al., 2017).

Um dos indicadores de gestão usados é quantificação a carga de trabalho de enfermagem, utilizando o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28), instrumento validado para a população portuguesa por Moreno e Morais (1997). Referente ao ano de 2019, foi obtido um valor de 36,10 correspondendo a 6,11h/dia de tempo dispendido na prestação de cuidados de enfermagem. Denota-se as limitações deste índice, de carácter retrospectivo às 24h prévias, contabilizando apenas uma diminuta percentagem do tempo de trabalho real (Vincent & Moreno, 2010).

A equipa de enfermagem organiza-se por equipas, para uma prestação de cuidados 24 horas por dia, 365 dias por ano, cuja constituição observa vários critérios, dos quais se salientam a experiência profissional, a formação especializada e a experiência em determinadas áreas da prática clínica, como as TSFR.

Deste modo, a UCIP 1 encontra-se organizada, no que concerne ao período de trabalho de Enfermagem, em 3 turnos: Manhã (8-16h), Tarde (15:30-24h) e Noite (23:30-8:30), sendo que as passagens de turno fazem parte do período normal de trabalho, na sobreposição entre turnos. São 7 o número de Enfermeiros alocados à prestação direta de cuidados, acrescendo, no turno da manhã dos dias úteis, de dois Enfermeiros em funções de gestão. O Enfermeiro responsável de turno é, tendencialmente, um enfermeiro especialista, não necessariamente um Enfermeiro Especialista em EMC, que faz a distribuição do trabalho de Enfermagem para o respetivo turno, acumulando, para além da prestação direta de cuidados, estas funções. Salienta-se a existência de dois pareceres, elaborados conjuntamente pelo Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio de Especialidade de EMC [MCEEMC] (2017, 2018) que

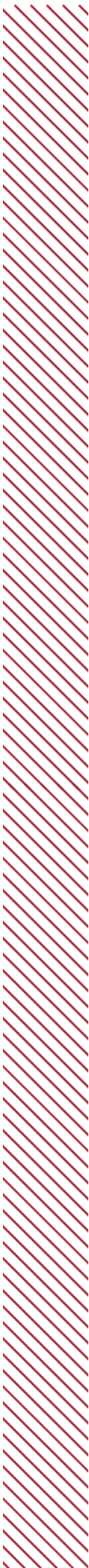
advoga que o profissional mais habilitado para assumir esta função, neste tipo de contexto, deve ser o Enfermeiro Especialista em EMC.

O método de trabalho instituído na prestação de cuidados de Enfermagem, é método individual de trabalho, embora seja de realce o grande trabalho de equipa e de interajuda na equipa multidisciplinar. O rácio Enfermeiro/Doente pode atingir o máximo de 1:2 que, pela taxa de ocupação mencionada, raramente acontece, embora alguns documentos relevantes nacionais (OE, 2019a; OM, 2018) e internacionais (Valentin & Ferdinande, 2011), advoguem um rácio de 1:1, indicação esta baseada na crescente evidência que relaciona o aumento da mortalidade e a diminuição do rácio descrito como inversamente proporcionais (Lee et al., 2017; Neuraz et al., 2015; Sakr et al., 2015).

Pelo conceito moderno de *outreach*, a ação da UCIs abrange o doente crítico *lato sensu*, podendo e devendo abranger abordagens e intervenções a montante ou a jusante (OM, 2018). Neste âmbito, encontra-se sediada na UCIP 1 a EEMIH, composta por Médico e Enfermeiro com competências acrescidas em emergência, instituída em 2015, seguindo as orientações da Direção-Geral da Saúde [DGS] (2010), que dá resposta a situações de emergência e deterioração clínica significativa e objetiva, embora sendo ocasionalmente contactada para funções de colaboração e assessoria. Esta via aferente das UCIs, da emergência interna é, atualmente, critério obrigatório para o reconhecimento da idoneidade formativa (OM, 2018).

## **1.2 Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Entidade Pública Empresarial**

Criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 Março, o CHUC resulta da fusão dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE e do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra. Esta fusão, de acordo com o Decreto-Lei supracitado, é originada pela lógica de promoção e reestruturação, com base em critérios de uniformidade demográfica pretendendo uma melhoria da prestação de cuidados de saúde, garantir às populações diversificação e qualidade de oferta, universalização do acesso e aumento da eficiência dos serviços, incrementando também a importância conferida ao ensino universitário e à investigação científica, clínica e não clínica,



promovendo o seu desenvolvimento e enaltecendo o seu carácter universitário (MS, 2011).

O CHUC baseia-se numa visão estratégica em que se assume como uma organização aberta, integrando uma rede de unidades hospitalares, valências, serviços e tecnologias com o intuito de um atendimento global, humano, próximo, confiável, coerente e transparente à sociedade (CHUC, 2017) que, conseqüentemente, seja distinguível pela qualidade de cuidados, com capacitação inegável para investigação e inovação e que seja impactante na comunidade, garantindo a eficiência e sustentabilidade global (CHUC, 2017). De igual forma, tem como missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação, conhecimento científico e inovação (CHUC, 2017). Inclui vários polos, nomeadamente os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), o Hospital Geral (Hospital dos Covões), a maternidade Dr. Bissaya Barreto, a maternidade Dr. Daniel de Matos, o Hospital Sobral Cid e o Hospital Pediátrico (CHUC, 2017). Dispõe de todas as valências, recursos humanos e tecnológicos e especialidades, dando cobertura à população da região centro do País, sendo o prestador exclusivo para as valências de Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Plástica e Queimados, Cirurgia Maxilo-Facial, Transplantação, Pediatria e *ECMO*.

O modelo de gestão do CHUC baseia-se em estruturas intermédias de gestão, denominadas Unidades de Gestão Intermédia (UGI), constituindo-se como unidades de grande dimensão, agrupando serviços e unidades funcionais, de cariz iminentemente autónomo, de acordo com critérios de homogeneidade e afinidade funcional (CHUC, 2017). Cada uma desta UGI é dirigida por um Diretor Médico, Enfermeiro Supervisor e um Administrador Hospitalar. Existem, à data da realização do estágio, 9 Unidades de Gestão Intermédia (UGIs), agrupando serviços clínicos/não clínicos ao qual se associam serviços de apoio técnico, serviços de apoio geral e outros órgãos consultivos, pontuais ou permanentes (CHUC, 2017).

A UGI da Urgência e Cuidados Intensivos, inserida na estrutura de gestão supracitada, compreende o serviço de Medicina Intensiva, localizado no pólo HUC, um SUP com Centro de Trauma, localizado igualmente no polo HUC, um SUP, integrado no Hospital Geral, com os pré-requisitos emanados pelo já referido Despacho n.º 10319/2014 (MS, 2014). De igual forma, em estreita ligação a cada um destes SU, encontram-se alocadas duas VMER, direcionadas à emergência pré-hospitalar.

Esta organização funcional obedece aos critérios definidos pela ACSS (2018) para os já referidos CRI, promovendo e desenvolvendo a sinergia de meios e valências, orientada

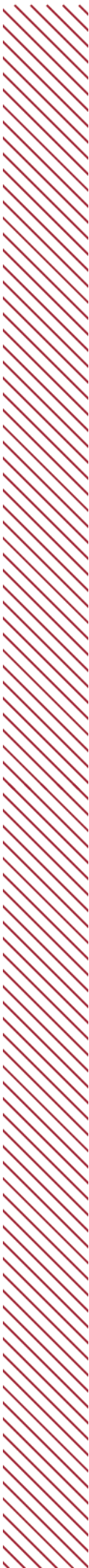
para o doente crítico, de um cariz multidisciplinar, gerando ganhos de eficiência, eficácia e de qualidade.

### **1.2.1 Estrutura, recursos físicos e materiais**

O SMI é constituído por duas unidades, fisicamente separadas, uma situada no piso 1 do edifício central dos HUC e outra localizada no piso -1. Ambas as unidades constituintes do SMI se encontram adstritas a estruturas nevrálgicas essenciais ao diagnóstico e tratamento do doente crítico, nomeadamente próximas do SUP (piso -1), Serviço de Radiologia (piso -1) e BO (piso 1). Para acesso ao BO, existe um elevador exclusivo para o SMI cumprindo, desta forma, o que atualmente é recomendado para esta tipologia de serviço (MS, 2015a; OM, 2018).

O SMI assume uma tipologia de unidade polivalente de nível III, de acordo com os documentos orientadores e normativos referidos no ponto 1.1.1, sendo a única UCI de cariz polivalente no CHUC. Existem outras UCIs nos CHUC mas, pelo seu carácter monovalente e/ou especializado, integram outras UGIs. É exemplo deste facto a UCI de Cirurgia Cardiorácica ou a UCI integrada na unidade autónoma de gestão de transplantação.

A UCI localizada no piso 1, dispõe, na zona aberta de cuidados críticos de 12 unidades, sendo que 2 unidades se encontram sob a forma de boxes, usadas preferencialmente para situações que carecem de isolamento, embora não reúnam as condições necessárias para todos os tipos de isolamentos requeridos, nomeadamente, isolamento respiratório e protetor. A UCI localizada no piso -1, é composta por 8 unidades na zona de cuidados críticos que, para a necessária garantia de privacidade, utiliza barreiras móveis para este fim. Ambas as UCIs têm, na parte não clínica, áreas com objetivos comuns. Deste modo, existem várias zonas para armazenamento de material de consumo clínico e não clínico, organizados consoante o tipo de material, se clínico, não clínico, farmacêutico, equipamento ou se material hoteleiro, cuja gestão devida é partilhada com o serviço hospitalar adequado. A existência de sala de "limpos" e sala de "sujos" é comum a ambas as UCIs, com circuitos de circulação de material prévia e rigorosamente definidos. Em cada uma das UCIs, existe uma zona, denominada como zona administrativa, que integra vários gabinetes, nomeadamente, de secretariado,



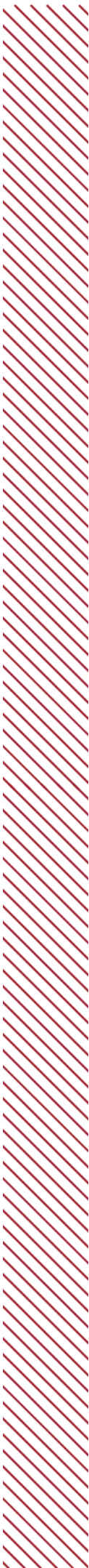
gabinete de Enfermagem, gabinetes médicos, gabinete do Diretor Médico (piso 1) e gabinete da Enfermeira Chefe (piso 1). Existe também uma biblioteca, com material bibliográfico e possibilidade de acesso às bases de dados científicas, espaço este utilizado para formação e reuniões, dispondo de material audiovisual adequado para o efeito. Releva-se a presença de um espaço para a admissão de doentes, garantindo que nenhum material externo ao SMI entra na zona de cuidados críticos, bem como a existência de um espaço adequado, para o acolhimento, acompanhamento e reuniões da família/pessoas significativas do doente crítico durante o internamento. Esta organização está de acordo com a evidência recente já descrita (Marshall et al., 2017; Thompson et al., 2012).

Cada unidade encontra-se equipada com ventilador, capaz de executar ventilação invasiva ou não-invasiva, máquinas perfusoras e seringas infusoras, monitorização base (ACSS, 2013; Thompson et al., 2012) invasiva e/ou não invasiva, sendo adicionada pontualmente equipamento e monitorização suplementar de acordo com as necessidades e a situação clínica específica. No SMI todas as unidades encontram-se preparadas para se efetuarem TSFR, mas apenas de forma contínua.

Os sistemas informáticos disponíveis são comuns aos restantes serviços hospitalares, não havendo, à data do estágio realizado, nenhum sistema informático específico para o SMI embora esteja previsto a sua instalação. Deste modo, todos os dados referentes à documentação dos dados clínicos, da prestação de cuidados e demais registos utilizam o suporte papel.

### **1.2.2 Recursos humanos**

A equipa do SMI do CHUC é constituída por Médicos, Enfermeiros, 2 Secretárias clínicas e Assistentes operacionais, funcionalmente dedicados ao SMI, com a colaboração de profissionais externos ao SMI quando necessário e adequado, para dar resposta 24h por dia, 365 dias por ano (ACSS, 2013; OE, 2019a; OM, 2018; Valentin & Ferdinande, 2011). A complexidade e responsabilidade da prática clínica médica e de enfermagem inerente ao contexto do SMI, requer um corpo de recursos humanos próprio com competências técnicas, teóricas, comunicacionais e relacionais que garantam segurança e qualidade na prestação de cuidados ao doente crítico.



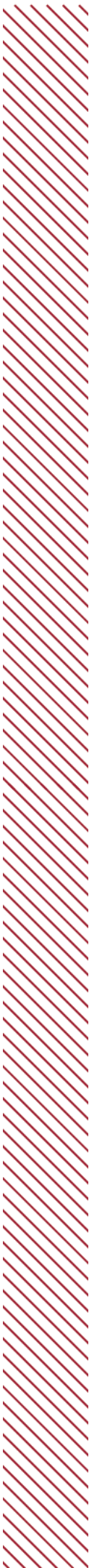
Sendo um SMI de nível C, com as características que já foram alvo de descrição no ponto 1.1.2, fazem parte do corpo clínico 12 Médicos, todos com a subespecialidade de Medicina Intensiva para além dos Médicos em estágio, em contexto do internato de formação específica das diversas especialidades. Denota-se a estreita relação com a formação pré e pós-graduada em Enfermagem, do qual este documento é um exemplo.

A equipa de enfermagem constitui-se de 80 Enfermeiros com distintas categorias no âmbito da recente carreira de Enfermagem (Presidência do Conselho de Ministros, 2019), 1 Enfermeira Gestora, 15 Enfermeiros Especialistas em EMC, 10 Enfermeiros Especialistas em ER e 54 Enfermeiros de Cuidados Gerais. A dimensão da equipa de Enfermagem cumpre os critérios da OE (2019a), no âmbito do Regulamento da Norma de Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Releva-se, de igual forma com a UCIP 1 do CHUA, a subdotação de Enfermeiros Especialista em EMC que deveriam ser preferencialmente metade do total de enfermeiros alocados à prestação direta de cuidados (OE, 2019a).

De igual forma, atendendo à transversalidade dos documentos orientadores, enquadradores e definidores para a prática de Enfermagem, os Enfermeiros de Cuidados Gerais e, pelo âmbito deste relatório, os Enfermeiros Especialistas em EMC, regem-se pelos documentos já elencados no ponto 1.1.2.

### **1.2.3 Análise da gestão e produção de cuidados**

O CHUC é a instituição de fim de linha (SNS, 2016) para a região centro do País detendo todas as especialidade e valências. Atendendo ao atual modelo de organização hospitalar do SNS, por níveis progressivamente mais complexos, intrinsecamente ligados através de canais e redes de referência, o SMI do CHUC é o serviço “fim de linha” para a rede de referência da Região Centro no que à Medicina Intensiva diz respeito, como, pontualmente, para o resto do país, aquando da indisponibilidade das valências nas outras regiões. Assim, o SMI é referência primária para a sua área geográfica de abrangência, referência secundária para a região centro e SMI de referência terciária para o resto do país. De igual forma, é a única instituição hospitalar no centro do país que dispõe de cuidados Neurocríticos.



A equipa de Enfermagem está organizada em 3 grandes grupos com funções díspares embora complementares: uma responsável pela gestão, formada por dois elementos, um segundo grupo, que se constitui por 9 elementos, todos Enfermeiros Especialistas em ER, objetivando a prestação de cuidados no âmbito das suas competências específicas, e o terceiro grupo, de maior dimensão, constituída por Enfermeiros de Cuidados Gerais e Enfermeiros Especialistas em EMC, orientada para a prestação direta de cuidados. A equipa de Enfermagem, para a prestação de cuidados, organiza-se por equipas, para uma prestação de cuidados 24 horas por dia, 365 dias por ano, cuja distribuição atenta a critérios vários, dos quais se salientam a experiência profissional, a formação especializada e a experiência profissional em determinadas áreas da prática clínica específica.

O SMI, no que ao período de trabalho da equipa de Enfermagem diz respeito, encontra-se organizado em 3 turnos: Manhã (8-15:30), Tarde (15-23h) e Noite (22:30-8:30) onde as passagens de turno fazem parte do período normal de trabalho, no período de tempo sobreposto. No turno da manhã estão presentes 17 Enfermeiros, 2 Enfermeiros em funções de gestão, 3 Enfermeiros especialistas em ER, a prestar cuidados no âmbito da sua formação especializada, e 12 Enfermeiros alocados à prestação de cuidados. No turno da tarde estão presentes 13 Enfermeiros, 12 Enfermeiros na prestação de cuidados e 1 Enfermeiro, na área da ER. No turno da noite estão presentes 10 Enfermeiros.

Em cada Unidade e nos turnos da tarde e noite, assume a coordenação do turno, tendencialmente, um Enfermeiro Especialista em EMC, com um perfil de competências adquirido, que se encontra definido em documento aprovado pela hierarquia de Enfermagem. Estas funções são acumuladas com a prestação de cuidados. O método de trabalho é o método individual de trabalho e a teoria em que assenta a prestação de cuidados é o modelo das atividades de vida, postulado por Roper et al. (2001).

No turno da manhã a unidade dispõe de 3 Enfermeiros Especialistas em ER, 2 Enfermeiros responsáveis pelos cuidados aos doentes internados na unidade do piso +1, e outro na unidade do piso -1. No período da tarde existe um Enfermeiro Especialista em ER, responsável por prestar cuidados aos doentes que não receberam programa de ER no turno da manhã e/ou que, pela situação clínica e/ou necessidades de cuidados, carecem da repetição ou incremento do programa de reabilitação. Esta organização de cuidados de Enfermagem de Reabilitação cumpre assim o emanado pela OE (2019).



O rácio Enfermeiro/doente pode atingir o máximo de 1:2, embora seja objetivo do SMI, de acordo com a informação obtida junto da Enfermeiro Chefe, atingir o rácio de 1:1 a médio prazo, com 50% da equipa formada por Enfermeiros Especialistas em EMC, cumprindo assim os documentos normativos já referidos no ponto 1.1.3.

Como já referido, pelo conceito de *outreach* atualmente aceite como estado da arte, o SMI dispõe de uma equipa de emergência apenas orientada para as situações de paragem cardiorrespiratória (PCR), contrariamente às recomendações da DGS (2010a), que advogam a existência de uma equipa multidisciplinar, com competências acrescidas em emergência médica, que respondam a situações de emergência e, não somente, a circunstâncias de PCR.

Não foi possível caracterizar a casuísta da prestação de cuidados, gestão e produção de cuidados do SMI pela impossibilidade de obtenção e tratamento, em tempo útil, dos dados considerados por nós necessários.

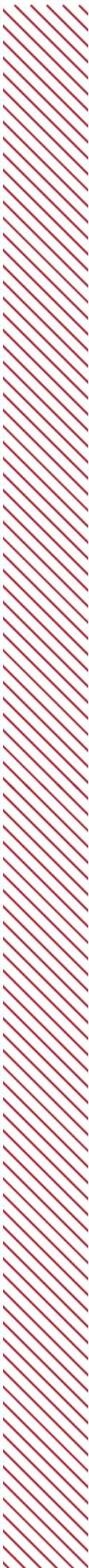
## **2. INTERVENÇÃO PROFISSIONAL MAJOR**

Atualmente, as iniciativas centradas na segurança do doente, como refere Fragata (2011), focam-se essencialmente nos sistemas e processos, devidamente enquadradas na cultura de segurança instalada, ao invés da abordagem centrada nos agentes diretos da prestação de cuidados de saúde. Desta forma, face ao desenvolvimento exponencial do manancial tecnológico disponível, do conhecimento produzido e da investigação em saúde realizada, urge a adoção e utilização de processos e recursos para uma melhoria dos resultados em saúde. Desta forma, enaltece-se o planeamento em saúde, como conceito central e a prática baseada em evidência para acrescentar valor aos cuidados de saúde (Issel, 2014), melhorar a experiência do utilizador, nomeadamente no que concerne à qualidade e confiabilidade dos cuidados de saúde (Apóstolo, 2017).

Neste contexto a Enfermagem, profissão autorregulada, intelectual e de cariz científico, reconhecida como uma disciplina do conhecimento, encontra-se numa posição central para fazer face aos desafios complexos que são colocados sistematicamente nas organizações de saúde e na prestação de cuidados de saúde.

No âmbito da UC do Estágio Final, em paralelo com a aquisição e desenvolvimento das competências clínicas, foi desenvolvida e operacionalizada uma IPM, com relevo acrescido relativamente às outras atividades que integraram o estágio, enquadrada na linha de investigação "Segurança e Qualidade de Vida", definida para o ME, na área de Especialização em EMC, na vertente da PSC.

O planeamento em saúde, definido como o uso de recursos de forma racional com a finalidade de atingir os objetivos fixados, para reduzir e mitigar os problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação e organização dos esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos (Imperatori & Giraldes, 1993; Issel, 2014). Deste modo, o planeamento em saúde adequa-se como modelo em que se alicerça a IPM planeada e executada, surgindo de uma lacuna identificada, de forma multidisciplinar, cujo teor será explicitado num outro ponto deste documento.

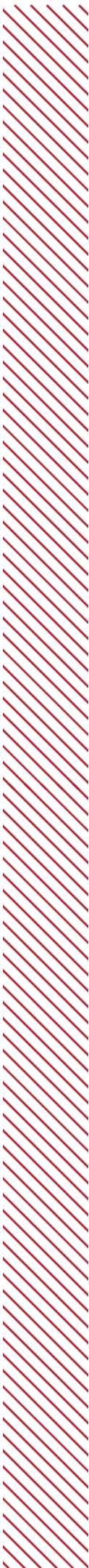


Para a consecução prática da IPM, adotou-se a metodologia de projeto (Ruivo et al., 2010) como linha orientadora que, para além de refletir os conceitos fundamentais do planeamento em saúde, visa a resolução de problemas, permitindo assim a aquisição de conhecimentos e competências na elaboração de projetos numa situação concreta e real (Ruivo et al., 2010). Desta forma, a metodologia de projeto assume a estreita ligação entre a teoria, a investigação e a prática, atendendo a que esta se baseia no conhecimento teórico e da evidência para uma consequente aplicação em contexto prático (Ruivo et al., 2010), instigando assim a aplicação da prática baseada na evidência. O planeamento em saúde, assim como a metodologia de projeto, deve necessariamente ser encarado como um processo dinâmico, consistente e ininterrupto, flexível e iminentemente aberto, sendo exequível a integração de novos dados e estratégias, reformulando caso necessário, nunca considerando cada etapa como encerrada (Imperatori & Giraldes, 1993; Issel, 2014; Ruivo et al., 2010).

Portanto, como já referido, assume-se a metodologia de projeto como orientação da IPM, com as suas 5 etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento e execução, avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010), partilhando premissas com o processo clássico de gestão estratégica (Costa et al., 2019), bem como o MMPBE, modelo concetual escolhido para nortear a IPM, que merecerá uma descrição concisa num ponto posterior. Para além da descrição destas etapas, considera-se necessária uma breve fundamentação da problemática, com uma descrição dos conceitos centrais associados a esta.

## **2.1 Problemática: Da Segurança do Doente à Notificação de Eventos Adversos**

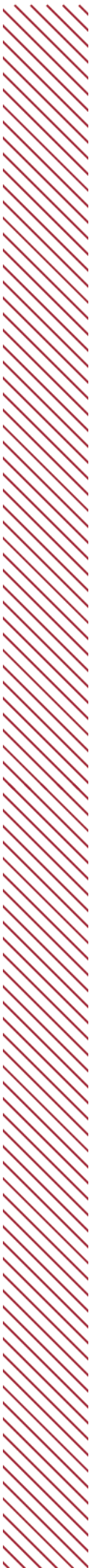
A segurança do doente, enquanto componente basilar e estruturante da qualidade em saúde, tem sido gradualmente reconhecida, principalmente nas últimas duas décadas, com uma visibilidade e relevância crescente (Fragata, 2011) com um crescimento sustentado, organizado e pragmático, emergindo e divergindo deste tema global e amplo, várias áreas de interesse, estudo e investigação, do qual se destaca o erro clínico e a sua gestão e, especificamente, a notificação de incidentes/eventos adversos.



A Organização Mundial da Saúde [OMS] (2009a), num enquadramento concetual arrogado para Portugal pela DGS (2011a), define evento adverso como sendo um evento ou circunstância em que resulta dano para o doente. Estes eventos são responsáveis por cerca de 1-5% da mortalidade hospitalar, contribuindo para um aumento da morbilidade, duração e custo do internamento hospitalar (Hogan et al., 2012; James, 2013; Sousa-Pinto et al., 2018), estimando-se que seja a terceira causa de morte evitável nos EUA (Makary & Daniel, 2016).

Neste contexto, a notificação/*report* destes eventos é considerado um dos meios de prevenção mais eficientes (Fragata, 2011; Garrouste-Orgeas et al., 2016; Heavner & Siner, 2015), pois serve de base à análise de causa-raiz do incidente, relato de eventos e à análise retrospectiva do evento (Fragata, 2011), com o objetivo de formular e disseminar recomendações para uma mudança do sistema para a prevenção futura do erro/incidente (Brunsveld-Reinders et al., 2016). Deste modo, transita-se de uma cultura de resolução de problemas, essencialmente reativa, para uma perspetiva antecipatória, de índole preventiva quando possível e/ou exequível, dos mesmos em situações futuras similares. Apesar do descrito, releva-se na literatura a evidência da subnotificação de eventos adversos, de causas várias, com potenciais consequências deletérias para a segurança do doente e resultados clínicos sensíveis à prestação de cuidados de saúde (Brunsveld-Reinders et al., 2016; Heavner & Siner, 2015).

O doente crítico, definido como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (OM, 2008, p. 8), especialmente aqueles que reúnem os critérios para a admissão em UCIs, contexto clínico para onde foi concebido e estruturado a IPM em causa, estão particularmente vulneráveis ao risco associado aos cuidados de saúde. Esta vulnerabilidade potencia a ocorrência de eventos adversos, pela doença crítica em si, pelas inúmeras intervenções diagnósticas e terapêuticas, por vezes simultâneas e/ou emergentes, mas também pelas características próprias de uma UCI, um sistema complexo, extremamente tecnológico com períodos pontuais e frequentes de alta pressão (Pronovost & Rubenfeld, 2009). Deste modo, como refere Garrouste-Orgeas et al. (2016), é de todo evidente a necessidade de sistemas adaptados às UCIs, em circuito fechado dentro do próprio contexto (notificação, análise, implementação de mudança e feedback). Assim, o contexto clínico onde se desenvolveu a IPM, inserido no Estágio Final, uma UCI de nível 3, carece de um sistema de notificação do erro, nomeadamente de eventos adversos, estando apenas disponível o sistema de notificação da Organização Hospitalar, não sendo sensível, específico e adaptável ao contexto clínico



e ao processo, complexidade e dinâmica inerente à prestação de cuidados de uma UCI deste nível.

Sendo os enfermeiros profissionais basilares e indispensáveis à prestação de cuidados de saúde, estes assumem um papel central e essencial para a promoção e aumento da cultura da segurança dos doentes, assim como da gestão de risco. Desta forma é premente a investigação, desenvolvimento e operacionalização de projetos relativos à qualidade, segurança do doente e gestão de risco, de forma a cumprir os enunciados descritivos emanados pela OE (2015b), referentes aos padrões de qualidade dos cuidados especializados de Enfermagem em PSC, essenciais para a organização dos cuidados Especializados.

Face ao exposto considerou-se atual, relevante, pertinente e justificada a intervenção que se submeteu à apreciação da Instituição do Ensino Superior que detém a gestão administrativa do ME (Apêndice A), a qual mereceu a aprovação (Anexo B), denominado “Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos”, enquadrado na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, definida para o Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica.

## **2.2 Enquadramento Conceptual e Teórico**

Como previamente referido, seguir-se-á uma breve descrição do MMPBE, uma explanação sumária dos conceitos da qualidade em saúde e segurança do doente e, neste âmbito, sobre a gestão de risco, do erro e da notificação de eventos adversos.

### 2.2.1 Modelo para a mudança da prática baseada em evidência

“Uma disciplina é definida por metas, estrutura e substância. (...) Tem lógica fundamental e processos racionais intrincados que ligam as suas partes”<sup>1</sup> (Meleis, 2012, p. 87) e, como refere também esta autora, todas as disciplinas formam-se em torno de um domínio de conhecimento. A Enfermagem como disciplina, não foge ao seu corpo próprio de conhecimento, tendo necessariamente de ter como *core* essencial, basilar e definidor os fenómenos com os quais a Enfermagem se depara, como ciência e disciplina (Meleis, 2012) que se substancia, na prática clínica especializada, na existência de um quadro de referências para o “exercício profissional do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica” (OE, 2015b, p. 17243).

Ancorado no pressuposto prévio, têm sido elencadas algumas formas de organização do conhecimento em Enfermagem, sendo a estrutura oligárquica, postulada por Fawcett (2005), a mais comumente utilizada e citada. Assim, de acordo com esta organização hierárquica, o conhecimento em Enfermagem está organizado em cinco elementos (metaparadigma, filosofias, modelos conceptuais, teorias e indicadores empíricos), consoante o com o seu nível abstrato/concreto.

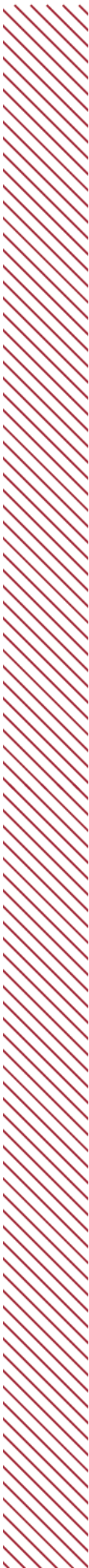
“Teoria e o pensamento teórico estão intrinsecamente entrelaçados com o avanço do estudo em qualquer disciplina”<sup>2</sup> (Meleis, 2012, p.7), pelo que, para esta autora de referência, uma teoria é uma articulação sistemática, coerente, organizada de um conjunto de afirmações relacionadas com questões significativas numa disciplina e que são comunicadas de forma global e significativa ou, como refere Fortin (2009), numa definição mais operacional e pragmática, teoria é “um conjunto coerente de conceitos, de proposições e de definições, visando descrever, explicar ou prever fenómenos.” (p. 15). A definição do mapa concetual comum sobre o que é uma teoria de enfermagem tem sido complexa e problemática, não havendo concordância na literatura (Meleis, 2012), variando os conceitos e definições de teoria de Enfermagem, do foco subjacente das mesmas, contextos, variáveis envolvidas e grau de abstração das mesmas (Peterson & Bredow, 2013; Smith & Liehr, 2018).

A Prática Baseada na Evidência (PBE) é definida, num sentido mais lato, na integração da melhor evidência, proveniente de uma pesquisa organizada, sistemática e sistematizada, conjugada com a experiência, o julgamento clínico, os valores e as

---

<sup>1</sup> “A discipline is defined by goals, structure, and substance. It also has fundamental logic and thought processes embedded within, connecting its parts”. (Meleis, 2012, p. 87)

<sup>2</sup> “Theory and theoretical thinking are intricately intertwined with advancing scholarship in any discipline.” (Meleis, 2012, p.7)



preferências do doente na tomada de decisão clínica fundamentada (Larrabee, 2011; Pearson et al., 2005; Reavy & Tavernier, 2008).

O modelo conceitual escolhido para nortear para a IPM bem como o processo de aquisição e desenvolvimento de competências foi o MMPBE de June Larrabee, na sua revisão mais recente (2011). Apesar dos vários modelos teóricos considerados neste âmbito, da PBE aplicada ao exercício profissional de Enfermagem, particularmente na prática de Enfermagem Especializada, nomeadamente o Modelo de Iowa para a PBE (Satterfield et al., 2009), o Modelo de PBE para Enfermeiros de Reavy e Tavernier (2008) ou o Modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do *Joanna Briggs Institute* (Pearson et al., 2005), o MMPBE é aquele que condensa os diferentes postulados dos modelos referidos, de uma forma mais concreta e operacional e cuja aplicabilidade clínica já foi amplamente testada.

A PBE, a utilização da investigação e pesquisa e os aspetos teóricos e empíricos ligados à mudança servem de base ao MMPBE, publicado inicialmente por Rosswurm e Larrabee (1999), pretendendo o modelo referido, orientar todo o processo de mudança para uma prática baseada na evidência. Este modelo, ancorado na experiência da progressiva aplicação clínica nos diversos contextos da prática de cuidados, motivou a necessidade de uma revisão e aperfeiçoamento, integrando a qualidade, nomeadamente a qualidade dos cuidados de Enfermagem, a melhoria contínua da qualidade e os seus conceitos afins, na versão revista (Larrabee, 2011).

Este modelo emerge da constatação da dificuldade apresentada pelos profissionais de saúde em sintetizar e integrar na prática clínica os dados empíricos, priorizando uma prática clínica baseada na evidência, baseado num raciocínio concreto, interativo e crítico, envolvendo e incrementando a investigação em enfermagem, em prejuízo da prática exclusivamente intuitiva, opinativa e decorrente da experiência individual (Larrabee, 2011; Rosswurm & Larrabee, 1999). O MMPBE enfatiza que a mudança da prática deva basear-se numa conjugação da experiência clínica relevante, da identificação e análise crítica dos dados e de uma pesquisa pertinente. Esta combinação potencia a melhoria da tomada de decisão clínica com a expectável e consequente melhoria e desenvolvimento da qualidade e segurança do doente, culminando em melhores resultados em saúde e cuidados de saúde adaptados e individualizados (Larrabee, 2011). Este modelo apresenta uma perspetiva horizontal, ao nível da prestação de cuidados mas também um vetor vertical, implicando os líderes de enfermagem, em funções de supervisão clínica e gestão operacional/estratégica, elementos essenciais para a motivação e sucesso na mudança efetuada baseada na PBE, bem como as organizações profissionais de enfermagem, responsáveis pela determinação

dos padrões de qualidade, da formação até à prática de Enfermagem e, especificamente, no que importa para este relatório, da prática especializada em Enfermagem (Larrabee, 2011).

Releva-se o paralelismo entre o MMPBE e as metodologias aplicadas às revisões da evidência, sistemáticas e integrativas, com etapas e procedimentos comuns e/ou equivalentes, bem como a congruência apresentada entre o modelo descrito e a metodologia de trabalho de projeto (Ruivo et al., 2010), linha orientadora da IPM, já que ambos se baseiam numa premissa comum, de resolução de problemas, e no paralelismo entre a investigação, a teoria e a prática (Ruivo et al., 2010).

O MMPBE, na versão revista (Larrabee, 2011), engloba 6 etapas:

**Etapa 1 – Avaliar a necessidade de mudança da prática** - consiste em identificar e incluir as partes interessadas (*Stakeholders*) no problema prático, colher dados internos sobre a prática atual e compará-los com os dados externos para confirmar a necessidade de mudança, identificar claramente o problema e relacioná-lo com intervenções e resultados;

**Etapa 2 – Localizar as melhores evidências** – Compreende a identificação da melhor evidência disponível, atual e relevante, através de um adequado planeamento da metodologia de pesquisa, definição dos instrumentos de avaliação e análise crítica das fontes assim como a metodologia de organização dos dados para a síntese;

**Etapa 3 – Fazer uma análise crítica das evidências** – Consiste na aplicação dos instrumentos de avaliação e análise crítica previamente definidos, síntese da evidência de forma a avaliar a qualidade da mesma, a viabilidade, os benefícios e os riscos da aplicação e integração na prática clínica;

**Etapa 4 – Projetar a mudança na prática** – Engloba a definição da mudança proposta, identificando-se os recursos e valências necessárias e planeando-se as estratégias de implementação do plano definido e a respetiva avaliação;

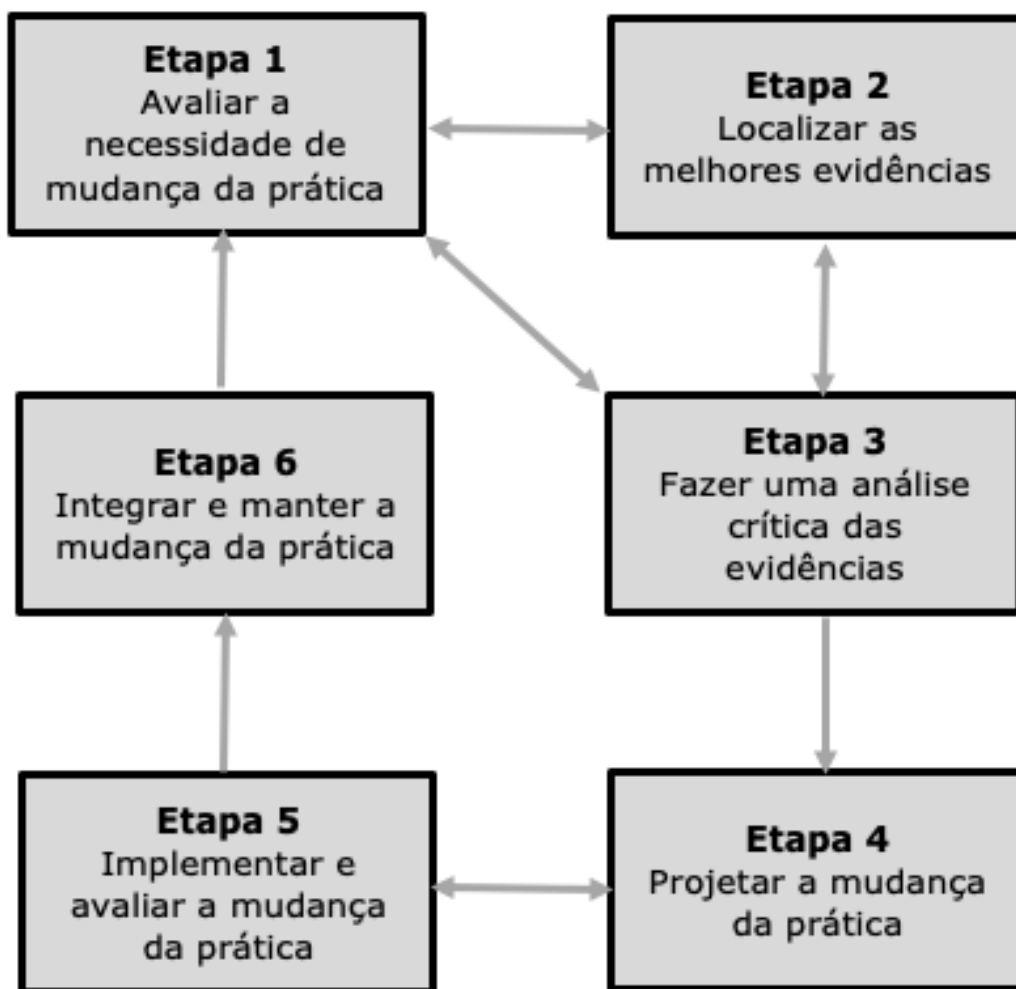
**Etapa 5 – Implementar e avaliar a mudança da prática** - Inclui a implementação e operacionalização do plano definido, avaliação do processo, resultados e custos e, ancorada nesta análise, o desenvolvimento das conclusões e recomendações;

**Etapa 6 – Integrar e manter a mudança na prática** - inclui a comunicação da mudança às partes interessadas, integrar e implementar a nova prática associada a

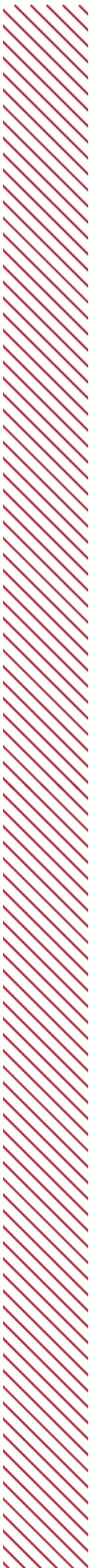
uma adequada monitorização de processo e resultados. Deve também incluir a disseminação dos resultados do projeto.

As etapas descritas por Larrabee (2011) não são estritamente lineares (Figura 1), apesar do caráter iminentemente progressivo pois, sempre que necessário, pode-se retomar a etapas anteriores atendendo a que "as actividades de cada etapa podem gerar actividades de outra etapa" (Larrabee, 2011, p.37).

**Figura 1** – Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências



Fonte: Adaptado de Larrabee (2011)



O MMPBE já foi aplicado e amplamente testado em diversos contextos, constituindo-se como um instrumento válido para a orientação e resolução de problemas práticos e concretos. Releva-se, de entre os projetos referidos pela autora, face ao contexto onde foi implementada a IPM, aqueles que tiveram por base o doente crítico, nomeadamente a avaliação da sedação no doente adulto em UCI, os cuidados de higiene oral no doente crítico, as estratégias para diminuir a contaminação de nutrição entérica e a utilização de solução salina antes da aspiração traqueal (Larrabee, 2011). Apesar da ampla aplicabilidade prática deste modelo, o seu sucesso é indissociável dos veículos promotores da mudança, os Enfermeiros, e das aprendizagens e aquisições de competências destes, para uma implementação capaz, ampla e sustentada da mudança (Larrabee, 2011).

Assim, face ao contexto clínico de implementação da IPM, conjugado com a análise efetuada do referido modelo, justifica a sua escolha como modelo teórico que orienta a IPM desenvolvida, pela sua adequação e adaptabilidade à prestação de cuidados ao doente crítico bem como a sua utilidade para a investigação e prática clínica.

### **2.2.2 Qualidade em saúde e a segurança do doente**

Entendendo-se a qualidade de saúde como um conceito dinâmico, permanentemente em mutação e desenvolvimento, em estreita dependência do contexto onde esta é tratada (Eiras, 2011), a sua definição estará permanentemente subordinada à perspetiva, visão e valores de quem a define (DGS, 2015a), podendo ser definida a diferentes níveis e através de várias vertentes, ao nível do utilizador, do prestador ou do gestor (Eiras, 2011).

Assim, neste contexto, qualidade em saúde é definida, pela DGS (2015), como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p. 16), sendo, no Plano Nacional da Saúde atualmente em vigor (Revisão e Extensão a 2020), um dos 4 eixos estratégicos. Este conceito tem estado presente ao longo da história dos cuidados de saúde, desde Hipócrates até Florence Nightingale (Campos et al., 2010), mas apenas assumiu uma definição concreta e razoavelmente aceite por Avery

Donabedian, nos anos 60, baseada na tríade resultados, processos e estrutura, ao qual se associaria a segurança, no final do século XX (Fragata, 2011).

A Publicação do relatório “*Crossing the Quality Chasm*”, pelo *Institute of Medicine* [IOM] (2001), documento fundamental para a visibilidade e importância dada à qualidade em saúde, elenca as suas componentes essenciais: efetivo, eficiente, acessível, centrado no doente, equitativo e seguro. Estas componentes foram assumidas e desenvolvidas pela OMS (2006), que as integrou na sua definição de qualidade em saúde, a qual se mantém atual. Assim, a OMS (2006) sugere uma definição, numa perspetiva global e preocupada com os resultados em saúde, de qualidade em saúde que procure melhorias em seis áreas ou dimensões, a saber:

Efetivo – prática baseada na evidência com orientação para os resultados;

Eficiente – prestação de cuidados que maximize os recursos e minimize o desperdício;

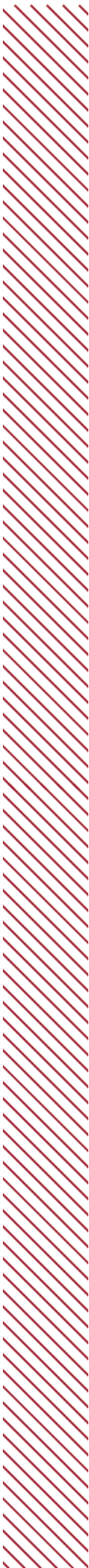
Acessível – cuidados atempados, proporcionais, no local e com os profissionais adequados;

Aceitável/Centrado no doente – adaptados às preferências e expectativas do doente;

Equitativo – cuidados que não variam em qualidade devido às características pessoais ou sociodemográficas;

Seguro – cuidados que minimizem o risco.

As disposições enumeradas no referido Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020, foram plasmadas no ordenamento jurídico através do Despacho n.º 5613/2015, emanado pelo MS, onde se refere que a qualidade e segurança no sistema de saúde são imperativos éticos (MS, 2015b). De igual forma, Larrabee (2011) nota que a qualidade dos cuidados é uma premissa da responsabilidade ética associada aos cuidados em saúde, assumindo, de grosso modo, os princípios do modelo principialista para a bioética de Beauchamp e Childress (2001) na procura de atividade assistencial de alta qualidade. Corroborando esta afirmação, a OE (2015b, 2017), transcreve as premissas fundamentais dos documentos citados em padrões de qualidade a serem observados, no que ao âmbito deste documento diz respeito, na prática profissional dos Enfermeiros Especialistas em EMC e em Enfermagem à PSC, enaltecendo a importância da qualidade em saúde e dando relevo ao papel do Enfermeiro Especialista para responder à maior exigência de padrões de qualidade em saúde e à gradual diversificação e aumento exponencial da complexidade das problemáticas em saúde (OE, 2015b).



A segurança do doente é um dos pilares indissociáveis da qualidade em saúde, especificamente na prestação de cuidados de saúde, onde a abordagem a estas vertentes é comumente realizada de forma conjunta e/ou coordenada, sendo impactante nos resultados clínicos, financeiros e administrativos, criando valor e satisfação dos alvos da prestação de cuidados (Fragata, 2011; ICN, 2012). Neste contexto, é frequentemente realçada a complementaridade e interdependência destas dimensões, encaradas frequentemente como parte de um contínuo (Eiras, 2011; Fragata, 2011).

Segurança do doente, na definição mais frequentemente utilizada, é a “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” sendo “direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição a risco de não tratamento” (DGS, 2017a, p.4), ou, numa definição essencialmente concreta e operacional, a redução do erro, risco e dano no contexto da prestação de cuidados de saúde (OMS, 2019). Infere-se, destas definições, a noção da inerência do risco à prestação de cuidados de saúde, sendo universalmente aceite a impossibilidade da eliminação do erro neste contexto específico (OMS, 2019).

A segurança do doente ganhou visibilidade e passou a ser uma prioridade no âmbito das organizações de saúde, aos vários níveis, desde a gestão de topo até à prestação direta de cuidados, após a publicação, pelo IOM, do relatório “*To err is Human*”, pela quantificação da mortalidade associada ao erro nas organizações de saúde, enaltecendo a importância e influência dos fatores sistémicos e organizacionais nos dados apresentados (Fragata, 2011).

Desde a publicação deste relatório, tem-se assistido a um movimento global focado na segurança do doente, como a génese de diversos organismos e a criação de inúmeras iniciativas de melhoria deste âmbito, de onde se salienta a *World Alliance for Patient Safety* (OMS, 2004) e a declaração da Comissão Europeia “*Patient Safety – making it happen*” (2005), que assumem a segurança do doente como um objetivo estratégico, enumerando várias áreas de melhoria. De igual forma, também as sociedades científicas têm congregado esforços, nomeadamente no âmbito da Medicina Intensiva onde a ESICM, com a publicação da *Viena Declaration*, em 2009, elenca e assume como prioritário a investigação, prevenção, monitorização e operacionalização de medidas corretivas e preventivas, com o intuito de incrementar a segurança do doente (Moreno et al, 2009), tendo já produzido diversas iniciativas e publicações, de onde se salienta a série de estudos multicêntricos *Sentinel Events Evaluation* (Valentin et al., 2006; Valentin

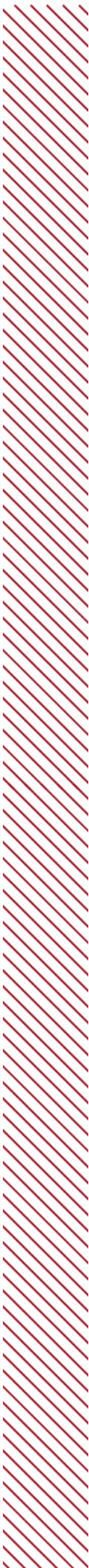
et al. 2013) ou o interessante estudo de Garrouste-Orgeas et al. (2015), que se foca nas consequências da percepção do erro nos prestadores de cuidados de saúde.

A maioria destes documentos foram assumidos para a realidade nacional, culminando no atual Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (MS, 2015c), que, como referido no preâmbulo, refere a segurança como um direito do cidadão, essencial para a confiança no sistema de saúde. Este plano define 8 objetivos estratégicos, com a definição das ações a empreender, as entidades responsáveis por estas e os indicadores a serem atingidos (MS, 2015c). Realça-se o Objetivo Estratégico 8 –assegurar a prática sistemática de notificações, análise e prevenção de incidentes, que se relaciona com o cerne da IPM, e que merecerá uma análise concetual própria.

Releva-se também o papel indispensável dos prestadores de cuidados de saúde, especificamente os Enfermeiros, para a melhoria da qualidade em saúde e da segurança em saúde, como fonte de informação para a melhoria dos sistemas e organizações de saúde, mas também como unidade individual e base para a implementação de intervenções e projetos que visam a melhoria contínua da qualidade, diminuição do erro, aumento da segurança do doente e da percepção deste aumento, devendo ser um veículo essencial para a investigação e formação, utilizando a PBE neste processo (Larrabee, 2011; Pearson, 2005).

Por fim, para contextualizar, importa também, baseada na estrutura concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (DGS, 2011a), definir os conceitos por nós considerados centrais nesta temática:

- **Erro** define-se como a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Pode ser por prática incorreta (comissão) ou ausência da prática correta (omissão);
- **Incidente** é um evento/circunstância que poderia resultar ou resultou em dano desnecessário. Dentro desta definição são englobados os seguintes conceitos:
  - **Ocorrência comunicável** é uma situação com significativo potencial para causar dano, mas em que a situação não ocorreu;
  - **Quase evento** é um incidente que não alcançou o doente;
  - **Evento sem dano** é um incidente em que um evento alcançou o doente, mas que não resultou em danos discerníveis;
  - **Evento adverso** (Incidente com danos) é um incidente que causou dano ao doente;

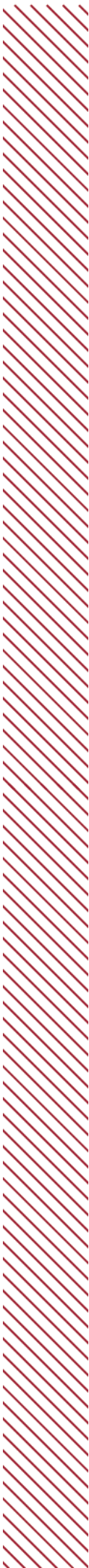
- 
- **Dano** implica prejuízo na estrutura/funções do corpo e/ou qualquer efeito deletério daí resultante;
  - **Evitável ou prevenível** é o incidente considerado como escusável num determinado conjunto de circunstâncias ou contexto;
  - **Análise de causa raiz** define-se como uma abordagem fundamentalmente reativa de avaliação do risco que contribui para a criação e desenvolvimento de ações e medidas para a mitigação do risco sendo um processo organizado e sistemático onde os fatores que contribuem para um incidente são identificados, reconstruindo a sequência de acontecimentos e levantando questões até que sejam determinadas ou esclarecidas as causas raiz subjacentes (fatores contribuintes ou riscos).

### 2.2.3 Gestão do risco, do erro e notificação de eventos adversos

A segurança do doente é uma das principais dimensões da qualidade em saúde e a gestão de risco, um dos instrumentos para a sua garantia (DGS, 2015a), sendo uma componente essencial na persecução de uma cultura de segurança de uma organização, na medida em esta deve ser aplicada de forma transversal, coordenada e sistemática em todas as atividades desenvolvidas nos diferentes níveis devendo “ser integrado no processo operativo (...) de cada profissional, como fazendo parte da sua filosofia de trabalho” (Fragata, 2011, p. 242). A gestão de risco clínico, de acordo com este autor, corresponde a um conjunto de medidas e iniciativas destinadas a melhorar a segurança e, por consequência, a qualidade da prestação de cuidados de saúde. A gestão de risco assenta, essencialmente, em quatro pilares alicerçados num programa de formação estruturado (Card et al., 2012; Ramos & Trindade, 2011; Sheffer et al. 2018), sendo eles:

- Sistema de Relato de Incidentes;
- Identificação e Avaliação do Risco;
- Monitorização de Indicadores de Segurança do Doente;
- Auditoria com Instrumentos de Melhoria Contínua.

Como referido em epígrafe, os sistemas de notificação de incidentes são um dos pilares dos sistemas de gestão de risco, sendo unanimemente considerado um dos meios



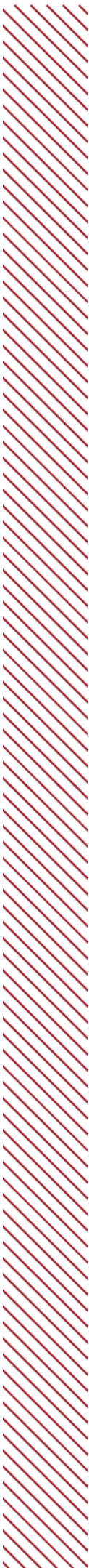
de prevenção mais eficientes de incidentes (Garrouste-Orgeas et al., 2016; Heavner & Siner, 2015; MS, 2015d), pois serve de base à análise de causa-raiz do incidente, relato de eventos e à análise retrospectiva do evento (Fragata, 2011), com o objetivo de formular e disseminar recomendações para uma mudança do sistema para a prevenção ou redução da incidência futura do incidente (Brunsveld-Reinders et al., 2016). Deste modo, transita-se de uma cultura de resolução de problemas, essencialmente reativa, para uma perspetiva antecipatória, de índole preventiva quando possível e/ou exequível, dos mesmos em situações futuras similares.

Esta área essencial da gestão de risco tem merecido uma progressiva atenção, desde o início deste século, sendo recomendado a existência de um sistema de notificação e aprendizagem com os eventos adversos nas organizações de saúde, no contexto global, desde 2005 (OMS, 2005) e, no espaço europeu, desde 2009 (Conselho da União Europeia, 2009). Para além da taxonomia da segurança do doente já descrita, a OMS (2005), publicou normas orientadoras para a criação de sistemas de notificação de eventos adversos, que se mantêm inalteradas à data de redação deste documento.

Na realidade nacional, foi criado o sistema *Notific@* em 2012, seguindo as recomendações emanadas pela DGS, algumas já referidas neste documento. Este sistema foi formalmente regulamentado em 2014, através do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (DGS, 2014), reformulado na estrutura e organização e integrando novos conteúdos (MS, 2015c; MS, 2015d).

Face à escala do problema, no contexto do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020 (MS, 2015d), a notificação de incidentes foi assumida como um objetivo estratégico (OBJETIVO ESTRATÉGICO 8 – ASSEGURAR A PRÁTICA SISTEMÁTICA DE NOTIFICAÇÕES, ANÁLISE E PREVENÇÃO DE INCIDENTES), com a definição de ações, responsabilidades e a respetiva calendarização.

Contextualizando a grandeza do problema, os eventos adversos, são responsáveis por cerca de 1-5% da mortalidade hospitalar, contribuindo para um aumento da morbilidade, duração e custo do internamento hospitalar (Hogan et al., 2012; James, 2013; Sousa-Pinto et al., 2018), estimando-se que seja a terceira causa de morte evitável nos Estados Unidos da América (Makary & Daniel, 2016), sendo premente e consensual a priorização de investigação, planeamento e adoção de medidas que versem neste problema em concreto.



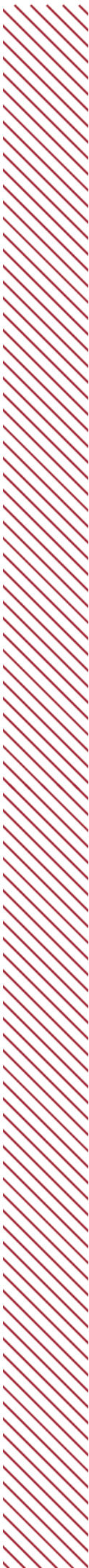
Pelo exposto, consideramos adequada e pertinente a realização de uma revisão integrativa da literatura versando sobre os sistemas de notificação de eventos adversos em UCIs, submetida como parte da avaliação da Unidade Curricular do Estágio Final, o que originou um artigo científico, do qual consta no Apêndice B o resumo do mesmo.

Da revisão efetuada, releva-se a evidência da subnotificação de eventos adversos, de causas várias, com potenciais consequências deletérias para a segurança do doente e resultados clínicos sensíveis à prestação de cuidados de saúde (Brunsveld-Reinders et al., 2016; Fragata, 2011; Heavner & Siner, 2015; Young et al., 2019).

Os doentes admitidos nas UCIs estão particularmente vulneráveis ao risco associado aos cuidados de saúde, nomeadamente à ocorrência de eventos adversos, pela doença crítica em si, pelas inúmeras intervenções terapêuticas, por vezes simultâneas e/ou emergentes, mas também pelas características próprias de uma UCI, um complexo e extremamente tecnológico ambiente, com períodos pontuais e frequentes de alta pressão (Pronovost & Rubenfeld, 2009). Deste modo, como referem Garrouste-Orgeas et al. (2016), é evidente a necessidade de sistemas adaptados aos contextos clínicos específicos, em circuito fechado, dentro de cada contexto, considerando as etapas do processo de notificação (notificação, análise, implementação de mudança e feedback).

Realça-se, na evidência consultada, um enfoque nas duas primeiras fases dos sistemas de notificação (Alonso -Ovies et al., 2018; Chapuis et al., 2019; Eltaybani et al., 2018; Lipshutz et al., 2015; Manderscheid et al., 2019; Munting et al., 2016; Wahr et al. 2014), da recolha e análise de dados, que se encontra bem estabelecida, ao inverso das terceira e quarta fase, da análise dos incidentes e fatores contribuintes e associados e relativamente ao feedback dado aos profissionais do contexto clínico e medidas a serem instituídas para a eliminação ou mitigação do erro. Como referem Garrouste-Orgeas et al. (2016), reafirmando o emanado pela OMS (2005), este circuito fechado, de âmbito concreto e local, é essencial, dado que só faz sentido existir um sistema de notificação de erros caso este sirva para aprender com os mesmos e prevenir, dentro do possível, a sua recorrência. Desta forma, é desenvolvido e potenciado um clima organizacional transparente que incrementa confiança nos serviços de saúde por parte dos profissionais de saúde e do público em geral (MS, 2015c).

São comumente referidos três fatores que podem ser importantes para promover a notificação e minimizar o risco de subnotificação, nomeadamente, a notificação voluntária, um feedback não punitivo e a confidencialidade e/ou anonimato (Alonso-Ovies et al., 2018; Lipshutz et al., 2015; Wahr et al., 2014), fatores estes essenciais para uma



mudança de paradigma que promova uma mudança efetiva para uma cultura de segurança (Garrouste-Orgeas et al., 2016).

Releva-se que, segundo alguns autores (Chapuis et al., 2019; Eltaybani et al., 2018; Manderscheid et al., 2019) as vantagens de uma abordagem não anónima nos sistemas de notificação de eventos adversos que, entre outras, permite a obtenção de mais informação sobre as notificações reportadas permitindo uma análise de causa-raiz de melhor qualidade, gizando medidas corretivas melhores e mais adaptadas aos contextos (Brunsveld-Reinders et al., 2016), embora se considere que o sistema de notificação de eventos deva ser, idealmente, anónimo, evitando assim a culpabilização. E que, segundo Fragata (2011), deva envolver uma notificação mandatária dos eventos mais graves. Subscrevendo esta afirmação, a DGS (2014) refere a necessidade da notificação anónima, confidencial, “não punitiva mas, antes, educativa na procura da aprendizagem com o erro” (p.5). De igual forma, o MS (2015c), estabelece a garantia de confidencialidade do notificador e anonimato da informação reportada e notificada como preceitos basilares aos sistemas de notificação. Ainda neste contexto, a OE (2006) alude à necessidade de uma cultura positiva sobre a análise do erro e a pedagogia do risco, em que os ganhos do conhecimento da realidade concreta com objetivo da melhoria dos processos e sistemas deverão prevalecer sobre a ideia de punição.

Apesar do anteriormente referido, salienta-se um foco central na análise dos eventos/erros/incidentes reportados (Alonso-Ovies et al., 2018; Chapuis et al., 2019; Eltaybani et al., 2018; Lipshutz et al., 2015; Manderscheid et al., 2019; Munting et al., 2016; Wahr et al., 2014), sendo a análise do processo de notificação, nas suas diversas vertentes, considerado um aspeto secundário, referido frequentemente como uma limitação importante e um possível viés aos dados recolhidos (Alonso -Ovies et al., 2018; Eltaybani et al., 2018; Lipshutz et al., 2015; Wahr et al., 2014).

Por fim, salienta-se a necessidade de, ao nível local, institucional e conforme a unidade funcional de cada organização de saúde (serviço clínico, departamento, unidade, entre outros), conceber, baseado nos dados reportados, um plano interno dos riscos clínicos e/ou não clínicos que permita operacionalizar medidas adequadas e proporcionais para prevenir a ocorrência de incidentes de segurança (MS, 2015c).

## 2.3 Diagnóstico de Situação

Pretendendo “elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo et al, 2010, p. 10), o diagnóstico de situação propõe a elaboração de um mapa conceitual do problema/situação/processo identificado (Imperatori & Giraldes, 1993; Ruivo et al., 2010), através de uma análise inclusa e global, que seja adequada e adaptada, com recolha de dados que descrevam as necessidades em saúde de um grupo específico, comunidade ou população alvo (Issell, 2014).

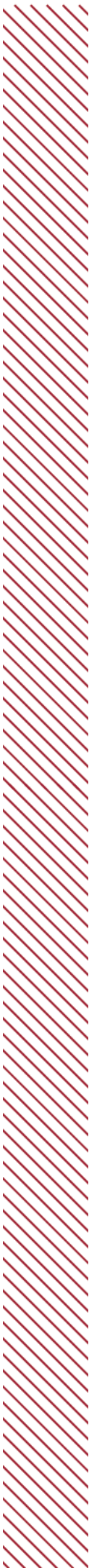
Este mapa conceitual deve ser alargado, aprofundado, sucinto e claro para ser lido e apreendido por todos com facilidade (Imperatori & Giraldes, 1993), sendo encarado com um processo dinâmico, aberto e adaptável às mudanças, variáveis e obstáculos que, entretanto, surjam (Ruivo et al., 2010). Esta etapa da metodologia de projeto, o diagnóstico de situação, partilha com o MMPBE, na sua etapa inicial, o objetivo de reconhecer, quantificar, caracterizar e validar o problema ou a necessidade de mudança, através da colheita de dados significativos e comparação com dados externos (Larrabee, 2011).

Deste modo, como já foi contextualizado em epígrafe (ponto 2.2.3), os sistemas de notificação de incidentes são um dos pilares dos sistemas de gestão de risco, sendo unanimamente considerado um dos meios de prevenção mais eficientes de incidentes (Garrouste-Orgeas et al., 2016; Heavner & Siner, 2015; MS, 2015d). Pela importância demonstrada, ao qual acresce a constatação da ausência de um sistema de notificação do erro, nomeadamente de eventos adversos, no contexto clínico específico (UCI de nível III), foi proposta esta temática à Enfermeira Coordenadora, a qual mereceu a sua validação e aprovação. Paralelamente, foram realizadas entrevistas exploratórias não estruturadas, a uma parte da equipa de Enfermagem sobre a pertinência, adequabilidade e possível aplicabilidade do tema, tendo-se obtido um feedback encorajador.

Assim, objetivando a avaliação do potencial da IPM, bem como as limitações possíveis desta, foi construída uma análise *SWOT* (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças<sup>3</sup>), um dos métodos mais comumente usados para o planeamento estratégico (Kodolitsch et al, 2015; Ruivo et al., 2010). Esta análise descreveu e promoveu a reflexão das variáveis e elementos, externos e internos, positivos e negativos, que poderiam influenciar o processo de desenvolvimento da IPM, sendo, por nós considerado, essencial e necessário para uma definição de objetivos pragmáticos e realistas como, posteriormente, do planeamento de atividades subordinadas a estes (Apêndice C).

---

<sup>3</sup> SWOT – **S**trenghths, **W**eakness, **O**pportunities e **T**hreats (Kodolitsch et al, 2015).



Concomitantemente, foi elaborado um questionário de diagnóstico de situação (Apêndice D), previamente revisto e validado pela Docente Orientadora para a sua aplicação, tendo como finalidade sancionar e caracterizar a necessidade identificada, procurando transpor a realidade para variáveis mensuráveis (Fortin, 1999), sintetizando desta forma a abordagem diagnóstica aos profissionais envolvidos, como preconizado por Issell (2014)<sup>4</sup>. Este questionário, cuja operacionalização recorreu a um formulário on-line, procurou obter uma caracterização sociodemográfica e profissional da população-alvo (Médicos e Enfermeiros) e efetuar uma avaliação fidedigna e concreta do conhecimento, perceção e experiência da equipa na utilização de sistemas de notificação, dados estes relevantes para aferir a adequabilidade e pertinência da IPM. Indissociável ao questionário de diagnóstico de situação, foi obtido, através do mesmo formulário on-line, constando na introdução ao mesmo, o consentimento livre e esclarecido (Apêndice D), condição essencial para aceder ao corpo do questionário e conseqüente preenchimento de dados atendendo a que “a participação no projecto pressupõe o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos” (Nunes, 2013, p. 10).

A escolha deste instrumento de diagnóstico baseou-se na capacidade de adaptar o mesmo ao contexto clínico concreto considerando a necessidade de um envolvimento estreito e uma participação diligente e ativa da equipa multidisciplinar.

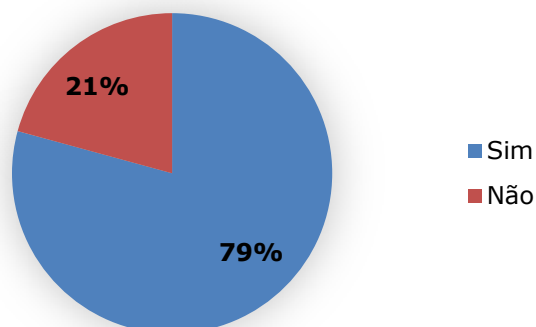
O questionário esteve acessível cerca de 2 semanas (de 19 de Fevereiro até 5 de Março de 2020), do qual, recorrendo ao *Microsoft Office® Excel®*, se fez uma análise estatística quantitativa, baseada numa amostra de conveniência, constituída pelos profissionais que acederam à participação na IPM, efetivada através da concordância com o consentimento informado e o preenchimento do questionário disponibilizado. Os resultados obtidos encontram-se vertidos, na sua totalidade, no Apêndice E.

Dos 69 profissionais da equipa multidisciplinar, 82,6% (n=57) consentiram participar, com a anuência ao consentimento e preenchimento do questionário, contabilizando-se 79% (n=42) do total de Enfermeiros (Gráfico 1) e 94% (n=15) de percentual da equipa Médica (Gráfico 2), amostra esta que se considera significativa e representativa da equipa. Atendendo ao âmbito deste documento, apenas se fará uma caracterização sociodemográfica e profissional dos Enfermeiros.

---

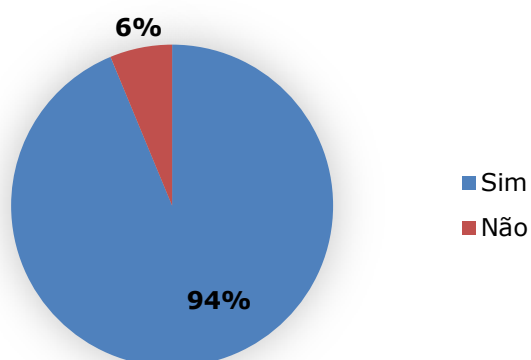
<sup>4</sup> *Workforce Assessement* (Issel, 2014, p.129)

**Gráfico 1** – Consentimento dos Enfermeiros



Fonte: Da própria

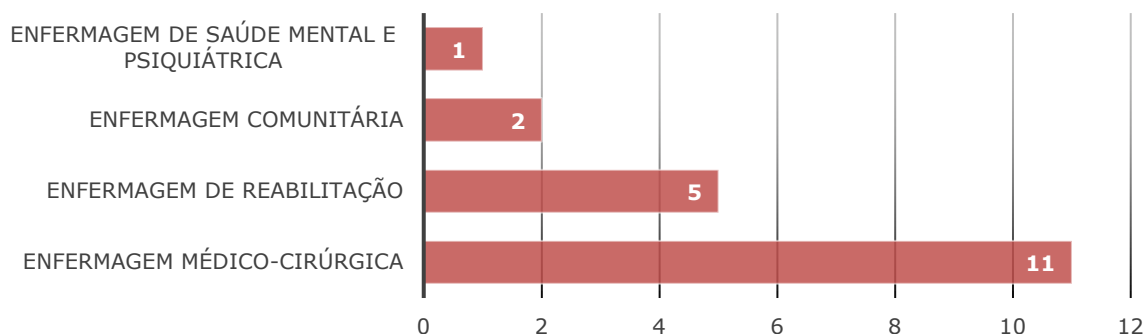
**Gráfico 2** - Consentimento da equipa Médica



Fonte: Da própria

No que concerne aos dados relativos à caracterização sociodemográfica e profissional, releva-se uma significativa percentagem de Enfermeiros Especialistas (39%) (Gráfico 3), maioritariamente na área de EMC (57%), sendo de realce a acumulação de um Enfermeiro dos títulos na área da EMC com o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSC, conforme pesquisa na base de dados da Ordem dos Enfermeiros.

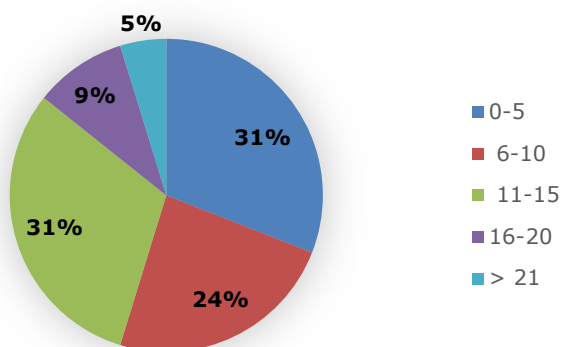
**Gráfico 3** - Distribuição dos Enfermeiros Especialistas por área de especialidade



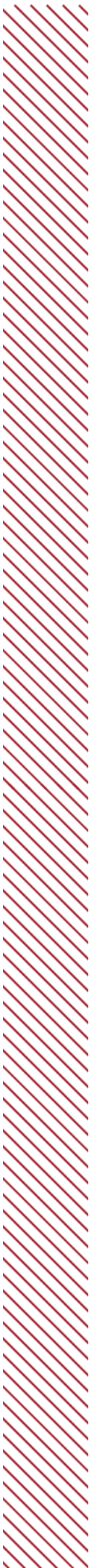
Fonte: Da própria

Salienta-se, relativamente à experiência profissional, uma elevada heterogeneidade na equipa de enfermagem no que concerne à experiência profissional, experiência em enfermagem à pessoa em situação crítica (Apêndice E) e experiência em contexto de cuidados intensivos (Gráfico 4), sendo que um número significativo de enfermeiros (31%) detém menos de 5 anos em contexto de cuidados intensivos, período fulcral, de acordo com Benner (2001), para a aquisição e desenvolvimento de competências, que corresponde ao nível de iniciado.

**Gráfico 4** - Experiência em contexto de Cuidados Intensivos (em anos)



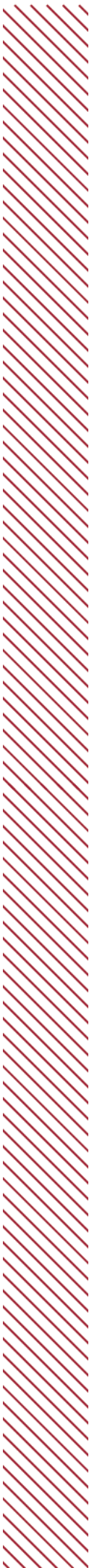
Fonte: Da própria



Focando a segunda parte do questionário, que pretende uma avaliação fidedigna e concreta do conhecimento, perceção e experiência da equipa na área da gestão de risco e, concretamente, na utilização de sistemas de notificação disponíveis à população alvo, é patente a prévia formação no âmbito da gestão de risco e segurança do doente na maioria dos profissionais (67%). Neste contexto, realça-se um maior conhecimento (89%) e uso (54%) de sistema de notificação de eventos adversos da Organização Hospitalar relativamente ao sistema *Notifica*<sup>®</sup> (39% afirmam conhecer o sistema e apenas 14% já o utilizaram).

No que concerne à avaliação da utilidade, facilidade de uso e adequabilidade do uso do sistema de notificação de eventos adversos da Organização Hospitalar e do sistema *Notifica*<sup>®</sup>, foi usada uma escala Likert de 10 itens, considerada por nós a opção mais concisa e concreta para fazer a avaliação descrita, representando uma métrica unidirecional de um determinado conceito (Cooper et al. 2016; Fortin, 1999). Desta forma, como se encontra patente nos resultados apresentadas no Apêndice E, existe um avaliação razoável da utilidade do sistema de notificação de eventos adversos da Organização Hospitalar (média de 6,12, de 0-10) que se conjuga com uma avaliação deficitária nos itens mais operacionais, facilidade de uso e adequabilidade ao contexto clínico, de 3,96 e 4,38 respetivamente. Denota-se a baixa taxa de feedback das notificações realizadas (10%). Atendendo à escassa utilização do Sistema *Notifica*<sup>®</sup> (14%) pela população alvo, opta-se por não caracterizar estes pontos no corpo do relatório, pelo potencial enviesamento dada a amostra pequena, estando a caracterização presente no Apêndice E.

De igual forma, recorrendo à observação direta, entendida como a descrição dos componentes de uma determinada situação com o objetivo retirar dados que sejam de relevo (Fortin, 1999), verificou-se a ausência de qualquer método, processo ou intervenção relativa à notificação de eventos adversos na aplicação informática utilizada na UCIP 1, que congrega e centraliza todas os dados clínicos dos diferentes sistemas no mesmo interface, ou por outro meio análogo. Assim, salienta-se a relevância da existência de sistemas de informação em Enfermagem não só relacionados com os imperativos de índole legal, ética e deontológica dos sistemas de informação “como daqueles que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade dos cuidados, para a gestão, formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão” (OE, 2007, p.1). Deste modo, é por nós considerado essencial e imprescindível, idealmente adstrito ao processo clínico eletrónico e/ou sistema de informação em Enfermagem, a notificação dos eventos adversos ou situações com potencial de os provocar dado que “os enfermeiros têm o dever de excelência e,



consequentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro” (Conselho Jurisdicional[CJ], 2007, p.2) participando direta e ativamente na identificação, análise, proposta e aplicação de soluções exequíveis à resolução do problema identificado (CJ, 2007; OE,2006).

Portanto, face à contextualização teórica apresentada em conjunto com a análise e interpretação dos dados resultantes dos instrumentos diagnósticos utilizados, determinamos como problema a ausência de um sistema de notificação de eventos adversos adaptado à realidade clínica concreta, com potencial deletério para a qualidade dos cuidados prestados e para segurança do doente. Assim, foi reconhecida, face ao problema identificado, a necessidade de criação e operacionalização de um sistema de notificação de eventos adversos, adaptados ao contexto clínico específico, em circuito fechado, dentro do referido contexto clínico, considerando as etapas do processo de notificação.

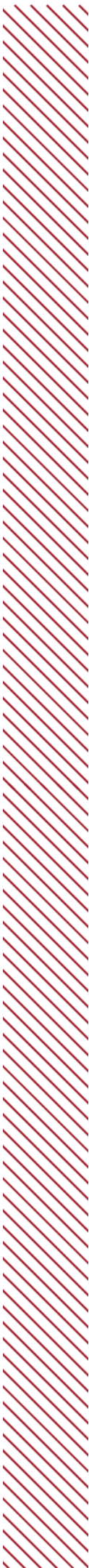
## **2.4 Objetivos**

A definição de objetivos, constituindo-se como a segunda etapa da metodologia de projeto, representa uma etapa basilar, essencial e definidora para a planificação e desenvolvimento (Ruivo et al., 2010), expressando os resultados pretendidos na população alvo através da implementação de projetos (Calçada, 2013; Issel, 2014). Alicerçados nestes preceitos, o objetivo geral reflete um carácter abrangente, inclusivo e complexo, que se operacionalizam nos objetivos específicos, de uma matriz iminentemente concreta e mensurável (Ruivo et al., 2010).

Desta forma, partindo do problema e da necessidade previamente identificada a partir da etapa do diagnóstico de situação, definimos como objetivo geral:

- Implementar uma ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos na UCIP 1 do CHUA, EPE, específica e sensível ao contexto clínico identificado.

De forma a promover um maior grau de sensibilidade e objetividade ao enunciado geral (Ruivo et al., 2010), conferindo-lhe consistência e aplicabilidade prática, foram



delineados os objetivos específicos seguintes, necessariamente enquadrados no objetivo geral:

- Construir uma proposta de ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos;
- Adaptar a ferramenta proposta em contexto formativo;
- Introduzir a ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos no sistema informático.

## **2.5 Planeamento e Execução**

A etapa conseqüente da metodologia de projeto é a etapa do planeamento, que consiste na conceção de um plano estruturado e detalhado, visando a concretização dos objetivos previamente definidos, determinando-se as estratégias a serem utilizadas e atividades a serem desenvolvidas, cruzando com os recursos e meios disponíveis, fazendo uma necessária análise aos potenciais condicionantes e limitações externas ao projeto (Miguel, 2019; Ruivo et al., 2010). De igual forma, é também delineado o cronograma, necessariamente adaptável e dinâmico (Fortin, 1999; Ruivo et al., 2010), encarando-se o planeamento como a preparação objetiva, cruzando os objetivos com os recursos e mitigando as possíveis condicionantes (Issel, 2014).

A etapa da Execução, na metodologia de projeto, baseia-se na implementação e prossecução prática do planeamento, através da aplicação real das estratégias e atividades planeadas (Ruivo et. al., 2010), sendo, no que respeita à aquisição e desenvolvimento de competências, uma etapa bastante proveitosa apesar de extremamente exigente (Ruivo et al., 2010).

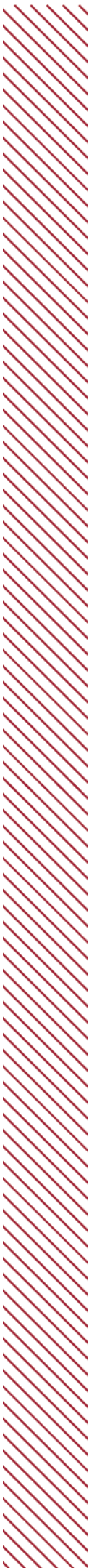
Denota-se também a proximidade entre as etapas do MMPBE, nomeadamente às etapas 2, 3 e 4, que comportam, entre outros aspetos, a determinação de estratégias a utilizar, a seleção e identificação da melhor evidência disponível bem como a definição cabal da mudança proposta (Larrabee, 2011).

Face ao exposto, opta-se pela abordagem simultânea destas fases, o planeamento e execução, pela sua interdependência e estreita relação causal.

Alicerçado neste enquadramento, após prévia apreciação e validação positiva por parte da Enfermeira Coordenadora, Diretor Médico da UCIP 1 e da Docente Orientadora do Estágio Final, observando os procedimentos institucionais para trabalhos académicos deste género, foi submetido ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento (CFIC), uma proposta de projeto de intervenção profissional (Apêndice F), ao qual foram adicionados posteriormente alguns documentos solicitados pelo CFIC, que constituíram o dossier de investigação, de acordo com os procedimentos institucionais já referidos. Estas questões formais são essenciais atendendo a que a execução de um trabalho de âmbito académico numa organização de saúde deve necessariamente ser validado e autorizado por quem detém a autoridade e a responsabilidade (Nunes, 2013). O pedido referido obteve parecer positivo por parte da Comissão de Ética do CHUA e consequente autorização por parte do Conselho de Administração do CHUA, EPE, a 5 de Fevereiro de 2020 (Anexo C). Concomitantemente, foram formalizados pedidos à estrutura de gestão intermédia da UCIP 1 do CHUA, EPE os quais constam no projeto de intervenção profissional submetido.

Paralelamente, como já referido anteriormente, no âmbito académico, foi submetido um resumo do projeto de estágio (Apêndice A), já referido previamente, para validação e aprovação por parte da Instituição do Ensino Superior que, nesta edição do Mestrado em Enfermagem, detém a responsabilidade da gestão administrativa e pedagógica, o qual também mereceu parecer favorável ao tema, plano de trabalho correspondente e respetivos orientadores (Anexo B).

Foi concebido um cronograma inicial (Apêndice G), onde são programadas as atividades a serem desenvolvidas, inseridas em cada uma das fases da metodologia de projeto. A elaboração do cronograma da IPM teve em conta as diversas variáveis, nomeadamente, os meios e recursos disponíveis e a janela temporal do estágio final acrescido do período de tempo para a redação do relatório e o prazo previsto para a sua entrega. Assim, calendarizou-se um período de 8 meses, desde o início do estágio até à entrega do relatório de estágio, em que as etapas do diagnóstico de situação, planeamento e execução compreendiam uma duração de 6 meses e as etapas da avaliação e divulgação bem como a elaboração e entrega do relatório de estágio comportava uma duração estimada de 4 meses, havendo sobreposição temporal nos períodos de tempo referidos. Por motivos alheios a todos os intervenientes, direta ou indiretamente, envolvidos na IPM e no Estágio Final, não foi possível seguir o cronograma



proposto, devido à declaração do estado de emergência e de calamidade pública (Presidência da República, 2020) e da declaração, por parte da OMS, da Pandemia pelo SARS-COVID-19 (OMS, 2020), o que motivou na generalidade das organizações de saúde e, em particular, a organização de saúde onde desenvolveu a IPM, uma profunda reorganização de processos, estrutura e valências, não sendo, por nós considerado oportuno, a prossecução da IPM enquanto decorressem, na organização de saúde, as medidas de carácter excecional gizadas para responderem à situação de saúde pública, também ela excecional. Deste modo, consideramos pertinente apresentar um cronograma final que refletisse, de forma concreta, as alterações necessárias ao cronograma proposto inicialmente (Apêndice H).

“Obter um consentimento (...) livre e esclarecido (...) é essencial à manutenção da ética na conduta da investigação” (Fortin, 1999, p. 120), sendo considerado uma das bases para uma investigação eticamente robusta (Nunes, 2013). Assim, apesar do *core* da IPM não se relacionar diretamente com a prestação de cuidados, foi considerado necessário o uso de documento de consentimento informado, livre e esclarecido, presente no preâmbulo do questionário de diagnóstico de situação, como já referido no ponto 2.3., para validar a participação da equipa na IPM. De igual forma, foi garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, sendo os mesmos usados apenas no âmbito da IPM.

Assim, descreve-se seguidamente, inseridos em cada objetivo específico, as estratégias e atividades a concretizar, bem como os recursos necessários e os indicadores de avaliação inerentes a cada objetivo delineado. A definição de indicadores é imprescindível objetivando a "definição de alvos razoáveis para a extensão ou quantidade esperada da mudança, atendendo ao indicador escolhido<sup>5</sup>" (Issel, 2014, p.221)

### **Objetivo Específico 1.**

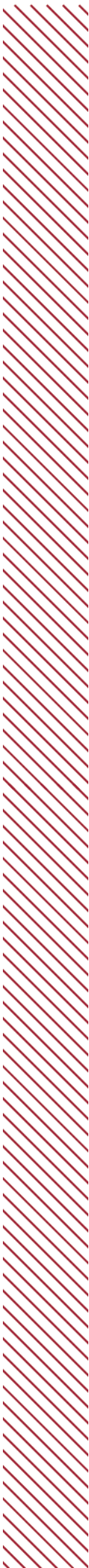
***Construir uma proposta de ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos;***

#### **Atividades e Estratégias delineadas:**

- Realização de pesquisa bibliográfica acerca dos processos de notificação de incidentes/eventos adversos;

---

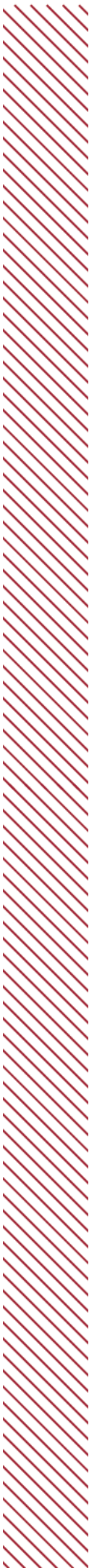
<sup>5</sup> “Can set reasonable target numbers for the extent of or how much change is expected, given the indicator chosen” (Issel, 2014, p.221).

- 
- Consulta dos principais documentos orientadores sobre a notificação de incidentes/ eventos adversos;
  - Realização de uma revisão integrativa de literatura sobre as estratégias de notificação de incidentes/eventos adversos;
  - Criação de uma proposta de ferramenta estruturada em eixos que refletissem as principais áreas de cuidados e notificação;
  - Discussão da proposta com o elemento, pertencente ao SMI, que integra o grupo de gestão de risco e qualidade;
  - Revisão da proposta junto da estrutura de gestão da UCIP 1 (Enfermeira Coordenadora e Diretor Médico da UCIP 1);
  - Revisão da proposta junto do Docente Orientador;
  - Formulação da versão da proposta de ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos a ser posteriormente apresentada à equipa multidisciplinar.

**Recursos utilizados** (Materiais e Humanos): Bibliografia de fonte diversa; Computador; acesso à internet; Docente Orientador; Profissional integrante do grupo de gestão de risco e qualidade da Organização Hospitalar; Enfermeira Coordenadora; Diretor Médico da UCIP 1;

**Indicadores de Avaliação:** Criação de uma proposta de ferramenta estruturada em eixos de notificação de incidentes/eventos adversos para posterior validação e, se necessário, adaptação em contexto formativo, por parte da equipa multidisciplinar;

Dando consecução ao objetivo descrito em epígrafe, foi realizada uma pesquisa bibliográfica para uma adequada síntese de evidência, entendida com uma organização dos resultados da investigação primária (Apóstolo, 2017), do qual resultou a revisão integrativa da literatura submetida como parte da avaliação da Unidade Curricular do Estágio Final (Apêndice B). Não obstante, a pesquisa foi alargada a outras fontes de conhecimento, nomeadamente documentos emanados por entidades com responsabilidades normativas, bem como a pesquisa e consulta dos documentos e normas de orientação clínica produzidos por sociedades científicas de interesse ao doente crítico, nomeadamente da ESICM, da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) e da *World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine*, de modo a contextualizar e completar a síntese de evidência efetuada.



A referida revisão e resenha crítica da evidência reflete a etapa 2 e 3 do MMPE (Larrabee, 2011), localizar a melhor evidência e realizar uma análise crítica da evidência respetivamente, sendo esta síntese da evidência considerada uma “peça crítica” no processo de translação da ciência (Apóstolo, 2017, p. 6).

Partindo da pesquisa bibliográfica efetuada, alicerçada nas normas orientadoras da OMS (2005), e documentos estruturantes emitidos pela DGS (2011a, 2014), foi construída uma proposta de ferramenta estruturada (Apêndice I) em 7 etapas consecutivas e sequenciais (Identificação do Doente, Descrição do Incidente, Detecção do Incidente, Classificação de Gravidade, Procedimentos Realizados, Proposta de Melhoria, Identificação do Notificador), desenvolvidas em torno de 12 eixos relacionado(s) com o(s) tipo(s) de incidente(s)/evento(s) adverso(s) ocorrido(s). Face às vicissitudes possíveis de cada incidente/evento adverso ocorrido, foram criados campos de preenchimento livre nas diversas etapas para suprir a eventualidade de não inclusão ou inadequação do incidente nos eixos e/ou nas opções dadas ou a possibilidade de acrescentar dados relevantes à notificação que não estivesse pré-comtemplado. De igual forma, a condição de anonimato não foi considerada obrigatória, pela possibilidade de, à posteriori, obter mais informação relevante junto do notificador, caso este se tenha identificado, permitindo uma análise de causa-raiz mais aprofundada e completa, criando medidas corretivas melhores e mais adaptadas (Brunsveld-Reinders et al., 2016).

Esta proposta de ferramenta estruturada de notificação de incidentes/eventos adversos preenche a primeira etapa do processo de notificação, sendo as restantes etapas (análise, implementação de mudança e feedback) necessariamente dependentes e consequentes a esta (Garrouste-Orgeas et al., 2016).

Assim, concluída a criação da proposta de ferramenta estruturada para a notificação de incidentes/eventos adversos, esta foi discutida com o elemento da equipa multidisciplinar que integra o grupo de gestão de risco e qualidade, considerado o “elo” de ligação ao referido grupo, sendo posteriormente apresentado à Docente Orientadora, Enfermeira Coordenadora e ao Diretor Médico da UCIP 1, cujas correções, adições e sugestões relativas à forma e ao conteúdo foram integrados na proposta de ferramenta estruturada. Esta necessária envolvência, tanto dos elementos referidos como da equipa multidisciplinar, é especialmente relevante atendendo a que a efetividade e o êxito de qualquer projeto é proporcional com a presença e representação de todos os intervenientes (“*Stakeholders*”) na prática (Larrabee, 2011).

## **Objetivo Específico 2.**

### ***Adaptar a ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos proposta em contexto formativo***

#### **Atividades e Estratégias delineadas:**

- Elaboração de um plano de sessão do momento formativo;
- Elaboração da apresentação de apoio ao momento formativo;
- Calendarização do(s) momento(s) formativos(s) para apresentação e adaptação da ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos proposta;
- Divulgação do(s) momento(s) formativos(s);
- Realização do(s) momentos formativos para a apresentação e adaptação da ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos proposta;
- Aplicação de um questionário para a avaliação do(s) momento(s) formativo(s), previamente construído para o efeito;
- Revisão e validação da proposta final junto da estrutura de gestão da UCIP 1 (Enfermeira Coordenadora e Diretor Médico da UCIP 1) e por parte da Docente Orientadora.

**Recursos utilizados** (Materiais e Humanos): Sala de formação da UCIP 1; Material Audiovisual da Sala de Formação da UCIP 1; Computador; Enfermeira Coordenadora da UCIP 1; Diretor Médico da UCIP 1; Docente Orientador da Unidade Curricular do Estágio Final, Enfermeira responsável pela formação em serviço da UCIP 1; equipa multidisciplinar da UCIP 1

**Indicadores de Avaliação:** Divulgação, apresentação e adaptação da ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos proposta de, pelo menos, 50% da equipa multidisciplinar.

Como é comumente reportado na evidência científica, a participação precoce, ativa, contínua e abrangente da equipa multidisciplinar na conceção e operacionalização dos sistemas de notificação de incidentes/eventos adversos, em todas as suas fases, é uma das chaves do sucesso para a sua efetividade (Dijkema et al., 2012; Garrouste-Orgeas, 2016; Rewa et al., 2018) contribuindo para a criação de uma cultura de segurança (Garrouste-Orgeas, 2016). De igual forma, como já referido no objetivo específico 1., é essencial o envolvimento dos *Stakeholders* para o sucesso de qualquer



projeto (Larrabee, 2011).

Deste modo, pressupondo o cumprimento deste objetivo, optou-se por planear o(s) momento(s) formativo(s), integrados no plano de formação em serviço, objetivando a divulgação, discussão e, se necessário, a adaptação da ferramenta construída, face às sugestões dadas, aproximando-o assim às necessidades reais e ao contexto clínico concreto.

A OE (2016) assume o desenvolvimento profissional e a formação como um pilar determinante para a melhoria contínua do desempenho, tanto individual como coletivo, das várias áreas do exercício profissional, sendo fator decisivo em “matéria de empregabilidade, adaptabilidade, flexibilidade e desenvolvimento da profissão” (p.1), sendo que a formação dos profissionais é central no processo e desenvolvimento da mudança (Barbosa et al. 2011). Assim, consideramos a opção de integração dos momentos formativos na formação em serviço previamente planeada como sendo a forma mais eficaz para a implementação da ferramenta de notificação incidentes/eventos adversos construída.

Face aos constrangimentos provocados pela situação excepcional de saúde pública que, a certo ponto, mediou e alterou o planeamento e a execução da IPM, a calendarização e conseqüente divulgação dos momentos formativos foram diferidas no tempo, para um momento mais oportuno. Deste modo, das opções consideradas, ponderada a exequibilidade das mesmas, para minimizar a influência na intervenção central da IPM, e atendendo à janela temporal para a entrega do Relatório de Estágio, optou-se pela disponibilização da ferramenta, via formulário on-line, numa versão de trabalho, à equipa multidisciplinar para sugestões e adições de conteúdo.

Assim, atendendo a que se pretende avançar com os momentos formativos assim que se reunirem as condições para a realização dos mesmos, consideramos relevante explicitar a execução destes momentos. O planeamento das sessões de formação obedecerá a um plano de sessão previamente elaborado (Apêndice J), onde estão contidos e planificados os objetivos definidos para a sessão, os conteúdos a abordar, os recursos necessários, as metodologias pedagógicas utilizadas, os critérios e instrumentos de avaliação usados e a duração estimada para cada parte da sessão de formação. De igual, foi criada uma apresentação de diapositivos (Apêndice K), onde, para além de uma breve contextualização de âmbito académica e curricular, foram explicitados sucintamente os objetivos da IPM, elencada alguma evidência científica sobre o tema. Serão também apresentados os resultados do questionário de diagnóstico de situação

que sustentam a necessidade identificada e, concluindo, apresentada a proposta ferramenta de notificação incidentes/eventos adversos construída, ficando a mesma à disposição para a discussão de possíveis sugestões para reformulações da forma ou dos conteúdos apresentados.

Concluindo, tendo como objetivo a avaliação dos momentos formativos, será operacionalizado, recorrendo a um formulário on-line, o questionário de avaliação da sessão de formação (Apêndice L) cuja hiperligação será divulgada via email institucional e partilhada nos grupos fechados de algumas redes sociais dos profissionais envolvidos.

### **Objetivo Específico 3.**

#### ***Introduzir a ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos no sistema informático***

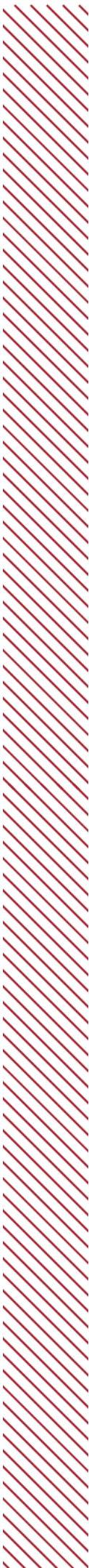
#### **Atividades e Estratégias delineadas:**

- Reunião com a Enfermeira responsável pela ligação com o gestor de programação dedicado à aplicação informática *B-ICU.Care*® para o SMI 1;
- Revisão, com a Enfermeira responsável pela ligação com o gestor de programação do *B-ICU.Care*®, da ferramenta de notificação sob a perspetiva de parametrização clínica do sistema informático;
- Solicitação da inclusão da ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos no sistema informático *B-ICU.Care*®.

**Recursos utilizados** (Materiais e Humanos): Computador; acesso à internet; Enfermeira responsável pela ligação com o gestor de programação dedicado à aplicação informática *B-ICU.Care*® para o SMI1.

**Indicadores de Avaliação:** Inclusão da ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos construída e no sistema informático *B-ICU.Care*®.

Atendendo a que a informação é central na tomada de decisão clínica e um pré-requisito para a gestão dos cuidados de saúde (Pereira, 2009), que estes são a base dos sistemas de informação em Saúde, mais especificamente dos Sistemas de Informação em Enfermagem, (Paiva et al., 2014), e a informação em saúde é basilar para a formalização do conhecimento, identificação das necessidades de investigação e para a produção de indicadores relativos ao exercício profissional (OE, 2020), consideramos



essencial a adição, da ferramenta construída e adaptação em contexto formativo, ao sistema informático *B-ICU.Care*<sup>®</sup>, que congrega a maioria da informação clínica produzida e relevante, de forma a que a informação produzida possa ser contextualizada.

Releva-se que o sistema de informação utilizado no SMI 1 dispõe de uma interface comum à equipa multidisciplinar, embora compreendendo algumas áreas de planeamento de cuidados e registos clínicos distintos de acordo com o grupo profissional. A ontologia de Enfermagem e o Processo de Enfermagem está operacionalizado recorrendo à linguagem CIPE<sup>®</sup>, na sua versão 2 (ICN, 2011).

Deste modo, foi agendada uma reunião com a Enfermeira responsável pela ligação com o gestor de programação do *B-ICU.Care*<sup>®</sup>, da ferramenta de notificação, que transmitiu a proposta para que esta fosse introduzida no sistema de informação. Considerando a que o acesso ao sistema de informação é apenas possível através de credencial e palavra-passe individual e que a ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos concebe a possibilidade do notificador manter o anonimato deste e a confidencialidade dos dados, esta intenção, da possibilidade de manutenção do anonimato e da confidencialidade, foi transmitida e enfatizada junto da equipa de programadores.

## **2.6 Avaliação e Resultados**

Entendendo-se a avaliação, no contexto da metodologia de projeto, como um processo contínuo e necessariamente dinâmico, a avaliação do processo é equiparada em termos de importância à avaliação dos resultados (Issel, 2014; Ruivo et al., 2010), em que se interroga o trabalho desenvolvido (Ruivo et al., 2010), cruzando-se com os pressupostos da etapa 5 do MMPBE (Larrabee, 2011). Neste contexto a avaliação de um projeto carece da verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente (Ruivo et al., 2010) considerando os indicadores, também eles previamente colocados (Issel, 2014).

Assim, a análise dos objetivos, das atividades e estratégias a eles subordinados realizar-se-á recorrendo aos indicadores previamente definidos.

### **Objetivo Específico 1.**

***Construir uma proposta de ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos;***

**Indicadores de Avaliação:** Criação de uma proposta de ferramenta estruturada em eixos de notificação de incidentes/eventos adversos para posterior validação e, se necessário, adaptação em contexto formativo, por parte da equipa multidisciplinar.

Como previamente descrito no ponto 2.5. do presente documento, foi possível a criação da proposta de ferramenta estruturada para a notificação de incidentes/eventos adversos (Apêndice I), que foi colocada à consideração da equipa multidisciplinar, cujas sugestões e adições foram integradas na proposta de ferramenta semiestruturada, a qual foi validada pela Enfermeira Coordenadora da UCIP 1, pela responsável da Gestão de Risco da UCIP 1, sob delegação do Diretor da UCIP 1. No âmbito académico, a referida ferramenta mereceu também a aprovação por parte da Docente Orientadora.

Pelo exposto, tendo em conta os indicadores de avaliação planeados, consideramos ter atingido este objetivo específico.

### **Objetivo Específico 2.**

***Adaptar a ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos proposta em contexto formativo***

**Indicadores de Avaliação:** Divulgação, apresentação e adaptação da ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos proposta de, pelo menos, 50% da equipa multidisciplinar.

Almejando o cumprimento do objetivo em epígrafe, no planeamento inicial constava a realização de momento(s) formativo(s), integrados no plano anual de formação em serviço, para a divulgação, discussão e, se necessário, a adaptação da ferramenta construída. Face aos constrangimentos provocados pela situação excecional de saúde pública que mediou o planeamento e a execução da IPM, como já referida no ponto 2.5., a calendarização e conseqüente divulgação dos momentos formativos foram diferidas no tempo, para um momento mais oportuno, para lá do término do estágio final e do prazo limite da entrega do Relatório de Estágio. Assim, como já referido, a ferramenta criada foi disponibilizada, numa versão de trabalho, à equipa disciplinar para sugestões e

adições de conteúdo.

Assim consideramos não ter atingido este objetivo específico, de acordo com indicador de avaliação gizado. Releva-se que a circunstância emergente de saúde pública que condicionou a plena aplicação das atividades inerentes a este objetivo é-nos alheia, modificando, para além da formação em serviço e atividades conexas, uma parte significativa dos processos de gestão da prestação de cuidados, não só da organização hospitalar, como do SNS.

### **Objetivo Específico 3.**

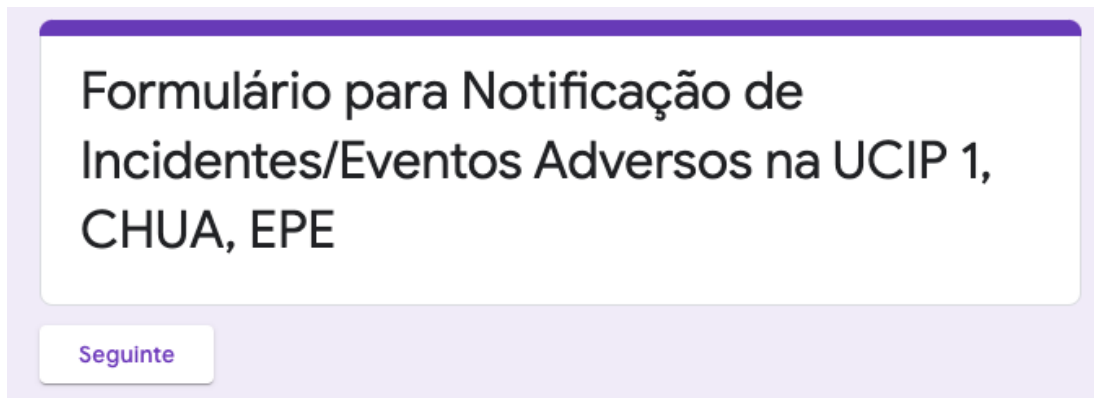
#### ***Introduzir a ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos no sistema informático***

**Indicadores de Avaliação:** Inclusão da ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos construída e no sistema informático *B-ICU.Care*<sup>®</sup>.

Pelo já referido, foi transmitida e enfatizada a necessidade da possibilidade de o notificador manter o anonimato e a confidencialidade dos dados. Esta intenção, da possibilidade de manutenção do anonimato e da confidencialidade, levantou algumas questões, de índole operacional e informática, pela equipa que gere a programação, na Unidade Hospitalar, a aplicação *B-ICU.Care*<sup>®</sup>, atendendo a que o acesso ao sistema de informação é apenas possível através de credencial e palavra-passe individual, questões que, à data de redação do relatório de estágio ainda não tinham sido ultrapassadas.

Neste contexto, a ferramenta estruturada para a notificação de incidentes/eventos adversos (Apêndice I) foi operacionalizada numa plataforma informática alternativa (Figura 2 e Figura 3), que contemplasse a possibilidade de o notificador manter o anonimato e a confidencialidade dos dados, cujo atalho para a plataforma criada foi adicionado ao ambiente de trabalho das sessões informáticas de cada um dos elementos da equipa multidisciplinar, bem como, criado um endereço de email para o efeito.

**Figura 2** - Formulário on-line que operacionaliza a ferramenta estruturada de notificação de incidentes/eventos adversos da UCIP 1 do CHUA, EPE

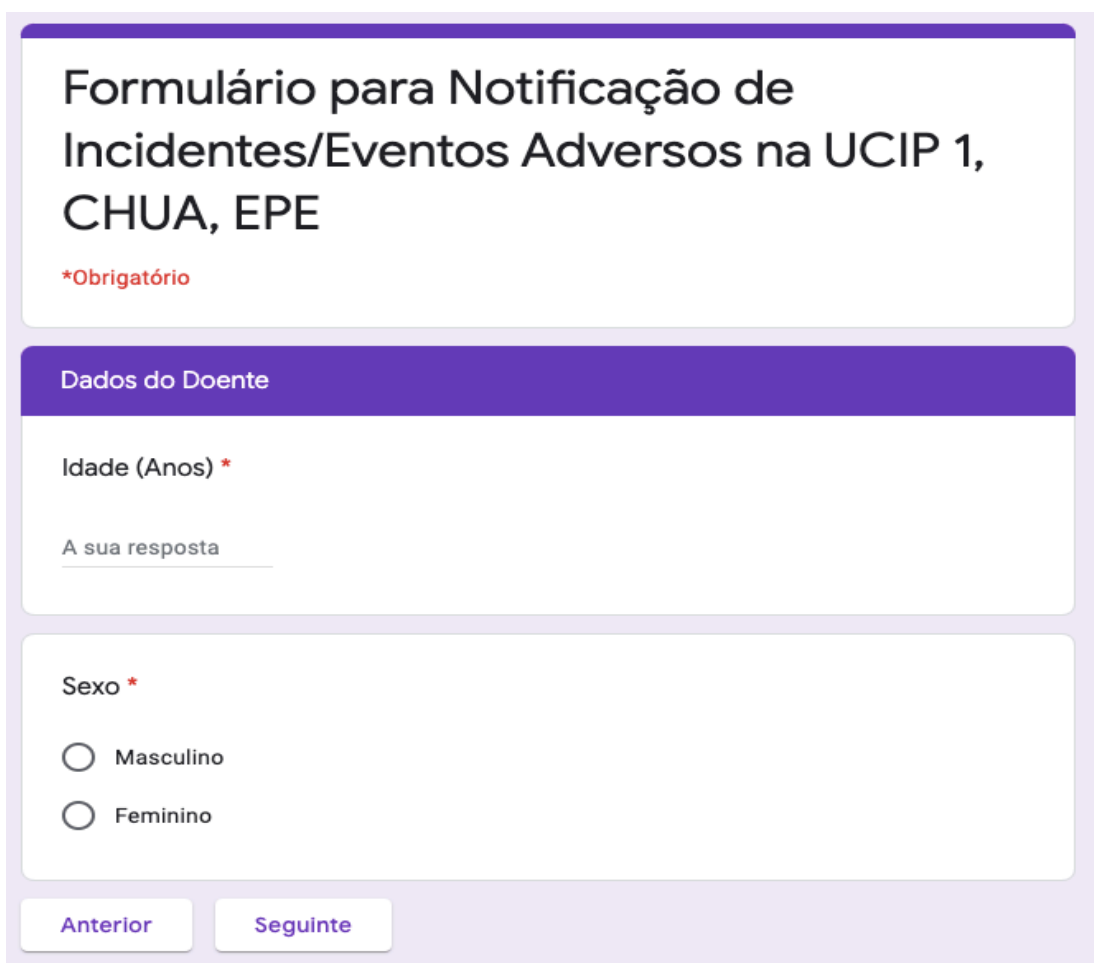


Formulário para Notificação de Incidentes/Eventos Adversos na UCIP 1, CHUA, EPE

Seguinte

Fonte: Da própria

**Figura 3** - Primeira parte do formulário on-line que operacionaliza a ferramenta estruturada de notificação de incidentes/eventos adversos da UCIP 1 do CHUA, EPE



Formulário para Notificação de Incidentes/Eventos Adversos na UCIP 1, CHUA, EPE

\*Obrigatório

Dados do Doente

Idade (Anos) \*

A sua resposta

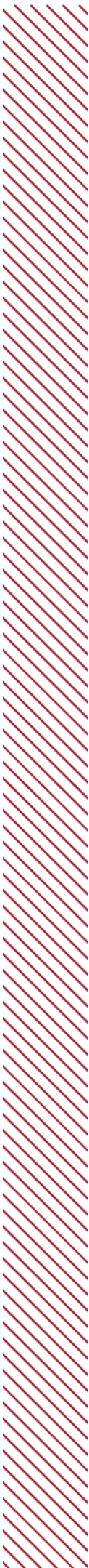
Sexo \*

Masculino

Feminino

Anterior Seguinte

Fonte: Da própria



Face ao supracitado, consideramos ter suprido parcialmente o indicador de avaliação traçado no âmbito deste objetivo específico.



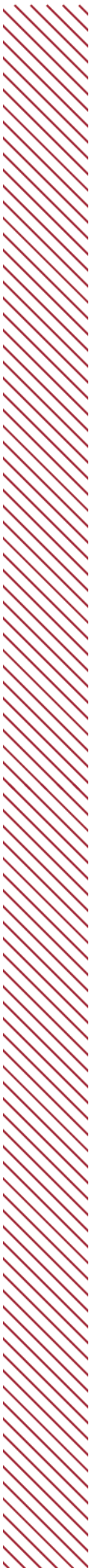
### **3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

No enquadramento concetual emanado pela OE, o Enfermeiro especialista é definido como sendo um “Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, (...) que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (2011a, p. 8648). Não obstante, estas competências não se adquirem ou desenvolvem simplesmente através adição de novos ou renovados conhecimentos ou de capacidades técnicas, exigindo uma reflexão crítica (Benner et al., 2001), com a integração de diversos paradigmas, onde se realça o conhecimento sistematizado e estruturado e o contexto prático (Meleis, 2012). Partindo deste pressuposto, define-se competência como a aplicação de todo um manancial de conhecimentos, habilidades técnicas, cognitivas, interpessoais, psicomotoras e juízo clínico, necessariamente modeladas pelos atributos e atitudes pessoais, na prática profissional (ICN, 2010).

Desta forma, neste terceiro capítulo do Relatório de Estágio, objetiva-se uma descrição, análise e reflexão do trabalho desenvolvido na UC Estágio Final, com vista a adquirir e desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na vertente a PSC, assim como as competências inerentes à aquisição do Grau de Mestre em Enfermagem. Neste contexto, é indispensável a descrição das competências do Mestre em Enfermagem, as quais se encontram plasmadas no pedido de acreditação no novo ciclo de estudos à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (UE, 2015), contextualizada no ordenamento legislativo sobre os graus académicos do Ensino Superior, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 74/2006 (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES], 2006) e a sua republicação mais recente, o Decreto-Lei n.º 65/2018 (MCTES, 2018).

Assim, o Mestre em Enfermagem:

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada;

- 
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência;
  3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
  4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
  5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
  6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular;
  7. Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (UE, 2015, p. 27).

Como previamente explanado, a UC do Estágio Final foi imprescindível para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC, na área da Enfermagem à PSC, tendo sido por nós considerado fundamental a criação um projeto de estágio (Apêndice M), iminentemente prático, conciso, concreto e sistematizado, com a definição de objetivos e atividades inerentes a serem desenvolvidas, suportando-os necessariamente numa reflexão prévia.

Atendendo ao carácter transversal e complementar das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas para o EEEPSC relativamente às competências conducentes ao grau de Mestre, já descritas neste capítulo, opta-se por uma abordagem conjunta destas, em termos de descrição, análise e reflexão, quando assim for conveniente e congruente.

### **3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre em Enfermagem**

Independentemente da área de especialidade, as competências comuns do Enfermeiro Especialista são “competências partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas” (OE, 2019b, p. 4745), sendo “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” (OE, 2019b, p.4745). Estas competências encontram-se estruturadas em quatro domínios: o da responsabilidade profissional, ética e legal; o da melhoria contínua da qualidade; o da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

*A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;*

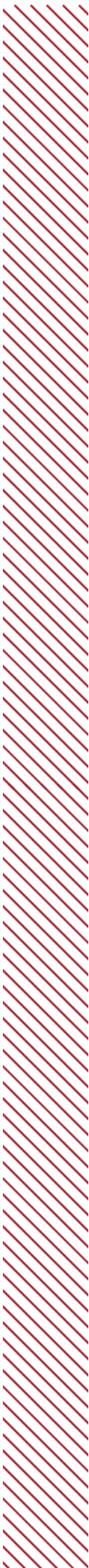
*A2 - Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*

### **Competência de Mestre em Enfermagem**

*3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.*

Para a consecução do processo de aquisição das competências inerentes a este domínio de competências, foi por nós considerado imprescindível e indissociável ao processo referido, uma prévia revisão dos documentos orientadores nesta área fundamental, de carácter universal, vinculativo e normativo (OE, 2015a), que devem ser atendidos e modelar e delimitar necessariamente toda a prática profissional de Enfermagem. Releva-se, pela abrangência e transversalidade destes documentos, a sua implicação no processo de aquisição de todas as competências alvo de análise reflexiva. Assim, procedemos a uma revisão aprofundada do REPE (OE, 1996) e da DPE (OE, 2015a), num estrito âmbito da prática profissional de Enfermagem e às responsabilidades profissionais e disciplinares inerentes e, num contexto mais lato, decorrente das responsabilidades civis e penais, consequentes do código civil (República Portuguesa [RP], 2020) e código penal (RP, 2019), de aplicação geral e universal.

De igual forma, merecem referência os conteúdos abordados no âmbito da UC de Epistemologia, Ética e Direto em Enfermagem, cujo desenvolvimento e discussão

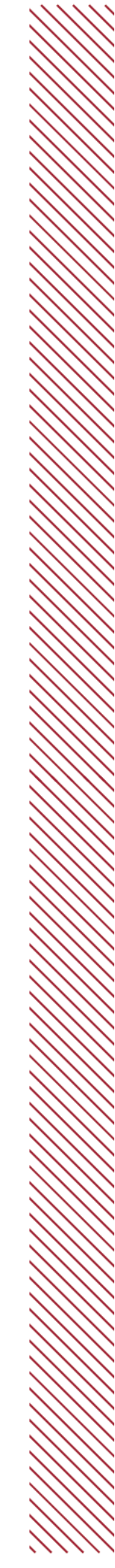


contribuíram para uma melhor compreensão e assimilação das várias dimensões que emergem dos documentos referidos, mobilizando os conhecimentos adquiridos e potenciando a tomada de decisão de acordo com os princípios éticos, valores e normas deontológicas (OE, 2015a).

A deontologia é frequentemente enunciada como um conjunto de regras, princípios e normas de conduta, associadas a uma determinada profissão (OE, 2015a), que expressa uma reflexão própria sobre a prática profissional, almejando o cruzamento da “dimensão da praxis em ambiente moral e os deveres concretos, comportamentos de natureza profissional ao serviço de um bem comum, fundado e decorrente do mandato social assumido” (Nunes, 2011, p.196). Daqui se conclui que a prática profissional deontologicamente assumida parte dos princípios éticos, desenvolvendo-se e indo mais além sem, contudo, perder de vista esta ancoragem nos princípios éticos essenciais.

Atendendo a que o doente crítico, classicamente definido como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica” (OM, 2008, p. 8), que os cuidados prestados à PSC requerem uma “atuação segura, imediata e pautada pela consciência de seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa” (Nunes, 2015, p.188), e que as UCIs se revestem de características particulares e peculiares, nos processos e dinâmicas inerentes, focalizando-se nas intervenções e procedimentos técnicos e de suporte de órgãos que, conjugado, com a grande concentração de meios tecnológicos podem relativizar alguns princípios éticos e deontológicos fundamentais para o exercício da Enfermagem.

Pela nossa experiência profissional prévia, numa UCI de nível 3, de características semelhantes ao contexto clínico onde se desenrolou o Estágio Final, a adaptação ao contexto clínico foi mais célere, potenciando assim as situações e possibilidades de aprendizagem. Neste contexto, é por demais evidente, na nossa visão, que os desenvolvimentos científicos e tecnológicos associados ao processo de prestação de cuidados antecederam constantemente a reflexão ética que lhe é devida, imergindo situações dilemáticas concretas que carecem de ponderação e definição ética clara, que implicam a identificação de princípios e valores conflitantes, enunciadas e equacionadas as variáveis relevantes, integrando fatores derivados do enquadramento jurídico, normativo e deontológico, fundamentais para a construção de uma tomada de decisão fundamentada. Estas situações dilemáticas frequentes contribuíram, de sobremaneira, para o desenvolvimento da nossa capacidade para formular tomadas de decisões eticamente ponderadas e fundamentadas.



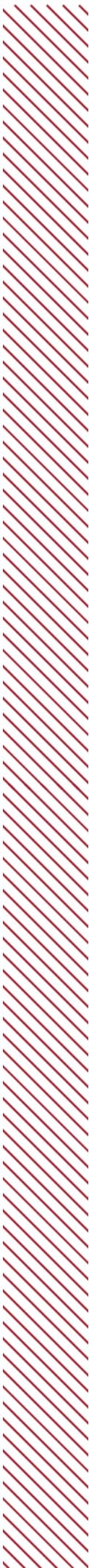
Pelo exposto, prestamos cuidados à pessoa em situação crítica enquadrados nas responsabilidades profissionais, com a preocupação pelos direitos humanos e considerando os princípios éticos, da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia. Não obstante, é frequente na PSC algum grau de disfunção cognitiva, intrínseca à patologia que motivou o internamento ou às comorbilidades associadas, secundária ao tratamento ou consequência de fármacos depressores de estado de consciência, determinando que esta tenha a sua autonomia alterada ou diminuída, estimando que cerca de 95% das pessoas a experienciar doença crítica aguda não estão capazes de realizar escolhas autónomas (Giacomini et al., 2009). Assim, a humanização é mantida, em parte, pelo respeito pela autonomia, consultando as diretivas antecipadas de vontade, quando estas existem, ou, de forma mais comum, recorrendo à reconstrução desta em cooperação com as pessoas significativas (Grignoli et al., 2018).

Intrinsecamente ligada à autonomia, a manutenção da dignidade humana reveste-se de uma particular importância, sendo considerado um dos desafios mais prementes nos cuidados à pessoa em situação crítica (Cook & Rocker, 2014). Neste contexto, dando especialmente relevância aos artigos 99.º e 102.º da DPE, referentes aos Princípios Gerais e dos Valores Humanos respetivamente, sem, contudo, menosprezar ou secundarizar os restantes artigos da DPE, pugnamos pela prestação de cuidados de Enfermagem, que garantissem e preservassem a dignidade da pessoa, fomentando o respeito pela intimidade, privacidade e garantindo a confidencialidade dos dados e informação clínica.

Os objetivos clássicos dos cuidados à PSC centram-se na redução da mortalidade e morbilidade associada à doença crítica, manter as funções orgânicas e restaurar o estado de saúde (Mercadante et al., 2018). O estágio realizado numa UCI de referência, num Centro Hospitalar de referência terciária, apetrechado, equipado e com uma equipa multidisciplinar capacitada para suportar as disfunções de órgãos e funções vitais de forma contínua e quase ilimitada, a fronteira entre o processo terapêutico eticamente fundamentado e o tratamento fútil, não proporcional e obstinado é, frequentemente, dúbio e indefinido, exigindo dos profissionais de saúde envolvidos um largo manancial de competências que, tradicionalmente, não são contempladas na formação pré graduada. As decisões de fim de vida, limitação terapêutica e a retirada de suporte vital<sup>6</sup>, são uma realidade comum nas UCIs, acontecendo normalmente quando a(s) disfunção(ões) e a(s) falência(s) de órgão(s) não responde(m) ao tratamento, os objetivos terapêuticos não são passíveis de concretização ou quando o suporte de órgão se torna desproporcionado face ao expectável prognóstico (Cook & Rocker, 2014; Mercadante et al., 2018). A

---

<sup>6</sup> *Withhold* e *Withdraw* (Cook & Rocker, 2014)



coexistência dos cuidados paliativos e cuidados intensivos pode parecer paradoxal, mas os cuidados ao doente crítico atuais e contemporâneos devem ter os cuidados paliativos presentes em foco, de forma atempada, adequada e individual. Estas decisões de fim-de-vida devem ser robustamente contextualizadas nos princípios ético-deontológicos, nomeadamente no respeito pela dignidade humana, autonomia, liberdade e qualidade de vida, consubstanciando, na prática clínica diária, o artigo 103.º da DPE (OE, 2015c), que versa sobre o direito à vida e à qualidade de vida. Nestes pressupostos, inerentes ao papel de responsável de turno assumido pelo Enfermeiro Supervisor Clínico, fizemos parte de algumas reuniões multidisciplinares formais em que foram tomadas decisões de fim-de-vida, clínica e eticamente fundamentadas e justificadas. As reuniões realizadas no decurso do Estágio Final, parte das quais tivemos oportunidade de assistir, foram alvo de modificações de parte do conteúdo discutido, que derivaram da evidência produzida sobre o assunto, do qual se salientam a concetualização do Síndrome de Fragilidade<sup>7</sup> que, atualmente, se assume como uma variável relevante na determinação do prognóstico e limite terapêutico individual (Darvall et al., 2019). Estes momentos foram, incontestavelmente, situações que permitiram uma aprendizagem e reflexão que contribuíram para o desenvolvimento das competências inseridas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Para além das questões dilemáticas suscitadas pela autonomia, dignidade e decisões de fim-de-vida, outras circunstâncias ligadas à prestação de cuidados fizeram emergir questões desta índole, como a gestão e transmissão da informação clínica e comunicação de más notícias, que careceram de competências no domínio da responsabilidade profissional, ético e legal e contribuíram para a aquisição e desenvolvimento destas. De igual forma, releva-se o papel do Enfermeiro Supervisor Clínico que estabeleceu como uma referência no contexto clínico nesta área, não sendo de descurar todos os profissionais que, de alguma forma, contribuíram para a problematização e reflexão constante.

De igual forma, não foram descuradas as competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, em todo o percurso da IPM, que se encontra descrito no ponto 2.5. Deste modo, foi submetido ao CFIC, uma proposta de projeto de intervenção profissional, que continha os necessários pressupostos éticos da mesma, o qual mereceu o parecer positivo por parte da comissão de ética e, conseqüentemente, a autorização por parte do órgão de gestão de topo do CHUA. Paralelamente, no âmbito académico, foi submetido um resumo do projeto de estágio para validação e aprovação por parte da Instituição do Ensino Superior que, nesta edição do Mestrado em

---

<sup>7</sup> *Frailty Syndrome* (Muscedere et al., 2017)

Enfermagem, detém a responsabilidade da gestão administrativa e pedagógica, o qual também mereceu parecer favorável ao tema, plano de trabalho correspondente e respetivos orientadores.

Concluindo, destacamos, na redação do presente documento bem como de todos os documentos redigidos no âmbito das UCs que compõem o ME, a preocupação com o respeito pelo princípio da integridade académica, na citação, referenciação e respeitando a fidelidade pelo autor (Nunes, 2011).

Face ao explanado, consideramos ter adquirido e desenvolvido as competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do domínio da Melhoria da Qualidade**

*B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;*

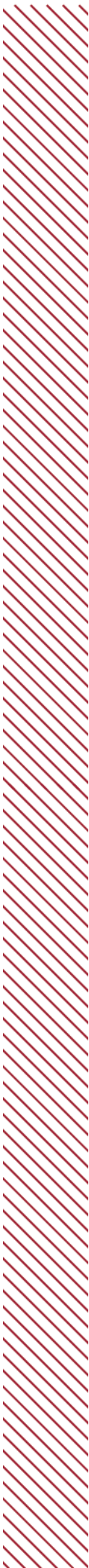
*B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;*

*B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.*

### **Competência de Mestre em Enfermagem**

*5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.*

Como já foi previamente explanado no ponto 2.1 e concetualizado no ponto 2.2.2, a preocupação com a qualidade em saúde tem merecido um gradual reconhecimento e relevância, e, paralelamente, uma crescente preocupação, tendo-se assumido como um dos eixos estruturais do Plano Nacional de Saúde atualmente em vigor (DGS, 2015a). Este reconhecimento e relevo da qualidade em saúde está intrinsecamente ligada à prática profissional de Enfermagem dos Enfermeiros e, particularmente, à prática especializada, como é demonstrado pela enunciação destas competências no regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), um documento estruturante e definidor para a prática especializada em Enfermagem.

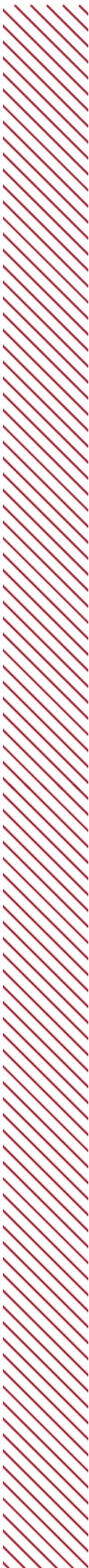


A OE, reflexo da autonomia e autorregulação própria da profissão, criou vários documentos normativos e vinculativos, tendo a qualidade em saúde e a segurança do doente como conceitos implícitos e omnipresentes. Relewa-se, dos vários documentos, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), e, alicerçado neste, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2015b), documento este que confere uma importância adicional ao EEEPSC, como se atenta no preâmbulo do mesmo. Neste contexto, consideramos pertinente a revisão destes dois documentos, que regulam e orientam para prática especializada em Enfermagem.

De igual forma, numa perspetiva de maior abrangência, revimos também Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015a), o Plano Nacional para a Segurança do Doente (MS, 2015c) e os vários documentos que compõem a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (MS, 2015b). Concomitantemente, foram mobilizados os conteúdos lecionados e os conhecimentos adquiridos nas UC de Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Gestão em Saúde e Governação Clínica.

A complexidade dos cuidados à PSC, nas UCIs, condicionada pelas várias intervenções diagnósticas e terapêuticas, simultâneas e/ou emergentes, mas também pelo sistema extremamente tecnológico que reveste este contexto da prestação de cuidados (Marshall et al., 2017), fazem das UCIs, o local lógico e mais propício ao desenvolvimento e implementação de protocolos e projetos, necessariamente assentes na PBE e de cariz multidisciplinar (Chawla & Todi, 2020). O contexto clínico onde decorreu o Estágio Final apresenta vários protocolos clínicos/não clínicos implementados, incidindo sobre diferentes áreas, com atualizações e revisões constantes, baseados na evidência com a necessária adequação ao contexto. Deste modo, foi uma prioridade nossa ter conhecimento dos protocolos e normas em vigor, com o auxílio do Enfermeiro Supervisor Clínico. Pelo caráter iminentemente tempo dependente da maioria das intervenções à PSC, preocupámo-nos em conhecer e aprender a manusear convenientemente os equipamentos com os quais usualmente não temos contacto, fundamental e relevante para a uma prestação de cuidados eficiente, adequada e atempada, minimizando o risco associado ao seu uso e potenciando a sua utilização.

De igual forma, procurámos familiarizarmo-nos com os demais recursos, materiais e humanos, com os processos de organização, gestão e produção de cuidados, com as valências clínicas disponíveis e os projetos em curso que versam sobre a melhoria contínua da qualidade.



Durante a prestação de cuidados, pretendemos promover a manutenção de um ambiente seguro, focando a atuação preventiva dos potenciais riscos para a segurança do doente, nomeadamente na identificação, gestão, mitigação ou extinção, quando possível. A aplicação prática da Escala de *Braden* (Braden et al., 1987), para avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera por pressão (UPP) ou da Escala de Morse (Morse, 2009), que avalia o risco de queda, são exemplos da consecução prática do foco preventivo na prestação de cuidados, onde, mediante a identificação e estratificação de um risco, se institui estratégias adequadas para a redução ou eliminação do mesmo. Releva-se que, apesar de validada para a população portuguesa (Ferreira et al., 2007) e de uso obrigatório a todos os contextos (DGS, 2011b), esta é, consensualmente, desajustada à PSC em UCIs (Han et al., 2018; Hyun et al., 2013), estando em curso a aplicação da Escala de Cubbin-Jackson para avaliação do risco de desenvolvimento de UPP (Cubbin & Jackson, 1991), validada para a população portuguesa em 2012 (Sousa, 2012), nas UCIs nacionais.

Ainda inserido no âmbito da promoção de um ambiente seguro e terapêutico, denota-se a ausência, no contexto clínico onde se realizou o Estágio Final, da confirmação da identificação inequívoca dos doentes internados, apesar de, comprovadamente, reduzir a incidência de eventos condicionadores de um ambiente seguro em UCI (Hoffmeister et al., 2015; Sevdalis et al., 2009), estar contemplado em documentos normativos para os contextos da prática (DGS, 2011c) e de se constituir como um eixo estratégico no Plano Nacional para a Segurança do Doente (MS, 2015c). Esta lacuna surgiu pela reflexão conjunta com o Enfermeiro Supervisor Clínico e demais equipa multidisciplinar, para a identificação de práticas que possam interferir na prestação segura de cuidados.

No que concerne às infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), área fundamental para a instituição e manutenção de um ambiente seguro, consideramos premente mantermo-nos atualizados sobre as normas de orientação clínica e normas de boas práticas emanadas, de âmbito institucional e nacional, orientando a nossa prática em conformidade partilhando, quando assim considerado pertinente, com a restante equipa. De referir que, atendendo ao papel assumido pelo Enfermeiro Supervisor Clínico como responsável de turno, realizámos, no âmbito do Plano Nacional de Controlo de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, auditorias aos procedimentos de Higienização das Mãos (DGS, 2019), nomeadamente recorrendo à lavagem das mãos ou utilização de solução antisséptica de base alcoólica (excluindo

preparação pré-cirúrgica)<sup>8</sup>. Igualmente nesta área, visando a promoção de cuidados seguros, realizámos uma síntese da evidência sobre a utilização diária de clorhexidina oral e os seus benefícios para a PSC, na prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação/Intubação (PAI) (Apêndice N), a qual merecerá uma análise mais aprofundada no âmbito da competência específica do EEEPSC - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Releva-se que os exemplos dados, as UPP, as quedas, as IACS e a confirmação inequívoca da identificação dos doentes internados são indicadores de qualidade em saúde comumente usados e, especialmente, no doente crítico (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias [SEMICYUC], 2017), indicadores estes sensíveis e indissociáveis à prestação de cuidados de Enfermagem.

Concluindo, com o desenvolvimento e concretização da IPM, pretendeu-se demonstrar igualmente a aquisição e desenvolvimento das competências alvo de análise, dado que foi reconhecido e identificado uma área com potencial de melhoria para a prestação de cuidados, aprovada institucionalmente e considerada pertinente e relevante pela gestão intermédia do SMI, recorrendo essencialmente à PBE, utilizando um modelo teórico amplamente difundido e testado. Deste modo, ao longo do percurso da IPM ambicionou-se a dinamização e o desenvolvimento de iniciativas no âmbito da governação clínica, na conceção de programas de melhoria contínua da qualidade tendo como foco, entre outros, a criação de um ambiente terapêutico e seguro.

Destarte, pela fundamentação, consideramos ter desenvolvido e adquirido as competências referentes ao domínio da melhoria contínua da qualidade.

### **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista do domínio da Gestão de Cuidados**

*C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;*

*C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.*

<sup>8</sup> Instrumentos de auditoria disponíveis em [https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/2016\\_manual\\_do\\_observador\\_hm-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/2016_manual_do_observador_hm-pdf.aspx)

## Competência de Mestre em Enfermagem

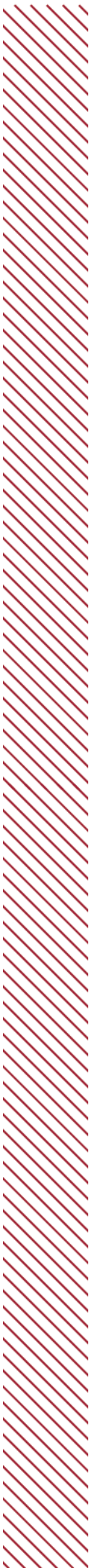
1. *Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada.*

A gestão dos cuidados é uma competência essencial do Enfermeiro, para que estes sejam adequados, equitativos e proporcionais, mas, por inerência, na prestação de cuidados especializados, carecem de uma abordagem mais global, complexa e profunda. Espera-se assim que o Enfermeiro Especialista, para além da gestão da prestação direta de cuidados, realize “a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (OE, 2019a, p. 4748). Deste modo, o Enfermeiro Especialista, especialmente o EEEPSC, pela complexidade do seu percurso formativo e do contexto profissional onde desenvolve a sua prática, é o responsável pela gestão de cuidados dentro e fora da equipa que gere.

Decorrendo do nosso percurso profissional e da experiência detida, vamos assimilando algumas competências, de forma informal e predominantemente empírica, observando e participando, juntamente com os pares no decurso do exercício de funções inerentes ao domínio da gestão. Apesar do exposto, reconhecendo a importância deste tipo de aprendizagem, é essencial vincular a esta aprendizagem uma reflexão e análise crítica, necessariamente construtiva, balizada em conhecimentos científicos e formais.

O contexto clínico onde decorreu o Estágio Final constitui-se como um contexto único para a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da gestão da prestação de cuidados, pelas particularidades inerentes a um SMI desta tipologia que, embora semelhante ao nosso contexto profissional, encerra em si métodos e processos diferentes de conceção, planeamento e gestão de cuidados. A aquisição e desenvolvimento de competências neste domínio, como nos restantes domínios, adquire-se também pela análise, problematização e reflexão crítica da diferença.

Como referido previamente, o Enfermeiro Supervisor Clínico, assume, na generalidade dos turnos, a função de responsável do turno. Deste modo, procurámos analisar as funções do enfermeiro responsável de turno e, observar, na prática clínica, as dinâmicas e processos inerentes à função desempenhada. Os Enfermeiros que assumem esta função são escolhidos pela Chefia de Enfermagem em conjunto com a equipa de Enfermagem, através de um processo de votação. Este processo permite mesclar alguns critérios de âmbito formal com o reconhecimento, por parte da equipa de Enfermagem,

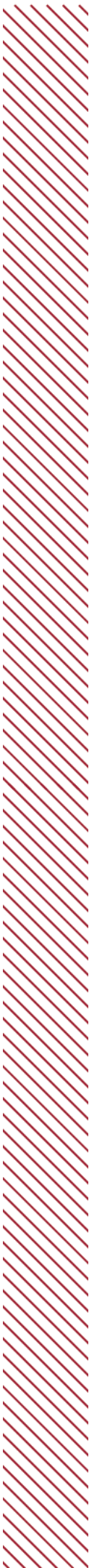


dos elementos que detêm as competências e o perfil mais indicado para a conceção, planeamento e gestão da prática de cuidados. A maior parte dos Enfermeiros que assumem esta responsabilidade são Enfermeiros Especialistas, maioritariamente Enfermeiros Especialistas em EMC, de acordo com os documentos vinculativos à prática de enfermagem, emanados pelo Conselho de Enfermagem e MCEEMC (2017) e MCEEMC (2018), que afirmam que “dispondo os serviços em apreço de equipas de enfermagem com enfermeiros detentores do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deverão ser estes a exercer funções de chefia/coordenação” (MCEEMC, 2018, p.3), já que combinam competências formais mais diferenciadas com a perícia decorrente da experiência.

Deste modo, o Enfermeiro Supervisor Clínico, considerado como uma referência no âmbito da equipa, assume, na maioria dos turnos efetuados, a função de responsável do turno, permitindo-nos assumir e colaborar também nestas funções. Deste modo colaborámos na distribuição da carga de trabalho, minimizando e distribuindo de forma equitativa a mesma. Portanto, uma das principais tarefas do Enfermeiro responsável de turno, é a gestão dos cuidados observando os recursos humanos disponíveis havendo, esporadicamente, necessidade de ajustar a distribuição de trabalho, atendendo a que os recursos são finitos, requerendo uma gestão proporcional e adequada às circunstâncias não previstas, mitigando a sobrecarga de trabalho pontual, contribuindo para a manutenção da qualidade da prestação de cuidados que poderia ser afetada e colocada em causa pelo excesso de trabalho. Esta redefinição da distribuição da carga de trabalho implica, por parte do Enfermeiro Responsável de turno, uma atuação assertiva e ponderada, para a diminuição e eliminação dos potenciais conflitos que daí poderão advir. Releva-se a inexistência da utilização de instrumentos de apoio à gestão, como a já referenciada TISS-28, que quantifique a carga de trabalho e que permita uma distribuição mais equitativa, lacuna esta discutida com o Enfermeiro Supervisor Clínico.

Como refere a OE, o Enfermeiro “delega a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certa e sob supervisão adequada” (2015a, p. 225), participamos, de forma ativa, na delegação de tarefas nos profissionais funcionalmente dependentes, observando as competências e capacidades do profissional em quem se delega a tarefa, supervisionando e orientado quando necessário, garantindo assim a manutenção da segurança e qualidade.

Atendendo à limitação, por motivos pessoais, do Enfermeiro Supervisor Clínico na rotação usual de turnos, no que concerne ao turno da manhã, foi-nos proposto realizar alguns turnos com os Enfermeiros alocados a funções exclusivamente de gestão e



coordenação, nos turnos da Manhã. Estes Enfermeiros, além de assistirem à passagem de turno “clínica”, assistem à passagem de informação entre responsáveis de turno e encarregam-se da gestão logística, burocrática e de âmbito não clínico, em articulação com os serviços de apoio e assessoria, particularmente com o serviço de aprovisionamento, serviços farmacêuticos e serviço de esterilização. Esta gestão é de caráter prospetivo e antecipatório, pretendendo-se antever as necessidades logísticas e de recursos para uma efetiva prestação de cuidados de qualidade.

Concomitantemente, também tivemos oportunidade de assistir e participar na reunião multidisciplinar, que decorre no início do turno da manhã, onde, no seio da equipa multidisciplinar, que inclui não só Médicos e Enfermeiros, mas todos os profissionais que colaboram com o SMI, em funções diretas, de assessoria ou consultoria, são discutidos os casos clínicos e definidos os objetivos concretos e individualizados a serem alcançados para cada doente. O Enfermeiro responsável de turno colabora com as decisões, no âmbito das suas competências para uma tomada de decisão fundamentada, funcionando como elo à restante equipa, onde comunica ao Enfermeiro responsável o plano terapêutico individual determinado.

Os conceitos de gestão e liderança surgem constantemente articulados, considerando-se a liderança uma componente essencial, prioritária e crítica da gestão (ICN, 2000) que, no que concerne à Enfermagem e à sua prática profissional, é fundamental a identificação do estilo de liderança mais adequado e propenso à garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019b).

Objetivando a identificação, análise e reflexão do tipo de lideranças clínicas adotadas, importa referir que não existe uma definição consensual de liderança, sendo considerado um fenómeno com inúmeras variáveis, caracterizado por um processo de influência do líder nas crenças, valores, atitudes, cognições, emoções e comportamentos dos liderados (Gondim & Albertom, 2017) cujos pressupostos fundamentais, no que concerne especificamente à Enfermagem, são o conhecimento, a capacidade de comunicação, a energia, a ação e a capacidade de atingir as metas (Tappen et al., 2019). Emerge dos estilos de liderança adotados, tanto da Enfermeira Chefe do SMI como dos Enfermeiros que assumem a função de responsável de turno, que se alteram e adaptam perante as diferentes situações, problemas, necessidades e também perante as características dos seguidores, enquadrando-se na teoria de liderança situacional de Hersey e Blanchard (Melo, 2011) e, em menor escala, num padrão de liderança transacional/transformacional, onde os líderes são agentes de mudança, transformando

as atitudes, crenças e motivos dos seguidores, tornando-os conscientes das necessidades em função dos objetivos (Santos, 2014).

Ressalva-se, no âmbito das competências deste domínio, a participação no seminário on-line, promovido pela OE, subordinado ao tema "Organização e Gestão dos Serviços Clínicos" (Anexo D), que concorreu para o aumento dos conhecimentos sobre a temática, pelos contributos dados pelos palestrantes, provenientes de contextos clínicos diferentes, que influenciam necessariamente os conteúdos apresentados.

Concluindo, no que concerne à IPM, a gestão eficiente e eficaz dos recursos utilizados para a realização foi uma preocupação presente, pelo uso de meios desmaterializados para o envio dos questionários e consequentes respostas destes por via semelhante, possibilitando ganhos e o acesso aos dados em tempo real. De igual forma, a gestão da IPM face aos condicionalismos externos já descritos, que alteraram uma parte substancial do planeamento e execução, demonstraram competências do âmbito do domínio da gestão e liderança.

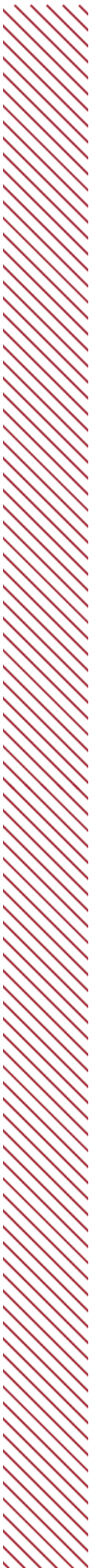
Embora não tenha sido possível exercer, de forma autónoma, funções que impliquem gestão e liderança, enquanto discente, julgamos ter desenvolvido as competências inseridas neste domínio, recorrendo à observação, análise e reflexão crítica.

### **Competência Comum do Enfermeiro Especialista do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

*D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.*

A "auto-reflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroacção pelos outros permite-nos descobrir bastante quem nós somos, como somos e o que precisaríamos fazer para melhor nos actualizarmos" (Phaneuf, 2005, p. 177).

Assente neste pressuposto, consideramos que a evolução pessoal e, conseqüentemente, profissional é indissociável e potenciada pelo conhecimento de nós próprios, das nossas limitações e competências. Sem o reconhecimento das limitações, o crescimento, tanto pessoal como profissional, torna-se escasso e restritivo. Neste contexto, releva-se a importância do autoconhecimento e a autorreflexão como ferramenta terapêutica para a relação Enfermeiro-Doente (Rasheed, 2015).



O estágio numa UCI de referência, no decurso de 12 anos de prática clínica autónoma, num contexto clínico similar, constitui-se como um desafio e circunstância propícia para o desenvolvimento do autoconhecimento, autoperceção, autoavaliação, exponenciada pelo papel de discente em contexto clínico. Assim, esta experiência relevou-se extraordinariamente benéfica, devido à interação com diferentes profissionais e à necessidade de nos adaptarmos a diversas formas de trabalho dentro do mesmo contexto clínico, fomentando a reflexão e a autoavaliação, adicionando valor pelo reconhecimento dos recursos, limites e competências pessoais como para o incremento do autoconhecimento.

Neste contexto, identificamos a carência em algumas áreas de cuidados com a qual não contactamos no nosso percurso profissional, como a Neurorradiologia, a qual reconhecemos precocemente, e procuramos reduzir, através da pesquisa e estudo aprofundado e da procura de experiências, nomeadamente através da atribuição deste tipo de doentes e aproveitando as oportunidades de realizar turnos no serviço de Radiologia, durante as intervenções executadas pela Neurorradiologia de Intervenção. Deste modo, as estratégias utilizadas potenciaram e aceleraram a nossa evolução como profissionais nesta área específica, diminuindo assim a lacuna identificada.

No âmbito desta competência, salientamos a prática instituída de *dibriefing* no SMI, entendido pragmaticamente como um processo de prática reflexiva que objetiva a análise dos pressupostos e práticas após um evento (Mullan et al., 2014), de cariz multidisciplinar, após alguns eventos que se consideraram relevantes, encaradas numa perspetiva construtiva e pedagógica. Esta prática pós evento revestiu-se de uma relevância fulcral para o reconhecimento de práticas, atitudes ou competências incorretas, insuficientes ou desajustadas que passaram despercebidas, para o enaltecimento das ações e atitudes corretas e atempadas bem como para traçar medidas e ações corretivas para os eventos similares futuros, melhorando a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados. Esta prática sistemática contribuiu, sobremaneira, para o desenvolvimento do autoconhecimento e autorreflexão.

Almejando uma gestão de forma eficiente de sentimentos e emoções para uma resposta condigna (OE, 2019b), reconhecemos que a experiência profissional nos ajudou e dotou de algumas estratégias para minimizar a influência dos sentimentos e emoções nas situações de maior pressão e/ou situações promotoras de conflitos. Assim, aproveitando o contexto do estágio, recorreremos à introspeção, de forma mais frequente, promotora do autoconhecimento, a qual se constitui como uma variável extremamente relevante para o reconhecimento das características próprias com potencial para

impactar o processo de desenvolvimento da assertividade, tanto na relação com o doente e as suas pessoas significativas como na gestão e mediação de conflitos, em resposta a situações de maior pressão ou que requerem uma resposta célere e definitiva.

Concluindo, salienta-se também, no âmbito desta competência, a UC de Relação de Ajuda cujo método de avaliação alicerçou-se num exercício de autoavaliação e autoconsciencialização (*self-awareness*), contribuindo assim para o seu desenvolvimento. Releva-se também a abordagem, inerente à UC de EMC 1, da temática da gestão de emoções, em contexto teórico e na realização e discussão de trabalhos que incidiam sobre o tema em epígrafe, fundamentais também para o desenvolvimento desta competência.

Pela fundamentação explanada, ao qual se adiciona evidentemente o desenvolvimento e amadurecimento proporcionado pela experiência profissional, consideramos ter adquirido a competência em análise.

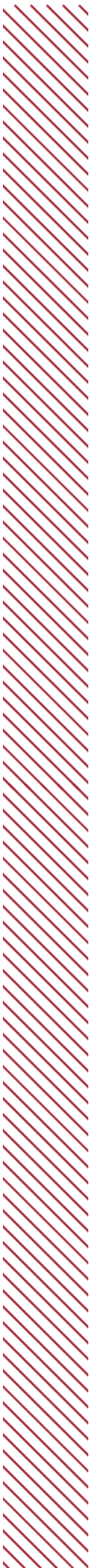
### **Competência Comum do Enfermeiro Especialista do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

*D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.*

### **Competências de Mestre em Enfermagem**

- 2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência;*
- 6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular.*

Como já anteriormente explanado, a prática baseada na evidência consiste na integração da melhor evidência, proveniente de uma pesquisa organizada, sistemática e sistematizada, conjugada com a experiência e julgamento clínico e os valores e preferências do doente na tomada de decisão clínica fundamentada (Larrabee, 2011; Pearson et al., 2005; Reavy & Tavernier, 2008). Assim sendo, é lícito deduzir a estreita articulação, de forma equilibrada, entre a experiência profissional, geradora de conhecimento empírico, contribuidor para a construção de um juízo clínico, com a

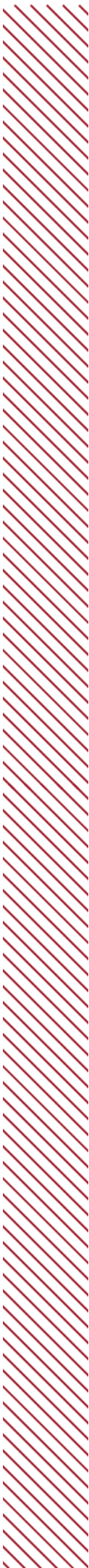


evidência científica, com a aplicação crítica e criteriosa desta na tomada de decisão fundamentada. Esta visão é partilhada pela OE (2015a) que refere, na deontologia profissional, documento base à prática profissional autónoma, no artigo 97.º, que os Enfermeiros devem “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados” (p. 78).

Atendendo à complexidade inerente ao doente crítico, da dinâmica do processo terapêutico e dos amplos recursos colocados à disposição, é exigido ao prestador de cuidados de saúde e, especificamente ao EEEPSC, uma avaliação e análise da exequibilidade da evidência científica produzida (Deutschman & Neligan, 2019). Desta forma, consideramos pertinente uma revisão dos documentos reguladores da profissão e das macropolíticas de saúde atuais, contextualizando uma revisão mais aprofundada das áreas específicas do doente crítico, fundamentando na melhor evidência científica o exercício profissional, cruzando com os conhecimentos decorrentes da experiência prática e com os valores do doente (Larrabee, 2011). Relava-se, neste âmbito, os conteúdos inseridos na UC de Investigação em Enfermagem que contribui para aprimorar a abordagem adotada perante a evidência científica.

Como previamente apresentada, a realização da IPM, utilizando a metodologia de projeto como fio condutor, não se cinge a uma investigação com base numa necessidade sentida ou uma carência identificada na prática clínica diária, mas numa perspetiva de investigação-ação. Assim, realizamos um diagnóstico de situação, utilizando duas ferramentas distintas, com a identificação de uma necessidade/carência no contexto clínico, que conduziu ao planeamento e conseqüente execução da IPM, e, avaliamos da forma possível, distinta relativamente à forma e metodologia planeada, pelos constrangimentos externos impostas já mencionados. Consideramos que este trabalho se revela como um bom exemplo de uso da prática baseada na evidência.

Ainda no que concerne à IPM, foi por nós planeada uma sessão de formação em serviço, com a construção de um plano de sessão (Apêndice J) e de uma apresentação de diapositivos (Apêndice K), inserido no plano anual da formação em serviço, não tendo sido possível a sua realização em tempo útil, atendendo ao contexto externo de saúde pública. De forma alternativa, os conteúdos foram disponibilizados e abertos a críticas e sugestões, de forma desmaterializada e não presencial, pretendendo-se operacionalizar a sessão de formação quando a realização desta for viável. A UC de Formação e Supervisão em Enfermagem modelou os documentos referidos, essenciais à prossecução correta de



uma sessão de formação, pelos conteúdos inerentes na UC, especificamente aos referenciais teóricos acerca da aprendizagem, formação e supervisão clínica lecionados, mas também aos aspetos mais operacionais da formação em contextos clínicos.

A formação contínua é essencial e indissociável para o desenvolvimento profissional, sendo também um dever profissional, atendendo que deve “assegurar a actualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através de acções de qualificação profissional” (OE, 2011b, p.81). Neste modo, foi por nós proposto dois momentos formativos que consideramos pertinente dentro do percurso do estágio final. O primeiro momento formativo foi no Congresso Internacional Doente Crítico 2019 (Anexo E), realizado nos dias 24 e 25 Outubro 2019 e o segundo momento foi o Simpósio Nutricional na Pancreatite Aguda (Anexo F) que se realizou nos dias 17 e 18 de Janeiro de 2020. Para além dos eventos referidos, proporcionou-se, pela situação de saúde pública que mediou o Estágio Final e a redação do relatório, a participação nos seminários on-line, organizados e promovidos pela OE, no âmbito das competências do EEEPSC. Deste modo, destacam-se a sessão “COVID-19: Organização e Gestão dos Serviços Clínicos” (Anexo D), efetuada no dia 22 de Abril 2020, a sessão, intitulada de “Ao Encontro dos EEEMC Em Tempos de Pandemia COVID-19” (Anexo G) decorrida no dia 23 Abril 2020, a sessão denominada “Ao Encontro dos EEEMC em Tempos de Pandemia COVID-19 (Anexo H) realizada no dia 27 de Abril de 2020, e, por fim, a sessão intitulada “Atuação em Emergência em Fase de Pandemia” (Anexo I) decorrida no dia 7 de Maio de 2020.

Finalizando, realizámos um artigo científico, estruturado como uma revisão integrativa da literatura, sobre sistemas de notificação de eventos adversos em UCI (Apêndice H), balizando assim a disseminação da PBE. Este artigo foi realizado com as indicações e regras da Revista de Enfermagem Referência (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014; 2017), revista indexada na *SCOPUS*<sup>®</sup>, e que teve ponderação quantitativa para a avaliação na UC do Estágio Final, prevendo-se a sua submissão para publicação. Pretende-se também a realização de um artigo consequente à IPM, que inclua os resultados desta.

Face ao exposto, consideramos adquiridas as competências acima mencionadas.

### **3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre em Enfermagem**

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, de acordo com o conceito arrojado pela OE (2019b), são competências “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades” (p.4745). As competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC integram-se com as competências comuns do Enfermeiro Especialista, já explanadas previamente, criando um mapa conceitual que rege, define e concretiza a prática de Enfermagem especializada e as competências clínicas mobilizadas de acordo com o alvo e o contexto de intervenção.

Face à atualização recente do documento normativo que regula as Competências do Enfermeiro Especialista em EMC (OE, 2018), com a criação de áreas específicas que, segundo a OE (2018), se justificam pela abrangência da EMC, assim como a necessidade de especificar competências em áreas emergentes de cuidados, inclusas na EMC, serão apenas alvo de descrição e análise reflexiva as competências específicas do EEEPSC.

Posto isto, o Enfermeiro Especialista em EMC, na área de Enfermagem à PSC, deverá deter as seguintes competências específicas:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção 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. (OE, 2018, p.19359)

Reiterando a metodologia utilizada para a descrição, análise reflexiva e a fundamentação do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências determinadas para o grau de Mestre serão abordadas em conjunto com as competências específicas do EEEPSC, quando assim se considerar apropriado.

### **Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**

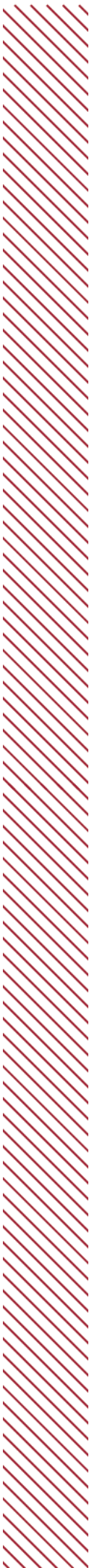
*1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.*

### **Competência de Mestre em Enfermagem**

*4. Realiza desenvolvimento autônomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.*

A PSC “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2018, p.19362), mesclando o conceito com a definição mais amplamente usada, emanada pela OM (2008), já anteriormente citada. Entendendo-se os cuidados à PSC como “altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades” (OE, 2018, p. 19362), é exigido, do EEEPSC, a mobilização de uma multiplicidade de conhecimentos e competências, para uma prestação de cuidados, de forma atempada, proporcional, individual e holística (OE, 2018).

Ancorado nos conceitos citados no parágrafo anterior, a totalidade dos doentes que foram alvo da nossa prestação de cuidados classificam-se como críticos, carecendo de cuidados prestados em tempo útil, com eficiência e eficácia. Deste modo, pelo caráter iminente tempo dependente da maioria das intervenções à PSC, por vezes emergentes (Bersten & Handy, 2019; Marini & Dries, 2019), é imprescindível o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências na abordagem ao doente crítico, de índole antecipatória e preventiva perante potenciais focos de instabilidade, identificados precocemente e respondidos de forma rápida, instituindo cuidados com o necessário nível de vigilância e monitorização proporcionais à gravidade da situação clínica. Neste contexto, o EEEPSC, dada as suas competências adicionais na prestação de cuidados à PSC, encontra-se numa circunstância singular para prevenir e atuar perante os focos de instabilidade clínica, atendendo ao cariz contínuo da prestação de cuidados de Enfermagem.



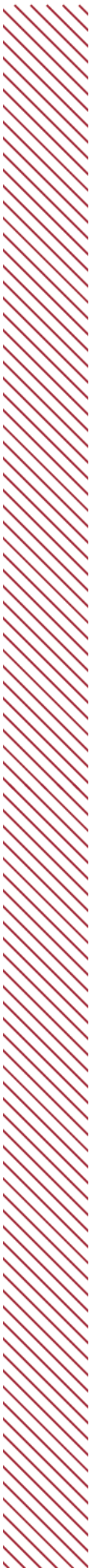
Deste modo, pretendemos, no decurso do estágio final, a demonstração de competências na identificação e resposta atempada de focos de estabilidade, adquiridas durante a nossa experiência profissional e formação profissional efetuada, refinadas pelos conteúdos lecionados durante o ME. Como tal, recorreremos, durante a prestação de cuidados, na avaliação, vigilância e monitorização frequente e/ou contínua do doente, a uma abordagem prioritizada, organizada e sistematizada, amplamente testada na prática clínica, como é a abordagem primária ABCDE<sup>9</sup> (*American College of Surgeons [ACS]*, 2018; *American Heart Association [AHA]*, 2016; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2019), com as devidas adaptações, nomeadamente em situações de trauma, com o controlo da coluna cervical, na via aérea, e o controlo da hemorragia, na circulação (ACS, 2018; INEM, 2019).

Consubstanciando o referido, segue-se um exemplo concreto, entre vários possíveis, da relevância do EEEPSC, pelas suas competências acrescidas, adicionam valor à prestação de cuidados. Um doente politraumatizado com traumatismo cranioencefálico grave, resultado de um acidente de viação de alta cinemática, que, entre outras, encontrava-se com monitorização da PIC intraparenquimatosa, com esta dentro dos valores adequados à situação clínica. Sem nexo de causalidade aparente, estes valores iniciaram uma subida sustentada, acompanhada de bradicardia associada. Perante o quadro clínico descrito, pesquisou-se causas possíveis reversíveis, sendo que a alteração precocemente identificada, se resolveu com a elevação da cabeceira da cama e alinhamento da cabeça. Releva-se a identificação e intervenção precoce para uma circunstância clínica que, caso se prolongasse, acarretaria consequências adversas a média prazo e impacto nos resultados clínicos para o doente, evitando assim uma abordagem mais invasiva, com riscos acrescidos (Carney et al., 2017; Hutchinson et al., 2016).

Pelo nosso percurso profissional, de 12 anos de experiência profissional em contexto de cuidados intensivos, acrescido do percurso académico do qual este documento faz parte, adquirimos e desenvolvemos competências na execução de cuidados técnicos de elevada complexidade, no que concerne aos procedimentos e cuidados de Enfermagem mais usuais neste contexto clínico específico. Pela ampla quantidade e variedade de procedimentos e cuidados de Enfermagem específicos, elencam-se apenas aqueles relacionados com a via aérea, a título de exemplo, nomeadamente cuidados de Enfermagem na colocação, manutenção e remoção do tubo endotraqueal, intervenções de Enfermagem na execução de traqueostomia, percutâneas e cirúrgicas, colaboração na realização de broncofibroscopia, colocação e gestão de adjuvantes de via aérea básica,

---

<sup>9</sup> A - **A**irway/Via aérea; B - **B**reathing/Ventilação e oxigenação; C - **C**irculation/Circulação; D - **D**isability/Disfunção Neurológica; E - **E**xposure/Exposição (ACS, 2018; AHA, 2016)



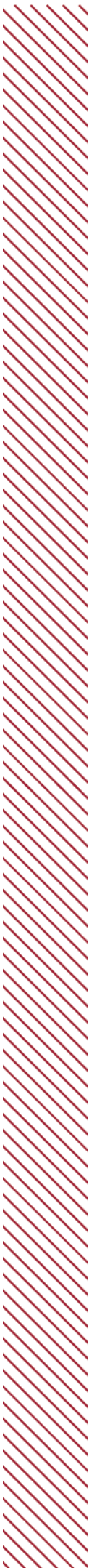
intervenções de Enfermagem na manutenção da patência da via aérea definitiva, recorrendo à aspiração, entre outros.

Dado o contexto clínico do estágio, os desafios colocados, numa visão iminente técnica, proviam dos procedimentos e especialidades com as quais não temos contacto diariamente no nosso contexto profissional, nomeadamente com a *ECMO* e a Neurorradiologia de intervenção. Por motivos alheios ao SMI, apesar de ter toda a estrutura, logística montada e recursos humanos capacitados e treinados, não se colocaram doentes em terapia de *ECMO*, durante o período do estágio final, por opção do órgão de gestão máximo da organização hospitalar. Assim, no que concerne à Neurorradiologia de Intervenção, tivemos a oportunidade de acompanhar alguns doentes, que se encontravam no SMI, ao serviço de radiologia, onde eram realizados os procedimentos no âmbito da especialidade. Deste modo adquirimos conhecimentos e novas competências técnicas no que concerne à preparação para o exame, as necessidades de cuidados durante o exame, à administração e gestão de fármacos por via intra-arterial e intratecal, bem como à prevenção de complicações decorrentes do procedimento.

De igual forma, também tivemos oportunidade de colaborar e, conseqüentemente, desenvolver competências no transporte intra-hospitalar do doente crítico, para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, cuja realização não fosse possível na unidade do doente, do e para o BO e para a realização de exames no âmbito da Neurorradiologia de Intervenção. Para a efetivação segura deste tipo de transporte, seguimos as recomendações da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI] (2008) e a recomendações europeias (Fanara et al., 2010) cujas linhas mestras são semelhantes, com ênfase dado às fases do planeamento, coordenação e comunicação.

Não existiram, durante o estágio final, situações que requeressem competências em Suporte Avançado de Vida ou Suporte Avançado de Vida em Trauma, porém, pela nossa prática profissional quotidiana, fazendo parte de uma EEMIH na nossa organização hospitalar em conjunto com a formação certificada detida e as formações em serviço periódicas realizadas, nesta área fundamental para o EEEPSC, julgamos ter alcançado o objetivo previamente traçado (Apêndice M).

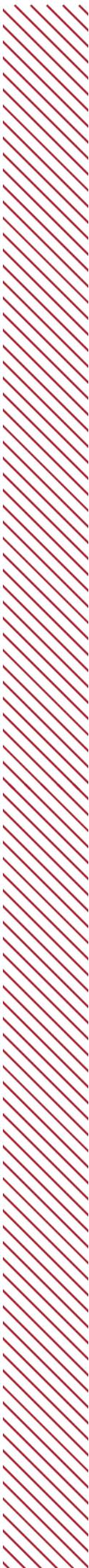
Como previamente referido, as UCIs são o local lógico e mais propício ao desenvolvimento e implementação de protocolos e projetos de cariz multidisciplinar pela complexidade inerente aos cuidados à PSC (Marshall et al., 2017), sendo os protocolos essenciais para a implementação da PBE à prática de cuidados diária (Chawla & Todi,



2020; Mazer & Levy, 2016). O contexto clínico onde decorreu o Estágio Final apresenta vários protocolos clínicos, incidindo sobre diferentes áreas, com atualizações frequentes, baseados na evidência com a necessária adequação ao contexto. Assim, atendendo aos vários protocolos existentes, pugnamos pela adaptação, dos protocolos às situações clínicas concretas, vigiando, mitigando e prevenindo as complicações associadas e avaliando os seus resultados. O exemplo paradigmático desta prática, é o protocolo de sedação, analgesia e delirium, onde é fixado um objetivo de sedação concreto e individualizada à situação clínica, cabendo ao Enfermeiro a gestão da sedação e analgesia, objetivando alcançar os resultados esperados, eliminando ou diminuindo as complicações daí associadas. De igual forma, enaltece-se também a necessidade de gestão de outros protocolos complexos como o protocolo de controlo de glicemia (por via subcutânea ou endovenosa), normoterapia pós-PCR, trombólise, terapia contínuas de substituição renal com recurso a diferentes meios de anticoagulação, alimentação entérica e parentérica, trombólise, extubação endotraqueal, desmame ventilatório, posicionamento em decúbito ventral, entre outros, o que promoveu o desenvolvimento de competências neste âmbito.

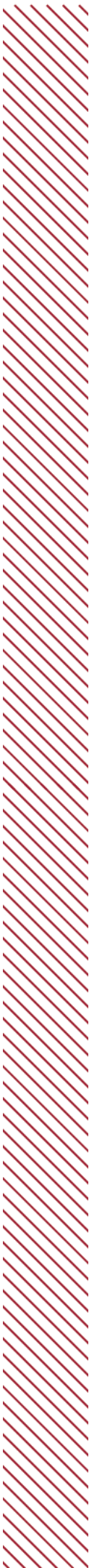
É mandatório, face à PSC, por parte do EEEPSC, a demonstração e a capacidade aprofundada para fazer a gestão diferenciada da dor e bem-estar, otimizando as respostas (OE, 2018). Reconhecida como 5.º sinal vital (DGS, 2003), a gestão da dor é um fenómeno complexo pela índole intrinsecamente individual, que surge de diferentes fontes, isoladas ou combinadas, com uma ampla variabilidade subjetiva de perceção e tolerância (Devlin et al., 2018). Na PSC, pelas suas características singulares, que incluem níveis alterados de consciência, comunicação comprometida, padrões de sono alterados, imobilidade prolongada ou procedimentos efetuados e dispositivos invasivos colocados, requerem uma abordagem consistente e sistemática de avaliação e gestão da dor, idealmente operacionalizada através de um protocolo específico (Devlin et al., 2018). A avaliação padrão da dor rege-se pela autoavaliação da mesma a qual, na PSC, com as condicionantes acima referidas, pode não ser exequível (Devlin et al., 2018). Pela nossa experiência profissional, mesclada com a evidência consultada, a avaliação da dor no doente crítico é um processo complexo que, frequentemente, leva a uma gestão inadequada da dor, normalmente subvalorizando a mesma.

Assim, avaliamos sinais clínicos sugestivos de dor e monitorizamos a dor, na periodicidade instituída pelo protocolo em curso no SMI (1/1h) ou sempre que se justificasse, recorrendo às escalas preconizadas pelo protocolo de sedação e analgesia, a escala numérica e a Escala *Behavioral Pain Scale* (BPS), recomendadas para o doente crítico capaz de autoavaliar a dor e para o doente crítico impossibilitado de realizar esta



autoavaliação respetivamente. Denota-se que a BPS, validada (Batalha et al., 2013) e recomendada para Portugal (SPCI, 2016), na qual participamos no estudo que originou esta recomendação, utiliza dados e indicadores fisiológicos sugestivos e reativos à dor, quantificando assim o grau de dor. Deste modo, caso exista dor, instituímos medidas adequadas e proporcionais à monitorização, baseado no protocolo instituído no SMI, assente no conceito de analgesia multimodal (Barr et al., 2013; Devlin et al., 2018), atualmente aceite como o estado da arte, recorrendo a vários tipos de analgesia farmacológica, por várias vias de administração, dependente da situação clínica individual e ao tipo de dor referido ou evidenciado. De igual forma, antes de qualquer procedimento com potencial doloroso, administramos fármacos analgésicos, normalmente um analgésico de base opióide de ação rápida, objetivando a diminuição e ou eliminação da dor inerente ao procedimento. Não sendo de desconsiderar as medidas não farmacológicas, estas têm um carácter secundário e acessório no doente crítico (Barr et al., 2013; Devlin et al., 2018), pelo que estas medidas, como os posicionamentos e as massagens, foram realizadas de uma forma adjuvante à gestão primária da situação dolorosa. Estas intervenções foram necessariamente acompanhadas de registos rigorosos.

Atualmente, a abordagem conjunta das práticas/gestão da sedação, dor e delirium é universalmente aceite como a melhor prática de cuidados, tendo-se, recentemente associado, nas últimas normas de orientação clínica (Devlin et al., 2018), emanadas pela SCCM, recomendações acerca da disrupção do sono e a imobilidade, que influenciam decisivamente a incidência e prevalência do delirium. Deste documento emerge a recomendação que os protocolos de sedação e delirium deverão estar sob a égide e gestão dos Enfermeiros, que, de acordo com a OE (2018), está inerente a esta competência do EEEPSC. O delirium é uma realidade comum no doente crítico, influenciando negativamente a generalidade dos *outcomes* mais comumente aplicados ao doente crítico e com consequências nefastas a nível cognitivo e funcional a médio/longo prazo (Devlin et al., 2018). Assente nestes pressupostos, seguindo o protocolo em uso no SMI, monitorizamos o delirium, com recurso à *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit* [CAM-ICU] (Ely et al., 2001), validada para Portugal (Sampaio, 2012) e para esta população específica (Teixeira, 2019), sendo esta prática encarada como um momento único de aprendizagem pela nossa inexperiência no uso desta escala. Assim identificamos, com a CAM-ICU, os vários subtipos de delirium, hipotativo, hiperativo ou subsindromático, e gerimos de forma adequada perante esta estratificação. Releva-se que a generalidade de intervenções recomendadas para a gestão do delirium são de âmbito não-farmacológico, enquadrando-se sobremaneira na prática especializada em

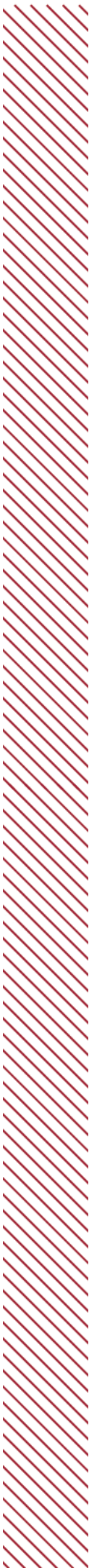


Enfermagem, especialmente do EEEPSC, contribuindo para o potencial das nossas competências nesta área de visibilidade e importância emergente.

Relevando a sua importância, a relação terapêutica é integrada, pela Ordem dos Enfermeiros, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), um dos primeiros documentos orientadores emanados após a sua criação, sendo caracterizada como uma relação de parceria com o cliente/doente, respeitando as suas capacidades e o valorando o seu papel (OE, 2001). Este conceito é abordado por outros autores de referência como Riley (2004) ou Phaneuf (2005) convergindo em conceitos centrais como a relação de ajuda, a comunicação eficaz a empatia e partilha. Sendo esta relação por nós reconhecida como um meio de cuidados ou mesmo observada como uma intervenção de Enfermagem autónomo por si só, imprescindível para uma prestação de cuidados global à PSC e às suas pessoas significativas. Embora as competências relacionais sejam condicionadas e modeladas pela individualidade de quem cuida, estas podem ser desenvolvidas e, deste modo, pesquisamos na evidência produzida sobre o tema. Neste contexto, pretendemos aplicar e adequar os conhecimentos adquiridos na UC de Relação de Ajuda, passíveis de contribuir para a compreensão da circunstância experienciada pela pessoa, ajudando e potenciando a autoavaliação e auto consciencialização e o consequente autoconhecimento dos recursos pessoais disponíveis e estratégias de *coping* passíveis de serem mobilizados e utilizados para enfrentar e ultrapassar as dificuldades colocadas.

A comunicação é um instrumento central para a criação e manutenção de uma relação terapêutica, essencial na criação de uma relação de empatia e confiança, que adicione valor à prestação de cuidados de saúde (Phaneuf, 2005). No doente crítico, nas particularidades inerentes ao seu estado de saúde e ao processo terapêutico intensivo normalmente instituído, como já referidos previamente, a aplicação de algumas competências intrinsecamente associadas à Enfermagem e à prestação de cuidados, como a comunicação e a já referida relação terapêutica, é modificada e, por vezes, minimizada.

A adequação individual da comunicação com o doente crítico, apesar da nossa experiência profissional num contexto profissional similar, constitui-se como um desafio atual e, paralelamente, um estímulo para o desenvolvimento de competências nesta área central dos cuidados de Enfermagem. Deste modo, procuramos investir e adequar estratégias alternativas e facilitadoras da comunicação, com a necessária identificação prévia das barreiras de comunicação, condicionadas frequentemente pelo estado clínico e uso de dispositivos invasivos. Assim, utilizamos meios análogos ou alternativos de



comunicação, como o recurso a ferramentas de comunicação não verbal, nomeadamente a comunicação escrita ou recorrendo a ferramentas gráficas focando as necessidades mais prementes e as solicitações mais comuns.

As situações de fim de vida são uma realidade quase diária nas UCIs, com as quais somos frequentemente confrontados, sendo atualmente, como já citado anteriormente, os cuidados paliativos uma área de pleno direito e em plena evolução no âmbito da medicina intensiva. Embora os profissionais de saúde das UCIs se revelem profissionais de excelência na prestação de cuidados ao doente crítico enquanto cuidados com intencionalidade iminentemente curativa, estes apresentam-se cada vez mais sensíveis para a necessidade de repensarem e redirecionarem os seus cuidados face a um conjunto de doentes, incluindo os seus significativos, que, pela doença com estadios avançados, pela complexidade do tratamento ou pela qualidade de vida expectável após a doença crítica, apresentam necessidades que ultrapassam o estritamente curativo (Myatra et al., 2014). Desta forma, procuramos abordar os cuidados nas situações de fim de vida numa perspetiva ampla, tentando avaliar as necessidades, desejos e as preferências do doente e das suas pessoas significativas, instituindo práticas e intervenções que visam a gestão de sintomas indesejáveis, com uma comunicação adequada e eficiente focando o apoio emocional e, por vezes, espiritual, e a inclusão, quando possível, na tomada de decisão (Fernandes, 2017).

“Acompanhar alguém no momento da morte pode ser uma dádiva e ao mesmo tempo (...) uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, mas também uma situação de desgaste (...) podendo conduzir a situações de sobrecarga e exaustão” (Gama, 2013, p. 15). Apesar destas situações serem comuns no nosso percurso profissional, sempre ligado ao doente crítico, contribuindo assim para a aquisição e desenvolvimento de estratégias de *coping* para gerir circunstâncias de fim de vida, morte e processos de luto, cada situação percorrida e vivenciada contribui invariavelmente para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal, potenciando positivamente a nossa prática profissional, as nossas atitudes e condutas pessoais perante situações de características semelhantes. Estes momentos são, incontestavelmente, situações que permitem uma aprendizagem e reflexão que contribuíram e para o desenvolvimento das competências inseridas neste domínio de competência.

Em jeito de conclusão, enaltece-se os meios e as fontes usadas para a pesquisa de conhecimento e da evidência científica, já fundamentado no âmbito da competência D2, de cariz idóneo, fiável, atual e relevante, objetivando alicerçar a nossa prática clínica diária à pessoa a experimentar processos complexos de doença crítica, disfunção e/ou

falência orgânica (OE, 2018). A esta pesquisa naturalmente se agregam os conteúdos lecionados no âmbito das UCs do ME, específicas para área da EMC.

Face à fundamentação apresentada, julgamos ter adquirido e desenvolvido esta competência específica relativa ao EEEPSC.

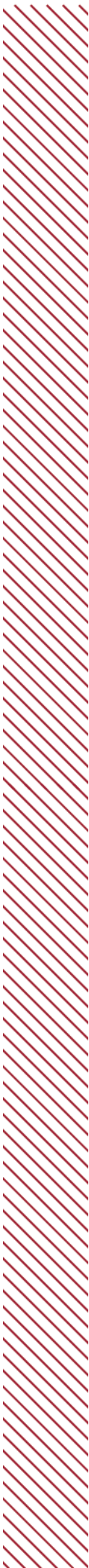
### **Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**

*2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação.*

De acordo com enquadramento concetual emanado pela OE (2018), cabe ao EEEPSC, no âmbito desta competência, a conceção, o planeamento e gestão da resposta de forma imediata, proporcional, eficiente e eficaz, aos vários níveis de abrangência, de situações de emergência, exceção e catástrofe.

Contextualizando, vivemos atualmente na permanente “possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico de grandes ou importantes proporções” (DGS, 2010b, p.1). Assim, é obrigatório que as organizações de saúde, independentemente do nível ou área de cuidados, realizem ciclicamente, de uma forma estruturada, sistémica e organizada, um diagnóstico da sua situação e criem respostas de emergência face aos possíveis cenários que condicionem o desequilíbrio entre os recursos e valências existentes e disponíveis e as necessidades emergentes não previstas (DGS, 2010a; DGS, 2010b; INEM, 2012). Assim, todos os profissionais de saúde devem reconhecer-se como um eixo essencial da resposta a situações de emergência e ou exceção, e conhecer a sua função, missão e ação no domínio das suas competências profissionais (DGS, 2010a).

Atendendo ao caráter imprevisível das situações previamente descritas, não existiu durante o período do Estágio Final qualquer evento, processo ou situação que fosse considerado de catástrofe ou emergência multi-vítimas. De igual forma, não houve também oportunidade, dentro da janela temporal do Estágio Final, de participar em ações de simulação ou treino de situações de exceção. Este contexto imprevisto deve estimular os profissionais de saúde, tanto neste papel como no papel de agente de proteção civil inerente ao cidadão, a conceberem e a planearem a sua atuação em situações de catástrofe e exceção, pugnando e possibilitando decisões fundamentadas,



necessariamente articuladas e integradas nos planos de emergência e situações de catástrofe das organizações de saúde, minimizando assim o risco inerente e potenciando o sucesso na resolução das situações descritas. Apresentando-se como a classe profissional mais numerosa na generalidade dos contextos de saúde, os Enfermeiros, são um eixo essencial e imprescindível para o desenvolvimento deste tipo de respostas.

Não se possibilitando, na prática clínica inserida no Estágio Final, atividades para a aquisição e desenvolvimento desta competência considerámos pertinente a procura, leitura e reflexão sobre este tema, e as suas áreas afins. Assim sendo, foram consultados os documentos essenciais para a resposta e gestão de situação de situações de exceção, nos vários planos envolvidos, de âmbito institucional, local, regional e nacional, de onde se salientam o Manual de Resposta a situações de Exceção (INEM, 2012), de cariz iminentemente clínico e a norma de orientação da DGS referente à Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde (DGS, 2010b), de índole concetual e normativa. No contexto normativo nacional, mereceu um especial relevo a leitura o Decreto-lei n.º 72/2013 (Ministério da Administração Interna, 2013), que atualiza o Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro, que se encontra operacionalizado pelas várias diretivas operacionais, das quais se salienta a Directiva Operacional n.1 – Dispositivos Integrado das Operações de Proteção e Socorro (Proteção Civil, 2010) e, fundamentalmente, a Lei.º 80/2015 que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil (Assembleia da República, 2015).

Naturalmente inseridos nos documentos normativos em epígrafe, consultámos o Plano de Emergência Externa dos CHUC para a Unidade Hospitalar dos HUC, datado de 2017, o qual se encontra acessível na rede de Intranet do CHUC, disponível a todos os funcionários e em qualquer acesso informático. As premissas, os conceitos e os fluxogramas essenciais de resposta a situações de catástrofe deste plano encontram-se afixadas em zonas estratégicas de fluxos de pessoas bem como locais importantes para a operacionalização dos fluxogramas referidos. Este documento foi abordado e discutido com o Enfermeiro Supervisor Clínico, através do qual tivemos conhecimento da existência de um plano sumário de evacuação do SMI, embora este não esteja acessível para consulta.

Os conteúdos lecionados na UC de EMC 3, sobre a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concetualização, planeamento, gestão e operacionalização destas respostas, bem como os trabalhos realizados neste âmbito académico, onde se releva o poster científico realizado sobre a Enfermagem Forense,

tema emergente e de visibilidade crescente, contribuíram também para o desenvolvimento de competências nesta área.

De igual forma, apesar de não termos realizado o curso de trauma, integrado na UC de EMC 4, o trabalho alternativo realizado para a ponderação da UC, versou sobre a prática da simulação em cenários de trauma e situações de emergência multi-vítimas que, pela sua análise, proporcionaram momentos de análise e reflexão, com a consequente aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências.

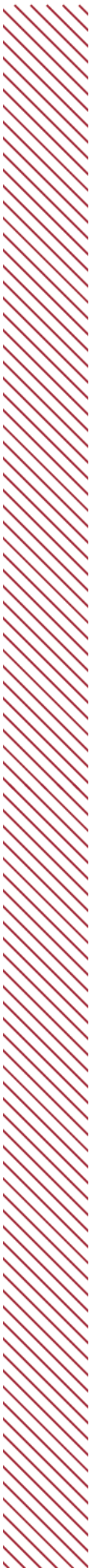
Concluindo, a participação no Congresso Internacional "Doente Crítico 2019" (Anexo E.), evento já referido na fundamentação da competência D2, em que algumas das conferências e mesas redondas versavam sobre a catástrofe, emergência multi-vítimas e intervenção humanitária na catástrofe, apresentadas por peritos reconhecidos, trouxe uma visão prática e concreta sobre a gestão deste tipo de situações contribuindo assim para completar o percurso formativo inerente ao desenvolvimento desta competência.

Fruto da imprevisibilidade das situações de catástrofe ou emergências multi-vítimas, não tivemos a oportunidade de participar e colaborar em atividades de conceção, organização ou treino de planos de resposta a estas situações, nem de participar na gestão deste tipo de situações. No entanto, pela pesquisa, fundamentação e atividades desenvolvidas consideramos ter desenvolvido a competência em análise.

### **Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**

*3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e da 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.*

As IACS, conjugado com o problema emergente do aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, têm registado uma importância global crescente, pelo que nenhum país, independentemente da sua organização em termos de cuidados de saúde, pode desconsiderar estas áreas e as suas implicações, aos vários níveis, que impactam negativamente a morbilidade e mortalidade, o prolongamento do tempo de internamento contribuindo assim significativamente para acréscimo dos custos associados e consumo dos recursos hospitalares e comunitários (DGS, 2018). Denota-se também que as IACS se apresentam como sendo o evento adverso mais comum inerente

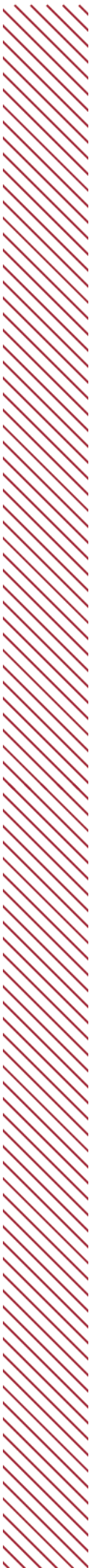


à prestação de cuidados de saúde (OMS, 2011). Neste contexto, é de assinalar uma franca disparidade, de acordo com os dados mais recentes de vigilância epidemiológica Europeia (*European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2019*), com uma prevalência mais elevada nos países do sul da Europa, especialmente dos microrganismos multirresistentes mais comuns, *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*, o que sublinha a magnitude do problema.

Atendendo ao desenvolvimento dos cuidados de saúde, com um uso crescente, generalizado e sistemático de novos meios, terapias e dispositivos invasivos, cruzado com o aumento gradual e sustentado da esperança média de vida, o risco de infeção inerente à prestação de cuidados aumenta de forma não linear, por vezes exponencial, estimando-se que cerca de um terço das IACS sejam potencialmente evitáveis (DGS, 2018). Deste modo, pelo potencial de evitabilidade das IACS, é imprescindível o envolvimento dos profissionais de saúde, especialmente dos Enfermeiros, que pelo contato direto e permanente com o doente, assumem um papel central para a prevenção das IACSs. A OE (2015b), nos padrões de qualidade enunciados para o EEEPC, arroga, como um descrito de qualidade do exercício profissional a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde.

Os doentes admitidos em UCI, fruto da(s) sua(s) patologia(s) de base, comorbilidades associadas, dos dispositivos invasivos utilizados para diagnóstico e/ou terapêutica, da multiplicidade de procedimentos invasivos a que são sujeitos, apresentam risco acrescido de contrair infeções associadas aos cuidados de saúde, eventos estes potenciados pela vulnerabilidade criada e exacerbada pela doença crítica (ECDC, 2018), estimando-se que 54% dos doentes internados em UCI tenha uma infeção, suspeita ou confirmada (Vincent et al., 2020). Neste contexto, foi por nós considerado como imprescindível a revisão de alguns documentos subordinados a esta área, emanados por entidades e sociedades científicas idóneas, como o ECDC e a DGS, de onde se destacam, a título de exemplo, a norma da DGS relativa às precauções básicas do controlo de infeção [PBCI](DGS, 2013) ou o relatório anual referente às infeções e resistência aos antimicrobianos (DGS, 2018).

Atendendo ao contexto clínico onde se desenvolveu o Estágio Final, a UCI de nível III, procurámos documentos idóneos específicos e/ou mais direcionados e relacionados a esta realidade da prestação de cuidados, como a norma relativa ao “feixe de intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação (DGS, 2017b) ou a norma referente à Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina* (DGS, 2015b).



Paralelamente à consulta dos documentos referidos em epígrafe, atendendo a que o SMI se inclui numa organização hospitalar, estando sujeito, como as restantes unidades funcionais, às normas, protocolos e recomendações do Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA), foi uma pretensão nossa conhecer e dominar, dentro do possível, as normas e protocolos instituídos no SMI, que versavam sobre a prevenção e controlo de infeção, enquadradas necessariamente no âmbito das normas e recomendações emanadas pelo GCLPPCIRA, que se analisaram também.

Releva-se, neste contexto clínico, a existência de vários grupos de trabalho a laborar, de forma contínua, na prevenção e controlo de infeção e áreas relacionadas, na conceção, revisão e formação das normas, protocolos e procedimentos, alicerçados nas recomendações e normas gizadas pelas entidades e sociedades científicas nacionais e internacionais. Desta forma, tivemos oportunidade de participar em duas formações em serviço, que versavam nas PBCI e sobre o uso de equipamentos de proteção individual, de presença obrigatória para a equipa multidisciplinar, cuja duração das sessões da formação em serviço conta para o período normal de trabalho. Este é um exemplo do investimento efetuado pela equipa do SMI, nas áreas que influem sobre a qualidade em saúde e segurança do doente e, especificamente, sobre a prevenção e controlo de infeção.

Durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, pugnamos pela aplicação e consecução prática dos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos e procuramos cumprir integralmente as recomendações de boas práticas para a prevenção e controlo das IACS. Aproveitando a similaridade do nosso contexto laboral ao contexto clínico onde se desenrolou o estágio final, foi um propósito nosso a reflexão conjunta com o Enfermeiro Supervisor Clínico e demais equipa multidisciplinar objetivando a avaliação da nossa prática individual e práticas da equipa, identificando, caso exista, oportunidades de melhoria. Desta reflexão surgiu, como já referido na fundamentação das competências inerentes ao domínio da melhoria da qualidade, uma síntese da evidência sobre a utilização diária de clorhexidina oral e os seus benefícios para a PSC, na prevenção na PAI (Apêndice N), a qual foi disponibilizada pelo Enfermeiro Supervisor Clínico à equipa multidisciplinar.

Destaca-se a conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção, inserido na UC de EMC 5, focado na prevenção e controlo de infeção por *Staphylococcus aureus* resistente à Meticilina numa UCI típica, que, embora de âmbito académico e essencialmente teórico, baseou-se em informação concreta do nosso contexto laboral,

uma UCI de nível III, cedida pela Enfermeira Coordenadora, com possível operacionalização e generalização às UCIs de tipologia polivalente, contribuindo assim para o desenvolvimento de competências nesta importante área.

Em jeito de conclusão, a temática da prevenção e controlo de infeção foi uma das áreas incluídas na ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos (Apêndice I), intervenção central da IPM, que releva a sua importância para a prática clínica quotidiana.

Pelo mencionado acima, julgamos ter desenvolvido competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção e da resistência a Antimicrobianos.

### **Competência de Mestre em Enfermagem**

*7. Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.*

Face à reflexão crítica, descrição e fundamentação das atividades realizadas ao longo do estágio e deste capítulo consideramos ter conseguido adquirir esta última competência associada ao grau de Mestre em Enfermagem.

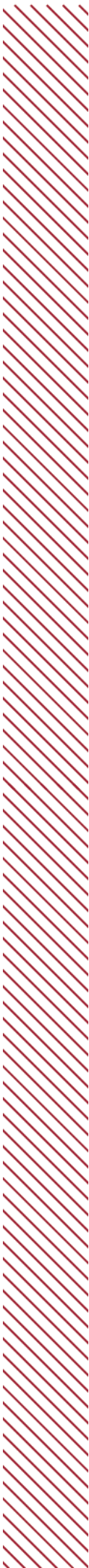
## CONCLUSÃO

O presente Relatório de Estágio de natureza profissional reflete o culminar do processo formativo do ME, dando especial ênfase à UC de Relatório Final e à sua integração e estruturação com os conteúdos lecionados nas diversas UCs, essencial para a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista em EMC, conferido pela OE bem como, após a aprovação nas provas de defesa pública do Relatório de Estágio, obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Pela pluralidade dos contextos profissionais onde o EEEPSC exerce a sua prática profissional e onde estes acrescentam valor, combinado com complexidade acrescida dos problemas de saúde e aos inúmeros problemas e dimensões que a doença grave cria e potencia, a prática profissional dos EEEPSC estabelece inúmeros desafios complexos e prioritários que carecem de uma gestão atempada e diligente. Porém, é a colocação e a gestão destes desafios que requerem uma contínua e consistente aquisição, melhoria e desenvolvimento de conhecimentos e competências através de uma reflexão, necessariamente crítica, e problematização das situações e das experiências clínicas percorridas, com um confronto imprescindível com o enquadramento normativo e a melhor evidência científica disponível.

Complementado o referido anteriormente, o percurso efetuado no âmbito do ME e, especificamente, no âmbito da UC do Estágio Final, pelo contexto clínico onde este foi realizado, foi único na colocação de circunstâncias e possibilidades potenciais de aprendizagem, as quais se procurou aproveitar de forma resiliente, com a necessária reflexão e fundamento para uma tomada de decisão, possibilitando uma aquisição, desenvolvimento, aperfeiçoamento de competências eminentemente de índole profissional.

Assim, o primeiro capítulo descreve os contextos clínicos foi desenvolvida a IPM e onde se realizaram o Estágio Final, os seus enquadramentos legislativos, normativos e organizacionais, a suas estruturas, recursos, tanto físicos, como materiais e humanos culminando com uma breve análise da gestão e produção de cuidados de ambos os

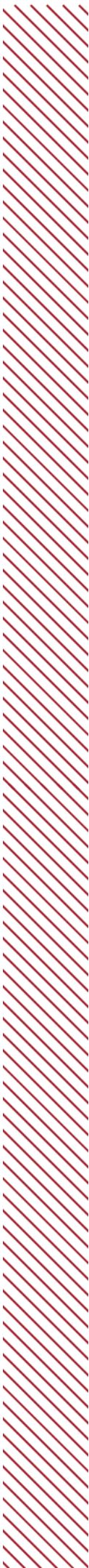


contextos, com a adição, quando assim se entendeu pertinente e contextualizada, de algumas considerações de índole técnico-científicas.

O segundo capítulo, consignado à explanação da IPM, seguindo a metodologia de projeto (Ruivo et al., 2010), onde se enuncia e justifica a problemática identificada, a ausência de um método de notificação de eventos adversos adaptado ao contexto clínico, passando por uma breve resenha teórica dos conceitos centrais e do modelo teórico que suporta a IPM, o MMPBE (Larrabee, 2011), finalizando com a descrição e análise crítica das etapas que compreendem a metodologia de projeto, do diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento e execução e avaliação e resultados. A conceção e execução da IPM possibilitou o desenvolvimento, naquele contexto clínico, de uma das áreas mais subvalorizadas no âmbito da segurança do doente, a notificação de incidentes/eventos adversos, com uma influência demonstrada na qualidade em saúde, onde foi identificada a necessidade e delineado um plano para a colmatar. Releva-se a necessidade de alterar, de forma substancial e estrutural, o planeamento previsto face a imponderáveis externos, que nos foram alheios.

Concluindo, o terceiro capítulo objetivou a análise e reflexão, de forma crítica e fundamentada, do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b), das competências específicas do EEEPSC (OE, 2018) e as competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem (UE, 2015). Pelo seu carácter transversal e complementar das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas para o EEEPSC, face às competências conducentes ao grau de Mestre, optou-se por uma abordagem conjunta destas, em termos de descrição, análise e reflexão, quando assim for conveniente e congruente. De igual forma, procurou-se, para além das atividades desenvolvidas durante o Estágio Final, enaltecer os contributos que advêm da nossa experiência profissional e os contributos das restantes UCs do ME, potenciando assim uma prática de cuidados que conduza à aquisição e desenvolvimento das competências acima referidas, objetivo primário do ME.

O referencial teórico escolhido para nortear e suportar a IPM e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, o Modelo para a Mudança da Prática Baseada na Evidência (Larrabee, 2011), demonstrou-se ser adequado e consistente atendendo à necessidade premente da prestação especializada de cuidados à PSC, por parte do EEEPSC, requerer a articulação entre a melhor evidência disponível, combinada com a experiência e julgamento clínico e os valores e preferências do doente, elementos que são a base da PBE.



A conceção e execução da IPM no nosso contexto profissional exponenciou a necessidade de gestão do tempo, reforçando a nossa autonomia e maximizando a colaboração da equipa multidisciplinar. Releva-se, neste ponto, as limitações encontradas decorrer do trabalho. Assim, devido à declaração do estado de emergência e de calamidade pública (Presidência da República, 2020) e da declaração, por parte da OMS, da Pandemia pelo SARS-COVID-19 (OMS, 2020), não foi possível seguir o planeamento da IPM, previamente delineado, no nosso contexto clínico, pela profunda reorganização da organização de saúde, invalidando e protelando algumas das atividades previstas. De igual forma, quando for possível, pretendem-se avançar com as atividades proteladas, nomeadamente as que decorrem da execução de momentos formativos. Outra limitação considerada relevante, centrou-se na impossibilidade da integração, em tempo útil, da ferramenta contruída na interface dos sistemas de informação em saúde da UCIP 1, dificuldade que se pretende resolver no curto prazo. Outra limitação por nós considerada importante foi impossibilidade de contacto com a terapia de ECMO, cuja a realização se encontra suspensa por decisão dos órgãos de gestão, desperdiçando-se assim uma excelente e singular momento e oportunidade de aprendizagem.

Face ao supracitado, temos a convicção de ter atingido os objetivos fixados para o presente documento, ao qual se seguirá as provas de defesa pública do Relatório de Estágio, que marcará o encerramento desta etapa no nosso percurso, tanto académico com profissional, deixando marcas profundas e indeléveis no nosso desenvolvimento pessoal e profissional. Deste modo, é adicionada responsabilidade, inerente ao título de Enfermeiro especialista e derivado do grau de Mestre, de ser uma peça essencial e mobilizadora da mudança nos contextos onde nos encontramos, pugnando pela melhoria da prática profissional e da qualidade em saúde.

## BIBLIOGRAFIA

- Administração Central dos Serviços de Saúde (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. ACSS. Acedido em 2 de Janeiro de 2019. Retirado de <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLETO.PDF>.
- Administração Central dos Serviços de Saúde (2018). Portaria n.º 71/2018. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 48 (8 de março de 2018), 1214- 1215. Acedido em 2 de Janeiro de 2020. Retirado de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/10/Portaria-n71-2018.pdf>.
- Alonso-Ovies, A., Nin, N., Martín, M. C., Gordo, F., Merino, P., Añon, J. M., Obón, B., Magret, M. & Gutiérrez, I. (2018). Safety incidents in airway and mechanical ventilation in Spanish ICUs: The IVeMVA study. *Journal of Critical Care*, 47, 238-244. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.07.012>.
- American College of Surgeons (2018). *Advanced Trauma Life Support – Student Course Manual* (10.ª ed.). American College of Surgeons – The Committee on Trauma.
- American Heart Association (2016). *Advanced Cardiac Life Support Provider Manual*. American Heart Association.
- American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7.ª ed.). American Psychological Association <https://doi.org/10.1037/0000165-000>.
- Apóstolo, João (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em 12 de Abril de 2020. Retirado de <https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dXeLMhjdjCvHFwDpAvDd>.

- Assembleia da República (2015). Lei n.º 80/2015 – Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 149, 5311-5326. Acedido em 2 de Fevereiro de 2020. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/69927759>.
- Barbosa, A., Fernandes, A., Luiz, A., Ferreira, A., Vaz, A., Cêncio, G., Oliveira, J., Branco, J., Santos, L., Mourão, L., Sousa, M. Campos, M., Cunha, N., Rocha, R. & Valente, S. (2011). *A organização interna e a governação dos hospitais*. Ministério da Saúde, Secretaria Geral.
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P., Joffe, A. M., Coursin, D. B., Herr, D. L., Tung, A., Robinson, B. R., Fontaine, D. K., Ramsay, M. A., Riker, R. R., Sessler, C. N., Pun, B., Skrobik, Y., ... American College of Critical Care Medicine (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 41(1), 263–306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>.
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, (9), 7–16. Acedido em 12 de Março de 2020. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a01.pdf>.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5.ª ed.). Oxford University Press.
- Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing research*, 36(4), 205–210.
- Bersten, A. & Handy, J. (2019). *Oh's Intensive Care Manual* (8.ª ed.). Elsevier.
- Brunsveld-Reinders, A., Arbous, M., De Vos, R & De Jonge, E. (2016). Incident and error reporting systems in intensive care: a systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(1), 2–13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv100>.
- Calçada, Sílvia (2013). *Intervenção na Pessoa Idosa: A Dependência nos Autocuidados Deambular/Transferir-se*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de

Trás-os-Montes e Alto Douro (Mestrado em Enfermagem Comunitária). Acedido em 13 de Março de 2020. Retirado de [http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/4674/1/msc\\_srfrcal%C3%A7ada.pdf](http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/4674/1/msc_srfrcal%C3%A7ada.pdf).

Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>.

Card, A. J., Ward, J. R., & Clarkson, P. J. (2012). Getting to zero: evidence-based healthcare risk management is key. *Journal of healthcare risk management: the journal of the American Society for Healthcare Risk Management*, 32(2), 20–27. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21091>.

Carney, N., Totten, A. M., O'Reilly, C., Ullman, J. S., Hawryluk, G. W., Bell, M. J., Bratton, S. L., Chesnut, R., Harris, O. A., Kisson, N., Rubiano, A. M., Shutter, L., Tasker, R. C., Vavilala, M. S., Wilberger, J., Wright, D. W., & Ghajar, J. (2017). Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition. *Neurosurgery*, 80(1), 6–15. <https://doi.org/10.1227/NEU.0000000000001432>.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2017). Missão, Visão e Valores. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de <http://www.chuc.min-saude.pt/paginas/centro-hospitalar/missao-visao-e-valores.php>.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (2017). *Relatório de Contas – Ano 2017*. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de [http://www.chuc.min-saude.pt/media/relatorios\\_contas/2017/Relatorio\\_e\\_Contas\\_CHUC\\_2017\\_Reformulado.pdf](http://www.chuc.min-saude.pt/media/relatorios_contas/2017/Relatorio_e_Contas_CHUC_2017_Reformulado.pdf).

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (2018). *Relatório de Gestão e Contas 2017*. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de [http://www.chualgarve.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/2/2018/08/CHUA\\_RC2017.pdf](http://www.chualgarve.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/2/2018/08/CHUA_RC2017.pdf).

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (s.d.-a). *Instituição*. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>.

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (s.d.-b). *Posicionamento Estratégico*. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de <http://www.chualgarve.min-saude.pt/posicionamento-estrategico/>.

Chapuis, C., Chanoine, S., Colombet, L., Calvino-Gunther, S., Tournegros, C., Terzi, N., Bedouch, P. & Schwebel, C. (2019). Interprofessional safety reporting and review of adverse events and medication errors in critical care. *Therapeutics and clinical risk management*, 15, 549–556. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S188185>.

Chawla, R & Todi, S. (2020). *ICU Protocols: A Step-wise Approach, Vol I* (2ª ed.). Springer.

Comissão Europeia (2005). *Luxembourg Declaration on Patient Safety*. Comissão Europeia Acedido em 12 de Dezembro de 2017. Retirado de [https://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/ev\\_20050405\\_rd01\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf).

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy of Sciences. Acedido em 12 de Dezembro de 2019. Retirado de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf\\_NBK222274.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf).

Conselho da União Europeia (2005). Recomendação do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. *Jornal Oficial da União Europeia*, 151(1). Acedido em 11 de Março de 2020. Retirado de [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=EN).

Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2016-2019 (2017). *Parecer conjunto n.º 01/2017: Atribuição de responsável de turno*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 5 de Janeiro de 2020. Retirado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE\\_MCE EMC\\_01-2017\\_AtribuicaoResponsavelTurno.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCE EMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno.pdf).

- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2008). *Parecer CJ 39/2008 – Exposição acerca de Falta de Condições para o Exercício*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 12 de Março de 2020. Retirado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer39\\_2008\\_falta\\_cond\\_exercicio.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer39_2008_falta_cond_exercicio.pdf).
- Cook, D. & Rocker, G. (2014). Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *The New England Journal of Medicine*, 370(26), 2506-2514. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1208795>.
- Cooper, I. D., & Johnson, T. P. (2016). How to use survey results. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 104(2), 174–177. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.104.2.016>.
- Costa, R., Pereira, L. & Nelson, A. (2019). *Estratégia Organizacional: do estado de arte à implementação prática*, Editora Actual, Grupo Almedina.
- Cubbin, B. & Jackson, C. (1991). Trial of a pressure ulcer risk calculator for intensive therapy patients. *Intensive Care Nursing*, 7(1):40-44.
- Darvall, J. N., Bellomo, R., Paul, E., Subramaniam, A., Santamaria, J. D., Bagshaw, S. M., Rai, S., Hubbard, R. E., & Pilcher, D. (2019). Frailty in very old critically ill patients in Australia and New Zealand: a population-based cohort study. *The Medical journal of Australia*, 211(7), 318–323. <https://doi.org/10.5694/mja2.50329>.
- Deutschman, C & Neligan, P. (2019). *Evidence-Based Practice of Critical Care* (3.<sup>a</sup> ed.). Elsevier.
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Joffe, A. M., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>.

- Dijkema, L. M., Dieperink, W., van Meurs, M., & Zijlstra, J. G. (2012). Preventable mortality evaluation in the ICU. *Critical care (London, England)*, 16(2), 309. <https://doi.org/10.1186/cc11212>.
- Direção-Geral da Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Autor. Acedido em 11 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dqcg-de-14062003.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2010a). *Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO de 22/06/2010: Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intrahospitalar (EEMI)*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://www.dgs.pt/?cr=16312>.
- Direção-Geral da Saúde (2010b). *Circular Normativa 007/2010 - Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2011a). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2011b). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx).
- Direção-Geral da Saúde (2011c). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes instituições de saúde*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de->

[resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx](https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152014-de-25092014-pdf.aspx).

Direção-Geral da Saúde (2014). *Sistema Nacional de Notificações de Incidentes - NOTIFICA*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152014-de-25092014-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2015a). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (2015b). *Prevenção e Controlo de Colonização e Infecção por Staphylococcus aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos Hospitais e Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 21 de Maio de 2020. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2017b). *"Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 8 de Maio de 2020. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>.

Direção-Geral de Saúde (2017a). Norma 001/2017: *Comunicação eficaz na transição de cuidados*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 19 de Dezembro de 2019. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.

Direção-Geral de Saúde (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos – Relatório Anual do Programa Prioritário*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 12 de Março de 2020. Retirado de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfKPAAAA>.

Direção-Geral de Saúde (2019). Norma 007/2019: *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 19 de Dezembro de 2019. Retirado de

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>.

Eiras, Margarida (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio Hospitalar*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. (Doutoramento em Saúde Pública na especialidade de Políticas e Administração em Saúde). Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de

<https://run.unl.pt/bitstream/10362/13667/1/Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Margarida%20Eiras.pdf>.

Eltaybani, S., Mohamed, N. & Abdelwareth., M. (2019). Nature of nursing errors and their contributing factors in intensive care units. *Nursing in Critical Care*, 24(1), 47-54.

<https://doi.org/10.1111/nicc.12350>.

Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Hart, R. P., & Dittus, R. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*, 286(21), 2703–2710.

<https://doi.org/10.1001/jama.286.21.2703>.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2014). *Normas de Publicação*. Autor. Acedido em 22 de Março de 2020. Retirado de

<https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?process=download&id=107008&code=c0419c16c9e26318146900a7b45c746f463491ea>.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2017). *Tópicos de Análise Crítica de artigo de revisão integrativa*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em 22 de Março de 2020. Retirado de

<https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?process=download&id=107005&code=d7b6f37d65d861ae709ef608bee8fb4ea4c01826>.

European Centre for Disease Prevention and Control (2018). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units, Annual epidemiological report for 2016*.

European Centre for Disease Prevention and Control. Acedido em 11 de Maio de 2020. Retirado de

[https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER\\_for\\_2016-HAI\\_0.pdf](https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-HAI_0.pdf).

- European Centre for Disease Prevention and Control (2019). *Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2018*. European Centre for Disease Prevention and Control. Acedido em 22 de Março de 2020. Retirado de <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/surveillance-antimicrobial-resistance-Europe-2018.pdf>.
- Fanara, B., Manzon, C., Barbot, O., Desmettre, T., & Capellier, G. (2010). Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. *Critical care (London, England)*, 14(3), R87. <https://doi.org/10.1186/cc9018>.
- Fawcett, J. (2005). Middle-Range Nursing Theories are necessary for the advanced of the discipline. *Aquichan*, 5(1): 32-43.
- Fernandes, Bárbara (2012). *O fim de vida nas Unidades de Cuidados Intensivos – Mapeamento das práticas assistenciais em fim de vida*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem do Porto. (Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Acedido em 13 de Maio de 2020. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20981/1/ep2110%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20O%20Fim%20de%20Vida%20nas%20UCI.pdf>
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J. & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden*. Lusodidacta.
- Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fragata, José (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Gama, Maria (2013). *O Luto Profissional dos Enfermeiros*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa (Doutoramento em Enfermagem). Acedido em 21 de Maio de 2020. Retirado de [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13973/1/Tese%20doutoramento\\_Georgeana%20Gama.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13973/1/Tese%20doutoramento_Georgeana%20Gama.pdf).
- Garrouste-Orgeas, M., Flaatten, H. & Moreno (2016). Understanding Medical Errors and Adverse Events in ICU Patients. *Intensive Care Medicine*, 42(1), 107-109. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3968-x>.

- Garrouste-Orgeas, M., Perrin, M., Soufir, L., Vesin, A., Blot, F., Maxime, V., Beuret, P., Troché, G., Klouche, K., Argaud, L., Azoulay, E., & Timsit, J. F. (2015). The Iatref study: medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. *Intensive care medicine*, 41(2), 273–284. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3601-4>.
- Giacomini, M., Cook, D., & DeJean, D. (2009). Life support decision making in critical care: Identifying and appraising the qualitative research evidence. *Critical care medicine*, 37(4), 1475–1482. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819d6495>.
- Gondim, S. & Alberton, G. (2017). Inteligência emocional e autorregulação no contexto da liderança: aspectos teórico-conceituais e implicações práticas. In R. Melo, L. Mónico, C. Carvalho, P. Pereira, H. Rezende, A. Duarte & E. Lousã, *Liderança e Seus Efeitos* (pp. 71-90). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).
- Grignoli, N., Di Bernardo, V., & Malacrida, R. (2018). New perspectives on substituted relational autonomy for shared decision-making in critical care. *Critical care (London, England)*, 22(1), 260. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2187-6>.
- Han, Y., Choi, J. E., Jin, Y. J., Jin, T. X., & Lee, S. M. (2018). Usefulness of the Braden Scale in Intensive Care Units: A Study Based on Electronic Health Record Data. *Journal of nursing care quality*, 33(3), 238–246. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000305>.
- Heavner, J. & Siner, J. (2015). Adverse Event Reporting and Quality Improvement in the Intensive care Unit. *Clinics in Chest Medicine*, 36(3), 461-467. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2015.05.005>.
- Hoffmeister, L. V., & de Moura, G. M. (2015). Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(1), 36–43. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>.
- Hogan, H., Healey, F., Neale, G., Thomson, R., Vincent, C., & Black, N. (2012). Preventable deaths due to problems in care in English acute hospitals: a retrospective case record review study. *BMJ Quality & Safety*, 21(9), 737–745. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-001159>.

- Hutchinson, P. J., Koliaş, A. G., Timofeev, I. S., Corteen, E. A., Czosnyka, M., Timothy, J., Anderson, I., Bulters, D. O., Belli, A., Eynon, C. A., Wadley, J., Mendelow, A. D., Mitchell, P. M., Wilson, M. H., Critchley, G., Sahuquillo, J., Unterberg, A., Servadei, F., Teasdale, G. M., Pickard, J. D., ... RESCUEicp Trial Collaborators (2016). Trial of Decompressive Craniectomy for Traumatic Intracranial Hypertension. *The New England journal of medicine*, 375(12), 1119–1130. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1605215>.
- Hyun, S., Vermillion, B., Newton, C., Fall, M., Li, X., Kaewprag, P., Moffatt-Bruce, S., & Lenz, E. R. (2013). Predictive validity of the Braden scale for patients in intensive care units. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 22(6), 514–520. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013991>.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993) Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Situação de Exceção*. Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2019). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Instituto Nacional de Emergência Médica. Acedido em 20 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2019/07/Manual-Suporte-Avan%C3%A7ado-de-Vida-2019.pdf>.
- Instituto Nacional de Estatística (2013). *Região Algarve em Números*. Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 12 de Fevereiro de 2020. Retirado de [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=225362113&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=225362113&att_display=n&att_download=y).
- International Council of Nurses (2000). *Gestão de enfermagem e dos serviços de saúde*. International Council of Nurses. Acedido em 12 de Março de 2020. Retirado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri\\_documentacao/ICN\\_TomadasdePosicao\\_versaoINGePT/TP\\_versaoPT/08\\_ManagementNsg\\_Pt\\_-\\_revisto\\_IS-LF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/08_ManagementNsg_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf).

- International Council of Nurses (2010). *Scope of Nursing Practice and Decision-Making Framework TOOLKIT*. International Council of Nurses. Acedido em 11 de Abril de 2020. Retirado de [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2010\\_ICN%20Scope%20of%20Nursing%20and%20Decision%20making%20Toolkit\\_eng.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2010_ICN%20Scope%20of%20Nursing%20and%20Decision%20making%20Toolkit_eng.pdf).
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses (2012). *Position statement: Patient Safety*. International Council of Nurses. Acedido a 1 de Março de 2020. Retirado de [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05\\_Patient\\_Safety\\_0.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Patient_Safety_0.pdf).
- Issel, L. (2014). *Health Program Planning and Evaluation: a practical, systematic approach for community health* (3.<sup>a</sup> ed.). Jones & Bartlett Learnig.
- James, John T. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, 9(3), <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182948a69>.
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to Nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. AMGH Editora.
- Lee, A., Cheung, Y., Joynt, G. M., Leung, C., Wong, W. T., & Gomersall, C. D. (2017). Are high nurse workload/staffing ratios associated with decreased survival in critically ill patients? A cohort study. *Annals of intensive care*, 7(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13613-017-0269-2>.
- Lipshutz, A. K., Caldwell, J. E., Robinowitz, D. L., & Gropper, M. A. (2015). An analysis of near misses identified by anesthesia providers in the intensive care unit. *BMC anesthesiology*, 15, 93. <https://doi.org/10.1186/s12871-015-0075-z>.
- Makary, M. & Daniel, M. (2016). Medical error – the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*, 353: i2139. <http://doi.org/10.1136/bmj.i2139>.
- Manderscheid, I., Meyer, S., Kuypers, M. & Koberlein-Neu, J. (2019). Reporting system for critical incidents in cross-sectoral healthcare (cirs-cs): pre-test of a reporting

sheet and optimization of a reporting system. *The Journal of Evidence and Quality in Health Care*, 47-148, 58-66. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.11.002>.

Marini, J. & Dries, D. (2019). *Critical Care Medicine – The Essentials and More* (5.<sup>a</sup> ed.). Wolters Kluwer.

Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R., Meyfroidt, M., Nakagawa, S., Pelosi, P. Vincent, J., Vollman, K. & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. <http://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>.

Mazer, J. & Levy, M. (2016). Policies, bundles, and protocols in critical care. In A. Webb, D. Angus, S. Finfer, L. Gattinoni & M., Singer, M. (Eds). *Oxford Textbook of Critical Care* (2<sup>a</sup> ed.) (pp. 132-134). Oxford University Press.

Meleis, Afaf (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5.<sup>a</sup> ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Melo, Rosa (2011). *Estratégias promotoras do desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: O contributo dos Dirigentes*. Universidade Católica Portuguesa (Doutoramento em Enfermagem – Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem). Acedido em 15 de Março de 2020. Retirado de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8535/1/Tese%20Doutoramento%20Rosa%20C%3%a2ndida%20Melo.pdf>.

Mercadante, S., Gregoretti, C., & Cortegiani, A. (2018). Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC anesthesiology*, 18(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0574-9>.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018). *Parecer n.º 15/2018: Funções do Enfermeiros Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Unidades de Cuidados Intensivos/ Serviços de Medicina Intensiva*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 5 de Janeiro de 2020. Retirado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15\\_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf).

Miguel, António (2019). *Gestão Moderna de Projetos – Melhores Técnicas e Práticas* (8.ªed.). FCA.

Ministério da Administração Interna (2013). Decreto-lei n.º 72/2013. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 105, 3190-3199. Acedido em 2 de Fevereiro de 2020. Retirado de <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/05/10500/0319003199.pdf>.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2006). Decreto-Lei n.º 74/2006. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 60 (24 de março de 2006), 2242 - 2257. Acedido em 24 de Março de 2020. Retirado de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/671387/details/maximized>.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 60 (24 de março de 2006), 4147 - 4182. Acedido em 24 de Março de 2020. Retirado de <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior & Ministério da Saúde (2016). Portaria n.º 75/2016. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 69 (8 de agosto de 2016), 20673-20678. Acedido em 2 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/74073960>.

Ministério da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 1 de Janeiro de 2020. Retirado de: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>.

Ministério da Saúde (2011). Decreto-Lei 30/2011. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 43 (2 de Março de 2011), 1274-1277. Acedido em 2 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/278792>.

Ministério da Saúde (2014). Despacho n.º 10319/2014. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 153, 20673-20678. Acedido em 2 de Novembro de 2017. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/55606657>.

Ministério da Saúde (2015a). *Avaliação nacional da situação das Unidades de Cuidados Intensivos*. Ministério da Saúde. Acedido em 2 de Novembro de 2017. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>.

- Ministério da Saúde (2015b). Despacho n.º 5613/2015 – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 1032, 13550-13553. Acedido em 12 de Dezembro de 2019. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/67318639>.
- Ministério da Saúde (2015c). Despacho n.º 1400-A/2015: Plano Nacional para a Segurança dos Doente 2015-2020. *Diário da República* 2.ª Série. n.º 28, 3882 (2) - 3882 (10). Acedido em 12 de Dezembro de 2019. Retirado de <https://dre.pt/application/file/66457154>.
- Ministério da Saúde (2017a). *Decreto-lei n.º 101/2017*. Altera a denominação do Centro Hospitalar do Algarve, E. P. E., e procede à transferência de atribuições da Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P., relativas ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul. *Diário da República*, 1ª Série, n.º 162 (23 de agosto de 2017), pp. 4971 - 4974. Acedido em 1 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/108039222>.
- Moreno, R. & Morais, P. (1997). Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database. *Intensive Care Medicine*, 23(6), 640-644.
- Moreno, R. P., Rhodes, A., & Donchin, Y. (2009). Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna. *Intensive Care Medicine*, 35(10), pp. 1667-1672. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1621-2>.
- Morse, Janine (2009). *Preventing patients falls: Establishing a fall intervention program* (2.ª ed.). Springer Publishing Company.
- Mullan, P. C., Kessler, D. O., & Cheng, A. (2014). Educational opportunities with postevent debriefing. *JAMA*, 312(22), 2333-2334. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.15741>.
- Munting, K. E., van Zaane, B., Schouten, A. N., van Wolfswinkel, L., & de Graaff, J. C. (2015). Reporting critical incidents in a tertiary hospital: a historical cohort study of 110,310 procedures. *Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie*, 62(12), 1248-1258. <https://doi.org/10.1007/s12630-015-0492-y>.

- Muscedere, J., Waters, B., Varambally, A., Bagshaw, S. M., Boyd, J. G., Maslove, D., Sibley, S., & Rockwood, K. (2017). The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive care medicine*, 43(8), 1105–1122. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4867-0>.
- Myatra, S. N., Salins, N., Iyer, S., Macaden, S. C., Divatia, J. V., Muckaden, M., Kulkarni, P., Simha, S., & Mani, R. K. (2014). End-of-life care policy: An integrated care plan for the dying: A Joint Position Statement of the Indian Society of Critical Care Medicine (ISCCM) and the Indian Association of Palliative Care (IAPC). *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 18(9), 615–635. <https://doi.org/10.4103/0972-5229.140155>.
- Neuraz, A., Guérin, C., Payet, C., Polazzi, S., Aubrun, F., Dailier, F., Lehot, J., Piriou, V., Neidecker, J., Rimmelé, T., Schott, A. & Duclos, A. (2015). Patient Mortality Is Associated With Staff Resources and Workload in the ICU: A Multicenter Observational Study. *Critical Care Medicine*, 43(8), 1587–1594. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001015>.
- Nunes, Lucília (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Lusociência.
- Nunes, Lucília (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS. Acedido em 21 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>.
- Nunes, Lucília (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23 (1), 187–199. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231059>.
- Ordem dos Enfermeiros (1996). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 21 de Dezembro de 2017. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

Acedido em 10 de Novembro de 2017. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de Posição sobre a Segurança do Doente*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 11 de Março de 2020. Retirado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos-funcionais*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 12 de Março de 2020. Retirado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArg\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArg_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª Série, n.º 35, 8648-8653. Acedido em 12 de Março de 2020. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/3477087>.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Conselho de Enfermagem: Parecer n.º 31/2011- Enfermeiros nas equipas de acreditação e certificação de unidades de saúde*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 21 de Março de 2020. Retirado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer31\\_2011CE\\_Enfermeirosnasequipasacreditacao\\_unidadessaude.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer31_2011CE_Enfermeirosnasequipasacreditacao_unidadessaude.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 10 de Novembro de 2017. Retirado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 26 de Novembro de 2019. Retirado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em situação Crítica*. Ordem dos

Enfermeiros. Acedido em 10 de Novembro de 2019. Retirado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_361\\_2015\\_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2015c). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 13 de Janeiro de 2018. Retirado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 12 de Março de 2020. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: - na área de enfermagem à pessoa em situação crítica - na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa - na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória - na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padros-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padros-qualidade-emc_rev.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 135 (16 de julho de 2018), 19359-193370. Acedido em 2 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/115698537>.

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184 (25 de setembro de 2019), 128-155. Acedido em 2 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/124970757>.

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª Série.

n.º 26, 8648-8653. Acedido em 12 de Março de 2020. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2020). *Ordem avança para a melhoria dos Sistemas de Informação em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 12 de Abril de 2020. Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-avan%C3%A7a-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-informa%C3%A7%C3%A3o-em-enfermagem/>.

Ordem dos Médicos (2018). *Documento orientador da formação em medicina intensiva (DOFMI)*. 2018. Ordem dos Médicos. Acedido em 1 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2018/10/DOFMI-2018-vf.pdf>.

Organização Mundial da Saúde (2004). *World Alliance for Patient Safety*. Organização Mundial da Saúde. Acedido em 13 de Dezembro de 2019. Retirado de <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>.

Organização Mundial da Saúde (2005). *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems – From Information to Action*. Organização Mundial de Saúde. Acedido em 11 de Março de 2020. Retirado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Organização Mundial da Saúde (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Organização Mundial da Saúde. Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de [https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf).

Organização Mundial da Saúde (2009a). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety – First Technical Report*. Organização Mundial da Saúde. Acedido em 12 de Março de 2020. Retirado de [https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf).

Organização Mundial da Saúde (2009b). *Humans factors in patient safety: Review of topics and tools*. Organização Mundial da Saúde. Acedido em 12 de Maio de 2020. Retirado de [https://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf).

- Organização Mundial da Saúde (2019). *Patient Safety – Global action on patient safety*. Organização Mundial da Saúde. Acedido em 1 de Março de 2020. Retirado de [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA72/A72\\_26-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf).
- Organização Mundial da Saúde (2020). *WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic*. Organização Mundial da Saúde. Acedido a 21 de Abril de 2020. Retirado de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
- Organização Mundial de Saúde (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. Organização Mundial da Saúde. Acedido em 21 de Maio de 2020. Retirado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf).
- Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E., Bastos, F., Pereira, F., Padilha, J., Cruz, I., Oliveira, M., Brito, A., Silva, M., Machado, N., Sousa, P. & Marques, P. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE®*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em 12 de Abril de 2020. Retirado de [https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/publicacoes/apn-978-989-98443-5-3.pdf](https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/apn-978-989-98443-5-3.pdf).
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A. & Lockwood., C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 3 (8): 207-216.
- Pereira, Filipe (2009). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Formasau.
- Peterson, Sandra & Bredow, Timothy (2013) *Middle Range Theories – Application to Nursing Research* (3.ª ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Phaneuf, Margot (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lusociência.
- Presidência da República (2020). Decreto do Presidente do República n.14-A/2020, *Diário da República*, 1.ª série, n.º 55 (18 de março de 2020), 13-2 a 13-4155. Acedido em 24 de Março de 2020. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/130326423>.

Presidência do Conselho de Ministros (2019). Decreto-Lei n.º 71/2019. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 101 (27 de Maio de 2019), 2626-2642. Acedido em 12 de Maio de 2017. Acedido em 12 de Fevereiro de 2020. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/122401520>.

Pronovost, A. & Rubenfeld, G. (2009). Quality in critical care. In J. D. Chiche, R. Moreno, C. Putensen, & A. Rhodes (Eds.), *Patient safety and quality of care in intensive care medicine* (pp. 127-137). MvV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Ohg.

Proteção Civil (2010). *Directiva Operacional Nacional nº 1 – DIOPS – Dispositivo Integrado das Operações e Socorro*. Proteção Civil. Acedido em 2 de Fevereiro de 2020. Retirado de <https://www.cm-portimao.pt/docman/informacoesuteis/outros-documentos/protecao-civil-1/sistema-integrado-e-operacoes-de-protecao-e-socorro/3054-diretiva-operacional-nacional-n-1/file>.

Ramos, S. & Trindade, L. (2011). Gestão de Risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *TecnoHospitalar, Revista de Engenharia e Gestão de Saúde*, 47, 16-20. Acedido em 12 de Março de 2020. Retirado de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>.

Rasheed, Subia (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/client Relationship. *International Journal of Caring Sciences*. 8(1): 211-216. Acedido em 12 de Maio de 2020. Retirado de <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24-%20Review-Parveen.pdf>.

Reavy, K. & Tavernier, S. (2008). Nurses reclaiming ownership of their practice: implementation of an evidence-based practice model and process. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(4): 166-172. <https://doi.org/10.3928/00220124-20080401-07>.

República Portuguesa (2019). *Código Penal e Processo Penal* (11.ª ed.). Porto Editora.

República Portuguesa (2020). *Código Civil* (25.ª ed.). Porto Editora.

Rewa, O. G., Stelfox, H. T., Ingolfsson, A., Zygum, D. A., Featherstone, R., Opgenorth, D., & Bagshaw, S. M. (2018). Indicators of intensive care unit capacity strain: a

systematic review. *Critical care (London, England)*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-1975-3>.

Riley, Julia (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Lusociência.

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem Roper - Logan - Tierney*. Climepsi.

Rosswurm, M.A. & Larrabee, J.H. (1999). A Model for Change to Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 31 (4), pp. 317-322.

Ruivo, A., Ferrito, C & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, n.º 15 (Janeiro-Março 2010). Acedido em 13 de Dezembro de 2019. Retirado de [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf).

Sampaio, Francisco (2012). *Confusion Assessment Method: Tradução e Validação para a População Portuguesa*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem do Porto. (Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica). Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9355/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20%28Confusion%20Assessment%20Method%20-%20Franc.pdf>.

Santos, Maria (2014). *Perceção dos Enfermeiros Sobre Os Líderes em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Aveiro (Mestrado em Administração e Gestão Pública). Acedido em 15 de Março de 2020. Retirado de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/14270/1/Perce%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Enfermeiros%20sobre%20os%20L%C3%ADderes%20em%20Enfermagem.pdf>.

Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., & Whitlock, E. P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *The Milbank quarterly*, 87(2), 368–390. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x>.

Serviços Nacional de Saúde (2016). *Rede de Referência em Medicina Intensiva*. Serviço Nacional de Saúde. Acedido em 3 de Novembro de 2019. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>.

- Sevdalis, N., Norris, B., Ranger, C., Bothwell, S., & Wristband Project Team (2009). Closing the safety loop: evaluation of the National Patient Safety Agency's guidance regarding wristband identification of hospital inpatients. *Journal of evaluation in clinical practice*, 15(2), 311–315. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01004.x>.
- Sheffer, J., Baird, P., Goodstein, A., Krenc, T., Mitchell, J., Seiver, A., & Shoup, T. (2018). 'Everyone in Healthcare Is a Risk Manager': Achieving Risk-Savvy Cultures. *Biomedical instrumentation & technology*, 52(1), 50–58. <https://doi.org/10.2345/0899-8205-52.1.50>.
- Smith, Mary & Liehr, Patricia (2018). *Middle range theory for nursing* (4.<sup>a</sup> ed.). Springer Publishing Company
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (2017). *Quality Indicators in Critically Ill Patients - 2017 Update*. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Acedido em 12 de Fevereiro de 2020. Retirado de [https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/10/2017\\_qualityindicators\\_eng.pdf](https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2018/10/2017_qualityindicators_eng.pdf).
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações 2008*. Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Acedido em 11 de Janeiro de 2020. Retirado de: <https://www.spci.pt/media/documentos/15827260365e567b9411425.pdf>.
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2016). *Resultados: Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Acedido a 22 de Março de 2020. Retirado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PNAvaliacao\\_dor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PNAvaliacao_dor.pdf).
- Sousa-Pinto, B., Marques, B., Lopes, F. & Freitas, A. (2018). Frequency and Impact of Adverse Events in Inpatients: A Nationwide Analysis of Episodes between 2000 and 2015. *Journal of Medical Systems*, 42(48), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10916-018-0898-5>.
- Sousa, Bruno (2012). *Tradução, Adaptação e Validação para o Português da Escala de Sunderland e da Escala Revista de Cubbin & Jackson*. Dissertação de Mestrado não

publicada. Universidade da Beira Interior – Ciências Sociais e Humanas. (Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde). Acedido em 12 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3048/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>.

Tappen, R., Grimley, K. & Weiss, S. (2019). *Essentials of Nursing Leadership & Management* (7.ª ed.). F.A. Davis Company.

Teixeira, Carla (2019). *Delirium em unidade de cuidados intensivos portuguesa: estudo de validação do instrumento Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit Flowsheet*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. (Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica). Acedido em 11 de Janeiro de 2020. Retirado de <https://catalogo.biblioteca.utad.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=81341&q=an:49325>.

Universidade de Évora (2015). *NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido – Novo ciclo de estudos*. Acedido em 21 de Março de 2020. Retirado de <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>.

Universidade de Évora (2016). Aviso 5622/2016. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 84, 8648-8653. Acedido em 12 de Maio de 2017. Acedido em 12 de Fevereiro de 2020. Retirado de [http://siiue.uevora.pt/files/diario\\_republica/136969](http://siiue.uevora.pt/files/diario_republica/136969).

Valentin, A. & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575-1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>.

Valentin, A., Capuzzo, M., Guidet, B., Moreno, R. P., Dolanski, L., Bauer, P., Metnitz, P. G., Research Group on Quality Improvement of European Society of Intensive Care Medicine, & Sentinel Events Evaluation Study Investigators (2006). Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. *Intensive care medicine*, 32(10), 1591–1598. <https://doi.org/10.1007/s00134-006-0290-7>.

Valentin, A., Schiffinger, M., Steyrer, J., Huber, C., & Strunk, G. (2013). Safety climate reduces medication and dislodgement errors in routine intensive care

practice. *Intensive care medicine*, 39(3), 391–398.  
<https://doi.org/10.1007/s00134-012-2764-0>.

Vincent, J. & Moreno, R. (2010). Clinical Review: Scoring systems in the critically ill. *Critical Care*, 14(2), 1-9. <http://doi.org/10.1186/cc8204>.

Vincent, J. L., Sakr, Y., Singer, M., Martin-Loeches, I., Machado, F. R., Marshall, J. C., Finfer, S., Pelosi, P., Brazzi, L., Aditianingsih, D., Timsit, J. F., Du, B., Wittebole, X., Máca, J., Kannan, S., Gorordo-Delsol, L. A., De Waele, J. J., Mehta, Y., Bonten, M., Khanna, A. K., ... EPIC III Investigators (2020). Prevalence and Outcomes of Infection Among Patients in Intensive Care Units in 2017. *JAMA*, 323(15), 1478–1487. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2717>.

Vincent, J., Abraham, E., Moore, F., Kochanek, P. & Fink, M. (2017). *Textbook of Critical Care* (7<sup>a</sup> ed.). Elsevier.

von Kodolitsch, Y., Bernhardt, A. M., Robinson, P. N., Kölbel, T., Reichenspurner, H., Debus, S., & Detter, C. (2015). Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats as a Tool for Translating Evidence into Individualized Medical Strategies (I-SWOT). *Aorta (Stamford, Conn.)*, 3(3), 98–107.  
<https://doi.org/10.12945/j.aorta.2015.14.064>.

Wahr, J. A., Shore, A. D., Harris, L. H., Rogers, P., Panesar, S., Matthew, L., Pronovost, P. P., Cleary, K. & Pham, J. C. (2013). *Comparison of Intensive Care Unit Medication Errors Reported to the United States' MedMarx and the United Kingdom's National Reporting and Learning System. American Journal of Medical Quality*, 29(1), 61–69. <https://doi.org/10.1177/1062860613482964>.

Young, I., Luz, S. & Lone, N. (2019). A systematic review of natural language processing for classification tasks in the field of incident reporting and adverse event analysis. *International Journal of Medical Informatics*, 132, 1-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.103971>.



## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE A - Resumo do projeto de estágio**

Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
<b>PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	
	Ano Letivo: <u>2019/2020</u>

**1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO DA ESCOLA**

Aprovado  Não aprovado

Fundamentação (No caso de "Não aprovado", esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SA)**

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE**

Nome Catarina Isabel Dos Santos Carvalho

Curso Mestrado em Enfermagem

Ramo/ Especialidade Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

**4. CONTACTOS DO ESTUDANTE**

Telef.: 912678248 E-mail: ccarvalho07@gmail.com

**5. PROPOSTA**

Entrega de 1.º Projeto  Entrega de Projeto Reformulado  Entrega de 2.º Projeto por Reingresso

**6. TÍTULO DO TRABALHO**

Título em Português: Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos

Título em Inglês: Critical Patient Safety: Adverse Events Reporting

**7. ORIENTAÇÃO** (Anexar declaração(ões) de aceitação)

Nome: María Dulce Santos Santiago

Universidade/Instituição: Instituto Politécnico de Beja

N.º Identificação Civil: 06208269 Tipo de Identificação: Cartão de Cidadão

Telef.: 967861852 E-mail: dulce.santiago@ipbeja.pt ID ORCID: 0000-0003-0988-6998

Nome: \_\_\_\_\_

Universidade/Instituição: \_\_\_\_\_

N.º Identificação Civil: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificação: *BI CC Passaporte Outro:* \_\_\_\_\_

Telef.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ ID ORCID: \_\_\_\_\_

**8. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO**

Área Disciplinar (Área FOS) (ver Anexo 1): Ciências da Saúde

Palavras-chave (5 palavras): Segurança do doente, eventos adversos, doente crítico, gestão de risco

Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação	
<b>RESUMO DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	
	Ano Letivo: <u>2019 / 2020</u>

**1. RESUMO DO PROJETO (500 palavras)**

A segurança do doente, enquanto componente basilar e estruturante da qualidade em saúde, tem sido gradualmente reconhecida, principalmente nas últimas duas décadas, com uma visibilidade e relevância crescente (Fragata, 2011), emergindo e divergindo deste tema, várias áreas de estudo e investigação, do qual se destaca o erro clínico e a sua gestão.

A Organização Mundial da Saúde (2009), num enquadramento concetual arrogado para Portugal pela Direção-Geral da Saúde (2011), define evento adverso como sendo um evento ou circunstância em que resulta dano para o doente. Estes eventos são responsáveis por cerca de 1-5% da mortalidade hospitalar, contribuindo para um aumento da morbilidade, duração e custo do internamento hospitalar (Hogan et al., 2012; James, 2013; Sousa-Pinto, Marques, Lopes & Freitas, 2018), estimando-se que seja a terceira causa de morte evitável nos EUA (Makary & Daniel, 2016).

Neste contexto, a notificação/report destes eventos é considerado um dos meios de prevenção mais eficientes (Fragata, 2011; Garrouste-Orgeas, Flaathen & Moreno, 2016; Heavner & Siner, 2015;), pois serve de base à análise de causa-raiz do incidente, relato de eventos e à análise retrospectiva do evento (Fragata, 2011), com o objetivo de formular e disseminar recomendações para uma mudança do sistema para a prevenção futura do erro/incidente (Brunsveld-Reinders, Arbous, De Vos & De Jonge, 2016), transitando de uma cultura de resolução de problemas, essencialmente reativa, para uma perspetiva antecipatória, de índole preventiva quando possível e/ou exequível, dos mesmos em situações futuras similares. Apesar do descrito, releva-se na literatura a evidência da subnotificação de eventos adversos, de causas várias, com potenciais consequências deletérias para a segurança do doente e resultados clínicos sensíveis à prestação de cuidados de saúde (Brunsveld-Reinders et al., 2016; Heavner & Siner, 2015).

Os doentes admitidos nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) estão particularmente vulneráveis ao risco associado aos cuidados de saúde, nomeadamente à ocorrência de eventos adversos, pela doença crítica em si, pelas inúmeras intervenções terapêuticas, por vezes simultâneas e/ou emergentes, mas também pelas características próprias de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), um sistema complexo, extremamente tecnológico com períodos pontuais e frequentes de alta

pressão (Pronovost & Rubenfeld, 2009). Deste modo, como refere Garrouste-Orgeas et al. (2016), é de todo evidente a necessidade de sistemas adaptados às UCIs, em circuito fechado na UCI (notificação, análise, implementação de mudança e feedback).

O contexto clínico onde se vai desenvolver o projeto inserido no Estágio Final, uma UCI de nível 3, carece de um sistema de notificação do erro, nomeadamente de eventos adversos, estando apenas disponível o sistema de notificação da Organização Hospitalar, não sendo sensível e específico ao contexto clínico e ao processo de prestação de cuidados de uma UCI deste nível.

Face ao exposto considera-se atual, relevante e pertinente a proposta de projeto que se submete à apreciação e aprovação. Assim, o tema que proponho trabalhar é a segurança do doente, mais especificamente, a notificação de eventos adversos.

## 2. PLANO DO PROJETO (Objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção, resultados esperados, processo de avaliação)

### OBJETIVO GERAL

- Implementar uma ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos na UCIP 1 do CHUA, EPE, específica e sensível ao contexto clínico identificado.

### Objetivos Específicos

- Construir uma proposta de ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos;
- Adaptar a ferramenta proposta em contexto formativo;
- Introduzir a ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos no sistema informático.

### CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

- Questionário pré-intervenção, como instrumento de diagnóstico de situação, onde constam 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização académica e profissional por grupo profissional e experiência/conhecimentos sobre os recursos já existentes para a notificação de eventos adversos;
- Construção de uma ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos;
- Realização de um momento de formação em serviço à equipa multidisciplinar com a adaptação e validação da ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos.
- Introdução da ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos no processo clínico eletrónico

### RESULTADOS ESPERADOS

- Aprovação da ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos por parte da Hierarquia

do Serviço, Enf.ª Chefe da UCIP 1 e o Diretor de Serviço;

- Introdução da mesma na aplicação informática que gere o processo clínico eletrónico.

#### **PROCESSO DE AVALIAÇÃO**

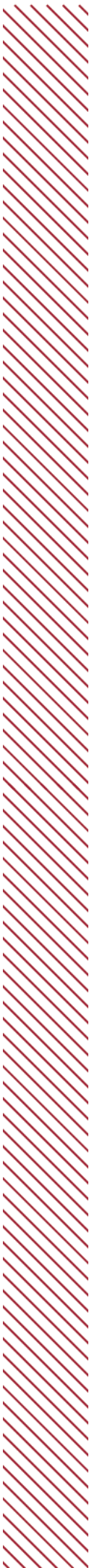
- Aplicação de um questionário à equipa multidisciplinar avaliando a formação em serviço bem como o(s) formador(es);
- Análise dos eventos/incidentes notificados através da plataforma informática. Esta avaliação realizar-se-á 6-12 meses após a introdução da ferramenta criada, extrapolando assim a janela temporal para a entrega do Relatório de Estágio, pelo que este ponto não constará do mesmo;

### 3. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Fases	Atividades	2019				2020			
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Diagnóstico de Situação	Reunião com a Enf.ª Chefe e Diretora de Serviço	■							
	Identificação da Necessidade	■							
	Aplicação de instrumentos diagnósticos (SWOT)		■						
	Construção e Aplicação de Questionário			■	■	■			
	Definição do Objetivo Geral		■	■	■	■			
	Pesquisa Bibliográfica		■	■	■	■	■		
Planejamento	Pedidos autorização ao Conselho de Administração, Enf.ª Chefe e Diretora de Serviço		■	■					
	Pedido de parecer à comissão de ética do CHUA		■	■					
	Entrega de Proposta de projeto de Estágio		■	■					
	Definição de objetivos (Geral e Específico)		■	■					
	Definição do cronograma Inicial		■	■					
	Definição das atividades a desenvolver		■	■					
	Definição dos recursos necessários		■	■					
	Construção do instrumento de notificação de eventos adversos				■	■	■		
Execução	Preparação de Sessão Formativa em Serviço				■	■			
	Formação em Serviço					■	■		
	Adaptação do instrumento de notificação						■	■	
	Criação de um dossier temático							■	■
Avaliação/ Divulgação	Questionário avaliação de sessão de formação					■	■		
	Análise dos dados obtidos					■	■		
	Elaboração do Relatório de Estágio							■	■
	Entrega do Relatório de Estágio								■

**BIBLIOGRAFIA PRINCIPAL (Máx. 10 referências)**

- Brunsveld-Reinders, A., Arbous, M., De Vos, R & De Jonge, E. (2016). Incident and error reporting systems in intensive care: a systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(1), 2-13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv100>
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Lisboa: DGS.
- Fragata, José (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Garrouste-Orgeas, M., Flaatten, H. & Moreno (2016). Understanding Medical Errors and Adverse Events in ICU Patients. *Intensive Care Medicine*, 42(1), 107-109. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3968-x>
- Heavner, J. & Siner, J. (2015). Adverse Event Reporting and Quality Improvement in the Intensive care Unit. *Clinics in Chest Medicine*, 36(3), 461-467. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2015.05.005>
- Hogan, H., Healey, F., Neale, G., Thomson, R., Vincent, C., & Black, N. (2012). Preventable deaths due to problems in care in English acute hospitals: a retrospective case record review study. *BMJ Quality & Safety*, 21(9), 737-745. doi:10.1136/bmjqs-2011-001159
- James, John T. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, 9(3), doi: 10.1097/PTS.0b013e3182948a69
- Makary, M. & Daniel, M. (2016). Medical error – the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*, 353: i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139.
- Organização Mundial da Saúde (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety – First Technical Report*. Genebra: Autor.
- Pronovost, A. & Rubenfeld, G. (2009). Quality in critical care. In J. D. Chiche, R. Moreno, C. Putensen, & A. Rhodes (Eds.), *Patient safety and quality of care in intensive care medicine* (pp. 127-137). Berlin: MvV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Ohg.
- Sousa-Pinto, B., Marques, B., Lopes, F. & Freitas, A. (2018). Frequency and Impact of Adverse Events in Inpatients: A Nationwide Analysis of Episodes between 2000 and 2015. *Journal of Medical Systems*, 42(48), 1-9. doi <https://doi.org/10.1007/s10916-018-088-5>.



**APÊNDICE B – Resumo do Artigo Científico - Sistemas de notificação de eventos adversos em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma revisão integrativa da literatura**

**Sistemas de notificação de eventos adversos em Unidades de Cuidados Intensivos: Uma revisão integrativa da literatura**

**Adverse event reporting systems in the Intensive Care Units: An integrative literature review**

**Sistemas de notificación de eventos adversos en la Unidad de Cuidados Intensivos: una revisión de literatura integradora**

**AUTORES**

**Catarina Carvalho**, Enfermeira, Centro Hospitalar Universitário do Algarve EPE. Mestranda em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - A Pessoa em Situação Crítica. Instituto Politécnico de Portalegre-Escola Superior de Saúde, Portugal, ccarvalho07@gmail.com, 912678248

**Maria Dulce dos Santos Santiago**, Ph.D., Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Beja, 7800-111, Beja, Portugal, dulce.santiago@ipbeja.pt, 967861852

**RESUMO**

**Enquadramento:** A notificação de eventos adversos é considerada um dos meios de prevenção mais eficientes, pois serve de base à sua análise, com o objetivo de formular e disseminar recomendações para a prevenção destes.

**Objetivos:** Identificar as metodologias de notificação de eventos adversos, adequadas e promotoras da efetividade do processo de notificação, pelos profissionais de saúde em Unidade de Cuidados Intensivos [UCI] e reconhecer as vantagens, desvantagens e limitações dos sistemas de notificações de incidentes/eventos adversos.

**Metodologia:** Revisão integrativa de literatura, realizada através da pesquisa de artigos na base de dados Biblioteca do Conhecimento On-line (B-On®), através da metodologia PICO, que incidissem sobre os métodos de notificação de eventos adversos em UCI de adultos. Os dados foram extraídos seguindo um processo estabelecido previamente, sendo avaliados quanto à qualidade metodológica e nível de evidência.

**Resultados:** A análise dos 7 artigos selecionados e incluídos para extração e análises, após terem sido identificados 675 resultados, permitiu identificar várias metodologias de

notificação de incidentes/eventos adversos, embora referidos frequentemente como um tópico acessório/secundário.

**Conclusão:** Os resultados obtidos sugerem que a análise do processo de notificação é considerado um aspeto secundário relativamente à análise dos eventos. Realça-se a ausência de uma uniformização da taxonomia e do mapa concetual sobre esta temática. É notória uma variabilidade dos métodos e processos de notificação de erros/incidentes/eventos. Releva-se a necessidade de mais investigação sobre esta área.

**Palavras-chave:** Doente crítico; Segurança do Doente; Eventos Adversos; Gestão de Risco

## ABSTRACT

**Background:** The notification of adverse events is considered one of the most efficient means of prevention, as it serves as the basis for its analysis, with the objective of formulating and disseminating recommendations for the prevention of these.

**Objective:** To identify the methodologies for reporting adverse events, appropriate and promoting the effectiveness of the notification process, by health professionals in the Intensive Care Unit and to recognize the advantages, disadvantages and limitations of the notification systems for adverse incidents/events.

**Methodology:** Integrative literature review, carried out by searching for articles in the Biblioteca do Conhecimento On-line (B-On®) database, using the PICO methodology, focusing on the methods of reporting adverse events in adult ICUs. The data were extracted following a previously established process. The studies were assessed for methodological quality and level of evidence.

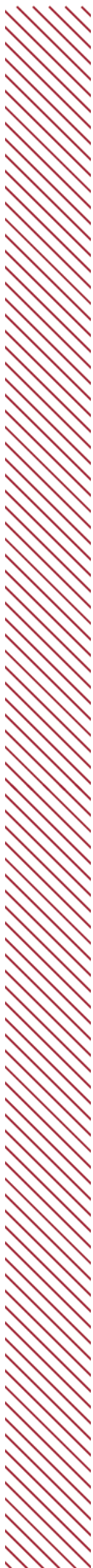
**Results:** The analysis of the 7 articles selected and included for extraction and analysis, after 675 results were identified, allowed the identification of several methodologies for reporting incidents / adverse events, although often referred to as an accessory/secondary topic.

**Conclusion:** The results obtained suggest that the analysis of the notification process is considered a secondary aspect in relation to the analysis of events. The absence of a uniform taxonomy and conceptual map on this theme is highlighted. Variability in error/incident/event notification methods and processes is notorious. There is a need for more research in this area.

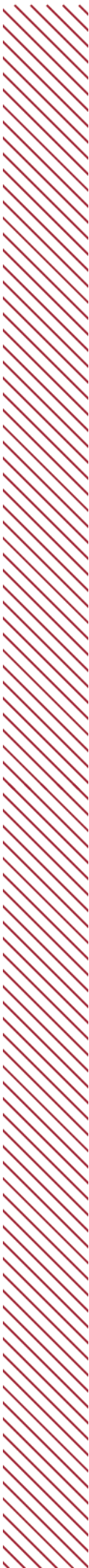
**Keywords:** Critical patient; Patient Safety; Adverse events; Risk management



## **APÊNDICE C - Análise *SWOT***



<b>FATORES POSITIVOS</b>		
<b>VERTENTE INTERNA</b>	<b>Forças</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Equipa multidisciplinar recetiva e motivada para a melhoria da segurança do doente crítico e risco clínico</li><li>• Estrutura organizacional flexível e disponível para a introdução de novos projetos</li><li>• Ausência de normas ou protocolos acerca da notificação de incidentes/eventos adversos</li><li>• Ausência de formação na área da segurança do doente</li><li>• Ausência de custos do projeto</li></ul>	<b>Oportunidades</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Adaptação da Norma n.º 015/2014 da Direção Geral da Saúde para contexto UCI nível III</li><li>• Prosseguimento do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020</li><li>• Melhoria do contexto clínico e, conseqüentemente da organização hospitalar</li></ul>
	<b>Fraquezas</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recursos humanos de Enfermagem e Médicos limitados</li><li>• Risco de desmotivação e não adesão da equipa multidisciplinar</li><li>• Rotatividade da equipa multidisciplinar</li><li>• Formação a ser realizada fora do horário laboral</li></ul>	<b>Ameaças</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Resistência da equipa multidisciplinar à mudança de comportamentos e rotinas estabelecidas</li><li>• Receio de represálias na notificação de incidentes/eventos adversos</li><li>• Mudanças frequentes da estrutura organizacional do Centro Hospitalar e Universitário e a conseqüente redefinição de objetivos</li><li>• Limitação de recursos materiais e humanos disponíveis</li></ul>
<b>FATORES NEGATIVOS</b>		



**APÊNDICE D - Questionário de caracterização sociodemográfica e análise da pertinência para elaboração de um projeto de intervenção para notificação de eventos adversos na UCIP 1 do CHUA, EPE**

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ANÁLISE DA PERTINÊNCIA PARA ELABORAÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA UCIP 1 DO CHUA, EPE**

**Introdução**

Eu, Catarina Isabel Dos Santos Carvalho, enfermeira e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, no âmbito das Unidades Curriculares Estágio Final e Relatório tenciono desenvolver um projeto de intervenção na Unidade de Cuidados Intensivos 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE profissional com o objetivo de incrementar qualidade e segurança nos cuidados ao doente crítico.

Para o desenvolvimento deste Projeto de Intervenção Profissional intitulado "Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos", torna-se necessário proceder à elaboração de um diagnóstico de situação adequado, motivo pelo qual solicito a colaboração dos Enfermeiros e Médicos da Unidade de Cuidados Intensivos 1 no preenchimento deste questionário.

Assim, o questionário encontra-se dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos e de experiência profissional da equipa multidisciplinar relativamente à temática da segurança do doente e, mais especificamente, acerca da gestão de risco e notificação de eventos adversos.

O anonimato e confidencialidade dos dados obtidos estão assegurados, assim como o seu uso é restrito ao contexto académico e de investigação associado a este projeto. Salienta-se que o participante tem total liberdade para recusar a participação no questionário proposto.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para o preenchimento do mesmo e a sua submissão até dia 28 de Fevereiro de 2020.

**Consentimento Informado, Esclarecido e Livre**

Aceita participar voluntariamente neste questionário, após tomar conhecimento das informações supracitadas?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

## Caracterização Sociodemográfica

Gênero			
Masculino		Feminino	

Idade (anos)							
20-30		31-40		41-50		> 50	

## Caracterização Acadêmica e Profissional - ENFERMEIROS

Grau Acadêmico							
Bacharelato		Licenciatura		Mestrado		Doutoramento	

Especialidade			
Sim		Não	
Se sim, qual(ais)?			
Enfermagem Médico-Cirúrgica		Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	
EMC: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica		Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	
EMC: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória		Enfermagem Comunitária	
EMC: Enfermagem à Pessoa em Situação Crônica/Paliativa		EC: Enfermagem de Saúde Familiar	
Enfermagem de Reabilitação		Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	

Experiência Profissional (anos)									
0-5		6-10		11-15		16-20		> 21	

Experiência em Enfermagem à pessoa em situação crítica (anos)									
0-5		6-10		11-15		16-20		> 21	

Experiência em Cuidados intensivos (anos)									
0-5		6-10		11-15		16-20		> 21	

### **Caracterização Académica e Profissional - MÉDICOS**

Género			
Masculino		Feminino	

Idade (anos)							
20-30		31-40		41-50		> 50	

Grau Académico							
Bacharelato		Licenciatura		Mestrado		Doutoramento	

Especialidade			
Sim		Não	
Se sim, qual(ais)?			
Médico Interno em Formação Específica			
Sim		Não	
Se sim, qual a Especialidade?			
Sub-Especialista em Medicina Intensiva			
Sim		Não	

## Gestão de Risco/ Notificação Eventos Adversos

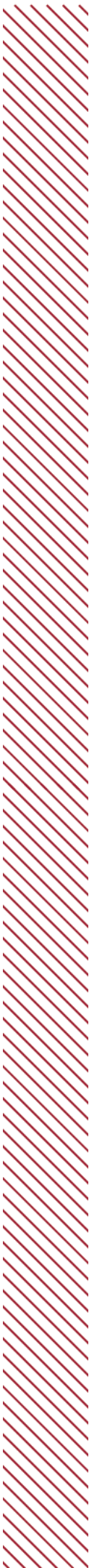
Já teve formação na área da Gestão de Risco e Segurança do Doente?			
Sim		Não	

Conhece o sistema Notifica <sup>®</sup> ?			
Sim		Não	

Já utilizou o sistema Notifica <sup>®</sup> ?			
Sim		Não	
Se sim, qual a sua opinião, sobre...			
Utilidade? (0 a 10)			
Facilidade de Uso? (0 a 10)			
Adequabilidade ao contexto clínico? (0 a 10)			
Já obteve algum feedback relativo a alguma notificação?			
Sim		Não	

Conhece o sistema de notificação de incidentes/Eventos adversos do CHUA, EPE?			
Sim		Não	

Já utilizou o sistema de notificação de Incidentes/Eventos adversos do CHUA, EPE?			
Sim		Não	
Se sim, qual a sua opinião, sobre...			
Utilidade? (0 a 10)			
Facilidade de Uso? (0 a 10)			
Adequabilidade ao contexto clínico? (0 a 10)			
Já obteve algum feedback relativo a alguma notificação?			
Sim		Não	



**APÊNDICE E - Resultados do questionário de caracterização sociodemográfica e análise da pertinência para elaboração de um projeto de intervenção para notificação de eventos adversos na UCIP 1 do CHUA, EPE**

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ANÁLISE DA PERTINÊNCIA PARA ELABORAÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NA UCIP 1 DO CHUA, EPE**

**Introdução**

Eu, Catarina Isabel Dos Santos Carvalho, enfermeira e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, no âmbito das Unidades Curriculares Estágio Final e Relatório tenciono desenvolver um projeto de intervenção na Unidade de Cuidados Intensivos 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE profissional com o objetivo de incrementar qualidade e segurança nos cuidados ao doente crítico.

Para o desenvolvimento deste Projeto de Intervenção Profissional intitulado "Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos", torna-se necessário proceder à elaboração de um diagnóstico de situação adequado, motivo pelo qual solicito a colaboração dos Enfermeiros e Médicos da Unidade de Cuidados Intensivos 1 no preenchimento deste questionário.

Assim, o questionário encontra-se dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e aferição de conhecimentos e de experiência profissional da equipa multidisciplinar relativamente à temática da segurança do doente e, mais especificamente, acerca da gestão de risco e notificação de eventos adversos.

O anonimato e confidencialidade dos dados obtidos estão assegurados, assim como o seu uso é restrito ao contexto académico e de investigação associado a este projeto. Salienta-se que o participante tem total liberdade para recusar a participação no questionário proposto.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para o preenchimento do mesmo e a sua submissão até dia 28 de Fevereiro de 2020.

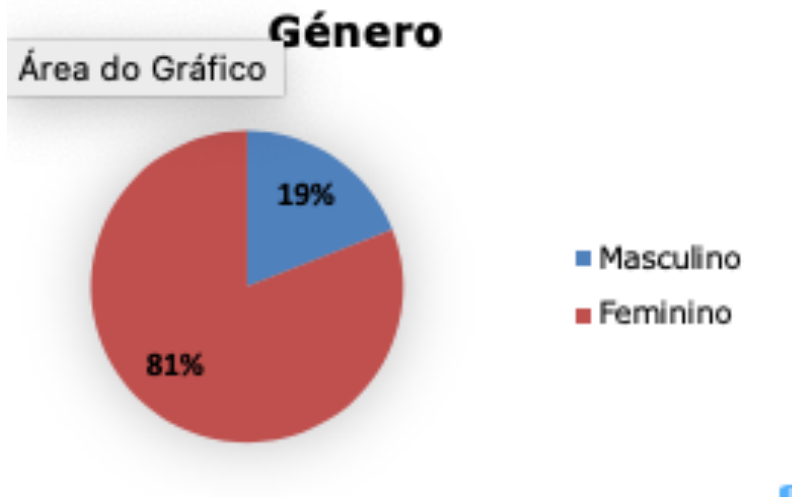
**Consentimento Informado, Esclarecido e Livre**

Aceita participar voluntariamente neste questionário, após tomar conhecimento das informações supracitadas?

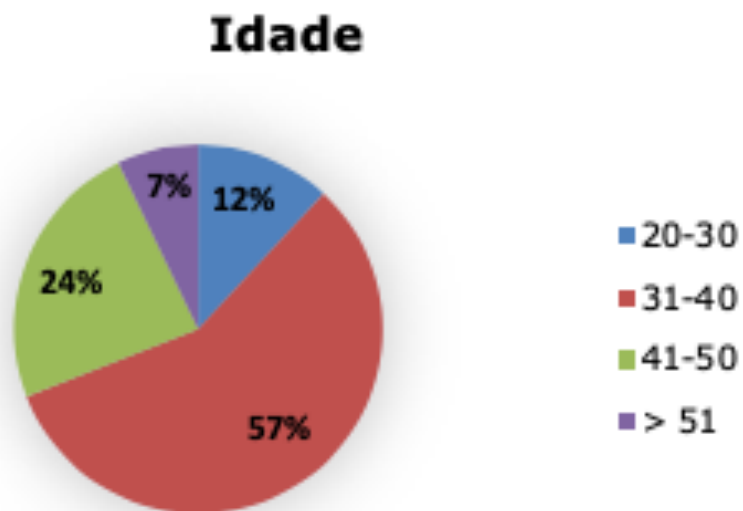
Sim		Não	
-----	--	-----	--

## Caracterização Sociodemográfica - Enfermeiros

Género			
Masculino	8	Feminino	34

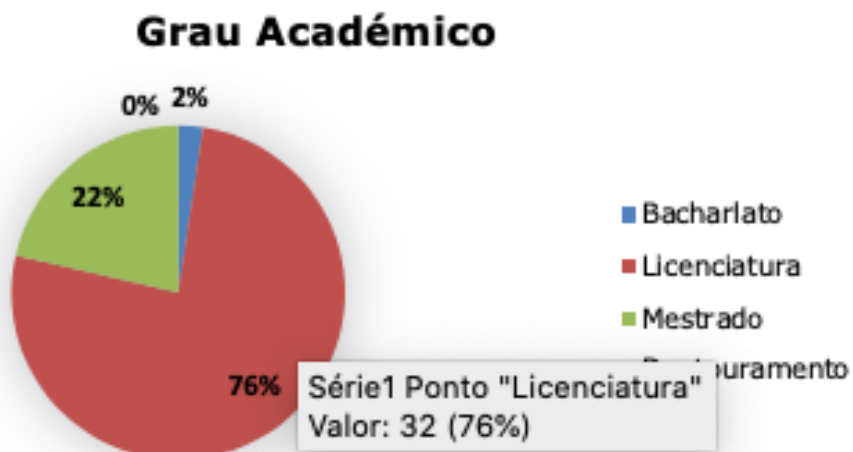


Idade (anos)							
20-30	5	31-40	24	41-50	10	> 50	3



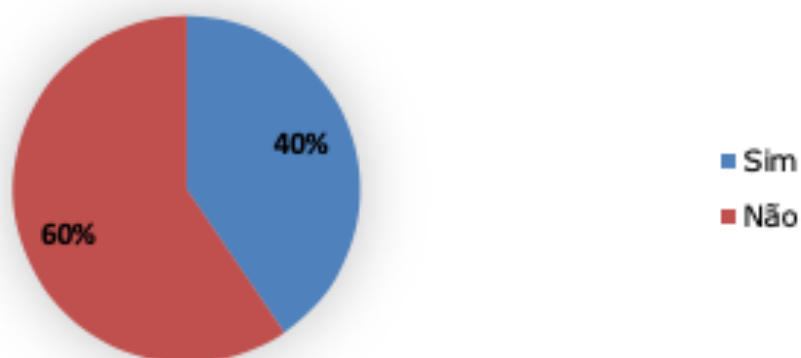
## Caracterização Académica e Profissional - ENFERMEIROS

Grau Académico							
<b>Bacharelato</b>	1	<b>Licenciatura</b>	32	<b>Mestrado</b>	9	<b>Doutoramento</b>	

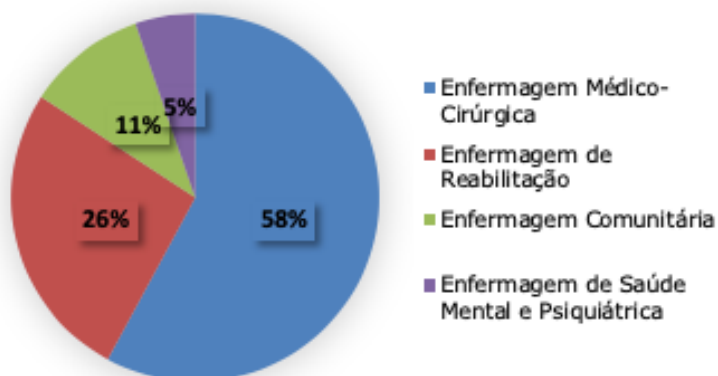


Especialidade			
<b>Sim</b>	17	<b>Não</b>	25
Se sim, qual(ais)?			
Enfermagem Médico-Cirúrgica	11	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	
EMC: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	1	Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	
EMC: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória		Enfermagem Comunitária	2
EMC: Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica/Paliativa		EC: Enfermagem de Saúde Familiar	
Enfermagem de Reabilitação	5	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1

## Especialidade

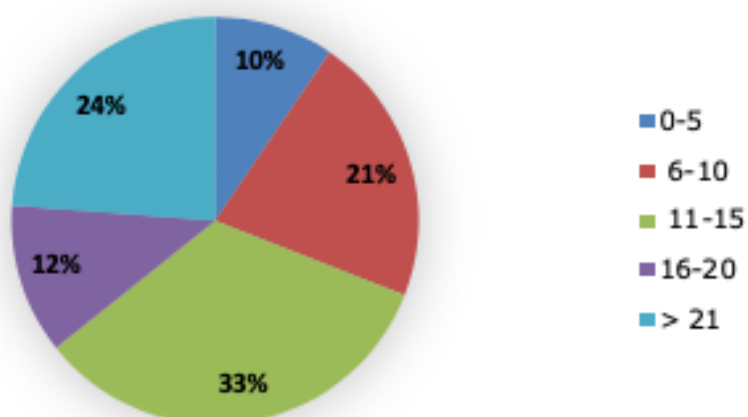


## Especialidade, Qual?



Experiência Profissional (anos)									
0-5	4	6-10	9	11-15	14	16-20	5	> 21	10

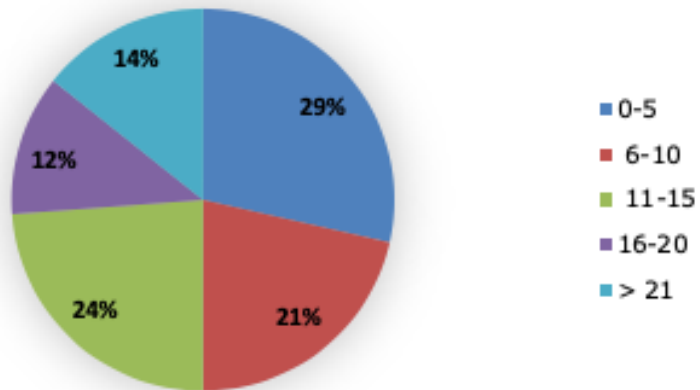
## Experiência Profissional (anos)



**Experiência em Enfermagem à pessoa em situação crítica (anos)**

<b>0-5</b>	12	<b>6-10</b>	9	<b>11-15</b>	10	<b>16-20</b>	5	<b>&gt; 21</b>	6
------------	----	-------------	---	--------------	----	--------------	---	----------------	---

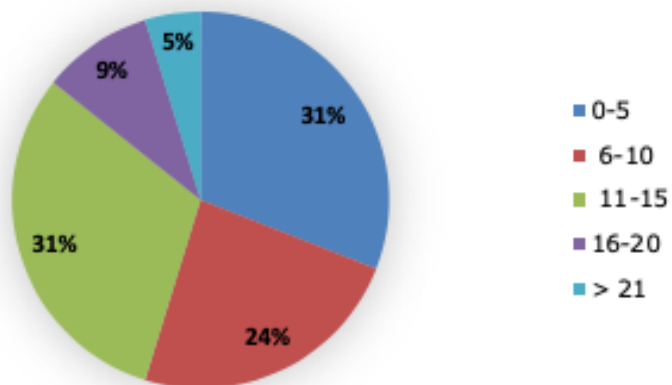
**Experiência em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (anos)**



**Experiência em Cuidados intensivos (anos)**

<b>0-5</b>	13	<b>6-10</b>	10	<b>11-15</b>	13	<b>16-20</b>	4	<b>&gt; 21</b>	2
------------	----	-------------	----	--------------	----	--------------	---	----------------	---

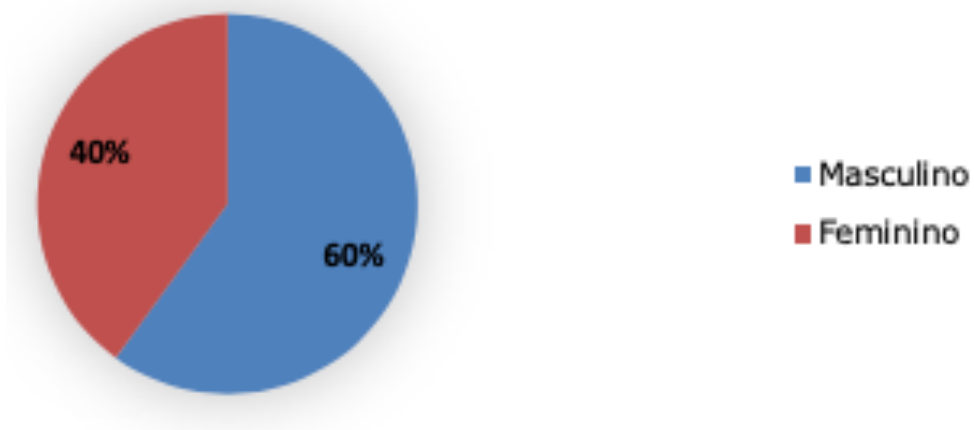
**Experiência em Enfermagem em Cuidados Intensivos (anos)**



## Caracterização Académica e Profissional - MÉDICOS

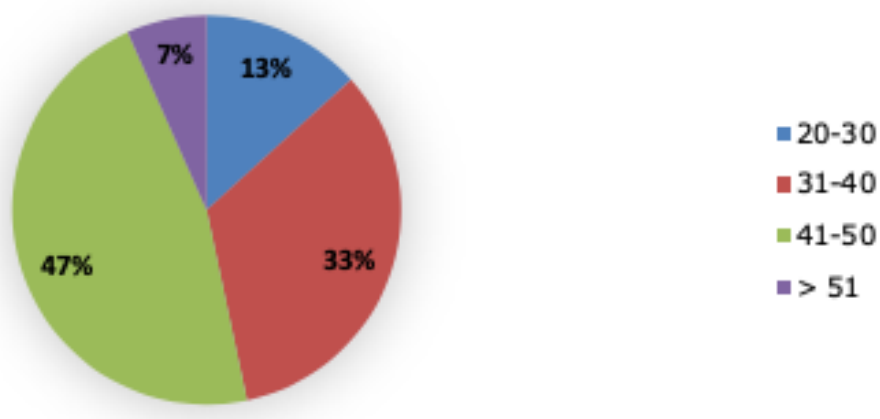
Género			
Masculino	8	Feminino	9

### Género



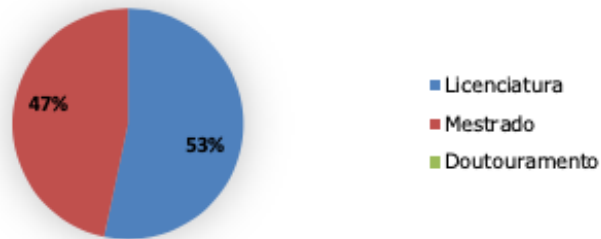
Idade (anos)							
20-30	2	31-40	5	41-50	7	> 50	1

### Idade



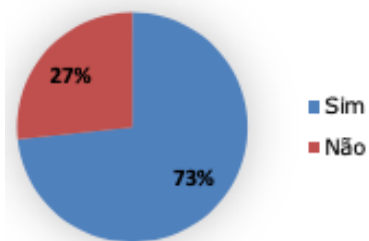
Grau Académico						
Bacharelato		Licenciatura	8	Mestrado	7	Doutoramento

### Grau Académico

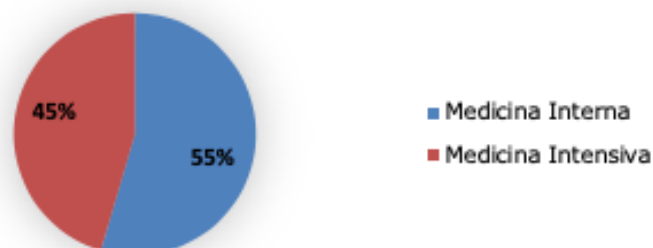


Especialidade			
<b>Sim</b>	11	<b>Não</b>	4
Se sim, qual(ais)?			
Medicina Interna - 6		Medicina Intensiva - 5	
Médico Interno em Formação Específica			
<b>Sim</b>	4	<b>Não</b>	
Sub-Especialista em Medicina Intensiva			
<b>Sim</b>	5	<b>Não</b>	

### Especialista



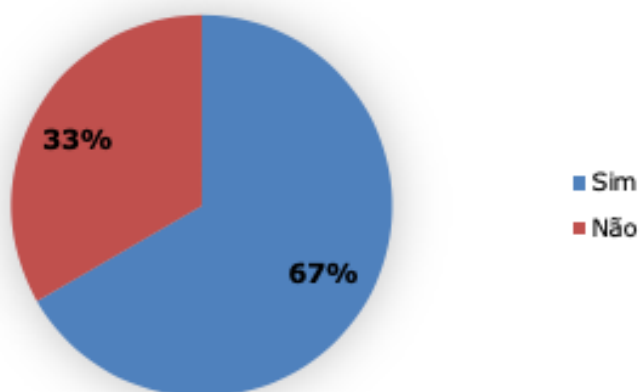
### Especialidade? Qual?



## Gestão de Risco/ Notificação Eventos Adversos

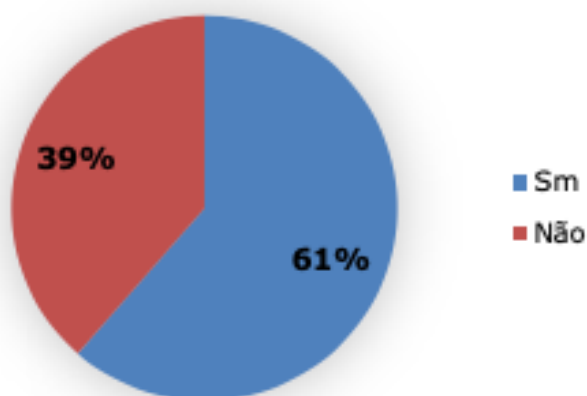
Já teve formação na área da Gestão de Risco e Segurança do Doente?			
Sim	38	Não	19

### Formação em Gestão Risco e em Segurança do Doente



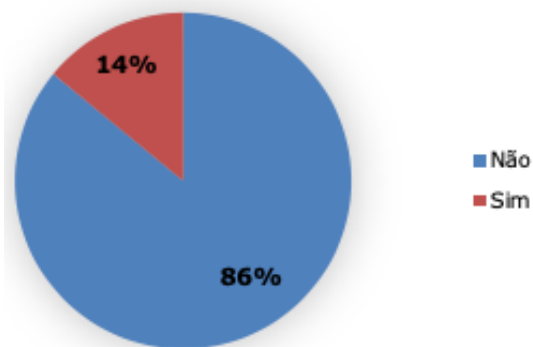
Conhece o sistema Notifica®?			
Sim	35	Não	22

### Conhece o Sistema Notifica®?

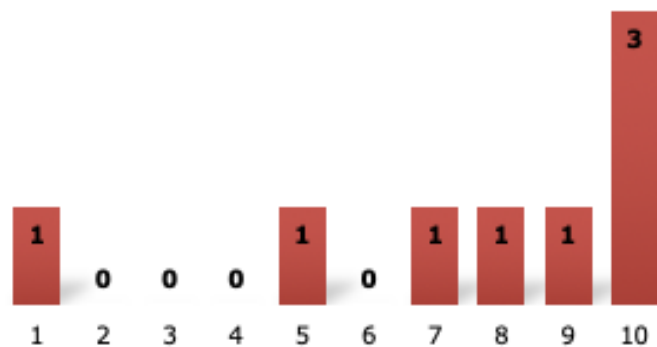


<b>Já utilizou o sistema Notifica®?</b>			
<b>Sim</b>	8	<b>Não</b>	49
Se sim, qual a sua opinião, sobre...			
Utilidade? (0 a 10)			
Facilidade de Uso? (0 a 10)			
Adequabilidade ao contexto clínico? (0 a 10)			
Já obteve algum feedback relativo a alguma notificação?			
<b>Sim</b>		<b>Não</b>	8

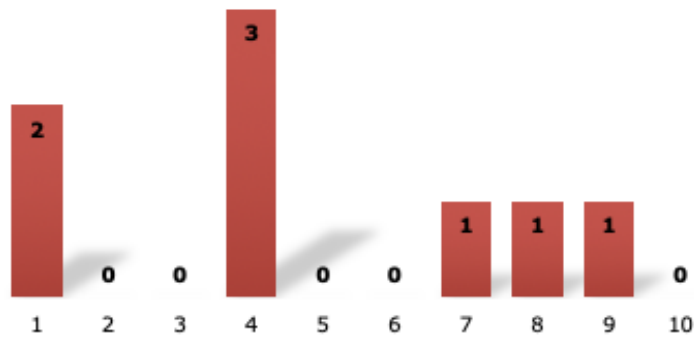
### Utilização do Sistema Notifica®?



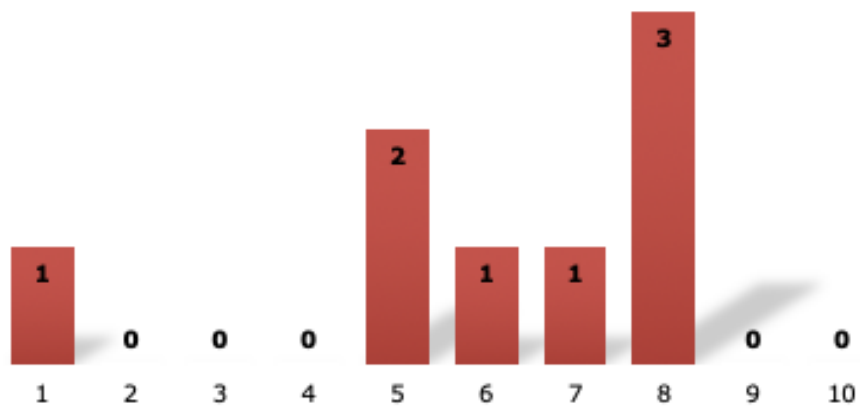
### Utilidade da utilização do Sistema Notifica® (0-10)



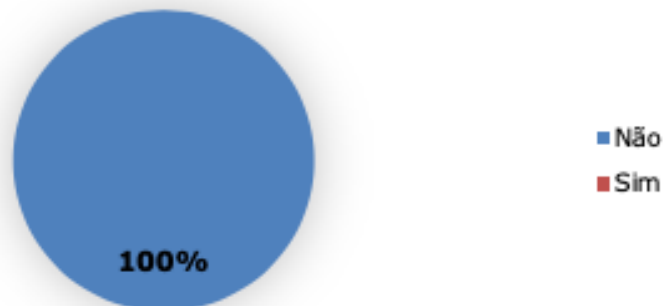
### Facilidade de utilização do Sistema Notifica® (0-10)



### Adequabilidade ao contexto clínico do Sistema Notifica® (0-10)



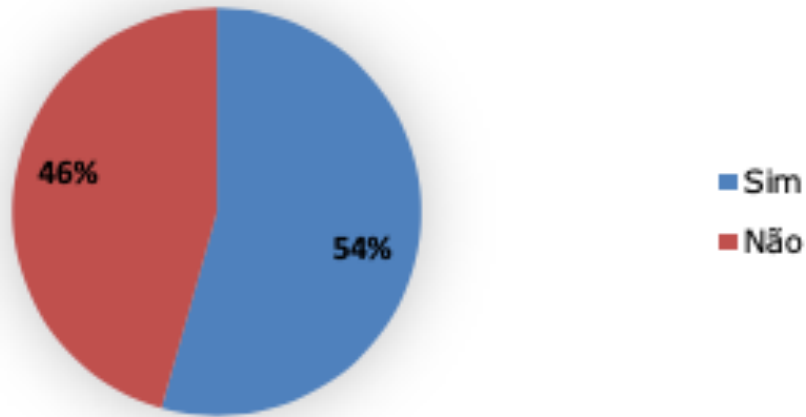
### Feedback das notificações do Sistema Notifica®



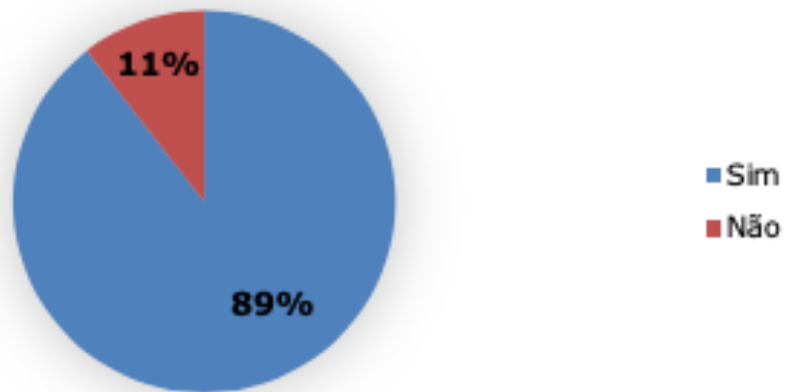
Conhece o sistema de notificação de incidentes/Eventos adversos do

CHUA, EPE?			
Sim	51	Não	6

### Utilização do sistema de notificação de incidentes/eventos adversos do CHUA

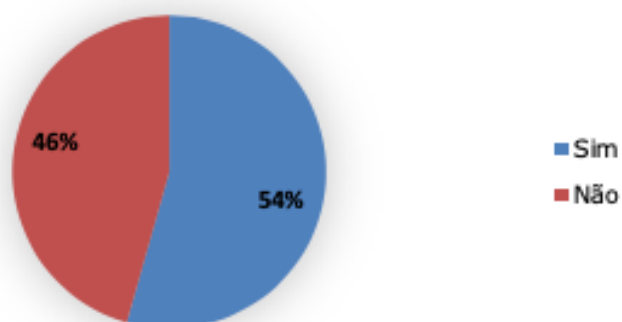


### Conhecimento do sistema de notificação de incidentes/eventos adversos do CHUA

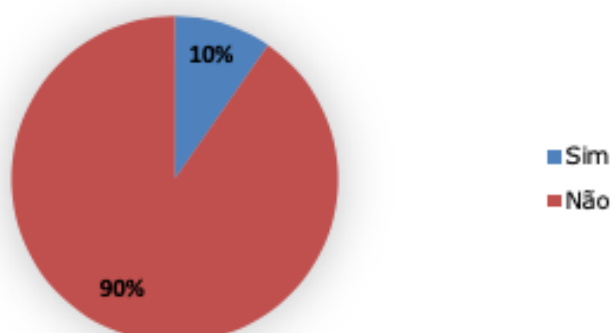


<b>Já utilizou o sistema de notificação de Incidentes/Eventos adversos do CHUA, EPE?</b>			
<b>Sim</b>	31	<b>Não</b>	26
Se sim, qual a sua opinião, sobre...			
Utilidade? (0 a 10)			
Facilidade de Uso? (0 a 10)			
Adequabilidade ao contexto clínico? (0 a 10)			
Já obteve algum feedback relativo a alguma notificação?			
<b>Sim</b>	3	<b>Não</b>	28

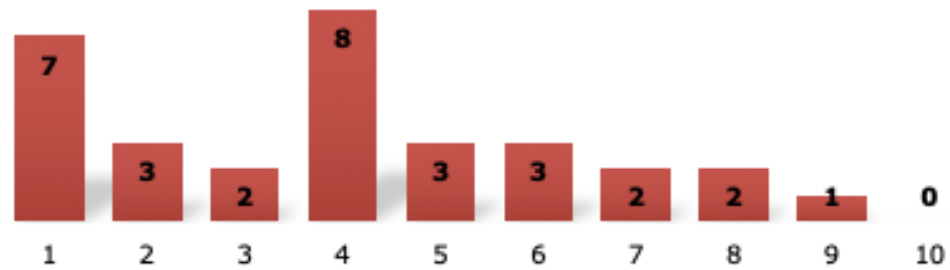
### **Utilização do sistema de notificação de incidentes/eventos adversos do CHUA**



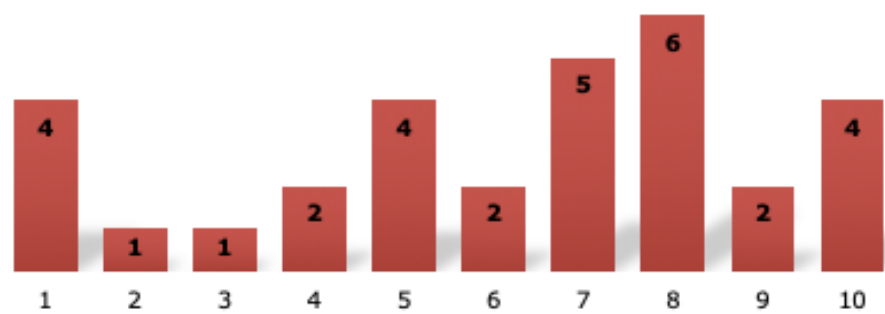
### **Feedback das notificações no sistema notificação de incidentes/eventos adversos do CHUA**



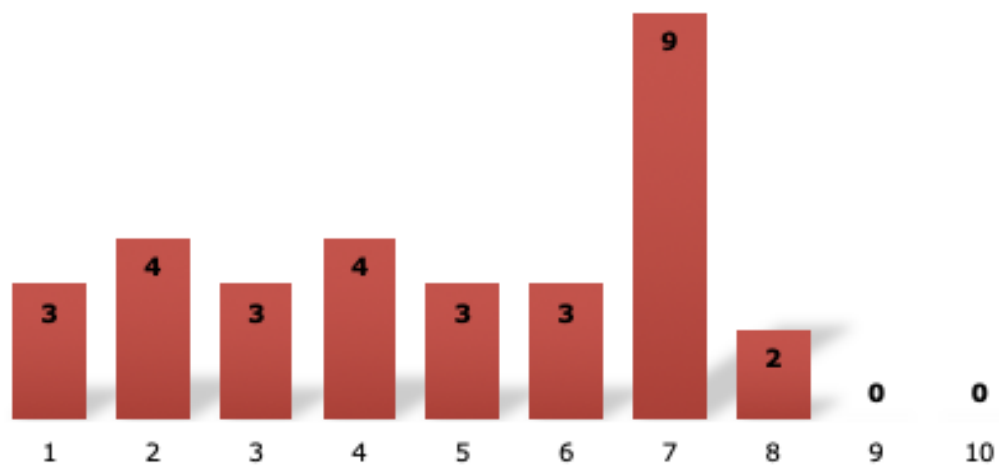
**Facilidade de utilização do sistema de notificação de incidentes/eventos adversos do CHUA**

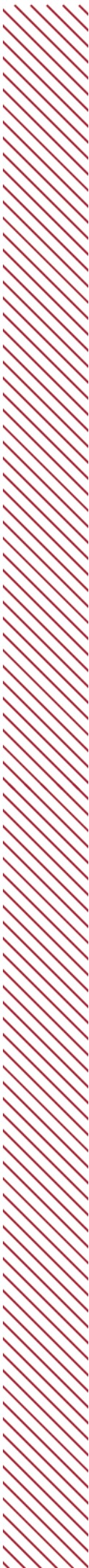


**Utilidade do sistema de notificação de incidentes/eventos adversos do CHUA**



**Adequabilidade ao contexto clínico do sistema de notificação de incidentes/eventos adversos do CHUA**





**APÊNDICE F - Proposta de projeto de intervenção profissional entregue ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento do CHUA, EPE**

Anexo 2  
Folha de rosto do estudo de investigação



Centro  
Hospitalar  
Universitário  
do Algarve

FOLHA DE ROSTO<sup>1</sup> - UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO

Título Segurança do doente: Notificação de eventos adversos

Classificação

Trabalho Académico de Investigação  Conferidor de Grau  Licenciatura   
Mestrado   
Doutoramento

Estudo de Investigação

Ensaio Clínico  Medicamentos  Dispositivos

Versão Novo   
Alteração

Calendário Início Dezembro 2019 data  
Fim Abril 2020 data

INVESTIGADORES

Investigador Principal

Investigador Responsável CHUA

Outros Investigadores

ALUNOS e ORIENTADORES

Aluno Catarina Isabel dos Santos Carvalho

Orientador (Universidade) Manuel de Deus dos Santos Santiago

Orientador (CHUA) Isabel Cristina Nunes Azeite

PROMOTOR

INSTITUIÇÕES e SERVIÇOS

Unidades/Serviços do CHUA Unidade de Cuidados Intensivos 1

Outros Serviços/Instituições



#### CARACTERÍSTICAS do ESTUDO

Natureza do Estudo	Clinico	<input type="checkbox"/>	Alvo do Estudo	Animais	<input type="checkbox"/>
	Epidemiológico	<input type="checkbox"/>		Humanos	<input type="checkbox"/>
	Revisão Literatura	<input type="checkbox"/>			
	Revisão Casuística	<input type="checkbox"/>			
	Terapêutico	<input type="checkbox"/>			
Laboratorial	<input type="checkbox"/>				
Desenho do Estudo	Observacional	<input type="checkbox"/>	Retrospectivo	<input type="checkbox"/>	
	Experimental	<input type="checkbox"/>	Prospectivo	<input type="checkbox"/>	
Países/Instituições	Multinacional	<input type="checkbox"/>	Nacional	<input type="checkbox"/>	
	Multicêntrico	<input type="checkbox"/>	Institucional	<input type="checkbox"/>	
Participantes	Grupo Controlo	<input type="checkbox"/>	Seleção Aleatória	<input type="checkbox"/>	
			Seleção Não Aleatória	<input type="checkbox"/>	
Est. Experimentais	Aberto	<input type="checkbox"/>	Fase 2	<input type="checkbox"/>	
	Cego	<input type="checkbox"/>	Fase 3	<input type="checkbox"/>	
	Duplamente Cego	<input type="checkbox"/>	Fase 4	<input type="checkbox"/>	

#### OUTROS ASPECTOS RELEVANTES PARA ANÁLISE DO ESTUDO

Consentimento informado	<input type="checkbox"/>		
Participação de Grupos Vulneráveis	<input type="checkbox"/>	Crianças	<input type="checkbox"/>
		Grávidas	<input type="checkbox"/>
		Outros	<input type="checkbox"/>
Realização de inquéritos	<input type="checkbox"/>		
Realização de entrevistas	<input type="checkbox"/>		
Realização de exames/análises	<input type="checkbox"/>	No CHUA	<input type="checkbox"/>
Realização de estudos genéticos	<input type="checkbox"/>		
Recolha de dados	<input type="checkbox"/>	Clinicos	<input type="checkbox"/>
		Laboratoriais	<input type="checkbox"/>
		Outros	<input type="checkbox"/>
Criação de base de dados	<input type="checkbox"/>	Anonimizados	<input type="checkbox"/>
Saída para outras instituições	<input type="checkbox"/>	Dados	<input type="checkbox"/>
		Produtos biológicos	<input type="checkbox"/>
Colheita de produtos biológicos	<input type="checkbox"/>	No CHUA	<input type="checkbox"/>
		Anonimizados	<input type="checkbox"/>
Armazenamento produtos biológicos	<input type="checkbox"/>	No CHUA	<input type="checkbox"/>
Criação de bancos de produtos biológicos	<input type="checkbox"/>	No CHUA	<input type="checkbox"/>
		No ABC	<input type="checkbox"/>



#### DOCUMENTOS

Cartas do Investigador	A/c Presidente CA	<input type="checkbox"/>	
	A/c Presidente CES	<input type="checkbox"/>	
Anexos	Proposta de Estudo/Ensaio	<input type="checkbox"/>	
	CV do Investigador Principal	<input type="checkbox"/>	
	CV do Investigador CHUA	<input type="checkbox"/>	
	Inquéritos/Questionários	<input type="checkbox"/>	
	Termo de Consentimento Informado	<input type="checkbox"/>	
	Termo de Aceitação CNPD	<input type="checkbox"/>	
	Termo de Aceitação CEIC	<input type="checkbox"/>	
	Protocolo Financeiro	<input type="checkbox"/>	
	Apólice de Seguro	<input type="checkbox"/>	
	Outros	<input type="checkbox"/>	

#### AUTORIZAÇÕES

		Data
Directores de Serviço	<input type="checkbox"/>	_____
CES	<input type="checkbox"/>	_____
CA	<input type="checkbox"/>	_____

#### DATA da RECEPÇÃO

<sup>1</sup> É da responsabilidade dos proponentes:

1. Verificar que o estudo obedece às normas pré-definidas.
2. Preencher a Folha de Rosto.
3. Obter o consentimento local.
4. Reunir os documentos necessários e entregá-los no Secretariado, com antecedência mínima de 90 dias em relação à data prevista para o início do estudo.
5. Comunicar as datas de início e conclusão do estudo, bem como eventuais períodos de suspensão.
6. Entregar o respetivo relatório de execução até 90 dias após o seu término.

Anexo 3

Modelo 2: Pedido de autorização institucional

Exmo(a). Senhor(a)  
Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

*Assunto: Estudo de Investigação Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos*

Catarina Isabel Dos Santos Carvalho, na qualidade de Aluna, vem, por este meio, solicitar a V. Ex.ª autorização para realizar no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 11/11/2019

Assinatura

Catarina Isabel Santos Carvalho

**Modelo 3: Pedido de autorização institucional**

Exmo(a). Senhor(a)  
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do  
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

**Assunto: Estudo de Investigação Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos**

Catarina Isabel Dos Santos Carvalho, na qualidade de Aluna, vem, por este meio, solicitar a V. Ex.ª autorização para realizar no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 11/11/2019

Assinatura

Catarina Isabel Santos Carvalho

Modelo 5: Termo de responsabilidade – Aluno

**Trabalho académico de investigação Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos**

Catarina Isabel Dos Santos Carvalho, na qualidade de Aluna, comprometo-me a executar o Trabalho Académico de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição.

Mais me comprometo a informar o Centro Hospitalar Universitário do Algarve de todas as comunicações, apresentações e publicações respeitantes ao Estudo supra identificado, através do endereço de correio eletrónico [unidade.investigacao@chalgarve.min-saude.pt](mailto:unidade.investigacao@chalgarve.min-saude.pt) e [cfic.ptm@chalgarve.min-saude.pt](mailto:cfic.ptm@chalgarve.min-saude.pt)

Data 11/11/2019

Assinatura

Catarina Isabel Santos Carvalho

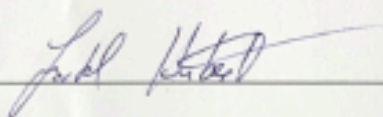
Modelo 6: Termo de responsabilidade – Orientador / Orientador Supervisor

**Trabalho académico de investigação: Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos**

Isabel Cristina Brites Hubert, na qualidade de Orientadora Supervisora no CHUA, comprometo-me a prestar a orientação necessária para uma boa execução do mesmo e a acompanhar a Aluna nas diferentes fases da sua realização, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, bem como por zelar pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos e pelo cumprimento das normas internas da instituição.

Data 18/11/2019

Assinatura \_\_\_\_\_



**Modelo 6: Termo de responsabilidade – Orientador / Orientador Supervisor**

***Trabalho académico de investigação: Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos***

Maria Dulce dos Santos Santiago, na qualidade de Professor Orientador, comprometo-me a prestar a orientação necessária para uma boa execução do mesmo e a acompanhar o Aluno nas diferentes fases da sua realização, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, bem como por zelar pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos e pelo cumprimento das normas internas da instituição.

Data 31/10/2019

Assinatura Maria Dulce dos Santos Santiago

Modelo 7: Termo de autorização local

**Estudo de investigação: Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos**

Daniel Párraga Nuñez, na qualidade de Diretor do Serviço Medicina Intensiva I do CHUA, declaro que dou parecer favorável à execução do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 09/12/2019



Assinatura  
Daniel Nuñez  
Cédula Profissional nº 39358

Modelo 7: Termo de autorização local

**Estudo de investigação: Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos**

Isabel Cristina Brites Hubert, na qualidade de Enfermeira Chefe, declaro que dou parecer favorável à execução do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 18/11/2014

Assinatura \_\_\_\_\_

Isabel Hubert

Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica  
Unidade Curricular: Estágio Final/ Relatório

## **Segurança do Doente: Notificação de Eventos Adversos**

**Discente:**

Catarina Carvalho n.º 20302

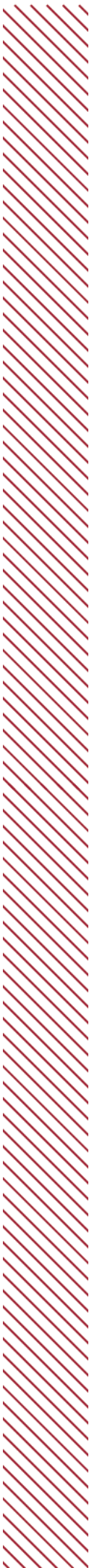
**Docente:**

Prof.ª Dr.ª Dulce Santiago

**Enfermeira Supervisora Clínica:**

Enf.ª Isabel Hubert

**Novembro  
2019**



Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde  
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus  
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica  
Unidade Curricular: Estágio Final/ Relatório

## **Segurança do Doente: Notificação de Eventos Adversos**

Projeto de Intervenção Profissional

### **Discente:**

Catarina Carvalho n.º 20302

### **Docente:**

Prof.ª Dr.ª Dulce Santiago

### **Enfermeira Supervisora Clínica:**

Enf.ª Isabel Hubert

Novembro  
2019



## ÍNDICE

<b>NOTA INTRODUTÓRIA .....</b>	
<b>1. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL .....</b>	
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	
2.1. OBJETIVO GERAL .....	
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	
2.3. CONTEXTO CLÍNICO .....	
2.4. POPULAÇÃO-ALVO.....	
2.5. CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO .....	
2.6. RESULTADOS ESPERADOS.....	
2.7. PROCESSO DE AVALIAÇÃO .....	
<b>3. CRONOGRAMA.....</b>	
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	

## NOTA INTRODUTÓRIA

A segurança do doente, nas suas várias vertentes, tem merecido uma visível importância, com um crescimento sustentado, organizado e pragmático, sendo considerada a componente com maior relevância no âmbito da qualidade em saúde, surgindo, neste contexto, vários temas relevantes, salientando-se as questões subordinadas com a gestão do erro clínico e, especificamente, a notificação de eventos adversos.

Sendo os enfermeiros profissionais basilares e indispensáveis à prestação de cuidados de saúde, estes assumem um papel central e essencial para a promoção e aumento da cultura da segurança dos doentes, assim como da gestão de risco. Desta forma é premente a investigação, desenvolvimento e operacionalização projetos nesta área.

As Unidades Curriculares de Estágio Final/ Relatório do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, cuja componente clínica se realiza no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), afigura-se como um momento imprescindível, iminentemente prático e reflexivo, na aquisição e desenvolvimento das competências comuns e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC).

Simultaneamente, o Projeto de Intervenção Profissional será executado e implementado na Unidade de Cuidados Intensivos 1 (UCI) do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE (CHUA, EPE), que é o meu atual contexto laboral.

Desta forma, o presente documento foi delineado para a submissão ao Centro de Formação, Investigação e Conhecimento – Área de Enfermagem da Unidade de Faro do CHUA, EPE, tendo como objetivo a apresentação do projeto em epígrafe que se pretende implementar no contexto clínico previamente referido.

E por fim, de notar ainda, que o documento segue as diretrizes do acordo ortográfico português, regendo-se pelas normas de referenciação da *American Psychological Association*, na sua edição mais recente (7.<sup>a</sup> ed).

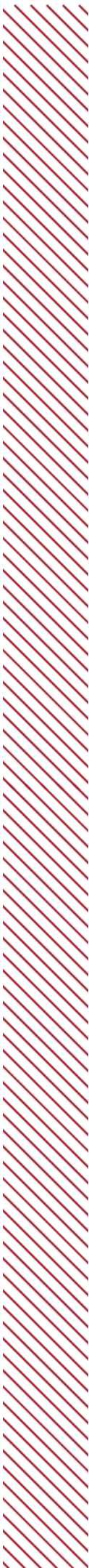
## 1. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A segurança do doente, enquanto componente basilar e estruturante da qualidade em saúde, tem sido gradualmente reconhecida, principalmente nas últimas duas décadas, com uma visibilidade e relevância crescente (Fragata, 2011), emergindo e divergindo deste tema, várias áreas de estudo e investigação, do qual se destaca o erro clínico e a sua gestão.

A Organização Mundial da Saúde (2009), num enquadramento concetual arrogado para Portugal pela Direção-Geral da Saúde (2011), define evento adverso como sendo um evento ou circunstância em que resulta dano para o doente. Estes eventos são responsáveis por cerca de 1-5% da mortalidade hospitalar, contribuindo para um aumento da morbilidade, duração e custo do internamento hospitalar (Hogan et al., 2012; James, 2013; Sousa-Pinto, Marques, Lopes & Freitas, 2018), estimando-se que seja a terceira causa de morte evitável nos EUA (Makary & Daniel, 2016).

Neste contexto, a notificação/*report* destes eventos é considerado um dos meios de prevenção mais eficientes (Fragata, 2011; Garrouste-Orgeas, Flaathen & Moreno, 2016; Heavner & Siner, 2015;), pois serve de base à análise de causa-raiz do incidente, relato de eventos e à análise retrospectiva do evento (Fragata, 2011), com o objetivo de formular e disseminar recomendações para uma mudança do sistema para a prevenção futura do erro/incidente (Brunsveld-Reinders, Arbous, De Vos & De Jonge, 2016), transitando de uma cultura de resolução de problemas, essencialmente reativa, para uma perspetiva antecipatória, de índole preventiva quando possível e/ou exequível, dos mesmos em situações futuras similares. Apesar do descrito, releva-se na literatura a evidência da subnotificação de eventos adversos, de causas várias, com potenciais consequências deletérias para a segurança do doente e resultados clínicos sensíveis à prestação de cuidados de saúde (Brunsveld-Reinders et al., 2016; Heavner & Siner, 2015).

Os doentes admitidos nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) estão particularmente vulneráveis ao risco associado aos cuidados de saúde, nomeadamente à ocorrência de eventos adversos, pela doença crítica em si, pelas inúmeras intervenções terapêuticas, por vezes simultâneas e/ou emergentes, mas também pelas características próprias de uma UCI, um sistema complexo, extremamente tecnológico com períodos pontuais e frequentes de alta pressão (Pronovost & Rubenfeld, 2009). Deste modo, como refere Garrouste-Orgeas et al. (2016), é de todo evidente a necessidade de sistemas adaptados às UCIs, em



circuito fechado na UCI (notificação, análise, implementação de mudança e feedback).

O contexto clínico onde se vai desenvolver o projeto inserido no Estágio Final, uma UCI de nível 3, carece de um sistema de notificação do erro, nomeadamente de eventos adversos, estando apenas disponível o sistema de notificação da Organização Hospitalar, não sendo sensível e específico ao contexto clínico e ao processo de prestação de cuidados de uma UCI deste nível.

Face ao exposto considera-se atual, relevante e pertinente a proposta de projeto que se submete à apreciação e aprovação. Assim, o tema que proponho trabalhar é a segurança do doente, mais especificamente, a notificação de eventos adversos.

## **2.1 METODOLOGIA**

### **2.1.1 OBJETIVO GERAL**

- Implementar uma ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos na UCI 1 do CHUA, EPE, específica e sensível ao contexto clínico identificado.

### **2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Construir uma proposta de ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos;
- Adaptar a ferramenta proposta em contexto formativo;
- Introduzir a ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos no sistema informático.

### **2.1.3 CONTEXTO CLÍNICO**

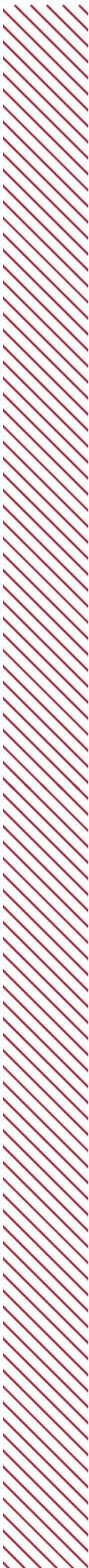
- Unidade de Cuidados Intensivos 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE.

### **2.1.4 POPULAÇÃO-ALVO**

- Equipa de Enfermagem e Médica da Unidade de Cuidados Intensivos 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE.

### **2.1.5 CONTEÚDOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO**

- Questionário pré-intervenção, como instrumento de diagnóstico de situação, onde constam 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização académica e profissional por grupo profissional e experiência/conhecimentos sobre os recursos já existentes para a notificação de eventos adversos;
- Construção de uma ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos;
- Realização de um momento de formação em serviço à equipa multidisciplinar



com a adaptação e validação da ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos;

- Introdução da ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos no processo clínico eletrónico.

### **2.1.6 RESULTADOS ESPERADOS**

- Aprovação da ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos por parte da Hierarquia do Serviço, Enf.<sup>a</sup> Chefe da UCI 1 e o Diretor de Serviço;
- Introdução da mesma na aplicação informática que gere o processo clínico eletrónico.

### **2.1.7 PROCESSO DE AVALIAÇÃO**

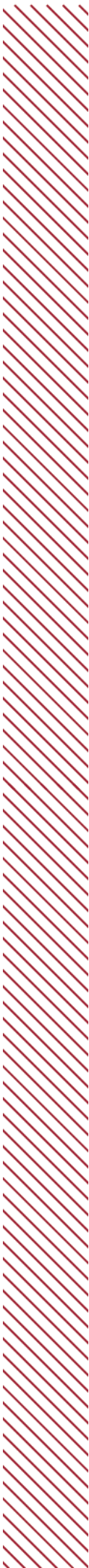
- Aplicação de um questionário à equipa multidisciplinar avaliando a formação em serviço bem como o(s) formador(es);
- Análise dos eventos/incidentes notificados através da plataforma informática. Esta avaliação realizar-se-á 6 a 12 meses após a introdução da ferramenta criada, extrapolando assim a janela temporal para a entrega do Relatório de Estágio, pelo que este ponto não constará do mesmo.

### 3.CRONOGRAMA

Fases	Atividades	2019				2020			
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Diagnóstico de Situação	Reunião com a Enf.ª Chefe e Diretora de Serviço	■	■						
	Identificação da Necessidade	■	■						
	Aplicação de instrumentos diagnósticos (SWOT)		■	■	■	■	■		
	Construção e Aplicação de Questionário			■	■	■	■	■	
	Definição do Objetivo Geral		■	■	■	■	■	■	
	Pesquisa Bibliográfica		■	■	■	■	■	■	
Planeamento	Pedidos autorização ao Conselho de Administração, Enf.ª Chefe e Diretora de Serviço		■	■	■				
	Pedido de parecer à comissão de ética do CHUA		■	■	■				
	Entrega da Proposta de projeto de Estágio			■	■				
	Definição de objetivos (Geral e Específico)		■	■	■				
	Definição do cronograma Inicial		■	■	■				
	Definição das atividades a desenvolver		■	■	■				
	Definição dos recursos necessários		■	■	■				
	Construção do instrumento de notificação de eventos adversos				■	■	■		
Execução	Preparação da Sessão Formativa em Serviço				■	■			
	Formação em Serviço					■	■	■	
	Adaptação do instrumento de notificação						■	■	
	Criação de um dossier temático						■	■	
Avaliação/ Divulgação	Questionário avaliação da sessão de formação					■	■	■	
	Análise dos dados obtidos					■	■	■	
	Elaboração do Relatório de Estágio						■	■	■
	Entrega do Relatório de Estágio								■

## BIBLIOGRAFIA

- Brunsveld-Reinders, A., Arbous, M., De Vos, R & De Jonge, E. (2016). Incident and error reporting systems in intensive care: a systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(1), 2-13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv100>
- Direcção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Lisboa: DGS.
- Fragata, José (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.
- Garrouste-Orgeas, M., Flaatter, H. & Moreno (2016). Understanding Medical Errors and Adverse Events in ICU Patients. *Intensive Care Medicine*, 42(1), 107-109. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3968-x>
- Heavner, J. & Siner, J. (2015). Adverse Event Reporting and Quality Improvement in the Intensive care Unit. *Clinics in Chest Medicine*, 36(3), 461-467. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2015.05.005>
- Hogan, H., Healey, F., Neale, G., Thomson, R., Vincent, C., & Black, N. (2012). Preventable deaths due to problems in care in English acute hospitals: a retrospective case record review study. *BMJ Quality & Safety*, 21(9), 737-745. doi:10.1136/bmjqs-2011-001159
- James, John T. (2013). A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *Journal of Patient Safety*, 9(3), doi: 10.1097/PTS.0b013e3182948a69
- Makary, M. & Daniel, M. (2016). Medical error – the third leading cause of death in the US. *British Medical Journal*, 353: i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139.
- Organização Mundial da Saúde (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety – First Technical Report*. Genebra: Autor.
- Pronovost, A. & Rubenfeld, G. (2009). Quality in critical care. In J. D. Chiche, R. Moreno, C. Putensen, & A. Rhodes (Eds.), *Patient safety and quality of care in*



*intensive care medicine* (pp. 127-137). Berlin: Mvw Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Ohg.

Sousa-Pinto, B., Marques, B., Lopes., F. & Freitas, A. (2018). Frequency and Impact of Adverse Events in Inpatients: A Nationwide Analysis of Episodes between 2000 and 2015. *Journal of Medical Systems*, 42(48), 1-9. doi <https://doi.org/10.1007/s10916-018-088-5>.



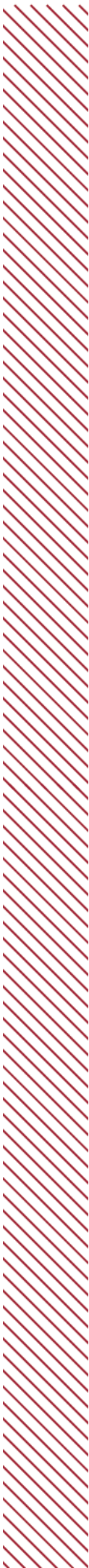
**APÊNDICE G - Cronograma inicial da Intervenção  
Professional Major**

Fases	Atividades	2019				2020												
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril									
Diagnóstico de Situação	Reunião com a Enf.ª Chefe e Diretora de Serviço	■	■															
	Identificação da Necessidade	■	■															
	Aplicação de instrumentos diagnósticos (SWOT)		■	■	■													
	Construção e Aplicação de Questionário			■	■	■	■	■	■									
	Definição do Objetivo Geral		■	■	■													
	Pesquisa Bibliográfica		■	■	■	■	■	■	■	■								
Planeamento	Pedidos autorização ao Conselho de Administração, Enf.ª Chefe e Diretora de Serviço			■														
	Pedido de parecer à comissão de ética do CHUA			■														
	Entrega da Proposta de projeto de Estágio			■														
	Definição de objetivos (Geral e Específico)		■	■	■													
	Definição do cronograma Inicial		■	■	■													
	Definição das atividades a desenvolver		■	■	■													
	Definição dos recursos necessários		■	■	■													
	Construção do instrumento de notificação de eventos adversos						■	■	■									
Execução	Preparação da Sessão Formativa em Serviço					■	■	■										
	Formação em Serviço					■	■	■	■									
	Adaptação do instrumento de notificação							■	■	■								
	Criação de um dossier temático							■	■	■								
Avaliação/ Divulgação	Questionário avaliação da sessão de formação							■	■	■								
	Análise dos dados obtidos							■	■	■								
	Elaboração do Relatório de Estágio							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Entrega do Relatório de Estágio																■	■



**APÊNDICE H - Cronograma final da Intervenção  
Professional Major**

Fases	Atividades	2019				2020										
		Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho					
Diagnóstico de Situação	Reunião com a Enf.ª Chefe e Diretora de Serviço	■														
	Identificação da Necessidade	■														
	Aplicação de instrumentos diagnósticos (SWOT)		■	■												
	Construção e Aplicação de Questionário			■	■	■	■	■								
	Definição do Objetivo Geral		■	■												
	Pesquisa Bibliográfica		■	■	■	■	■	■								
Planeamento	Pedidos autorização ao Conselho de Administração, Enf.ª Chefe e Diretora de Serviço		■	■												
	Pedido de parecer à comissão de ética do CHUA		■	■												
	Entrega da Proposta de projeto de Estágio		■	■	■											
	Definição de objetivos (Geral e Específico)		■	■												
	Definição do cronograma Inicial		■	■												
	Definição das atividades a desenvolver		■	■	■											
	Definição dos recursos necessários		■	■												
	Construção do instrumento de notificação de eventos adversos					■	■	■								
Execução	Preparação da Sessão Formativa em Serviço							■	■	■						
	Formação em Serviço															
	Adaptação do instrumento de notificação												■	■	■	
	Criação de um dossier temático														■	■
Avaliação/ Divulgação	Questionário avaliação da sessão de formação															
	Análise dos dados obtidos															
	Elaboração do Relatório de Estágio										■	■	■	■	■	■
	Entrega do Relatório de Estágio														■	■



**APÊNDICE I - Proposta de ferramenta estruturada de notificação de incidentes/eventos adversos da UCIP 1 do CHUA, EPE**

## Formulário para Notificação de Incidentes/Eventos Adversos na UCIP 1, CHUA, EPE

### Etapa 1. Identificação do Doente

Dados do Doente			
Idade		Sexo	

Momento do Incidente	
Data/Turno	

### Etapa 2. Descrição do Incidente/Evento

Tipo de Incidente/Evento		Descrição do Incidente/Evento
<b>Infeção Associada aos Cuidados de Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Infeção Associada a Dispositivos Intravasculares</li><li>• Bacteriémia</li><li>• Pneumonia Associada à Intubação/Ventilação Mecânica</li><li>• Infeção do Local Cirúrgico/Dreno</li><li>• Flebite</li><li>• Outra (Qual)</li></ul>	
<b>Via Aérea e Ventilação Mecânica Invasiva/Não Invasiva</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Obstrução de Via Aérea</li><li>• Entubação</li><li>• Reintubação</li></ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extubação Não Programada</li> <li>• Atelectasia</li> <li>• Bronco -Aspiração</li> <li>• Pneumotórax Iatrogénico</li> <li>• Barotrauma/Volutrauma</li> <li>• Outra (Qual)</li> </ul>	
<b>Dispensa e Administração de Terapêutica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração</li> <li>• Conservação</li> <li>• Dispensa</li> <li>• Prescrição</li> <li>• Preparação</li> <li>• Reações Adversas</li> <li>• Efeitos Secundários</li> <li>• Outra (Qual)</li> </ul>	
<b>Sangue/Hemoderivados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erro de identificação</li> <li>• Produto Não Transfundido</li> <li>• Produto Errado</li> <li>• Reação Transfusional <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hemólise Aguda</li> <li>○ Hipertermia</li> <li>○ Alergia</li> <li>○ TRALI (Lesão Pulmonar Aguda Associada à Transfusão)</li> </ul> </li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Outra</li> <li>• Outro (Qual)</li> </ul>	
<b>Intercorrências com o Doente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlceras por Pressão</li> <li>• Quedas</li> <li>• Exames Complementares de Diagnóstico</li> <li>• Procedimentos</li> <li>• Cirurgia/Bloco Operatório</li> <li>• Erro de Diagnóstico</li> <li>• Outra (Qual)</li> </ul>	
<b>Dispositivos/Equipamento Médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falência/Avaria do Equipamento</li> <li>• Sonda Gástrica (Oro/Naso/PEG)</li> <li>• Cateter Arterial</li> <li>• Cateter Venoso Central</li> <li>• Cateter de Hemodiálise</li> <li>• Dreno <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pleural</li> <li>○ Mediastínico</li> <li>○ Ventricular</li> <li>○ Cirúrgico</li> </ul> </li> <li>• Sonda Vesical/Suprapúbica</li> <li>• Outro (Qual)</li> </ul>	
<b>Oxigénio/Gases Medicinais</b>		



<b>Dieta/Alimentação</b>	
<b>Infraestruturas/Edifício/ Instalações</b>	
<b>Recursos/Gestão Organizacional</b>	
<b>Processo Documentação Clínica</b>	
<b>Outro</b>	

### Etapa 3. Características do Incidente/Evento Adverso

Como Detetou o Incidente/Evento?	
Alteração do Estado de Consciência	
Alteração Hemodinâmica	
Equipamento (Alarme ou Auditoria)	
Outra (Qual)	
Quem Notificou?	
Próprio	
Outro	

#### Etapa 4. Classificação da Gravidade do Incidente/Evento Adverso

Classificação/Gravidade do Incidente/Evento		
<b>Nenhum</b>	Consequência assintomática ou sem sintomas detetados e sem necessidade de tratamento	
<b>Ligeiro</b>	Consequência é sintomática, com sintomas ligeiros ou danos mínimos de curta duração, sem intervenção ou com intervenção mínima requerida (ex. observação suplementar ou pequena intervenção)	
<b>Moderado</b>	Consequência é sintomática, com aumento do tempo de internamento e/ou danos de longa duração/permanente e/ou perda de função de funções requerendo intervenções (ex. procedimento e/ou terapêutica adicional)	
<b>Grave</b>	Consequência é sintomática, requerendo intervenção de suporte vital e/ou lifesaving e/ou grande intervenção médico/cirúrgica, com impacto no prognóstico, com danos de longa duração e/ou permanentes e/ou perda de funções.	
<b>Morte</b>	Foi causada ou antecipada pelo incidente	

### Etapa 5. Procedimentos Realizados

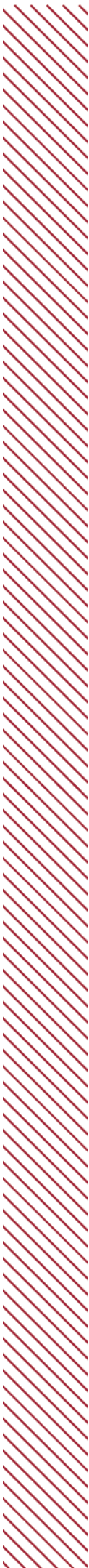
Procedimentos Realizados	
Substituição de Equipamento/Material	
Terapêutica	
Realização de Exames Complementares de Diagnóstico	
Ida ao Bloco Operatório	
Suporte Avançado de Vida	
Outro (Qual)	

### Etapa 6. Proposta de Melhoria

Proposta de Melhoria

**Etapa 7 Identificação do Notificador**

Identificação do Notificador	
Anónimo	
Não Anónimo (Nome/Contacto)	



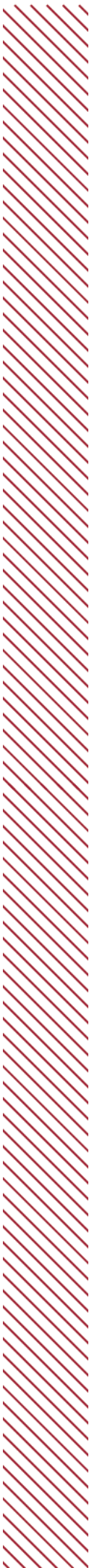
## **APÊNDICE J - Plano da(s) sessão(ões) formativa(s)**

## Plano de sessão

<b>Curso:</b> Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos	<b>Data:</b> <b>Horário:</b>
<b>Módulo:</b> 1	<b>Sessão n.º</b>
<b>Duração do módulo:</b> 60 min	<b>Público-Alvo:</b> Equipa de Enfermagem e Médica da UCIP - Faro
<b>Duração da sessão:</b> 60 min	<b>Formadora:</b> Catarina Carvalho
<b>Objetivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Implementar uma ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos na UCI 1 do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, EPE, específica e sensível ao contexto clínico identificado.</li></ul>	
<b>Objetivos Específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentar o âmbito e o contexto da <i>Intervenção Profissional Major</i> (IPM);</li><li>• Apresentar os principais conceitos inerentes à gestão de risco e, especificamente, da segurança do doente;</li><li>• Contextualizar o projeto na evidência científica disponível;</li><li>• Contextualizar o projeto em termos organizacionais e normativos;</li><li>• Justificar a aplicação do projeto ao contexto clínico;</li><li>• Apresentar os resultados da aplicação das ferramentas diagnósticas aplicadas (Questionário de Diagnóstico de Situação e Análise SWOT);</li><li>• Adaptar a proposta de ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos.</li></ul>	

	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Metodologias Pedagógicas</b>	<b>Recursos Técnico/Pedagógicos</b>	<b>CrITÉrios e Instrumentos de Avaliação</b>	<b>Duração</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o âmbito/contexto da <i>IPM</i>;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da Intervenção;</li> <li>• Definição do contexto/âmbito da intervenção;</li> </ul>	Expositivo: projeção de diapositivos e exposição oral	Computador e televisão	Observação direta em sala	5 min
<b>Contextualização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contextualizar a intervenção na evidência científica disponível;</li> <li>• Contextualizar a intervenção em termos organizacionais e normativos;</li> <li>• Justificar a aplicação da intervenção ao contexto clínico;</li> <li>• Apresentar os resultados da aplicação das ferramentas diagnósticas utilizadas (Questionário de Diagnóstico de Situação e Análise SWOT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos conceitos centrais;</li> <li>• Contextualização em termos da prática baseada na evidência;</li> <li>• Descrever o ordenamento normativo nacional e internacionais;</li> <li>• Apresentação dos dados do questionário: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Caracterização sociodemográfica</li> <li>○ Caracterização Académica e Profissional</li> <li>○ Avaliação da experiência do uso dos sistemas de notificação dos sistemas de notificação de eventos adversos disponíveis no contexto clínico à equipa multidisciplinar;</li> </ul> </li> </ul>	Expositivo: Projeção de diapositivos e exposição oral	Computador e televisão	Observação direta em sala	25 min

<b>Construção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptar a ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos proposta;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação do objetivo geral;</li> <li>Apresentação da ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos proposta, baseada nas recomendações da OMS e DGS;</li> <li>Adaptar a ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos proposta de acordo com as sugestões da equipa multidisciplinar.</li> </ul>	Participação dos formandos <i>Problem base learning</i>	Computador e televisão	Observação direta em sala	25 min
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resumir a IPM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resumo de ideias;</li> <li>Clarificação de dúvidas;</li> <li>Apresentação das etapas seguintes da IPM.</li> </ul>	Expositivo: projeção de diapositivos e exposição oral	Computador e televisão	Observação direta em sala; Preenchimento de um questionário (formulário on-line)	5 min



**APÊNDICE K - Apresentação da(s) sessão(ões)  
formativa(s)**



# Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos

**Docente Orientador:**

Prof.ª Dr.ª Maria Dulce Dos Santos Santiago

**Discente:**

Catarina Carvalho n.º 20302

Maio de 2020

## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS



### Sumário

- Âmbito e Contexto
- Conceitos
- Projeto de Intervenção  
Profissional
  - Justificação do Projeto
  - Problemática Identificada
  - Diagnóstico de Situação
  - Objetivos
  - Proposta de Intervenção
  - Avaliação e Controlo

## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM em associação



Centro Hospitalar Universitário do Algarve

### Âmbito

Unidades Curriculares de Estágio Final/Relatório de Estágio do 2.º Ano do Mestrado em Enfermagem, Especialidade Médico-Cirúrgica, a Pessoa em Situação Crítica

### Contexto



UCIP 1  
CHUA, EPE

SMI  
CHUC, EPE

## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM em associação



Centro Hospitalar Universitário do Algarve

### Conceitos

### Segurança do Doente

"Redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. (...) O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis e contexto da prestação de cuidados" (DGS, 2017)

"Tratar sem erros ou complicações desnecessárias" (Fragata, 2011)

## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



### Conceitos

- **Erro** define-se como a falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Pode ser por comissão ou por omissão;
- **Incidente** é um evento/circunstância que poderia resultar ou resultou em dano desnecessário. Dentro desta definição são englobados os seguintes conceitos:
  - **Ocorrência comunicável** é uma situação com significativo potencial para causar dano, mas em que a situação não ocorreu;
  - **Quase evento** é um incidente que não alcançou o doente;
  - **Evento sem dano** é um incidente em que um evento alcançou o doente, mas que não resultou em danos discerníveis;
  - **Evento adverso** (Incidente com danos) é um incidente que causou dano ao doente;

(DGS, 2011; OMS, 2005)

## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



### Conceitos

- **Dano** implica prejuízo na estrutura/funções do corpo e/ou qualquer efeito deletério daí resultante;
- **Evitável ou prevenível** é o incidente considerado como escusável num determinado conjunto de circunstâncias ou contexto;
- **Análise de causa raiz** define-se como uma abordagem fundamentalmente reativa de avaliação do risco sendo um processo organizado e sistemático onde os fatores que contribuem para um incidente são identificados, reconstruindo a sequência de acontecimentos e levantando questões até que sejam determinadas ou esclarecidas as causas raiz subjacentes (fatores contribuintes ou riscos).

(DGS, 2011; OMS, 2005)

## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
em associação



Centro Hospitalar  
Universitário  
do Algarve

### Justificação do Projeto

- Os eventos adversos, são responsáveis por cerca de **1-5%** da mortalidade hospitalar, contribuindo para um aumento da morbilidade, duração e custo do internamento hospitalar (Hogan et al., 2012; James, 2013; Sousa-Pinto et al., 2018);
- Estima-se que seja a terceira causa de morte **evitável** nos Estados Unidos da América (Makary & Daniel, 2016);
- Cerca de **60%** dos doentes internados em UCI sofrem um ou mais incidentes, 29% com dano temporário e 4% com dano permanente (Merino et al., 2011).

## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
em associação



Centro Hospitalar  
Universitário  
do Algarve

### Justificação do Projeto

Os doentes nas UCIs estão particularmente vulneráveis ao risco associado aos cuidados de saúde, pela doença crítica em si, pelas inúmeras intervenções terapêuticas mas também pelas características próprias de uma UCI, um complexo, extremamente tecnológico com períodos pontuais e frequentes de alta pressão (Pronovost & Rubenfeld, 2009)



É evidente a necessidade de sistemas **adaptados** aos contextos clínicos **específicos**, em **circuito fechado**, dentro de cada contexto, considerando as etapas do processo de notificação (notificação, análise, implementação de mudança e feedback (Garrouste-Orgeas et al., 2016)

## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



Centro  
Hospitalar  
Universitário  
do Algarve

### Justificação do Projeto



## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
EM ASSOCIAÇÃO



Centro  
Hospitalar  
Universitário  
do Algarve

### Problemática Identificada

Os sistemas de notificação de incidentes são um dos pilares dos sistemas de gestão de risco, sendo considerado um dos meios de prevenção mais eficientes de incidentes (Garrouste-Orgeas et al., 2016)



Releva-se na literatura a evidência da subnotificação de eventos adversos, com potenciais consequências deletérias para a segurança do doente (Brunsveld-Reinders et al., 2016; Heavner & Siner, 2015).



Constata-se a inexistência de um sistema de notificação do erro na UCIP 1, estando apenas disponível o sistema de notificação da Organização Hospitalar, não sendo sensível, específico e adaptável ao contexto clínico e ao processo, complexidade e dinâmica inerente à prestação de cuidados de uma UCI de nível 3.

## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM em Associação



### Diagnóstico de Situação



## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM em Associação



### Diagnóstico de Situação Questionário

Caraterização Sócio-demográfica - Enfermeiros



## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM em Associação



### Diagnóstico de Situação

Caracterização Académica e Profissional - Enfermeiros



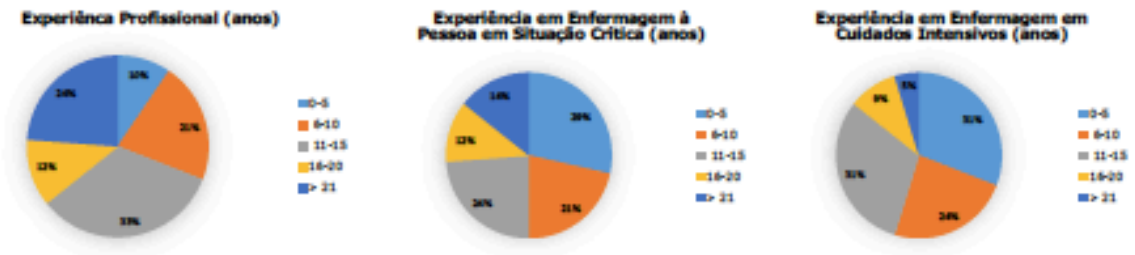
## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM em Associação



### Diagnóstico de Situação

Caracterização Académica e Profissional - Enfermeiros



# SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

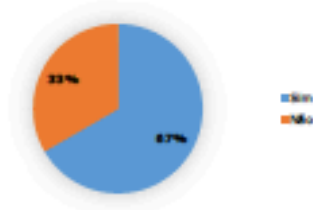
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



## Diagnóstico de Situação

Avaliação da experiência do uso dos sistemas de notificação dos sistemas de notificação de eventos adversos disponíveis no contexto clínico

Formação em Gestão Risco e em Segurança do Doente



Conhece o Sistema Notifica@?



Utilização do Sistema Notifica@?



10

# SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



## Diagnóstico de Situação

Avaliação da experiência do uso dos sistemas de notificação dos sistemas de notificação de eventos adversos disponíveis no contexto clínico

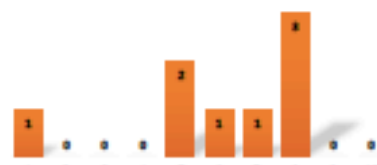
Utilidade da utilização do Sistema Notifica@ (0-10)



Facilidade de utilização do Sistema Notifica@ (0-10)



Adequabilidade ao contexto clínico do Sistema Notifica@ (0-10)



Feedback das notificações do Sistema Notifica@



10

## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Centro Hospitalar Universitário do Algarve

### Diagnóstico de Situação

Avaliação da experiência do uso dos sistemas de notificação dos sistemas de notificação de eventos adversos disponíveis no contexto clínico



## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Centro Hospitalar Universitário do Algarve

### Objetivos

#### Objetivo Geral

- Implementar uma ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos na UCIP 1 do CHUA, EPE, específica ao contexto clínico identificado

#### Objetivos Específicos

- Construir uma proposta de ferramenta para notificação de incidentes/eventos adversos;
- Adaptar a ferramenta proposta em contexto formativo;
- Introduzir a ferramenta de notificação de incidentes/eventos adversos no sistema informático;

# SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Mestrado em Enfermagem em Associação



## Proposta de Intervenção

Etapa 1. Identificação do Doente

Dados do Doente			Momento da Notificação	
Nome		Sexo		Data/Tempo

# SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Mestrado em Enfermagem em Associação



## Proposta de Intervenção

Etapa 2. Descrição do Incidente/Evento

Área de Intervenção	Descrição de Incidente/Evento
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade Assistencial</li> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade Assistencial</li> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atividade de Cuidados de Saúde</li> </ul>





## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Centro Hospitalar Universitário do Algarve

### Diagnóstico de Situação

#### Etapa 7 Identificação do Notificador

Identificação do Notificador	
Anónimo	
Não Anónimo (Nome/contacto)	

## SEGURANÇA DO DOENTE CRÍTICO: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

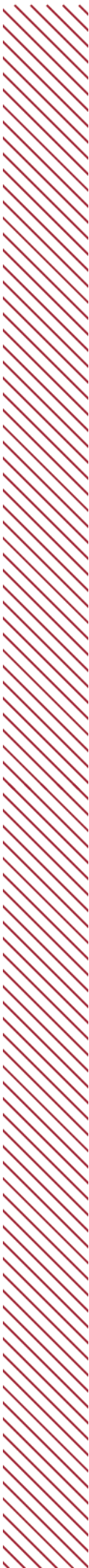
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Centro Hospitalar Universitário do Algarve







**APÊNDICE L - Questionário de avaliação da(s)  
sessão(ões) de formação**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Designação da ação de formação: \_\_\_\_\_

Formador da ação de formação: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A sua opinião sobre a ação de formação em que acaba de participar é extremamente importante, pelo que gostaríamos que colaborasse por forma a que possamos:

- Aferir em que medida satisfizemos as suas expetativas;
- Melhorar o nosso desempenho em futuras ações de formação.

Gostaríamos, assim, que respondesse às seguintes questões, colocando um **(X)** no respetivo número, sendo que:

- 1- **MAU;**
- 2- **POUCO SATISFATÓRIO;**
- 3- **SATISFATÓRIO;**
- 4- **BOM;**
- 5- **EXCELENTE.**

Relativamente à formação ministrada:

<b>1. Avaliação global da ação de formação</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.1. Globalmente, a ação de formação agradou-lhe?					
1.2. O desenvolvimento dado à ação de formação pareceu-lhe adequado ao seu nível de conhecimentos?					
1.3. Os objetivos propostos foram cumpridos?					
1.4. A ação de formação correspondeu às suas expetativas iniciais?					

<b>2. Relativamente aos conteúdos programáticos considera que:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
2.1. Os temas abordados foram pertinentes?					
2.2. O tempo dedicado à exposição foi suficiente?					
2.3. A ação em termos de aquisição de novos conhecimentos foi suficiente?					

<b>3. Relativamente ao desempenho do formador considera que este:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
3.1. Foi claro na apresentação dos objetivos pedagógicos/de aprendizagem?					
3.2. Dominava as matérias que ministrou?					
3.3. Conseguiu motivar os formandos?					
3.4. Foi claro nas intervenções realizadas?					
3.5. Incentivou a participação dos formandos?					
3.6. Desenvolveu metodologias pedagógicas adequadas ao público-alvo?					
3.7. Verificou, ao longo da ação, a aquisição de aprendizagens por parte dos formandos?					
3.8. Demonstrou ao grupo as aplicações práticas das matérias em estudo?					
3.9. Demonstrou interesse pelas dificuldades dos formandos (apoio na resolução de problemas concretos)?					
3.10. Apresentou algumas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos (ex: consulta de sites especializados na matéria, referências bibliográficas, centros para consulta de informação, ...)?					

<b>4. Relativamente à organização da ação, designadamente no que toca a recursos de apoio mobilizados para a ação formativa, como considera:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4.1. A qualidade e adequação da documentação distribuída?					
4.2. A qualidade dos suportes pedagógicos utilizados					
4.3. A adequação dos suportes pedagógicos aos assuntos abordados?					
4.4. A diversificação dos suportes pedagógicos utilizados?					
4.5. A qualidade das instalações e condições ambientais?					
4.6. O apoio administrativo disponível?					
4.7. A duração da ação?					
4.8. O horário da ação de formação?					

<b>5. Relativamente a procedimentos de avaliação como considera:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5.1. Os instrumentos de avaliação utilizados?					

5.2. O feedback da avaliação (devolução dos resultados da avaliação)?

--	--	--	--	--	--

Gostaríamos que respondesse ainda às seguintes questões:

1. Em que situação/atividade profissional prevê vir a aplicar os conhecimentos adquiridos nesta formação?

--

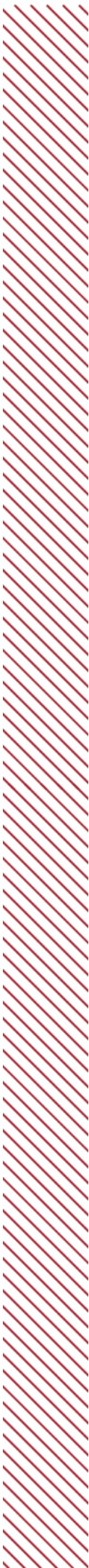
2. Dos temas abordados na formação qual considera o de maior utilidade no seu contexto profissional?

--

3. Recomendaria esta ação/módulo formativo a outros indivíduos? Em caso de resposta negativa, justifique a sua resposta dizendo o que, na sua opinião, deveria ser alterado?

--

4. Que constrangimentos/obstáculos acha que podem vir a dificultar a transferência de aprendizagens para o contexto real de trabalho?

5. Outros comentários ou sugestões.



## **APÊNDICE M - Projeto de Estágio**

Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica  
Unidade Curricular: Estágio Final

## Projeto de Estágio

**Discente:**

Catarina Carvalho n.º 20302

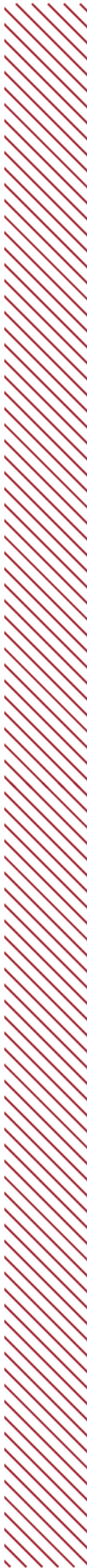
**Docente:**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Dulce Santiago

**Enfermeiro Supervisor Clínico:**

Enf.º Paulo Oliveira

**Outubro  
2019**



Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde  
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus  
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica  
Unidade Curricular: Estágio Final

### **Projeto de Estágio**

Projeto de Desenvolvimento e Aquisição de Competências

**Discente:**

Catarina Carvalho n.º 20302

**Docente:**

Prof.ª Dr.ª Dulce Santiago

**Enfermeiro Supervisor Clínico:**

Enf.º Paulo Oliveira

Outubro  
2019



## **SIGLAS**

**CHUA, EPE** - Centro Hospitalar Universitário Algarve, Entidade Pública Empresarial

**ECMO** - *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

**EEEMCPSC** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área Pessoa em Situação Crítica

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**SMI - CHUC, EPE** - Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Entidade Pública Empresarial

**UC** - Unidade Curricular

**UCIP 1** - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente 1

**UCs** - Unidades Curriculares



## ÍNDICE DE TABELAS

- Tabela 1.** Competências do domínio profissional, ético e legal.....
- Tabela 2.** Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.....
- Tabela 3.** Competências do domínio da Gestão de Cuidados.....
- Tabela 4.** Competências do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....
- Tabela 5.** Competência K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica .....
- Tabela 6.** Competência K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção.....
- Tabela 7.** Competência K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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.....



## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	
<b>1. PROJETO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	
<b>1.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ...</b>	
<b>1.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA .....</b>	
<b>1.3 COMPETÊNCIAS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE.....</b>	
<b>CONCLUSÃO .....</b>	
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	

## INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, a Unidade Curricular de Estágio Final, cuja componente clínica se irá realizar no Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Entidade Pública Empresarial (SMI-CHUC, EPE), constitui-se com uma etapa essencial e imprescindível para a consecução e aplicação prática dos conhecimentos e competências adquiridas nas Unidades Curriculares (UCs) que compõem o curso de Mestrado em epígrafe.

Nesse contexto, considera-se indispensável a conceção e planificação de um projeto, necessariamente prático, conciso, concreto e sistematizado, com objetivos e atividades a serem desenvolvidas que os concretizem, suportando-se numa necessária reflexão prévia, que se constitua como uma base central para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC).

Assim, o presente documento tem como objetivo geral:

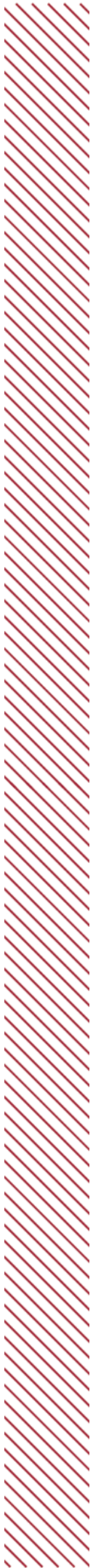
- Conceber um plano para aquisição e desenvolvimento de competências relativo ao Estágio Final.

Tendo sido delineados os seguintes objetivos específicos:

- Realizar uma prévia reflexão acerca das lacunas de conhecimento, competências e necessidades para uma consequente aprendizagem.

- Delinear atividades a serem realizadas para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e competências do EEEMCPSC.

A escolha do serviço clínico previamente referido, o SMI-CHUC, EPE, para a realização do Estágio Final é justificado pela semelhança relativamente ao meu serviço de origem, tendo à disposição valências, como a Neurorradiologia de Intervenção e técnicas de suporte extracorporal específicas como a *ExtraCorporal Membrane Oxigenation* (ECMO), inexistentes no meu contexto laboral.



Face aos objetivos delineados para este documento, enquadram-se as atividades a serem desenvolvidas nas competências comuns e competências específicas do EEEMCPSC, entendendo-se que estas visam promover “um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011, p. 8656).

A organização do presente documento tem em conta as regras e orientações explanadas no Planeamento do Estágio Final e do Planeamento do Relatório, ambos referentes à área de especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

O plano que se apresenta orienta-se pelas regras de referênciação *American Psychological Association* (6.ª ed.), versão original em língua Inglesa, regendo-se pelas normas conferidas pelo novo acordo ortográfico, exceto nas citações diretas, quando o autor citado não se regeu pelo mesmo.

## **1. PROJETO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

A OE (2019) assume, no preâmbulo do regulamento n.º 140/2019, que os “cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde” (p. 4744), inferindo-se assim, pelo referido, a necessidade premente e imprescindível do desenvolvimento e aquisição de competências para prática clínica especializada num campo específico de conhecimento, ação e intervenção. Estas competências não se desenvolvem unicamente pela associação e acumulação de conhecimentos ou técnicas, mas, especialmente, através de uma reflexão crítica, consciencialização, problematização e ponderação constante que resulte numa reconstrução contínua da realidade e das experiências clínicas vivenciadas, resultando assim numa construção e desenvolvimento de conhecimentos e competências sedimentadas e estruturas que crie valor para os cuidados de saúde.

Assim, como já referido, assumem-se as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do EEEMCPSC, na sua última atualização e redação, Regulamento 140/2019 (OE, 2019) e Regulamento 429/2018 (OE, 2018) respetivamente, como base normativa e concetual que enquadram as atividades a desenvolver ao longo do Estágio Final.

## 1.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

<b>Responsabilidade profissional, ético e legal</b>	<b>Competências</b>	<b>Atividades</b>
	<p>A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional</p> <p>A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitura e revisão dos documentos orientadores éticos e deontológicos da profissão e do exercício da Enfermagem, nomeadamente a Deontologia Profissional e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;</li> <li>• Consulta dos pareceres emanados pela OE que se debrucem sobre a ética e deontologia;</li> <li>• Leitura e revisão dos documentos referentes ao ordenamento jurídico e normativo do direito em saúde e, especificamente, no que concerne e que seja relevante sobre a profissão e prática clínica da Enfermagem;</li> <li>• Mobiliza e aplica na tomada de decisão, os conhecimentos e competências éticas e deontológicas adquiridas em contexto teórico e académico;</li> <li>• Reflexão crítica e fundamentada nos processos de tomada de decisão em termos éticos, deontológicos, do enquadramento jurídico em saúde, dos direitos humanos e da responsabilidade profissional;</li> <li>• Demonstra, na prestação de cuidados de Enfermagem Especializados, uma prática de cuidados ancorada no respeito pelos direitos humanos, com especial relevância na privacidade, confidencialidade, segurança, autonomia e pela individualidade de crenças e valores da pessoa.</li> </ul>

Tabela 1. Competências do domínio profissional, ético e legal

<b>Competências do Domínio da melhoria da qualidade</b>	<b>Competências</b>	<b>Atividades</b>
	<p>B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.</p> <p>B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitura e revisão dos conteúdos lecionados na UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica;</li> <li>• Conhecer a estrutura física, organização e processos de trabalho, recursos materiais, humanos e valências clínicas presentes no contexto clínico, recorrendo à observação e entrevistas informais com a Enf.<sup>a</sup> Chefe do SMI-CHUC, EPE bem como com o Enfermeiro Supervisor Clínico;</li> <li>• Conhecer os processos instituídos de gestão da prestação de cuidados e melhoria contínua;</li> <li>• Conhecer os protocolos clínicos, não clínicos e projetos implementados no SMI-CHUC, EPE;</li> <li>• Prestação de cuidados de Enfermagem especializados, integrando os protocolos e projetos implementados mencionados, integrando as recomendações nacionais, normas de orientação clínica e evidência clínica disponível, atendendo às necessidades específicas do alvo de cuidados;</li> <li>• Identificar possíveis áreas de melhoria de prestação de cuidados;</li> <li>• Identificar situações, práticas ou processos com potencial risco para o erro, incidentes e eventos adversos;</li> <li>• Conhecer o sistema/processo de notificação de erros/incidentes/eventos adversos;</li> <li>• Desenvolver atividades que permitam, preventivamente de preferência, reduzir e/ou anular as situações de risco e risco clínico evitável;</li> <li>• Implementar um Projeto de Intervenção focando a Gestão de Risco e a conseqüente melhoria de qualidade;</li> <li>• Realização de um artigo científico acerca de uma das vertentes de cuidados do doente crítico.</li> </ul>

Tabela 2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

<b>Competências do Domínio da Gestão de Cuidados</b>	<b>Competências</b>	<b>Atividades</b>
	<p>C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde</p> <p>C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecimento de situações clínicas que carecem da necessidade de referência, intervenção e assessoria por parte de outros profissionais de saúde;</li> <li>• Colaborar, no âmbito das suas competências, no processo de tomada de decisão na prestação de cuidados ao doente crítico;</li> <li>• Delegação, orientação e avaliação de tarefas delegadas noutros profissionais funcionalmente subordinados;</li> <li>• Observar, analisar e refletir as formas de liderança clínica e de equipa adotadas;</li> <li>• Utilização dos recursos de forma adequada, eficiente, proporcional às necessidades de cuidados identificadas.</li> </ul>

Tabela 3. Competências do domínio da Gestão de Cuidados

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	Competências	Atividades
	<p>D1 - Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade</p> <p>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão sobre as competências e os limites pessoais e profissionais relevantes à prestação de cuidados de Enfermagem especializados;</li> <li>• Otimização da prestação de cuidados em situações de stress, em contexto urgente e emergente e de especial complexidade clínica;</li> <li>• Refletir sobre comportamentos e atitudes pessoais que sejam relevantes à relação profissional;</li> <li>• Reconhecimento de situações com potencial de gerar conflitos (caso existam);</li> <li>• Reflexão que verse sobre as estratégias de resolução de conflitos (se exequível);</li> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica, relevante, atual e com qualidade metodológica focada na prestação de cuidados especializados ao doente crítico;</li> <li>• Mobilização e aplicação dos conhecimentos e competências, necessariamente atuais, à prática clínica especializada com especial ênfase para a prática baseada na evidência;</li> <li>• Identificação das necessidades ou lacunas formativas/de conhecimento através de entrevistas informais com os Pares recorrendo também à observação direta;</li> <li>• Participação em eventos formativos que contribuem para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências que sejam mais-valias à prática clínica;</li> <li>• Disponibilidade para a colaboração em projetos de investigação/melhoria contínua da qualidade, em curso durante a janela temporal do estágio.</li> </ul>

## 1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Competência	Atividades
K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Leitura e revisão dos conteúdos lecionados nas UCs específicas da área da especialidade;</li><li>• Criar uma base de dados sucinta alusiva à prestação de dados de cuidados de Enfermagem Especializada, caracterizando os doentes, os procedimentos realizados ou colaborados e outros eventos considerados relevantes e/ou que contribuem para o desenvolvimento de competências;</li><li>• Identificação de focos de instabilidade da pessoa em situação crítica, respondendo de forma, preferencialmente, antecipatória perante estes;</li><li>• Execução de cuidados técnicos de alta complexidade perante a pessoa em situação crítica;</li><li>• Demonstração de competências em contexto de Suporte Avançado de Vida e de Suporte Avançado de Vida em Trauma (caso ocorram);</li><li>• Demonstra conhecimentos e competências perante a pessoa em morte cerebral e manutenção fisiológica do potencial dador de órgãos (caso se proporcione);</li><li>• Planeia e implementa cuidados de Enfermagem especializados e protocolos terapêuticos complexos à pessoa em situação crítica;</li><li>• Diagnostica precocemente e/ou de forma preventiva as complicações inerentes ao estado clínico e associados à implementação de protocolos terapêuticos complexos, concebendo e executando respostas apropriadas, proporcionais e atempadas às complicações;</li><li>• Planeamento, gestão e implementação de cuidados à pessoa em situação crítica, bem como implementação protocolos terapêuticos complexos à pessoa em situação crítica;</li><li>• Identificação de evidências, sinais e sintomas fisiológicos e emocionais sugestivos de dor, ansiedade e mal-estar;</li></ul>

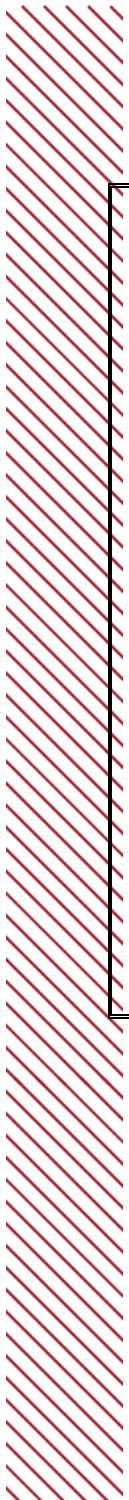
- 
- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Demonstra conhecimento e garante a gestão farmacológica e não-farmacológica da dor, ansiedade e mal-estar, bem como na gestão de protocolos complexos farmacológicos de sedação e analgesia;</li><li>• Utiliza de forma correta as escalas validadas para Portugal, utilizadas na SMI-CHUC, EPE, na monitorização da sedação, analgesia e delirium;</li><li>• Utilização e adaptação de estratégias facilitadoras de comunicação, individualizada atendendo ao estado clínico, contexto da prestação de cuidados e perante a presença de alguma barreira de comunicação, tanto para a pessoa em situação crítica como para a sua família/pessoas significativas;</li><li>• Leitura e revisão dos conteúdos leccionados na UC de Relação de Ajuda;</li><li>• Reconhece a importância da relação terapêutica estabelecida com a pessoa em situação crítica, bem como com a sua família/pessoas significativas;</li><li>• Utiliza as habilidades de relação de ajuda junto da pessoa em situação crítica e/ou família/pessoas significativas, avaliando continuamente a sua adequação à situação clínica e ao contexto;</li><li>• Demonstração de conhecimentos e competências perante as decisões de fim-de-vida, circunstâncias de dignificação da morte e processos de luto;</li><li>• Realização e colaboração no transporte do doente crítico, intra-hospitalar ou extra-hospitalar (caso ocorram);</li><li>• Implementar um Projeto de Intervenção focando a Gestão de Risco e a consequente melhoria de Qualidade;</li><li>• Realização de um artigo científico acerca de uma das vertentes de cuidados do doente crítico.</li></ul> |
|--|--|

Tabela 5. Competência K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

Competência	Atividades
K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitura e revisão dos conteúdos leccionados na UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 3;</li> <li>• Conhecer o plano de resposta a situações de catástrofe e de exceção do SMI-CHUC, EPE;</li> <li>• Participação em ações de conceção, apresentação ou treino do plano de resposta a situações de catástrofe, de situações de exceção ou de emergência multi-vítima, caso estas ocorram durante a janela temporal do Estágio Final;</li> <li>• Participação acções de formação externa, sobre situações de catástrofe, de exceção ou emergência multi-vítima caso estas se proporcionem.</li> </ul>

Tabela 6. Competência K2 - Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à ação.

Competência	Atividades
K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leitura e revisão dos conteúdos leccionados na UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 5;</li> <li>• Leitura dos protocolos implementados no SMI-CHUC, EPE acerca da prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos;</li> <li>• Leitura e revisão do programa nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e da resistência aos Antimicrobianos;</li> <li>• Revisão e leitura dos restantes documentos normativos nacionais sobre a temática da prevenção e controlo de infeção;</li> <li>• Leitura das <i>Guidelines</i> internacionais e nacionais, das <i>bundles</i> de cuidados com especial importância para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;</li> <li>• Observar, analisar e refletir criticamente sobre as práticas de prevenção e controlo de infeção adotadas na</li> </ul>

respostas em tempo útil e adequadas	<p>prestação de cuidados, pela equipa multidisciplinar, em relação à pessoa em situação crítica;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar, no que concerne aos procedimentos e circuitos associados;</li><li>• Cumprir, na prestação de cuidados de Enfermagem Especializadas, as normas de boas práticas, normas de orientação clínica e as circulares emanadas pela Direção-Geral da Saúde vigentes;</li><li>• Participação em ações de formação, caso estas sejam consideradas pertinentes se realizem durante o período de estágio.</li></ul>
-------------------------------------	--

Tabela 7. Competência K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção 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.

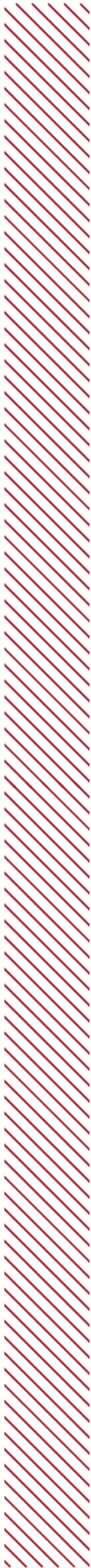
### 1.3 COMPETÊNCIAS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE

Conforme o documento apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (Universidade de Évora, 2015), devidamente alicerçado no Decreto-Lei 115/2013, que regula os regimes jurídicos dos graus académicos do Ensino Superior, após a conclusão do ciclo de estudos conducente ao grau, o Mestre em Enfermagem deve deter as seguintes competências:

- “1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de Enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da Enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.” (p.24)

Deste modo, pelo exposto, releva-se a necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito da investigação que se acrescentam às competências de índole clínica já descritas nos pontos 1.1 e 1.2. Assim, salienta-se a elaboração de um artigo científico que incide sobre a gestão de risco e notificação de eventos adversos e um projecto de intervenção profissional, dentro da mesma área, enquadrados dentro das competências B1, B2 e B3 e K1.

O projeto de intervenção profissional, representação primária e essencial da dicotomia investigação-ação, que associa as UCs de Estágio Final e Relatório, cujo título surgirá deste projeto, insere-se e alicerça-se numa das linhas de investigação previamente definidas para o Mestrado em Enfermagem, “Da Segurança e Qualidade de Vida”. Face ao tema escolhido, Gestão de Risco e Segurança do Doente, pareceu-nos adequado propor a realização deste projeto no nosso local de trabalho, Unidade



de Cuidados Intensivos Polivalente 1 (UCIP 1) do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Entidade Profissional Empresarial (CHUA, EPE), tendo sido aceite pela Docente coordenadora do Estágio Final e pela Docente orientadora do Relatório. Após reuniões informais com a Enf.<sup>a</sup> Coordenadora e a Diretora Clínica da UCIP 1 do CHUA, EPE, foi constatada a necessidade da criação de um sistema de notificação de erros, incidentes e eventos adversos, específico e adaptado à realidade da UCIP 1, necessariamente integrado no sistema de notificação já aplicado a nível da instituição hospitalar, que possibilite a análises de causa raiz dos eventos reportados com a consequente melhoria da segurança do doente. Atendendo à fase embrionário deste projeto, este ainda carece de aprofundamento para a sua operacionalização e efetivação.

Corolário deste processo, será elaborado um Relatório de Estágio, o qual será sujeito a apresentação e defesa pública para a sua aprovação, necessária para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Releva-se que, apesar da UC Relatório ser distinta da UC Estágio Final, estas UCs estão intrinsecamente articuladas e dependentes entre si, não sendo também de minorar a importância das restantes UCs para a redação do referido documento.

## CONCLUSÃO

A elaboração presente documento possibilitou uma reflexão sobre o projeto de desenvolvimento de competências, operacionalizado através da definição de objetivos para o Estágio Final e do planeamento estruturado, sistematizado e claro das atividades a desenvolver. Pretende-se que seja um documento orientado, dinâmico e organizado que veiculam a aquisição de competências comuns e específicas para o EEEMCPSC, podendo, atendendo à face incipiente do percurso do Estágio Final, ser sujeito a modificações decorrentes do percurso efetuado, necessidades identificadas e oportunidades de aprendizagem que se proporcionam.

A avaliação deste projeto será executada no Relatório de Estágio, pela estreita articulação entre as UCs, já referido no ponto 1.3.

Atendendo ao carácter contínuo, transversal e basilar dos objetivos e atividades explanadas neste documento, considera-se como não essencial a criação de um cronograma que enquadre temporalmente os objetivos e atividades associados a estes. Excetua-se o Projeto de Intervenção Profissional, cujo cronograma será apresentado em tempo oportuno e em documento próprio.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington: Autor.

Ministério da Educação e Ciência (2013). Decreto-lei n.º 115/2013. *Diário da República*, 1.ª Série. n.º 151, 4749-4772. Acedido em 21 de Setembro de 2019. Retirado de <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/08/15100/0474904772.pdf>

Regulamento n.º 124/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República* 2.ª Série. Nº 35 (18-02-2011), 8656-8657.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* 2.ª Série. Nº 26 (06-02-2019), 4744-4750.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República* 2.ª Série. Nº 135 (16-07-2018), 19359-19370.

Universidade de Évora (2015). *NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido - Novo ciclo de estudos*. Acedido em 21 de Setembro de 2019. Retirado de [http://www2.ipportalegre.pt/media/filer\\_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado\\_em\\_enfermagem.pdf](http://www2.ipportalegre.pt/media/filer_public/8b/f9/8bf9ede9-ec5c-423d-96d9-76a8d9e1b057/mestrado_em_enfermagem.pdf).



## **APÊNDICE N - Reflexão crítica: Da prática à evidência**

Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica  
Unidade Curricular: Estágio Final

## Reflexão Crítica: Da Prática à Evidência

**Discente:**

Catarina Carvalho n.º 20302

**Docente:**

Prof.ª Dr.ª Dulce Santiago

**Enfermeiro Supervisor Clínico:**

Enf.º Especialista em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica Paulo Oliveira

**Novembro  
2019**

## CONTEXTO CLÍNICO

O Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) é constituído por duas unidades fisicamente separadas, uma está situada no piso 1 e a outra no piso -1. A Unidade do piso 1 está dotada de 12 camas, sendo que contém dois quartos de isolamento. A Unidade do piso -1 é constituída por 8 camas em zona de cuidados críticos "Open Space".

O SMI é uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de nível III, o nível mais elevado da classificação mais comumente usada e assumida em termos internacionais (Direção Geral da Saúde, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2019, Valentin & Ferdinande, 2011). Esta classificação é atribuída tendo em conta as valências e recursos disponíveis, as técnicas utilizadas, o nível dos cuidados prestados bem como os ratios em termos de profissionais usados. Assim, "pressupondo a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários" (MS, 2015, p. 58), deve possuir capacidade de monitorização invasiva e de suporte de órgão, sendo a tipologia de serviço exigível em hospitais com Serviço de Urgência Polivalente (MS, 2015) como é o caso do CHUC.


## QUESTÃO CLÍNICA

A utilização diária de clorhexidina oral terá benefícios para o doente crítico na prevenção na Pneumonia Associada à Ventilação/Intubação (PAI)?

## FUNDAMENTAÇÃO

Anualmente são admitidos nas Unidades Cuidados Intensivo (UCIs), nos Estados Unidos da América, mais de 5,7 milhões de doentes, para monitorização, prevenção da disfunção e/ou suporte de órgão e estabilização de problemas graves e potencialmente fatais. O diagnóstico de admissão na UCI mais prevalente é a insuficiência respiratória aguda, com frequente necessidade de suporte ventilatório mecânico, sendo que a terapia de suporte de órgão mais utilizada é a ventilação mecânica invasiva (VMI), entre 40-60% (SCCM, s/d; Ministério da Saúde, 2017; Wunsch et al., 2013)

Apesar dos seus vários efeitos benéficos e do seu carácter, frequentemente, *life saving*, a VMI tem a si associados vários efeitos colaterais e frequentemente adversos,



de onde se relevam as consequências da utilização da pressão positiva da VMI, a pneumonia associada à ventilação/entubação e as lesões pulmonares induzidas pela ventilação mecânica. Estes efeitos deletérios têm potencial para piorarem os *outcomes* do doente crítico, nomeadamente no prolongamento do tempo de ventilação, no internamento em UCI e hospitalar, com aumento da mortalidade e morbilidade e consequente aumento de custos (Centers for Disease Control, 2019; Vincent et al., 2009; Vincent et al., 2020; Webb et al., 2016). Reforçando esta perspetiva, constata-se que a mortalidade dos doentes que carecem de suporte ventilatório invasivo não se relaciona somente com as variáveis presentes aquando do início da ventilação mecânica (Esteban et al., 2002), sendo que, de acordo com os mesmos autores (2013), num estudo posterior, 50% dos doentes ventilados sofrem pelo menos uma complicação no decorrer da VMI.

Os doentes admitidos em UCI, fruto da(s) sua(s) patologia(s) de base, comorbilidades associadas, dos dispositivos invasivos utilizados para diagnóstico e/ou terapêutica e dos procedimentos invasivos a que são sujeitos, apresentam risco acrescido de contrair infeções associadas aos cuidados de saúde (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2018). Neste contexto os dados mais recentes, à data da redação do presente texto, europeus (ECDC, 2018), retirados do programa HELICS<sup>2</sup>-UCI (que inclui dados portugueses), e o relatório anual do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência ao Antimicrobianos do ano de 2017, coordenado pela Direção-Geral da Saúde [DGS] (2018), indicam que, da tipologia de infeções monitorizadas, a pneumonia é a infeção com mais incidência (Spalding et al., 2017; Vincent et al., 2020) , sendo 97% destas são associadas à ventilação/intubação (ECDC, 2018; Vincent et al., 2020). De igual forma, em Portugal, a PAI é a Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), em contexto de UCI, com maior incidência, com cerca do dobro da incidência relativa à infeção da corrente sanguínea, segunda infeção com mais incidência (DGS, 2018).

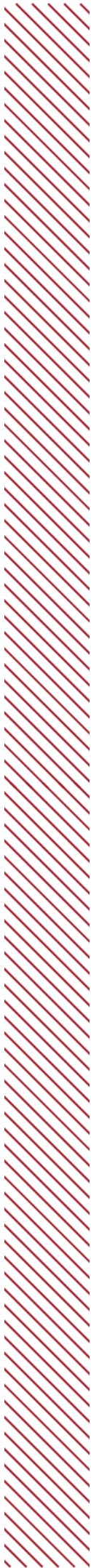
Um dos meios mais utilizados na prevenção da pneumonia associada à ventilação/intubação, mas também na prevenção de outras infeções relevantes, associadas a dispositivos invasivos ou procedimentos, é o uso de bundles ou feixes de intervenções (Mitharwal et al., 2016), isto é, “um conjunto de intervenções (geralmente 3 a 5) que, quando agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhor resultado, com maior impacto do que a mera adição do efeito de cada uma das intervenções individualmente” (DGS, 2017a, p.5), tendo como objetivo de providenciar, consistentemente, cuidados de saúde *evidence-based*. No caso

específico da PAI, a bundle foi proposta inicialmente pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI, 2012) que inicialmente contemplava 4 intervenções:

- Elevação da Cabeceira da Cama;
- Suspensão diária da sedação, teste de respiração espontânea e avaliação da possibilidade de extubação;
- Profilaxia da úlcera de stress;
- Profilaxia da trombose venosa profunda.

Em 2010, às intervenções referidas foi acrescentado o uso diário de clorhexidina, sob a forma de gluconato. A partir de desta data, houve um assumir da *bundle* do IHI, mantendo as suas componentes, adaptando a *bundle* de acordo com a entidade/sociedade que imite as recomendações. Exemplo desde facto são as recomendações da *European Society of Intensive Care Medicine* (2010), da Sociedade Espanhola de Medicina Intensiva (2018), da *American Thoracic Society* (2017) e, em Portugal, através da DGS (2017).

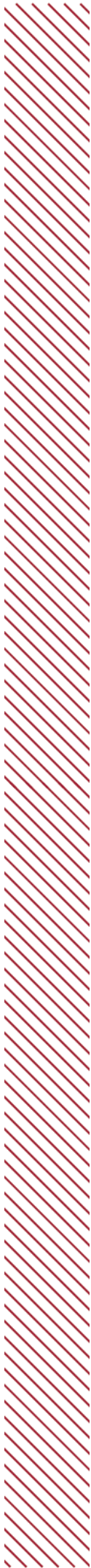
No que concerne à fisiopatologia da PAI, a via aérea superior, de onde se salienta a orofaringe, os seios nasais e o estomago têm sido propostos como potenciais reservatórios de conteúdo potencialmente infeccioso. A patogénese da PAI decorre principalmente da introdução deste conteúdo, através de microaspiração extraluminal do tubo traqueal, passando através do cuff para a via aérea inferior. O tubo traqueal constitui-se assim como uma porta de entrada na via aérea inferior, quebrando as barreiras anatómicas e fisiológicas. A supressão do reflexo da tosse e de deglutição secundária à depressão do estado de consciência por motivo farmacológico e/ou intrínseco à situação clínica exponencia ainda mais esta microaspiração (Kalanuria, Ziai & Mirski, 2014; Zolfaghari & Wyncoll, 2011). Neste contexto, a intubação e a doença crítica reduzem a imunidade oral, podendo estar associadas a lesões mecânicas da orofaringe ou da via aérea, aumentando assim a probabilidade de xerostomia. (Alhazzani, 2013; Labeau, 2011). A placa dentária acumula-se de forma insidiosa na orofaringe do doente crítico e, à medida que a quantidade de placa aumenta, é provável que esta seja colonizada conteúdo potencialmente patogénico. A colonização da placa pode ser exacerbada pela ausência de cuidados adequados de higiene oral e pela desidratação da cavidade oral devido à abertura prolongada da boca, o que reduz os efeitos de tamponamento e limpeza da saliva. A placa dentária é um biofilme complexo que, uma vez formado, é relativamente resistente ao controle químico, exigindo interrupções mecânicas para obter o máximo impacto (Marsh, 2010).



A clorhexidina, independentemente da forma terapêutica apresentada, tem um amplo espectro de ação sobre microrganismos, incluindo bactérias Gram-positivo e Gram-negativo, aeróbicas e anaeróbicas, fungos, leveduras e vírus, como o HIV, HBV e herpes simplex (Maya et al. 2011; Mathur et al, 2011). Em ensaios in vitro, demonstrou ser capaz de destruir 99% dos microrganismos típicos da microflora oral na sua forma livre (Marsh, 2010).

Existe um amplo corpo de evidência científica sobre o uso da clorhexidina na prevenção da PAI, estando plasmado em praticamente as recomendações emanadas, havendo documentos normativos em Portugal, já referidos anteriormente, que recomendam fortemente a sua utilização. No âmbito desta reflexão, do corpo de evidência disponível, apenas vamos referir a revisão sistemática recente emanada pela *Cochrane* (Hua, Worthington, Furness & Zhang, 2016) que condensa de forma exemplar a evidência disponível. Deste modo, de acordo com esta revisão sistemática, existe evidência de alta qualidade que a clorhexidina, em solução oral líquida ou gel, reduz o risco de PAI de 24% para 18%. Por cada 17 doentes sob VMI por mais de 48h, o uso da clorhexidina previne pelo menos 1 PAI. Apesar disto não foi encontrada evidência que a higiene oral com clorhexidina faça diferença em termos de mortalidade, seja bruta ou ajustada, o número de dias sob VMI ou a duração de internamento, tanto na UCI, como hospitalar. Não existe, contudo, evidência conclusiva de benefício relativamente à periodicidade, quantidade, forma e processo de aplicação ou concentração, estando apenas descritos alguns efeitos adversos na mucosa oral com o uso de soluções mais concentradas, especificamente quando comparadas soluções com concentração de 2%, a mais comumente usada, com soluções com concentração de 10% (Bouadma & Klompas, 2018; Hua et al., 2016).

A prática baseada na evidência consiste num processo de “resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, na experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar” (ICN, 2011, p. 11). Neste âmbito, infere-se a sinergia entre as experiências profissionais contruídas e juízo clínico com a evidência científica, necessariamente equilibrada, com a aplicação pragmática, concisa, clara e racional da melhor evidência na decisão clínica fundamentada. Ancorada nesta visão, a OE (2015) refere, na deontologia profissional, no Artigo 97.º, que o profissional de Enfermagem deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados” (2015, p. 78). Desta forma, a complexidade do doente crítico, da sua situação clínica de base e



das possíveis comorbilidades associadas, em conjunto com os vários recursos que são colocados à disposição do prestador de cuidados de saúde, faz da apreciação e reflexão crítica constante dos dados da evidência científica, um objetivo basilar e central para melhoria da prestação de cuidados (Marik, 2015).

## BIBLIOGRAFIA

- Alhazzani, W., Smith, O., Muscedere, J., Medd, J., & Cook, D. (2013). Toothbrushing for critically ill mechanically ventilated patients: a systematic review and meta-analysis of randomized trials evaluating ventilator-associated pneumonia. *Critical care medicine*, 41(2), 646–655. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182742d45>
- Álvarez-Lerma, F., Palomar-Martínez, M., Sánchez-García, M., Martínez-Alonso, M., Álvarez-Rodríguez, J., Lorente, L., Arias-Rivera, S., García, R., Gordo, F., Añón, J. M., Jam-Gatell, R., Vázquez-Calatayud, M., & Agra, Y. (2018). Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: The Multimodal Approach of the Spanish ICU "Pneumonia Zero" Program. *Critical care medicine*, 46(2), 181–188. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002736>
- Bouadma, Lila & Klompas, Michael (2018). Oral care with chlorhexidine: beware. *Intensive Care Medicine*, 44(7), 1153-1155. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5221-x>
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). *Ventilator-Associated Event - VAE*. Acedido em 3 de Novembro de 2019. Retirado de: [https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/10-vae\\_final.pdf](https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/10-vae_final.pdf)
- Direção-Geral da Saúde (2017). "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Lisboa: Autor. Acedido em 7 de Fevereiro de 2019. Retirado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/...e.../norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018*. Lisboa: Autor. Retirado de: <https://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/infecoes-e-resistencias-aosantimicrobianos-2018-relatorio-anual-do-programaprioritario.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento*. Lisboa: Autor. Acedido em 3 de Novembro de 2017. Retirado de <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

*Enfermeiros nas equipas de acreditação e certificação de unidades de saúde*. Lisboa: Autor. Acedido em 10 de Novembro de 2018. Retirado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer31\\_2011CE\\_E](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer31_2011CE_E)

Esteban, A., Anzueto, A., Frutos, F., Alía, I., Brochard, L., Stewart, T. E., Benito, S., Epstein, S. K., Apezteguía, C., Nightingale, P., Arroliga, A. C., Tobin, M. J., & Mechanical Ventilation International Study Group (2002). Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: a 28-day international study. *JAMA*, 287(3), 345–355. <https://doi.org/10.1001/jama.287.3.345>

Esteban, A., Frutos-Vivar, F., Muriel, A., Ferguson, N. D., Peñuelas, O., Abaira, V., ... Anzueto, A. (2013). Evolution of mortality over time in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(2), 220–230. <https://doi.org/10.1164/rccm.201212-2169OC>

European Centre for Disease Prevention and Control (2018). *Healthcare-associated infections acquired in intensive care units, Annual epidemiological report for 2016*. Estocolmo: Autor. Retirado de: [https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER\\_for\\_2016-HAI\\_0.pdf](https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-HAI_0.pdf)

Hua, F., Xie, H., Worthington, H. V., Furness, S., Zhang, Q., & Li, C. (2016). Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD008367. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008367.pub3>

Institute for Healthcare Improvement. (2012). *How-to Guide: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia*. Institute for Healthcare Improvement. Cambridge, Massachusetts.

International Council of Nurses (2011). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Genebra: Autor. Acedido em 12 de Novembro de 2019. Retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012I> nternational Publishing.

Kalanuria, A. A., Ziai, W., & Mirski, M. (2014). Ventilator-associated pneumonia in the ICU. *Critical care (London, England)*, 18(2), 208. <https://doi.org/10.1186/cc13775>

- Labeau, S. O., Van de Vyver, K., Brusselaers, N., Vogelaers, D., & Blot, S. I. (2011). Prevention of ventilator-associated pneumonia with oral antiseptics: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Infectious diseases*, 11(11), 845–854. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(11\)70127-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70127-X)
- Marik, Paul (2015). *Evidence-Based Critical Care* (3.<sup>a</sup> ed.). Londres: Springer
- Marsh P. D. (2010). Microbiology of dental plaque biofilms and their role in oral health and caries. *Dental clinics of North America*, 54(3), 441–454. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2010.03.002>
- Mathur, S., et al. (2011). Chlorhexidine: The gold standard in chemical plaque control. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 1(2), 45–50.
- Maya, J., et al. (2011). Papel de la clorhexidina en la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud. *Infection*, 15(2), 98–107.
- Ministério da Saúde (2015). *Avaliação nacional da situação das Unidades de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 2 de Novembro de 2019. Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>.
- Ministério da Saúde (2017b). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação – Medicina Intensiva. Lisboa: República Portuguesa. Acedido em 3 de Novembro de 2019. Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/08/RNEHR-Medicina-Intensiva-Aprovada-10-agosto-2017.pdf>
- Mitharwal, S. M., Yaddanapudi, S., Bhardwaj, N., Gautam, V., Biswal, M., & Yaddanapudi, L. (2016). Intensive care unit-acquired infections in a tertiary care hospital: An epidemiologic survey and influence on patient outcomes. *American journal of infection control*, 44(7), e113–e117. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.01.021>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Conselho de Enfermagem: Parecer n.º 31/2011-Enfermeiros nas equipas de acreditação e certificação de unidades de saúde*. Lisboa: Autor. Acedido em 10 de Fevereiro de 2018. Retirado de

[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer31\\_2011CE\\_Enfermeirosnasequipasacreditacao\\_unidadessaude.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer31_2011CE_Enfermeirosnasequipasacreditacao_unidadessaude.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 743/2019 – Regulamento da Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 184, 155. Acedido em 3 de Novembro de 2019. Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/124970757>

Rello, J., Lode, H., Cornaglia, G., Masterton, R., & VAP Care Bundle Contributors (2010). A European care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia. *Intensive care medicine*, 36(5), 773–780. <https://doi.org/10.1007/s00134-010-1841-5>

Schmidt, G. A., Girard, T. D., Kress, J. P., Morris, P. E., Ouellette, D. R., Alhazzani, W., Burns, S. M., Epstein, S. K., Esteban, A., Fan, E., Ferrer, M., Fraser, G. L., Gong, M. N., Hough, C. L., Mehta, S., Nanchal, R., Patel, S., Pawlik, A. J., Schweickert, W. D., Sessler, C. N., ... Truwit, J. D. (2017). Liberation From Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults: Executive Summary of an Official American College of Chest Physicians/American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Chest*, 151(1), 160–165. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.10.037>

Society of Critical Care Medicine (s/d.). Critical Care Statistics. In *SCCM website*. Acedido e 3 de Novembro de 2019. Retirado de: <https://www.sccm.org/Communications/Critical-Care-Statistics>

Spalding, M. C., Cripps, M. W., & Minshall, C. T. (2017). Ventilator-Associated Pneumonia: New Definitions. *Critical care clinics*, 33(2), 277–292. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.009>

Valentin, A., Ferdinande, P., & ESICM Working Group on Quality Improvement (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive care medicine*, 37(10), 1575–1587. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>

Vincent, J. L., Rello, J., Marshall, J., Silva, E., Anzueto, A., Martin, C. D., Moreno, R., Lipman, J., Gomersall, C., Sakr, Y., Reinhart, K., & EPIC II Group of Investigators (2009). International study of the prevalence and outcomes of

infection in intensive care units. *JAMA*, 302(21), 2323–2329.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2009.1754>

Vincent, J. L., Sakr, Y., Singer, M., Martin-Loeches, I., Machado, F. R., Marshall, J. C., Finfer, S., Pelosi, P., Brazzi, L., Aditjaningsih, D., Timsit, J. F., Du, B., Wittebole, X., Máca, J., Kannan, S., Gorordo-Delsol, L. A., De Waele, J. J., Mehta, Y., Bonten, M., Khanna, A. K., ... EPIC III Investigators (2020). Prevalence and Outcomes of Infection Among Patients in Intensive Care Units in 2017. *JAMA*, 323(15), 1478–1487. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.2717>

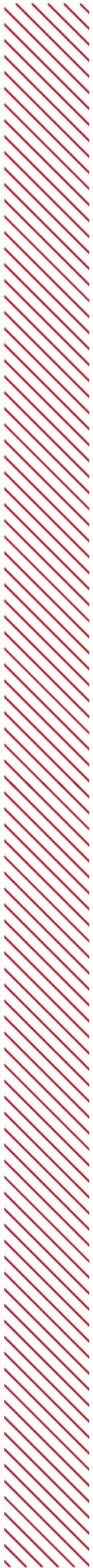
Webb, A., Angus, D., Finfer, S., Gattinoni, L. & Singer, M. (2016). *Oxford Textbook of Critical Care* (2<sup>a</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press.

Wunsch, H., Wagner, J., Herlim, M., Chong, D. H., Kramer, A. A., & Halpern, S. D. (2013). ICU occupancy and mechanical ventilator use in the United States. *Critical care medicine*, 41(12), 2712–2719.  
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318298a139>

Zolfaghari, P. S., & Wyncoll, D. L. (2011). The tracheal tube: gateway to ventilator-associated pneumonia. *Critical care (London, England)*, 15(5), 310.  
<https://doi.org/10.1186/cc10352>



## **ANEXOS**



**ANEXO A - Declaração de aceitação de orientação pedagógica do Estágio Final e Relatório de Estágio**

## MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS



Instituto Politécnico de Beja  
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde  
Workshop



IPS  
Instituto Politécnico de Setúbal  
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde  
Da Lapa Alta

### DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a orientação do trabalho proposto no Projeto de Estágio da estudante **Catarina Isabel dos Santos Carvalho**, nº 20302, do curso de **Mestrado em Enfermagem**.

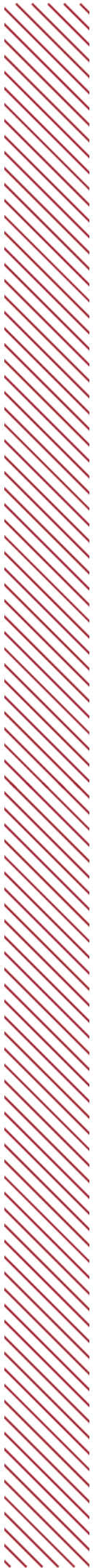
Trata-se de um trabalho que se enquadra no âmbito da Área de Especialização em **Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica**, que versa sobre a temática da **“Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos”**.

Por se afigurar um trabalho credível, adequado e pertinente e porque reconheço na mestranda adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico a sua orientação.

Beja, 8 de novembro de 2019

Maria Dulce dos Santos Santiago (PhD)

Professora Adjunta – Instituto Politécnico de Beja



**ANEXO B - Parecer do Conselho Técnico-Científico da  
Escola Superior de Saúde do Instituto  
Politécnico de Portalegre**


CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO

ASSUNTO: **APROVAÇÃO DOS PROJETOS DE Mestrado DE ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO – ANO LETIVO 2019/2020 – 3ª EDIÇÃO**

De acordo com Regulamento do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação, O CTC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre emite parecer favorável aos temas, planos de trabalho correspondentes e respetivos orientadores de cada um dos Ramos de Especialidade de acordo com o mapa que se anexa:

Portalegre, 4 de dezembro de 2019

O Presidente do Conselho Técnico-Científico



(Raul Alberto Carrilho Cordeiro, Professor Adjunto)



**ANEXO C - Autorização do Conselho de Administração  
do CHUA, EPE**



CFIC\_Nucleo Formacao Investigacao Enfermagem  
Para Você, Director UCIP e Enfermeira Chefe da UCI Polivalente

7/02

...

Sr.ª Enfermeira Catarina Carvalho, mestranda,

O NFIE vem informar que o seu estudo *Segurança do Doente: Notificação de Eventos Adversos*, referente ao Projecto de Intervenção Profissional a desenvolver na UCIP 1, foi autorizado a 05.02.2020 pelo Conselho de Administração do CHUA.

Desta forma, pode desenvolver o estudo, tal como foi proposto, devendo informar-nos quando der por concluída a sua investigação/intervenção. Obrigado.

Com os melhores cumprimentos,

ª Emanuel Mourão.

*Enfermeiro*

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

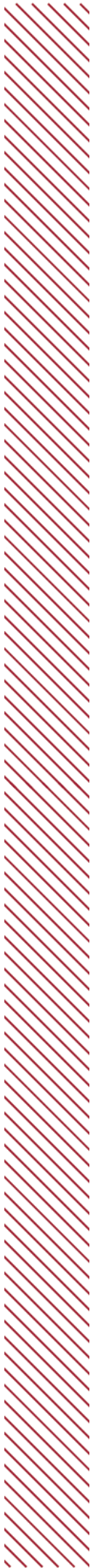
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento (CFIC)

– Núcleo de Formação e Investigação de Enfermagem(NFIE)

Unidade Hospitalar de Faro

[289001900](tel:289001900), exts 11530/11534; [cfic-nfie@ch Algarve.min-saude.pt](mailto:cfic-nfie@ch Algarve.min-saude.pt)





**ANEXO D - Certificado de participação no seminário on-line “Covid-19: Organização e Gestão dos Serviços Clínicos”**



## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

**C**ertifica-se que

**CATARINA ISABEL DOS SANTOS CARVALHO,**

membro nº **57149** desta Ordem, participou na **2ª sessão Webinar<sup>1</sup> "COVID-19: Organização e Gestão dos Serviços Clínicos"**, no dia **22 de Abril de 2020**, com duração total de **01h00**, na "Plataforma digital *Cisco Webex Events*".

**Lisboa, 22 de Abril de 2020.**

P<sup>ª</sup> A Bastonária

**Luís Filipe Barreira**  
**Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Esta actividade formativa é creditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,50 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas.

# CICLO DE WEBINARS COVID-19

22 de Abril – 21 Horas

**WEBINAR: COVID-19: Organização e Gestão dos Serviços Clínicos**

Responsáveis pela dinamização: Ana Fonseca | Fernando Macedo

## Programa:

**Moderador:** Angelina Francisco

1. Planeamento a nível institucional  
Prelector: Maria José Costa Dias
2. Organização de serviços de cuidados intensivos  
Prelector: José Alexandre Abrantes
3. Preparação de unidades na comunidade  
Prelector: Cristina Balau

## Destinatários:

Enfermeiros

## Organizadores:

Secção Regional do Sul

## Inscrições:

Balcão Único





**ANEXO E - Certificado de Participação no Congresso  
Internacional Doente Crítico 2019**

# #DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



## Certificado

Certifica-se que a Exma. Sra. Enf<sup>a</sup> Catarina Isabel dos Santos Carvalho, participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

(Sr. Enf<sup>o</sup> João Fernandes)

## Workshops

### **Ecografia em Urgência e Emergência:**

23/10 - das 9h às 17h - IPS/ESS - Sala B1.07

### **Ventilação Não Invasiva:**

23/10 - das 9h às 13h - IPS/ESS - Sala B1.04

### **Ventilação Mecânica Invasiva:**

23/10 - das 9h às 13h - IPS/ESS - Sala B1.05

### **Via Aérea para Enfermeiros:**

23/10 - das 13h às 15h - IPS/ESS - Sala B1.04

### **Técnicas de Trauma:**

23/10 das 14h às 16h - IPS/ESS - Sala B1.05

### **Alto Fluxo:**

23/10 das 15h às 17h - IPS/ESS - Sala B1.04

## Apoios



## Comissão Científica

Cláudia Alfarrobinha, Carlos Ferreira, Catarina Branco, Katherine Santos, Paulo Monteiro, Pedro Caldeira, Pedro Vasconcelos, Sónia Sousa

## Comissão Organizadora

André Pais-Martins, Casimiro Correia, Diana Curto, Dulce Gonçalves, Ilda Lourenço, Isabel Pão-Alvo, João Raimundo, Mónica Trindade, Rita Mateus, Rui Félix

**SEJA SÓCIO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS**

[www.apenfermeiros.pt](http://www.apenfermeiros.pt)

## Organização

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS

Contribuinte : 501313818  
Estrada do Paço do Lumiar,  
lote R1, lojas A e B - Bairro da Horta Nova  
1600-543 Lisboa, Portugal  
[www.apenfermeiros.pt](http://www.apenfermeiros.pt)

Doentes Críticos  
**#DC19**  
Crítico



Congresso Internacional Doente Crítico 2019



**Instituto  
Politécnico  
de Setúbal**  
**24 -25 Outubro**

Partilhe o seu trabalho em poster ou comunicação livre  
regulamento em [www.apenfermeiros.pt](http://www.apenfermeiros.pt)



- Mesa Abertura | 24'out | 09:00 – 09:30

**Representante da OE - Presidente do Conselho Directivo da Secção Regional do Sul** | En<sup>o</sup> Sérgio Branco

**Representante da CM Setúbal - Vereador do Departamento de Educação e Saúde (DES)** | Dr. Ricardo Oliveira

**Representante da IPS - Vice-Presidente do Conselho Científico e Coordenadora da Licenciatura em Enfermagem** | Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos

**Representante da Comissão Científica DC<sup>19</sup>** | En<sup>o</sup> Especialista Pedro Vasconcelos

**Representante da APE - Vice-Presidente** | En<sup>a</sup> Dulce Gonçalves

- Mesa 1 | 24'out | 09:30 – 10:30  
- *Catástrofe e Intervenção Humanitária*

**Moderador** | En<sup>a</sup> Luís Gonçalves, Força Aérea Portuguesa

**Triagem em Mass Casualty Incidents** | En<sup>a</sup> João Lourenço (Instrutor do International Trauma Life Support) | Dr. André Simões (Capitão-Médico GNR; VMER Médio Tejo e Heli 3)

**O Papel do Enfermeiro na Intervenção Humanitária** | En<sup>a</sup> Cátia Paiva (Médicos do Mundo)

- 10:30 – 11:00 | *Coffee-Break*

- Mesa 2 | 24'out | 11:00 – 12:30  
- *Via Verde PCR e Dador de Coração Parado*

**Moderador** | En<sup>a</sup> Fernando Rodrigues, Director do Gabinete Coordenador de Colheita e Transplantação do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

**E-CPR** | En<sup>a</sup> Cristina José (Unidade Urgência Médica, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central)

**Manutenção do Dador** | En<sup>a</sup> Hugo Marques (Serviço Urgência, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto)

**Identificação do Dador** | En<sup>a</sup> Vanda Palmeiro (Instituto Português do Sangue e Transplantação)

- 12:30 – 13:00 | *Apresentação de Comunicações Livres*

- Mesa 3 | 24'out | 14:00 – 15:30  
- *Criança em Situação Crítica*

**Moderador** | En<sup>a</sup> Cláudia Alfarrobinha, Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal

**O Transporte da Criança em Situação Crítica**

- *O transporte Inter-Hospitalar Pediátrico*

- *O Transporte Intra-Hospitalar* | Dr<sup>a</sup>. Cristina Camilo (UCIPED, CHLN) | En<sup>a</sup>. Rui Pereira (Enfermeiro, Hospital Espírito Santo de Évora, VMER e Serviço de Urgência pediátrica)

**Cetoacidose Diabética** | Dr<sup>a</sup> Susana Parente (Pediatria, Hospital São Bernardo, Setúbal)

- 15:30 – 16:00 | *Coffee-Break* | *Apresentação de Pósteres*

- Mesa 4 | 24'out | 16:00 – 17:30  
- *Serviço de Urgência: O Caos Organizado ?*

**Moderador** | En<sup>a</sup>. Sónia Sousa, Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar de Setúbal

**O Papel da Triagem de Manchester** | Dr. Luís Cuña (Coordenador Médico do Atendimento Permanente, Hospital CUF Descobertas)

**A visão do Enfermeiro da prática** | En<sup>a</sup>. Miguel Pinto Pedrosa (Serviço de Urgência, Hospital Espírito Santo de Évora)

**Telessaúde** | En<sup>a</sup>. João Oliveira (TELESSAÚDE)

**Unidade de Hospitalização Domiciliária** | En<sup>a</sup>. Filipe Dias (Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta)

- Mesa 5 | 25'out | 09:00 – 10:30  
- *Update em Cuidados Críticos*

**Moderador** | En<sup>a</sup>. Ilda Lourenço, Grupo de Coordenação Local PPCIRA, HSJ, Centro Hospitalar Lisboa Central

**Sépsis – Novas Bundles** | Dr.<sup>a</sup> Ana Sofia Coelho (Directora do Serviço de Urgência do Hospital Beatriz Ângelo, Loures)

**Via Verde de Trauma num Hospital Central** | En<sup>a</sup>. José António Silva (Serviço de Urgência, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto)

**Cuidados Pós-Reanimação** | Dr.<sup>a</sup> Mónica Anselmo (Serviço de Medicina Intensiva, Hospital Fernando Fonseca, Amadora)

- 10:30 – 11:00 | *Coffee-Break*

- Mesa 6 | 25'out | 11:00 – 12:30  
- *O Enfermeiro no Pré-Hospitalar*

**Moderador** | En<sup>a</sup>. Pedro Caldeira, VMER Cascais

**Barcelona: Código Trauma** | Dr. Agustí Ruiz (Director Gerente do IEM, Coordenador do Grupo do SVA em Trauma do CCR e Director do Mestrado em Assistência Integral em Urgências e Emergências)

**Açores: E quando não é para reanimar?** | En<sup>a</sup>. Luís Viegas (Serviço de Urgência, Hospital Santo Espírito de Angra do Heroísmo, Unidade de Evacuações Aéreas e SIV Terceira)

**Eslovénia: O Enfermeiro no Sistema de Emergência Esloveno** | En<sup>a</sup>. Anton Posavec (Enfermeiro, Slovenian Emergency Service)

**O Enfermeiro na Triagem e Aconselhamento na Linha 112** | En<sup>a</sup>. Ismael Abreu (Serviço Regional de Protecção Civil, IP – Região Autónoma da Madeira)

- Mesa 7 | 25'out | 14:00 – 15:30  
- *Desafios para a Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*

**Moderador** | En<sup>a</sup>. Paulo Monteiro, Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

**Equipas de Emergência Interna** | En<sup>a</sup>. Miguel Oliveira (Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital São Bernardo, Setúbal)

**Ecografia no PH** | Dr. Salvador Sarrá (Coordenador da área formativa de ECO FAST do IEM e Director do Serviço de Urgências do HUSant Joan de Reus)

**Registas na Emergência Pré-Hospitalar: I-TEAMS** | Dr.<sup>a</sup> Filipa Barros (INEM)

- 15:30 – 16:00 | *Coffee-Break* | *Apresentação de Pósteres*

- Mesa 8 | 25'out | 16:00 – 17:00  
- *Controvérsias no Cuidado ao Doente Crítico*

**Moderador** | En<sup>a</sup>. Pedro Vasconcelos (ACLS – Advanced Cardiac Life Support)

**Adrenalina na PCR** | Dr. Francisco Abecassis (Intensivista Pediátrico, UCIPED do HSM) | En<sup>a</sup>. Pedro Caldeira (Enfermeiro na VMER Cascais)

**VA Definitiva na PCR** | Dr.<sup>a</sup> Mónica Anselmo (Medicina Interna, Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Dr. Fernando da Fonseca)

- Conferência de Encerramento | 25'out | 17:00 – 17:30

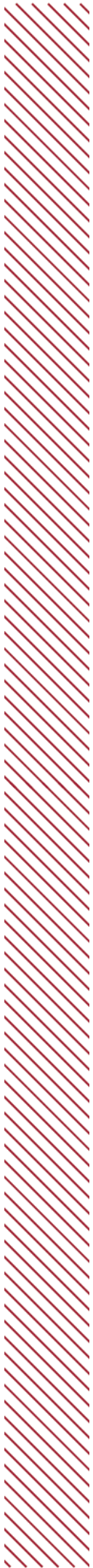
**Intervenção Humanitária Internacional** | Dr Nelson Olim (Who Trauma Coordinator-Gaza)

- Mesa de Encerramento | 25'out | 17:30 – 18:00

**Coordenadora do Mestrado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem do IPS/ESS** | Prof. Doutora Alice Ruivo

**Representante da Comissão Científica do DC<sup>19</sup>** | En<sup>o</sup> Pedro Vasconcelos

**Representante da APE** | En<sup>o</sup> João Raimundo



**ANEXO F - Certificado de Participação no Simpósio  
Suporte Nutricional na Pancreatite  
Aguda**

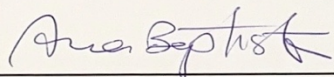
# CERTIFICADO

**CATARINA ISABEL DOS SANTOS CARVALHO**

Participou no Simpósio **Suporte Nutricional na Pancreatite Aguda**,  
realizado de 17 a 18 de janeiro de 2020, no Real Marina Hotel, em Olhão,  
organizado pela B. Braun Medical, Lda.

Olhão, 18 de janeiro de 2020

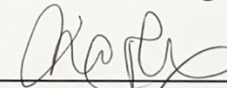
A Organização



---

Ana Baptista  
B. Braun Medical, Lda

<sup>P1</sup> A Comissão Organizadora



---

Ana Lopes

## FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome

Nome do crachá

Morada

Código Postal

Localidade

Contactos

Local de Trabalho

Serviço

Especialidade

Categoria Profissional

As pré-inscrições poderão ser feitas através de formulário ou através do email: [eventos.pt@bbraun.com](mailto:eventos.pt@bbraun.com)  
Este simpósio tem número de inscritos limitado.  
As inscrições só serão validadas após envio de confirmação.

## ORGANIZAÇÃO

B. Braun Medical, Lda

### COMISSÃO ORGANIZADORA

**Dra. Ana Maria Lopes**

*Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Faro  
Grupo de Nutrição Clínica*

**Dra. Maria Inês Fernandes**

*Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Portimão  
Grupo de Nutrição Clínica*

**Dr. Herminio Carrasqueira**

*Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Faro  
Grupo de Nutrição Clínica*

**Enf. Helena Gaspar**

*Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Portimão  
Grupo de Nutrição Clínica*

### COMISSÃO CIENTÍFICA

**Dra. Ana Vieira**

*Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Portimão  
Grupo de Nutrição Clínica*

**Dra. Carminda Martins**

*Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Faro  
Grupo de Nutrição Clínica*

**Dra. Bárbara Castelo**

*Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Portimão  
Grupo de Nutrição Clínica*

**Enf. Ana Agostinho**

*Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Hospital de Faro  
Grupo de Nutrição Clínica*

### PATROCÍNIO CIENTÍFICO



B. Braun Medical, Lda.  
Est. Consiglieri Pedroso, 80 | Queluz de Baixo  
2730-053 Barcarena  
Tel. 214 368 242 | Fax 214 368 296 | [www.bbraun.pt](http://www.bbraun.pt)

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE



## SIMPÓSIO: SUPORTE NUTRICIONAL NA PANCREATITE AGUDA

17 E 18 DE JANEIRO DE 2020  
REAL MARINA HOTEL & SPA, OLHÃO

## SIMPÓSIO: SUPORTE NUTRICIONAL NA PANCREATITE AGUDA

### DESCRIÇÃO

O simpósio destina-se a técnicos de saúde (médicos, farmacêuticos, nutricionistas e enfermeiros) com prática em suporte nutricional. O simpósio inicia-se com uma abordagem geral dos mecanismos fisiopatológicos que condicionam a administração de nutrientes a doentes com pancreatite aguda.

O simpósio considera ainda os prós e contras da nutrição oral, entérica e parentérica através de uma perspetiva histórica e científica, os objetivos nutricionais, as vias de administração de nutrição entérica, as indicações para nutrição parentérica, a influência da gravidade da doença na administração de nutrientes, e a importância da microbiota intestinal quer na fisiopatologia quer nas possibilidades terapêuticas.

### OBJETIVOS DO SIMPÓSIO

- Discutir os desafios que a medicina baseada na evidência pode trazer para a identificação de doentes com pancreatite aguda que beneficiam de suporte nutricional;
- Identificar os fatores fisiopatológicos que devem ser considerados para a terapêutica nutricional;
- Descrever estratégias práticas para o uso apropriado do suporte nutricional em diferentes fases e gravidades da pancreatite aguda;
- Identificar parâmetros de monitorização para avaliação do progresso do suporte nutricional no que respeita aos objetivos estipulados, para ajustamento da prescrição e ainda para a suspensão e descontinuação desta terapêutica.

## PROGRAMA

### 1º DIA

9:00-9:30:

#### SESSÃO DE ABERTURA

Moderadores da manhã:

Dra. Ana Maria Lopes (CHUA – H. Faro – Grupo de Nutrição Clínica)

Dra. Maria Inês Fernandes (CHUA – H. Faro – Grupo de Nutrição Clínica)

Dr. Herminio Carrasqueira (CHUA – H. Faro – Grupo de Nutrição Clínica)

9:30-10:00:

#### Cenário nacional e internacional da pancreatite aguda

Dra. Ana Vieira (CHUA – H. Portimão – Serviço de Gastroenterologia)

10:00-10:30:

#### Da fisiopatologia às escalas, classificações e marcadores de gravidade – quais, como e quando utilizar

Dra. Ana Margarida Vaz (CHUA – H. Faro – S. Gastroenterologia)

10:30-11:00: INTERVALO

11:00-11:30:

#### Jejum, microbiota e inflamação: como influenciam a pancreatite aguda?

Dra. Carminda Martins (CHUA – H. Faro – Grupo de Nutrição Clínica)

11:30-12:00:

#### Fluidoterapia: como e quando hidratar

Dr. João Teixeira (CHUA – H. Faro – Serviço de Cirurgia Geral)

12:00-12:30:

#### Objetivos nutricionais: qual a importância de os atingir?

Dra. Bárbara Castelo (CHUA – H. Portimão – Grupo de Nutrição Clínica)

12:30-14:00: ALMOÇO

Moderadores da tarde:

Dra. Ana Vieira (CHUA – H. Portimão – Grupo de Nutrição Clínica)

Dra. Carminda Martins (CHUA – H. Faro – Grupo de Nutrição Clínica)

Enf. Helena Gaspar (CHUA – H. Portimão – Grupo de Nutrição Clínica)

14:00-14:30

#### Nutrição oral: como estamos? (E a gordura?)

Dra. Mariana Miranda (CHUA – H. Portimão – S. Dietética e Nutrição)

14:30-15:00

#### Nutrição entérica: quando, como e com quê?

Dr. Herminio Carrasqueira (CHUA – H. Faro – Grupo de Nutrição Clínica)

15:00-15:30

#### Nutrição gástrica versus jejunal na pancreatite aguda: ponto e contraponto

Dr. Diamantino Sousa (Grupo HPA Saúde – Gambelas – Gastroenterologia)

15:30-16:00 INTERVALO

16:00-16:30

#### Nutrição parentérica: faz a diferença e há diferenças?

Dr. Nuno Carvalho (H. Garcia de Orta – Serviço de Cirurgia Geral)

16:30-17:00

#### Terapêutica nutricional no doente crítico com pancreatite aguda

Dra. Rosa Mendes (CHULC – H. S. José – Unidade de Urgência Médica)

17:00-17:30

#### O enfermeiro na vigilância do suporte nutricional do com pancreatite aguda

Enf.ª Paula Vala (CHUA – H. Faro – Serviço de Medicina Intensiva)

17:30 – 18:15

#### Suporte nutricional na pancreatite aguda:

##### intervenção terapêutica ou terapêutica de suporte?

Gastroenterologia (Dr. Diamantino Sousa);

Cirurgião (Dr. Nuno Carvalho);

Medicina Intensiva (Dr. Arlindo Sousa)

18:15 ENCERRAMENTO

### 2º DIA

#### CASOS CLÍNICOS INTERATIVOS

Moderadores da manhã:

Lourdes Tavares (HPP – Hospital dos Lusíadas – Unidade de Gastroenterologia)

Ana Agostinho

Bárbara Castelo

9:30-10:30

#### Caso clínico interativo 1

Lúcia Glória (Hospital Beatriz Ângelo – Serviço de Gastroenterologia)

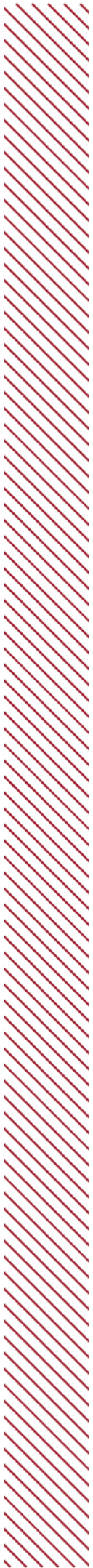
10:30-11:00 INTERVALO

11:00-12:00

#### Caso clínico interativo 2

Lúcia Glória (Hospital Beatriz Ângelo – Serviço de Gastroenterologia)

12:00 ENCERRAMENTO



**ANEXO G - Certificado de Participação no Simpósio on-line “Ao Encontro dos EEEMC em tempos de pandemia COVID-19.” – Intervenção do EEEMC à pessoa em situação crítica, com COVID-19**



## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

**Certifica-se que**

**CATARINA ISABEL DOS SANTOS CARVALHO**

membro nº 57149 desta Ordem, participou na 3ª sessão Webinar "AO ENCONTRO DOS EEEMC EM TEMPOS DE "PANDEMIA COVID-19"", no dia 23 de Abril de 2020, com a duração total de 1 hora, na "Plataforma digital Cisco Webex Events".

**Lisboa, 23 de Abril de 2020.**

**P<sup>1</sup>ª Bastonária**

**Luís Filipe Barreira**  
Vice-Presidente do Conselho Diretivo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribuí 0,30 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

<sup>2</sup> Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

# CICLO DE WEBINARS COVID-19

23 de Abril - 21 Horas

WEBINAR: AO ENCONTRO DOS EEEMC EM TEMPOS DE "PANDEMIA COVID-19"

Responsáveis pela dinamização: Ana Fonseca | Fernando Macedo

## Programa:

**Moderador:** Helena José

1. Prevenção das lesões por pressão associadas aos Equipamentos de Protecção Individual  
Prelector: Susana Pinto
2. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica, com COVID-19:
  - Em contexto de UCI | Prelector: Patrícia Cardoso
  - Em contexto de SU | Prelector: Sónia Afonso
  - Em contexto Pré-Hospitalar | Prelector: Sónia Sousa

## Destinatários:

Enfermeiros

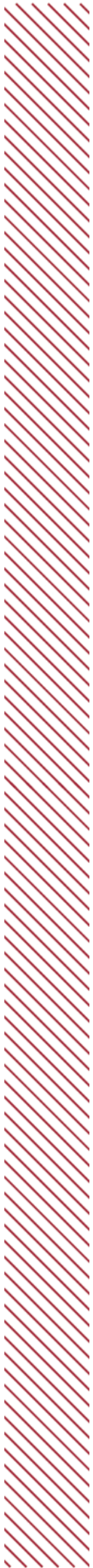
## Organizadores:

Mesa do Colégio da  
Especialidade de  
Enfermagem  
Médico-Cirúrgica

## Inscrições:

Balcão Único





**ANEXO H - Certificado de Participação no Simpósio on-line “Ao Encontro dos EEEMC em tempos de pandemia COVID-19.” – Intervenção do EEEEMC à pessoa em situação crónica, com COVID-19**



## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

**C**ertifica-se que

**CATARINA ISABEL DOS SANTOS CARVALHO**

membro nº 57149 desta Ordem, participou na 8ª sessão Webinar<sup>1</sup> "AO ENCONTRO DOS EEEMC EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19", no dia 27 de Abril de 2020, com a duração total de 1 hora, na "Plataforma digital *Cisco Webex Events*".

**Lisboa, 27 de Abril de 2020.**

P: A Bastonária

**Luís Filipe Barreira**  
Vice-Presidente do Conselho Diretivo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,30 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

<sup>2</sup>Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 158/2015, de 16 de Setembro.

# CICLO DE WEBINARS COVID-19

27 de Abril - 21 Horas

WEBINAR: COVID-19: AO ENCONTRO DOS EEEMC EM TEMPOS DE "PANDEMIA COVID-19"

Responsáveis pela dinamização: Ana Fonseca | Fernando Macedo

## Programa:

**Moderador:** Helena José

1. Prevenção das lesões por pressão associadas aos Equipamentos de Protecção Individual  
Prelector: Susana Pinto
2. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crónica, com COVID-19:  
- Em contexto hospitalar | Prelector: Ricardo Silva  
- Em contexto comunitário | Prelector: Fátima Ferreira
3. A pessoa com COVID-19 e os exames especiais: Intervenção do EEEMC  
Prelector: Elsa Monteiro

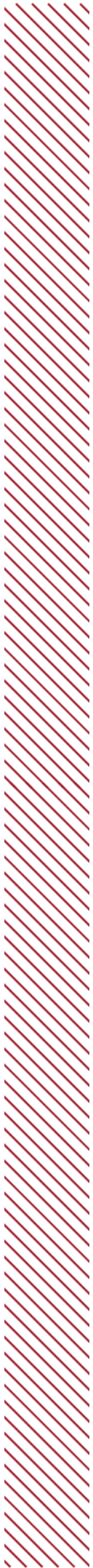
**Destinatários:**  
Enfermeiros

**Organizadores:**  
Mesa do Colégio da  
Especialidade de  
Enfermagem  
Médico-Cirúrgica

**Inscrições:**  
Balcão Único



Ordem dos Enfermeiros  
Contact Center: (+351) 210 138 888  
Email: [mali@ordemenfermeiros.pt](mailto:mali@ordemenfermeiros.pt)  
Avenida Almirante Gago Coutinho, nº 68-B rch  
1700-031 Lisboa



**ANEXO I - Certificado de Participação no Simpósio on-  
line “Atuação em Emergência em Fase de  
Pandemia”**



## CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

**C**ertifica-se que

**CATARINA ISABEL DOS SANTOS CARVALHO**

membro nº 57149 desta Ordem, participou na 16ª sessão Webinar<sup>1</sup> “ACTUAÇÃO EM EMERGÊNCIA EM FASE DE PANDEMIA”, no dia 7 de Maio de 2020, com a duração total de 1 hora, na “Plataforma digital Cisco Webex Events”.

**Lisboa, 7 de Maio de 2020.**

**P<sup>1</sup>ª Bastonária**

**Luís Filipe Barreira**  
Vice-Presidente do Conselho Diretivo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,30 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

<sup>2</sup> Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

# CICLO DE WEBINARS COVID-19

7 de Maio - 21 Horas

WEBINAR: Actuação em Emergência em Fase de Pandemia

Responsáveis pela dinamização: Ana Fonseca | Fernando Macedo

## Programa:

**Moderador:** João Paulo Carvalho

1. Intervenção em emergência em contexto extra-hospitalar  
Prelector: Luís Lopes
2. Intervenção em emergência em contexto intra-hospitalar  
Prelector: Miguel Vaz

**Destinatários:**  
Enfermeiros

**Organizadores:**  
Secção Regional do  
Norte

**Inscrições:**  
Balcão Único



Ordem dos Enfermeiros  
Contact Center: (+351) 210 138 888  
Email: [mail@ordemenfermeiros.pt](mailto:mail@ordemenfermeiros.pt)  
Avenida Almirante Gago Coutinho, nº 68-B r/c  
1700-031 Lisboa