



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À
PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ana Catarina Martins Garrett

ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA
NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS NOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA NOTIFICAÇÃO DE
EVENTOS ADVERSOS NOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

Relatório Final de Estágio

Ana Catarina Martins Garrett

Relatório Final de Estágio apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, sob orientação do Professor Doutor Ricardo Melo.

Oliveira de Azeméis | 2023

“O sucesso é a soma de pequenos esforços - repetidos dia sim, e no outro dia também.”

Robert Collier

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Ricardo Melo, pelo incentivo, exigência e rigor em todo o processo de orientação, e pela sua colaboração e humanismo em todas as fases da realização deste projeto.

Aos contextos da prática clínica onde decorreram os estágios, pelo acolhimento, receptividade e disponibilidade, contribuindo assim para ambientes construtivos do desenvolvimento de competências especializadas.

Um especial agradecimento aos tutores pela partilha de conhecimentos, incentivo à reflexão, disponibilidade e acompanhamento no processo de tutoria e desenvolvimento de competências.

Um agradecimento muito sentido à minha família, eles sabem quem são, por todo o apoio, incentivo e amor ao longo de toda esta jornada, sobretudo nos dias mais difíceis. Um agradecimento especialíssimo às minhas filhas Maria Inês e Constança, que me acompanharam neste percurso de forma compreensiva, carinhosa e incentivadora. Que este percurso lhes sirva de exemplo de como o trabalho, o esforço e a perseverança nos conduzem ao crescimento pessoal e profissional.

Por último, gostaria de agradecer a todos os que se cruzaram comigo e me ajudaram neste caminho e que por ventura não foram aqui mencionados, mas que concerteza o seu contributo foi essencial, a todos eles, o meu muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality
AI - Angina Instável
AO - Assistentes Operacionais
BO - Bloco Operatório
CABG - Coronary Artery Bypass Surgery
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CVC - Catéter Venoso Central
EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio
ECMO - Extra Corporeal Membrane Oxygenation
EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica
ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
FC - Frequência Cardíaca
FEVE - Fração de Ejeção Ventricular Esquerda
FR - Frequência Respiratória
GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção de Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos
HER+ - Health Event & Risk Management
HSOPSC - Hospital Survey on Patient Safety Culture
IC - Insuficiência Cardíaca
ICP - Intervenção Coronária Percutânea
IOM - Institute of Medicine
IV - intravenoso
LA - Linha Arterial
NAS - Nursing Activities Score
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
PA - Pressão Arterial
PAI - Pressão Arterial Invasiva
PAM - Pressão Arterial Média

PBE - Prática Baseada na Evidência
PCR - Paragem Cardiorespiratória
PIC - Pressão Intracraniana
PiCCo - Pulse Contour Cardiac Output
PMCQ - Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade
pp. - páginas
p.p. - pontos percentuais
PSC - Pessoa em Situação Crítica
PVC - Pressão Venosa Central
SAQ - Safety Attitudes Questionnaire
SAV - Suporte Avançado de Vida
SCA - Síndrome Coronária Aguda
SMI - Serviço de Medicina Intensiva
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SpO2 - Saturação periférica de Oxigénio
SU - Serviço de Urgência
TISS 28 - Therapeutic Intervention Scoring System 28
UCI - Unidade de Cuidados Intensivos
UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários
VMI - Ventilação Mecânica Invasiva
VNI - Ventilação Não Invasiva
VPP - Variação de Pressão de Pulso
WHO - World Wealth Organization

RESUMO

Atualmente a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica é pautada por uma maior complexidade e exigência. O aumento da esperança de vida, as comorbilidades e as doenças crónicas, as múltiplas terapêuticas, o avanço da medicina e da tecnologia e o facto de as pessoas serem hoje dotadas de um maior conhecimento, colocam os enfermeiros em cenários complexos, desafiantes e altamente exigentes. Por outro lado, a qualidade e segurança são duas determinantes dos cuidados e constituem uma prioridade para as instituições de saúde a nível mundial.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica possui as competências necessárias para dar resposta às novas exigências dos contextos da prática, implementando intervenções baseadas no melhor e mais atual conhecimento científico. O percurso de desenvolvimento e aquisição de competências é descrito na primeira parte deste relatório e inclui a experiência do estágio de natureza profissional em cuidados intensivos. A descrição das experiências vivenciadas e das intervenções realizadas foram orientadas por uma metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva. Quanto à componente de investigação, foi realizado um estudo de *Scoping Review*, intitulado “Estratégias Promotoras da Notificação de Eventos Adversos nos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica”. A prestação de cuidados não é isenta de riscos e os eventos adversos (EA) são uma realidade. A notificação promove a aprendizagem com o erro e a implementação de medidas corretivas que previnem a sua ocorrência. Os enfermeiros assumem um papel relevante na gestão de risco, por serem os profissionais que prestam cuidados diretos e estão mais tempo em contacto com os doentes. O objetivo definido foi mapear a evidência acerca das estratégias promotoras da notificação de EA nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto de unidade de cuidados intensivos (UCI) e foi utilizada a metodologia proposta por Joana Brigs Institute (JBI). As principais estratégias identificadas foram a formação e treino; a notificação reconhecida como oportunidade de melhoria; a confidencialidade e o anonimato; a cultura não punitiva; sistemas de notificação simples com linguagem padronizada; incentivo e apoio das lideranças, a comunicação aberta; feedback e a implementação de medidas corretivas e a existência de uma cultura de segurança. O estágio e a investigação contribuíram de forma efetiva para o desenvolvimento pessoal e profissional da estudante, com implicações para a prática, no desenvolvimento de projetos e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-Chave: Enfermagem em Cuidados Intensivos; Segurança do doente; Gestão de Risco; Cuidados Intensivos

ABSTRACT

Currently, the provision of nursing care to people in critical situations is characterized by greater complexity and demands. The increase in life expectancy, comorbidities and chronic diseases, multiple therapies, the advancement of medicine and technology and the fact that people today are endowed with greater knowledge, place nurses in complex, challenging and highly demanding scenarios. On the other hand, quality and safety are two determinants of care and constitute a priority for health institutions worldwide.

The nurse specialist in Medical-Surgical Nursing in the Area of Specialization for Critically Ill Patients has the necessary skills to respond to the new demands of practice contexts, implementing interventions based on the best and most current scientific knowledge. The development and acquisition of skills is described in the first part of this report and includes the experience of a professional internship in intensive care units. The description of the experiences and interventions carried out were guided by a descriptive, analytical and critical-reflexive methodology. As for the research component, a Scoping Review study was carried out, entitled "Strategies Promoting the Reporting of Adverse Events in Nursing Care for Critically Ill Patients".

Providing care is not risk-free and adverse events (AEs) are a reality. Reporting promotes learning from errors and the implementation of corrective measures that prevent their occurrence. Nurses play an important role in risk management, as they are the professionals who provide direct care and are in contact with patients the longest. The defined objective was to map the evidence about strategies that promote the reporting of AEs in nursing care for critically ill patients, in the context of intensive care unit (ICU) and the methodology proposed by Joana Brigs Institute (JBI) was used.

The main strategies identified were education and training; reporting recognized as an opportunity for improvement; confidentiality and anonymity; non-punitive culture; simple reporting systems with standardized language; encouragement and support from leaders, open communication; feedback and the implementation of corrective measures and the existence of a safety culture. The internship and research contributed effectively to the student's personal and professional development, with implications for practice, project development and improving the quality of care provided.

Keywords: Critical Care Nursing; Patient Safety; Risk Management; Critical Care

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Estratégia de pesquisa nas bases de dados.....	90
Tabela 2 - Tabela de extração de dados dos estudos incluídos na revisão	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo do queijo suíço de James Reason (2000)	73
Figura 2- Fluxograma de decisão recorrendo à <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i> adaptado à metodologia de <i>scoping review</i> (PRISMA-SCR) (Tricco et al., 2018)	94

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO.....	23
1. Enquadramento dos Contextos de Estágio.....	25
1.1. Estágio no Contexto do Serviço de Medicina Intensiva.....	25
1.2. Estágio no Contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.....	29
2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	31
2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	32
2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	35
2.3. Domínio da Gestão de Cuidados	37
2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	40
3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	43
3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica	43
3.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação	54
3.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas	54
4. Considerações Finais.....	57
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	59
1. Resumo.....	61
2. Abstract	63
3. Fundamentação/ Enquadramento Teórico.....	65
3.1. A Qualidade e a Segurança	65
3.2. Incidentes, Erros e Eventos Adversos	70
3.3. Eventos Adversos em Contexto de Cuidados Intensivos	74

3.4. A Notificação dos Eventos Adversos	77
3.5. O Papel do Enfermeiro na Gestão do Risco e na Promoção da Segurança	83
4. Finalidade e Objetivos	85
5. Metodologia.....	87
5.1. Desenho do Estudo.....	87
5.2. Questão da Scoping Review	88
5.3. Critérios de Inclusão	88
5.4. Estratégia de Pesquisa	89
5.5. Seleção dos Estudos	91
5.6. Extração de Dados	92
5.7. Considerações Éticas.....	92
5.8. Previsão da Disseminação Científica	92
6. Resultados	93
7. Discussão	99
8. Conclusão.....	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS	119
ANEXO I: Objetivos específicos do estágio do SMI	121
ANEXO II: Objetivos específicos do estágio da UCIC.....	125
ANEXO III: Ação de Formação “Notificação de Eventos Adversos”	129
ANEXO IV: Certificado de Participação na VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL de INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE	149
ANEXO V: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral “Impacto dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados de Enfermagem em UCI”	153
ANEXO VI: Tabelas da estratégia de pesquisa completa e respetivos resultados	157

INTRODUÇÃO

A relevância do papel da enfermagem nas organizações de saúde é amplamente reconhecida no sentido em que “Os enfermeiros constituem, na generalidade dos sistemas de saúde, o maior número de profissionais, assumindo a enfermagem uma crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina” (Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho, 2022, p.179).

Atualmente, são vários os fatores, que introduzem crescentes desafios na prestação de cuidados de enfermagem. A nível mundial a esperança média de vida à nascença aumentou de 67 anos em 2000, para 73 anos em 2019, em Portugal o aumento foi ainda mais significativo, tendo escalado para os 81,6 anos (World Health Organization [WHO], 2023a). A par do envelhecimento da população e conseqüente aumento das comorbilidades, verifica-se um aumento das doenças crónicas. Em Portugal a tendência mantém-se, tendo este tipo de doenças afetado “43,9% da população com 16 ou mais anos em 2021, mais 0,7 p.p. do que em 2020 e mais 2,7 p.p. do que em 2019.” (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022, p.1).

Por outro lado, o avanço tecnológico da medicina determina a implementação de protocolos terapêuticos mais complexos e o domínio da mais alta tecnologia, o que exige um acréscimo de competências por parte dos profissionais de saúde.

Neste contexto, a segurança e a qualidade dos cuidados são um imperativo da prática, emergindo a necessidade de investimento na formação especializada dos enfermeiros. A experiência profissional aliada à formação contínua, constituem um diáde fundamental no processo qualificação e desenvolvimento da profissão de enfermagem.

É assente nesta conjetura que:

“A enfermagem enquanto profissão tem evoluído no sentido de responder às progressivas necessidades de cuidados e dos diferentes contextos de atuação, assumindo uma complexificação crescente de conhecimentos, práticas e locais de trabalho, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro especialista e enquanto elemento da equipa multidisciplinar e multiprofissional de saúde.”(Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho, 2022, p. 179).

Noutra perspetiva, a existência de um espírito inquieto e um pensamento inovador, caracterizam aqueles que querem dar à enfermagem o reconhecimento de uma profissão

baseada no rigor científico, na prática baseada na melhor evidência e no contributo efetivo de ganhos em saúde para os doentes.

É no enquadramento do desenvolvimento de competências especializadas que surge o presente relatório final de estágio, realizado no âmbito da unidade curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II, integrada no plano de estudos do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP) (Despacho n.º11688/2020 de 25 de novembro, 2020).

A referida unidade curricular, decorreu no 2º ano letivo, 3º semestre, e teve uma carga horária total de 810 horas, das quais 440 foram definidas como horas de contacto, na tipologia de estágio, em contextos da prática clínica.

O estágio foi dividido em dois momentos, cada um com a duração de 220 horas. O primeiro momento de estágio decorreu no período de 4 de Outubro a 9 de Dezembro de 2022, num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e o segundo momento decorreu de 12 de Dezembro de 2022 a 8 de Março de 2023, numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), de um centro hospitalar da região centro. Deste modo,

“O estágio de natureza profissional será uma experiência de formação prática/clínica orientada por objetivos de nível avançado que deve demonstrar a aquisição de elevadas competências de juízo crítico, de planeamento e de decisão em situações complexas na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crítica, com componente de investigação e apresentado num relatório final” (ESSNorteCV, 2022, p.3)

A avaliação desta unidade curricular possui uma componente prática, realizada em contexto de estágio, e uma componente de investigação, desenvolvida pela estudante, sendo todo o percurso de aprendizagem apresentado neste relatório final de estágio.

A pessoa em situação crítica (PSC) dispõe atualmente de um conjunto de técnicas de substituição das funções vitais, capazes de reverter com sucesso significativo, quadros de disfunção multiorgânica graves. Não obstante, estes ambientes mais complexos e tecnológicos não são isentos de riscos e, por isso, a segurança na prestação de cuidados é uma preocupação crescente das organizações de saúde.

A análise e gestão de incidentes de segurança promovem a aprendizagem a partir do erro, potenciando a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde, sendo que para tal é necessário promover uma cultura de notificação, baseada numa perspetiva de oportunidades de melhoria e não punitiva. A notificação dos EA é uma questão geradora de inquietação e

preocupação na estudante, é um aspeto muito relevante da prática e o seu potencial de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, justificam o investimento e o desenvolvimento nesta área.

Em ambos os contextos de estágio foi integrada a problemática da segurança do doente e a necessidade de deixar um contributo neste âmbito. Por isso, a componente de investigação incidiu no domínio da notificação dos EA, que ocorrem no contexto de cuidados à PSC.

O processo de desenvolvimento e aquisição de competências foi sustentado no regulamento de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019) e no regulamento de competências específicas do EEEMC – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Este processo também enquadrou as competências definidas para o grau de mestre no Decreto-Lei n.º 65/2018, que refere que o enfermeiro deve aprofundar conhecimentos, desenvolver a capacidade de compreensão e emissão de juízos, a um nível avançado que lhe permita a resolução de problemas que embora integrem a sua área de estudo, constituem novos desafios em contextos complexos. Na tomada de decisão, deve ter em conta os princípios éticos e a responsabilidade social, deve ainda ser capaz de desenvolver investigação e comunicar resultados e conclusões a todos os indivíduos especialistas ou não, de forma clara e inequívoca e o processo de aprendizagem deve ser conduzido de forma autónoma (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018).

Em cada um dos estágios foram definidos pela estudante um conjunto de objetivos específicos (Anexos 1 e 2), posteriormente aferidos pelos enfermeiros tutores e pelo docente orientador da escola.

Este relatório é composto pela introdução e três capítulos. Da introdução constam o enquadramento, a finalidade, a estrutura e metodologia do relatório. No primeiro capítulo incluem-se os relatórios de desenvolvimento de competências especializadas efetuados no final de cada estágio, onde consta a caracterização e funcionamento dos respetivos serviços e a análise crítica-reflexiva acerca do desempenho da estudante, tendo em conta os objetivos específicos definidos e o processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

O segundo capítulo reporta-se ao trabalho de investigação, foi efetuado um estudo de *Scoping Review* cuja questão de investigação foi: Quais as estratégias promotoras da notificação de EA nos cuidados de enfermagem à PSC, em contexto de UCI?

O terceiro e último capítulo, são as considerações finais onde é efetuada uma síntese global do processo de aprendizagem, o contributo deste para o desenvolvimento pessoal e profissional da estudante, as implicações para a prática, as limitações deste percurso e as perspetivas futuras.

Neste relatório, foi utilizada a metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva com o objetivo de descrever e evidenciar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, no cuidado à PSC.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos Contextos de Estágio

Neste primeiro capítulo, pretendeu-se efetuar um breve enquadramento do contexto de cada um dos locais estágio ocorridos em contexto de cuidados intensivos, SMI e UCIC. Esta caracterização dos contextos, visa permitir uma melhor compreensão do processo de aquisição e desenvolvimento de competências efetuado pela estudante. Ambos os serviços integram um centro hospitalar que presta a sua atividade assistencial, na zona centro do país.

1.1. *Estágio no Contexto do Serviço de Medicina Intensiva*

Os cuidados intensivos são uma área altamente diferenciada da prestação de cuidados, pelo que é fundamental fornecer uma perspetiva da sua evolução e definir alguns conceitos que facilitam a contextualização de ambos os contextos.

A Medicina Intensiva é “uma área sistémica e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s).” (Paiva et al., 2016, p.7).

As UCI surgiram em Portugal nos finais da década de 50 e só em 1989 o Ministério da Saúde regulamentou a formação médica em cuidados intensivos através do Despacho n.º 276/1989 de 28 de julho (Paiva et al., 2016).

Em 2003, a Direção-Geral da Saúde (DGS) publicou um documento sobre a arquitetura da rede de referenciação na área da Medicina Intensiva intitulado: “Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003) e em 2013 a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) elaborou o documento “Recomendações Técnicas para Instalações de Unidades de Cuidados Intensivos” (ACSS, 2013).

No contexto europeu foram definidos três níveis de UCI com base no nível de cuidados, nas técnicas utilizadas e nas valências disponíveis. Assim a unidade de nível I possui “basicamente, a monitorização, normalmente não invasiva ou minimamente invasiva de doentes em risco de desenvolver disfunção/falência de órgão” (Penedo et al., 2013, p.58), e

“Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outras Unidades de nível superior” (Penedo et al., 2013, p.58). A unidade de nível II possui a

“capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular), pelo que deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica. Tendem, nos últimos anos, a serem fundidas funcionalmente – ou trabalharem integradas – em UCI de nível III.” (Penedo et al., 2013, p.58).

A unidade de nível III equivalem aos SMI/UCI,

“devem ter, preferencialmente quadros próprios ou pelo menos equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica, necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos. Deve constituir o Serviço ou Unidade exigida aos hospitais com Urgência Polivalente.” (Penedo et al., 2013, p.58).

Assim, as unidades de nível II “devem ser destinadas a doentes que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva” (Paiva et al., 2016, p.8) e as unidades de nível III “devem ser destinadas a doentes com duas ou mais disfunções agudas de órgãos vitais, potencialmente ameaçadoras da vida e, portanto, necessitando de duas ou mais formas de suporte orgânico” (Paiva et al., 2016, p.8).

Ao longo dos tempos as UCI foram evoluindo para SMI, que são compostos por várias UCI com camas de nível II e III. A missão dos SMI passa não só pela gestão do doente crítico dentro das UCI, como também nas salas de emergência dos serviços de urgência (SU), nos internamentos através das equipas de emergência intra-hospitalar e na realização de consultadoria.

O SMI onde foi realizado o estágio dispõe atualmente de uma lotação de 14 camas, divididas fisicamente em dois *openspace*, um deles possui 8 camas de nível III e o outro 6 camas de nível II. Nesta lotação, estão incluídos 2 quartos de isolamento. Toda a unidade encontra-se em sistema de pressão negativa, sendo que nos quartos de isolamento existe a possibilidade de pressões negativas e positivas.

A nível da restante estrutura física, dispõe ainda das seguintes áreas de apoio à prestação de cuidados: área de armazenamento e preparação de medicação; balcão central composto por uma área administrativa e uma central de monitorização, onde são disponibilizados os dados de monitorização em tempo real e imagens de videovigilância dos doentes que se encontram nos isolamentos.

Dispõe ainda de duas áreas de sujos, onde se procede à limpeza e desinfeção de materiais e equipamentos; instalações sanitárias para utilização dos doentes; uma sala técnica onde está armazenado diverso material como: monitores e respetivos consumíveis, bombas e seringas perfusoras, ventiladores portáteis, dispositivos de oxigenoterapia de alto fluxo, equipamento para realização de técnicas de substituição renal, colchões de pressão alterna, material de enfermagem de reabilitação, entre outros. Existe ainda, uma sala onde é armazenado o material clínico, sendo a sua reposição efetuada pelo serviço de aprovisionamento, duas vezes por semana. Possui também, uma rouparia e uma sala de solutos utilizados nas técnicas de substituição renal.

Para além das áreas referidas anteriormente, o serviço dispõe ainda de dois gabinetes médicos; o gabinete do enfermeiro gestor; instalações sanitárias, copa e vestiários para utilização dos funcionários; zona de transferência de doentes; área da receção dos familiares/visitas; o secretariado clínico e uma sala de reuniões.

Apesar de o serviço estar dividido em duas áreas, uma para alocação de doentes de nível II e outra de nível III, todas as unidades encontram-se equipadas da mesma forma. Assim, cada unidade dispõe um ventilador e de um monitor com possibilidade de traçado eletrocardiográfico, pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), saturação periférica de oxigénio (SpO₂), frequência respiratória (FR) e temperatura. O mesmo monitor disponibiliza os dados de avaliação de pressões invasivas tais como: a pressão venosa central (PVC), a pressão arterial invasiva (PAI), a pressão intracraniana (PIC), a variação de pressão de pulso (VPP), a pressão da artéria pulmonar através do catéter de Swan-Ganz e a PiCCo (Pulse Contour Cardiac Output).

Da composição da unidade, fazem parte uma cama elétrica com grades laterais e secção amovível de cabeceira e pés, com possibilidade de avaliação do peso corporal, uma rampa com cinco bombas e cinco seringas perfusoras, rampas de vácuo e oxigénio, um armário com material de apoio, um computador, um cadeirão e uma mesa de apoio.

Em todas as unidades existe uma quantidade pré-definida de material clínico, de uso diário, cuja reposição está a cargo das assistentes operacionais (AO), e cujos níveis estão definidos numa *checklist*. Existem também dois carros de procedimentos, dois carros de

emergência, um carro de via área difícil, um ecógrafo, uma máquina de gasimetrias e um videolaringoscópio.

O processo de admissão dos doentes obedece a alguns critérios e é efetuado após avaliação do médico intensivista. Os doentes podem ser provenientes do SU, bloco operatório (BO) ou serviços de internamento e podem receber alta para o internamento e posteriormente, para o domicílio ou outras instituições.

A equipa do SMI é multidisciplinar. A equipa médica é constituída por médicos intensivistas que exercem funções em regime de presença física 24h/dia, sendo que um dos elementos escalados dá apoio à sala de emergência do SU. A equipa de enfermagem é composta por 40 enfermeiros, incluindo o enfermeiro gestor e 15 enfermeiros especialistas. Os SMI/UCI devem ser dotados de profissionais qualificados para desempenhar funções nestes contextos (ACSS, 2013). Os enfermeiros que prestam cuidados à PSC devem possuir não só experiência, mas também formação complementar nesta área. Neste sentido “A formação específica e especializada é justificada pela crescente complexidade dos equipamentos, técnicas e procedimentos disponibilizados por estes serviços/unidades.” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p.2)

O EEEMC na Área de Especialização em Enfermagem à PSC detêm assim um conjunto de competências essenciais para uma abordagem global e integrada do doente crítico. O Regulamento n.º 743/2019 que aprova a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem preconiza que 50% das equipas das UCI, devem ser compostas por EEEMC, de preferência na Área de Especialização de Enfermagem à PSC e que estes devem estar em regime de permanência de 24h, devendo atender-se à mesma regra em cada turno (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019).

A maioria dos enfermeiros trabalha em regime de *roulment* em turnos de 12,5 horas. Existe ainda a equipa das AO e uma secretária clínica. A equipa de enfermagem de reabilitação do centro hospitalar, tem escalados dois elementos de segunda a sábado, para o cumprimento dos planos de reabilitação funcional.

Por turno estão escalados 6 enfermeiros na prestação de cuidados e 1 enfermeiro coordenador. No turno da manhã está também presente o enfermeiro gestor, ou na sua ausência, o seu legal substituto. O enfermeiro coordenador para além de outras atividades, é responsável por efetuar a distribuição dos doentes com base no *Simplified Therapeutic Intervention Scoring System 28* (TISS 28) um instrumento que tem sido utilizado para avaliar a gravidade da doença e a carga de trabalho de enfermagem em UCI (Padilha et al., 2007) e encontra-se validado para a população portuguesa (Moreno & Morais, 1997).

Este instrumento foi desenvolvido por Cullen e seus colaboradores em 1974, e foi sendo sujeito a diversas modificações, no sentido de simplificar e otimizar a sua aplicação. Na prática, este serve para quantificar o trabalho de enfermagem com base na avaliação de vários itens relacionados com os cuidados ao doente tais como: atividades básicas, suportes respiratório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e outras intervenções específicas.

Assim “A aplicação do TISS 28 na UCI permite classificar os doentes em 4 classes (classes de Cullen) através do somatório dos pontos atribuídos às actividades de enfermagem.” (Baltazar, 2000, sem página).

1.2. Estágio no Contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

A UCIC onde foi realizado o estágio encontra-se integrada num serviço de Cardiologia. No serviço de internamento de Cardiologia são prestados cuidados ao doente com patologia do foro cardíaco agudizada com possibilidade de monitorização não invasiva. Na UCIC são prestados cuidados diferenciados à PSC, com necessidade de vigilância hemodinâmica contínua.

A estrutura assistencial do serviço de Cardiologia conta ainda com um Hospital de Dia onde são efetuados procedimentos de arritmologia, nomeadamente a cardioversão elétrica, tratamentos para a Insuficiência Cardíaca (IC), telemonitorização de doente com IC ou após Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), consulta externa com várias valências no âmbito desta especialidade e apoio à urgência .

O serviço dispõe ainda da valência de exames de complementares de diagnóstico na área da ecocardiografia e doppler cardíaco e laboratório de electrocardiografia onde são efetuados eletrocardiograma (ECG) convencional, registo de holter, provas de esforço, monitorização ambulatória de pressão arterial entre outros.

Existe também a Unidade de Pacing e Arritmologia onde são implantados diversos dispositivos como pacemakers definitivos (PMD), cardiodesfibrilhadores (CDI), dispositivos de ressincronização ventricular (CRT) ou registadores de eventos, bem como outros procedimentos que lhes estão associados.

As patologias mais frequentes dos doentes admitidos na UCIC são os síndromes coronários agudos (SCA), as arritmias com compromisso hemodinâmico, os quadros de IC agudizada, as doenças valvulares e as infeções. Todas as unidades estão dotadas de

equipamento que permite a monitorização invasiva e não invasiva, existindo a possibilidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) embora não seja muito frequente, sendo mais comum a ventilação não invasiva (VNI).

A equipa médica do serviço de Cardiologia é composta por 12 especialistas e 3 internos. A UCIC dispõe de médico em regime de presença física 24h, 7 dias por semana. A equipa de enfermagem do serviço de Cardiologia é constituída por 28 enfermeiros, incluindo a enfermeira gestora e conta com 8 EEEMC. Estes elementos são escalados nas várias áreas funcionais do serviço (internamento de Cardiologia, UCIC, Unidade de Pacing e Arritmologia e Hospital de Dia) através de um plano de trabalho semanal.

A maioria dos elementos trabalha em regime de *roulment*, em turnos de 12,5h. Na UCIC estão escalados por turno, 2 enfermeiros e o método de trabalho instituído é o individual, embora haja entreaajuda entre os elementos. As transferências inter-hospitalares são asseguradas pelos elementos escalados para o serviço de internamento de Cardiologia.

Do ponto de vista estrutural, o serviço de internamento de Cardiologia dispõe de 12 camas e a UCIC é composta por um openspace com 5 camas, uma central de telemetria e uma zona de apoio à prestação de cuidados, onde é efetuado o armazenamento de material e a preparação de medicação.

A zona de sujos/sala de despejos, a zona de descontaminação de equipamentos e materiais, os WC para utilização dos doentes e profissionais, gabinetes médicos, armazém clínico, copa e secretariado são espaços partilhados pela UCIC e pelo serviço de internamento de Cardiologia.

Os doentes internados na UCIC e internamento de Cardiologia dispõem de enfermeiro de reabilitação funcional para dar cumprimento aos planos de reabilitação cardíaca.

2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Neste segundo capítulo foi efetuada uma breve descrição das experiências vivenciadas ao longo do estágio, acompanhada de uma análise crítica e reflexiva sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

A realização de um estágio de especialização em Enfermagem permite a vivência de novas experiências e aprendizagens em contextos inovadores da prática clínica, bem como o desenvolvimento do pensamento crítico reflexivo. De acordo com Peixoto & Peixoto o pensamento crítico é composto por três elementos chave:

“a habilidade intelectual que o indivíduo possui para procurar, identificar e desafiar premissas do raciocínio que considera relevantes para a tomada de decisão; a capacidade para conjugar a experiência, o conhecimento e o raciocínio na identificação e exploração de quadros alternativos de referência tendo em conta o contexto, e uma componente atitudinal, que incorpora os domínios afetivos, capaz de influenciar o pensamento lógico, situacional e intencional” (Peixoto & Peixoto, 2017, p.136).

O percurso efetuado neste estágio está alicerçado no modelo teórico de Patrícia Benner “De Iniciado a Perito” que, sendo um modelo de aquisição de competências, reflete o percurso do desenvolvimento das aprendizagens (Benner, 2001). Segundo a autora “O Modelo de Dreyfus (Dreyfus & Dreyfus,1980; Dreyfus,1981) estabelece que, na aquisição e desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (Benner, 2001, p.43).

Deste modo, a perícia clínica desenvolve-se a partir dos conhecimentos teóricos, mas também da experiência clínica que se obtém ao vivenciar uma grande multiplicidade de situações durante a prestação de cuidados. Por conseguinte, a autora refere que:

“A enfermeira perita já não se apoia num princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende agora, de maneira intuitiva cada situação e aprende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p.58).

Neste sentido, “o estudo de Benner foi determinante para reconhecer o valor e a natureza da prática perita e o seu impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem.” (Cunha, 2017, p.28).

A vivência de desafios da prática, constitui um momento privilegiado que permite ao enfermeiro desenvolver a capacidade de reflexão sobre a ação. Porém, a realização de estágios no contexto do curso de mestrado, exige que o enfermeiro desenvolva competências especializadas e avançadas, demonstrando autonomia e envolvimento no processo de aprendizagem, na procura de experiências e na aquisição de conhecimentos.

Cuidados de enfermagem especializados, pressupõem a prestação de cuidados de qualidade, pelo que a OE criou o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à PSC.

Estes padrões pretendem ser referenciais da prática e encontram-se divididos em sete categorias: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados e a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (OE, 2011).

De facto, o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4744). Os enfermeiros especialistas, são detentores de um conjunto de competências comuns, que se aplicam a qualquer contexto da prática, mas também possuem competências específicas, aplicáveis a uma área específica de intervenção. O artigo 3º do Regulamento n.º 140/2019 faz precisamente essa distinção, entendendo-se por competências comuns:

“as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4745).

Seguidamente, daremos início à descrição e análise crítica e reflexiva das experiências de estágio de acordo com os domínios das competências comuns.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Durante a prestação de cuidados especializados de enfermagem nos dois contextos de estágio, foram aplicados os princípios éticos da beneficência e não-maleficência, justiça, autonomia, respeito, dignidade e liberdade.

Dada a fragilidade da pessoa que vivencia uma situação de doença crítica, é fundamental que estes princípios estejam integrados em cada ato ou procedimento de enfermagem, na tomada de decisão e na capacidade de zelar pelo superior interesse do outro.

Assim, no exercício da profissão "os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos" (Decreto Lei n.º 161/1996 de 4 de setembro, 1996, p.2961).

Relativamente ao contexto dos cuidados intensivos, a maioria dos doentes estão sedados e ventilados, estando temporariamente impedidos de exercer a sua autonomia, a sua liberdade ou decidir sobre si próprios, pelo que se torna ainda mais relevante o respeito e o cumprimento dos princípios éticos, no desenrolar de todo o processo terapêutico.

No que diz respeito aos doentes que não se encontravam nestas condições, foi permitido à estudante participar em alguns processos de tomada de decisão, em que as intervenções foram definidas em parceria com os próprios doentes e em articulação com a equipa médica. Houve uma situação em particular, de um doente jovem, com um quadro de insuficiência respiratória grave no contexto de uma patologia neurodegenerativa, que estava muito renitente aos cuidados numa fase pós extubação.

A estratégia da equipa multidisciplinar passou por uma negociação constante com o doente, privilegiando a sua participação e tomada de decisão em alguns cuidados, respeitando os seus tempos, promovendo a capacitação para a gestão da doença, assegurando desta forma o respeito pela autonomia. Uma autonomia no sentido do doente poder decidir sobre o que afeta a própria vida, isto é, "o reconhecimento da autonomia de cada um para traçar os próprios planos de vida"(OE, 2007a, p.2).

Ao longo do percurso de estágio, existiram outras situações em que a estudante pode participar em processos de tomada de decisão, tendo em conta os princípios éticos, envolvendo a equipa multidisciplinar, nomeadamente, na participação em testes de morte cerebral e na avaliação da implementação de algumas intervenções de enfermagem.

Por outro lado, quer no SMI quer na UCIC e sempre que foi oportuno, a estudante suscitou a reflexão sobre os processos de tomada de decisão e promoveu a partilha dos mesmos, principalmente no momento da passagem de turno e transição de cuidados.

Foram também assegurados o direito à informação ao doente e familiar de referência, a informação transmitida foi maioritariamente relacionada com os cuidados de enfermagem, uma vez que a transmissão da informação clínica é efetuada pela equipa médica.

Contudo, no contexto da UCIC o enfermeiro tem um papel preponderante no que diz respeito aos ensinamentos e capacitação, sobretudo no doente com EAM. Assim que o doente está estabilizado, o enfermeiro determina o momento oportuno, para efetuar a explicação sobre o mecanismo de oclusão do vaso, o tratamento que foi efetuado, a gestão da doença e prevenção dos fatores de risco. Isto é, para além de assegurar o direito à informação, o enfermeiro assume um papel dinamizador na capacitação do doente para a gestão da doença, facilitando assim o processo de transição saúde-doença.

Quanto à confidencialidade e proteção dos dados na forma escrita ou oral, a passagem de turno em ambos os contextos de estágio foi efetuada em locais que asseguraram estes aspetos.

No SMI para a transmissão da informação escrita é usado um impresso próprio criado pela equipa de enfermagem. Os registos e o processo de enfermagem são efetuados no programa PICIS (Picis Clinical Solutions, 2022), um *software* de gestão de cuidados intensivos que permite a instituição de protocolos e a interoperabilidade com outros dispositivos (ventiladores e monitores) permitindo a consulta de dados num único dispositivo.

Por outro lado, na UCIC o processo de enfermagem e os registos são efetuados no sistema S-Clínico, baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Quanto à transmissão da informação escrita, é utilizada uma solução informática interna que permite a impressão em papel e que contém dados e algumas intervenções que foram consideradas pertinentes no apoio à prestação de cuidados. A comunicação da informação na transição de cuidados obedece à norma ISBAR (Norma 001/2017 de 8 de fevereiro, 2017).

No que respeita à privacidade, esta foi assegurada através de biombo e estores elétricos no SMI ou cortinas na UCIC, estando cada uma das unidades individualizada e com dimensões adequadas à disposição de equipamentos e prestação de cuidados segura.

O desempenho da estudante teve ainda em conta os valores universais do artigo 78º do Código Deontológico dos Enfermeiros: “a) A igualdade; b) A liberdade responsável com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) A verdade e a justiça; d) O altruísmo e a solidariedade; e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.” (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009, p. 6547) bem como os princípios orientadores como: “a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.” (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, 2009, p.6547).

Quanto à segurança dos cuidados, foi sempre adotada uma conduta antecipatória na prevenção de práticas de risco, no entanto, a prática não é totalmente isenta dos mesmos. Neste sentido, a estudante manteve a linha orientadora delineada para o seu projeto de

investigação. Este está relacionado com a segurança do doente e a revelância da notificação de EA na PSC, pelo que foi efetuada uma ação de formação no contexto do SMI intitulada “Notificação de Eventos Adversos”. Esta teve como objetivo sensibilizar a equipa para esta problemática e apresentar o sistema de notificação interno o HER+ (Health Event & Risk Managment, 2022) e o sistema de notificação da DGS, o NOTIFICA (Anexo 3).

Ao longo dos dois momentos do estágio a estudante apresentou um elevado sentido de responsabilidade, dando cumprimento ao esperado quanto ao desenvolvimento de competências neste domínio.

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria da qualidade é uma questão relevante para as instituições prestadoras de cuidados de saúde. A qualidade em saúde é multidimensional, assumindo diferentes perspetivas de acordo com intervenientes no processo e insere-se no âmbito da governação clínica. Neste contexto, os autores consideram que:

“para os utentes é importante ser bem assistido em condições de conforto e segurança. Para os profissionais de saúde, o objetivo é reduzir os erros e melhorar práticas. Para os administradores hospitalares a qualidade consiste no cumprimento das metas assistenciais e gestão racionalizada (...) Para os políticos, está relacionada com a boa imagem dos serviços de saúde, existência de equipamentos sofisticados e o bom acolhimento dos doentes” (Fernandes & Lourenço cit por Fradique & Mendes, 2013, p. 47).

A nível nacional, a DGS divulga de cinco em cinco anos a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, sendo que a última foi implementada entre 2015 e 2020. A sua principal missão é “potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.” (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, 2015, p.13552). Este plano define como prioridades de atuação estratégica:

“a) Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições; b) Melhoria da qualidade clínica e organizacional; c) Aumento da adesão a normas de orientação clínica; d) Reforço da segurança dos doentes; e) Reforço da investigação clínica; f) Monitorização permanente da qualidade e segurança; g) Divulgação de dados comparáveis de desempenho; h) Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde; i) Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.” (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, 2015, p.13552).

Nesta perspetiva a “qualidade em enfermagem exige reflexão sobre a prática, de modo a definir objetivos do serviço que se vai prestar, e delinear as estratégias possíveis para que esses objetivos sejam atingidos” (Fradique & Mendes, 2013, p.47).

Em 2001, a O.E. definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem como forma de promover a qualidade dos cuidados e definir e dar a conhecer o papel do enfermeiro perante a sociedade (OE, 2012).

Os projetos de melhoria contínua da qualidade (PMCO) são também uma ótima ferramenta de trabalho neste âmbito, permitindo a identificação de problemas da prática, a implementação de estratégias e medidas corretivas, bem como a avaliação dos resultados (OE, 2013). Este tipo de projeto não foi possível de aplicar no decorrer do estágio, uma vez que é um processo que exige um período de conceção, implementação, monitorização e melhoria prolongado.

O desenvolvimento de competências especializadas neste domínio prevê que o enfermeiro detenha conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade, conhecendo as orientações a nível nacional, as diretrizes emanadas pelas entidades que regulam a profissão e também as que dizem respeito ao contexto de estágio. Por conseguinte, a estudante procurou deter esses conhecimentos, promoveu a sua divulgação de forma informal no seio da equipa e promoveu a incorporação dos mesmos durante a prestação de cuidados.

A segurança nos cuidados é também sinónimo de qualidade dos mesmos. Com o objetivo de garantir um ambiente seguro, o enfermeiro especialista “fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4748).

Neste âmbito, e como já foi referido, a estudante realizou no SMI uma ação de formação em serviço, sobre a importância da notificação dos EA no contexto da PSC, como forma de aprendizagem com o erro e implementação de estratégias de melhoria.

No decorrer da sessão foram identificadas oportunidades de melhoria neste processo, a partir da apresentação do sistema interno de notificação de incidentes de segurança HER+ (*Health Event & Risk Management*) (Recursos, Ideias e Soluções Informáticas, 2022). A realização desta ação de formação permitiu o atingimento do objetivo específico definido para o estágio no SMI, que visava a identificação de uma necessidade formativa do serviço em determinada área temática e a realização de um poster, instrução de trabalho ou ação de formação em serviço.

No segundo momento de estágio, a estudante teve a oportunidade de acompanhar a implementação do processo de acreditação do serviço de Cardiologia/UCIC, segundo o

modelo de certificação oficial do Ministério da Saúde, o Modelo de Acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).

Este é um modelo adaptado ao contexto português e “baseia-se num processo através do qual se verifica e reconhece de que forma os cuidados de saúde prestados aos cidadãos estão de acordo com os padrões de qualidade nacionais e internacionais, aplicáveis às diversas tipologias de unidades de saúde, e com os eixos prioritários da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.” (DGS, 2016, p. 11).

Assim “tem como objetivo favorecer e impulsionar a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados ao cidadão no Serviço Nacional de Saúde, na vertente clínica, de relacionamento com o cidadão, organizacional, processual, de desenvolvimento profissional e da formação contínua.” (DGS, 2016, p.11).

Neste âmbito, a estudante pode observar um dia de auditoria interna prévia para a identificação de oportunidades de melhoria, de efetuar o acolhimento do doente com base numa instrução de trabalho, que prevê o fornecimento de um guia de acolhimento no momento da admissão e de participar na otimização do processo de gestão da medicação, entre outros.

Ainda neste contexto, a estudante pode desenvolver uma instrução de trabalho sobre a manutenção das soluções de higienização das mãos, em articulação com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). Nela constam, as orientações sobre esta temática, uma folha de registo da execução de procedimentos que dão cumprimento à instrução de trabalho e uma grelha de auditoria para avaliar a sua implementação e cumprimento.

O documento seguiu para apreciação pelo departamento da qualidade e à data do final do estágio ainda não se encontrava aprovado. Posteriormente, foi aprovado e efetuada a sua divulgação no serviço e na instituição.

A elaboração desta instrução de trabalho, permitiu à estudante dar cumprimento a um dos objetivos específicos definidos para o estágio da UCIC que visava o desenvolvimento de competências do domínio da melhoria contínua da qualidade através da realização de um procedimento, instrução de trabalho ou guia orientador de boas práticas, tendo em conta as necessidades do serviço (Anexo 2).

2.3. *Domínio da Gestão de Cuidados*

Quanto a este domínio o Regulamento n.º 140/2019 explana que o enfermeiro especialista “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019,

p.4748). Durante o estágio, a estudante efetuou a gestão de cuidados à PSC em contexto de SMI e UCIC, baseada em evidência científica, articulando-se com a equipa multidisciplinar, promovendo uma resposta otimizada da equipa de enfermagem.

No contexto do SMI este foi um processo gradual, inicialmente muito apoiado pelas enfermeiras tutoras. Apesar do contexto profissional da estudante ser um serviço de internamento, os cuidados intensivos são de um nível mais diferenciado, o que inicialmente gerou alguma insegurança, que foi sendo ultrapassada com a prática clínica apoiada no pensamento crítico-reflexivo.

A estudante pôde experienciar que cuidar da PSC exige do enfermeiro a capacidade de responder prontamente em caso de instabilidade, e em simultâneo a capacidade de ser eficiente e gerir os recursos disponíveis, tendo sido esta uma competência desenvolvida ao longo deste estágio.

A experiência prévia no SMI favoreceu o processo de integração na UCIC, uma vez que a estudante estava mais familiarizada com as técnicas invasivas, terapêuticas e modalidades de monitorização. O desenvolvimento desta competência foi muito trabalhado ao longo dos estágios e considera-se em grande parte adquirida.

No âmbito deste domínio houve também a oportunidade de delegar tarefas em elementos da equipa das AO e avaliar a execução das mesmas. Ficou claro, que também estes profissionais tem um papel diferenciador em cuidados intensivos, de destacar as noções bem sedimentadas dos cuidados ao doente crítico, dos circuitos e do rigor no processo de higienização e desinfeção da unidade do doente.

No que respeita à competência “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4748) a estudante pode desenvolvê-la em ambos os contextos de estágio. No SMI, a gestão do serviço é efetuada pelo enfermeiro gestor com apoio de um segundo elemento. Durante o estágio, a estudante teve oportunidade de acompanhar uma das enfermeiras tutoras no exercício de funções de coordenação. Foi possível colaborar no processo de distribuição dos doentes pelos enfermeiros efetuado de acordo com a TISS 28, na realização de pedidos de medicação à farmácia, controlo de estupefacientes, pedidos de reparação de equipamentos, apoio à prestação de cuidados na admissão de doentes ou colaboração em procedimentos mais complexos, bem como no estabelecimento de contacto com outros serviços para orientação da alta do doente.

No SMI, o enfermeiro que fica escalado para a coordenação, efetua o registo do seu turno em formato digital e a passagem de turno é iniciada por este, fornecendo um panorama geral

do serviço, efetuando um breve resumo acerca de cada doente e transmitindo informação relativa à coordenação.

Na UCIC a enfermeira gestora coordena as várias valências do serviço de Cardiologia, onde se insere a unidade e dispõe de um segundo elemento que faz assessoria. Em cada turno, está escalado um enfermeiro coordenador que efetua a verificação dos estupefacientes, controla o envio do material para a esterelização, efetua, se necessário, ajustes nos planos de trabalho, de acordo com as necessidades de cuidados e é a quem cabe a tomada de decisão em situações problema na ausência do enfermeiro gestor.

Pelo exposto, o enfermeiro especialista é um elemento crucial no exercício de funções de coordenação na medida em que possui uma perspetiva global dos cuidados, detém o conhecimento especializado e avançado sobre o doente crítico, prevenindo e antecipando complicações. Por outro lado, as competências que detém na gestão dos cuidados permitem-lhe efetuar uma distribuição dos elementos de acordo com instrumentos de avaliação da carga de trabalho, cientificamente validados. Frequentemente, é reconhecido como um perito e realiza consultadoria no seio da equipa, prestando apoio e orientação em procedimentos mais complexos. É neste contexto que “As enfermeiras peritas não são difíceis reconhecer porque, muitas vezes, dão opiniões clínicas ou gerem situações complexas de uma maneira notável” (Benner, 2001, p.60).

Em ambos os contextos, a estudante pode desenvolver aprendizagens significativas na ótica da gestão de recursos materiais, através de exemplos tais como: a reposição de material efetuada por níveis ou armazém avançado, a preocupação constante das equipas com a gestão eficiente dos recursos materiais, o cumprimento do sistema *first-in first-out* na utilização do material, ou o uso dos fármacos com as validades mais recentes, devidamente assinaladas.

No SMI pôde verificar a existência de uma checklist de material que está na unidade do doente e que foi sendo alvo de alterações ao longo do estágio, de acordo com o *feedback* da equipa de enfermagem. Existe inclusive um grupo de trabalho sobre a unidade do doente, onde estão inseridos enfermeiros especialistas. A existência deste grupo de trabalho insere-se num projeto do serviço que pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da criação de vários grupos de trabalho que dinamizam as várias áreas da prática clínica.

Com a reestruturação do serviço, a composição e organização da unidade do doente têm vindo a ser otimizadas. Esta estratégia, visa a disponibilidade do material necessário para realizar os procedimentos, de forma eficiente com vista à obtenção dos resultados esperados,

mas também visa uma utilização criteriosa dos materiais, evitando o desperdício. Na UCIC, o processo de certificação também integra estes aspetos de uma forma dinâmica, envolvendo a equipa e potenciando a melhoria contínua da qualidade.

Por último, a estudante reconheceu os diferentes papéis de todos os membros da equipa e fomentou “um ambiente positivo e favorável à prática” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4749) desenvolvendo deste modo as competências especializadas no domínio da gestão de cuidados.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Regulamento n.º 140/2019 determina que é fundamental o autoconhecimento e a assertividade, elementos essenciais para o desenvolvimento de relações terapêuticas com os utentes e na relação com a equipa multidisciplinar (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Cuidar da PSC num ambiente altamente tecnológico e complexo, exige do enfermeiro a capacidade de reconhecer e gerir emoções devido ao contacto permanente com o sofrimento e iminência de morte do doente, bem como pela necessidade de tomar decisões complexas em curto espaço de tempo (Encarnação et al., 2018) .

Para uma gestão eficaz das emoções, o enfermeiro deve desenvolver a autoconsciência, que significa a compreensão profunda das próprias emoções, forças, fraquezas, necessidades e impulsos, reconhecendo como os seus sentimentos o afetam diretamente, aos outros e ao seu desempenho profissional (Hansen et al., 2018).

O autoconhecimento que a estudante possui das características da sua personalidade, das suas emoções e sentimentos e das suas reações perante determinadas situações, facilitou a experiência com o doente crítico. Contudo, mesmo detendo uma experiência profissional de alguns anos, não deixou de ser necessário alguma capacidade de adaptação àquilo que é o contexto da PSC, tentando sempre atuar eficazmente em situações de pressão, utilizando como principal estratégia o foco no doente e nas intervenções a executar no momento.

Uma situação relevante do estágio no SMI, foi a de um utente em morte cerebral que foi dador de órgãos e tecidos. A situação que conduziu à morte cerebral foi um episódio súbito e totalmente inesperado, pelo que a família ficou profundamente abalada. Na situação em questão, a equipa médica reuniu com a família e foi necessário dar início ao cumprimento do protocolo de dador em morte cerebral.

Em simultâneo, houve necessidade de respeitar o luto da família e prestar apoio emocional. Sem dúvida que este tipo de situações requerem o desenvolvimento de competências no reconhecimento e gestão das emoções, tendo sido este um momento de reflexão e aprendizagem para a estudante. Falamos assim de inteligência emocional, que pode ser entendida como:

“o conjunto de capacidades do indivíduo para identificar, gerir e entender as suas próprias emoções e de se auto motivar perante situações constrangedoras e geradoras de conflitos. Reflete as atitudes e comportamentos do profissional perante diferentes contextos tendo impacte na qualidade da sua atuação.” (Sousa et al., 2020, p. 1).

Face às experiências vivenciadas, a estudante considera que esta foi uma competência que foi desenvolvida e melhorada ao longo do seu estágio. Ainda no domínio das aprendizagens profissionais prevê-se o desenvolvimento de uma prática especializada baseada na melhor evidência científica. Sendo a área dos cuidados intensivos uma experiência inovadora para a estudante, o processo de desenvolvimento de competências foi potenciado pela prática baseada na evidência científica, assente num conhecimento válido, atual e pertinente (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Assim, a par dos conhecimentos previamente adquiridos durante a componente letiva, durante os estágios a estudante efetuou várias pesquisas sobre assuntos relacionados com a prestação de cuidados nas bases de dados científicas, em livros de referência e também consultou normas e orientações da instituição e da DGS.

O papel dos enfermeiros tutores foi igualmente preponderante, na medida em que apoiaram sempre o processo de análise e reflexão sobre as diversas situações da prática, facilitando a discussão e promovendo a partilha de conhecimentos.

No estágio da UCIC foi necessário aprofundar conhecimentos na área dos traçados eletrocardiográficos, uma vez que o enfermeiro para além da vigilância constante, efetua também o registo em cada turno sobre o traçado de cada doente e eventuais alterações detetadas pela telemetria. O momento da avaliação e registo foi revelante, no sentido que foi sempre efetuado o enquadramento com a patologia do doente, os sinais e sintomas e avaliação das intervenções de enfermagem.

Ainda no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, teve a oportunidade de participar na formação em serviço, tendo programado e efetuado uma ação de formação sobre “Notificação de Eventos Adversos” como já foi referido anteriormente.

Ocasionalmente, teve oportunidade de participar em momentos de reflexão em equipa sobre situações da prática que ocorreram durante as passagens de turno ou em momentos informais. Também no âmbito deste domínio, teve a oportunidade de adquirir novos conhecimentos através da participação na “VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde: investigação em saúde global e redes de colaboração” (Anexo IV). Pelo exposto, considera-se que foram adquiridas as respetivas competências neste domínio.

3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Na transição das competências comuns para as competências específicas, importa definir que as competências específicas do enfermeiro especialista são:

“as 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 de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745).

Assim dando continuidade ao processo de descrição e análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas neste estágio, passaremos seguidamente a fazê-lo de acordo com as competências específicas do EEEMC – Área de Especialização em Enfermagem à PSC (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

3.1. Cuida da Pessoa, Família/Cuidador a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica.

Para um melhor enquadramento concetual deste domínio, o Regulamento n.º 429/2018 define que “a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p.19362).

De uma forma geral, em ambos os momentos de estágio, a estudante procurou sempre que possível oportunidades de aprendizagem no âmbito da PSC, promovendo a aplicação dos conhecimentos adquiridos e colocando-os em prática, enriquecendo assim a sua experiência enquanto aluna e o seu desenvolvimento profissional.

No contexto do SMI, os doentes admitidos podem apresentar múltiplas disfunções nomeadamente cardiovascular, respiratória, neurológica, renal, gastrointestinal ou hematológica. Durante o estágio as patologias mais frequentes foram a infeção respiratória ou insuficiência respiratória graves, com necessidade de suporte ventilatório, o

politraumatismo por acidente ou queda, a cetoacidose diabética, a tromboembolia pulmonar, o choque séptico, pós-operatórios complicados, o acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência renal com necessidade de técnicas de substituição renal, pneumoperitoneu, entre outros.

Um dos objetivos específicos definidos para este estágio, foi o desenvolvimento de competências especializadas na administração de protocolos terapêuticos complexos à pessoa sob VMI e hemodiafiltração veno-venosa contínua (Anexo 1).

Durante o estágio foram prestados cuidados a doentes submetidos a VMI. Apesar de haver uma enorme motivação para integrar novas experiências, inicialmente foi difícil ter uma perspetiva global do doente ventilado, pela complexidade e exigência dos cuidados.

A prestação de cuidados ao doente entubado e ventilado, incluíram a aspiração de secreções, a avaliação da pressão do cuff, a verificação do nível do tubo, a troca de posição e fixação do mesmo e a vigilância da pele e mucosas, pelo risco de úlcera de pressão associada aos dispositivos. Contudo, foi necessário avaliar em simultâneo as reações do doente e vigiar as alterações do padrão ventilatório. Assim, para além da avaliação do próprio doente, a estudante foi desenvolvendo competências na interpretação dos dados fornecidos pelo monitor e pelo ventilador, quanto a volumes, aumento das pressões, frequências respiratórias, por forma a perceber se o doente estaria bem adaptado ou não, se havia deslocação do tubo, ou se trataria apenas da necessidade de aspiração de secreções.

Esta evolução permitiu desenvolver competências na identificação de focos de instabilidade, antecipando complicações e atuando de forma célere e eficaz. Sempre que surgiram alterações, que careciam de observação do médico, a estudante efetuou essa articulação com a equipa médica.

Foi igualmente possível prestar cuidados a utentes que foram submetidos a desmame ventilatório e posterior extubação planeada. Neste procedimento, foi fundamental antecipar complicações, sendo necessário ter a rampa de oxigénio devidamente montada com a máscara de venturi, ter o insuflador manual disponível, aspirar secreções previamente à extubação e colocar a sonda nasogástrica em drenagem, se fosse caso disso.

O sucesso da extubação também é condicionada pela ansiedade do doente, e pela capacidade de este efetuar a gestão da mesma. Sempre que possível, deve ser efetuada a explicação do procedimento e dos sintomas pós-extubação, dado que ajuda a desmistificar a sensação de dependência do suporte ventilatório e capacita o doente para desenvolver estratégias para minimizar a ansiedade. O enfermeiro especialista tem um papel importante na capacitação do doente, mas também na sensibilização da equipa multidisciplinar para

estes aspetos. Ainda na área da ventilação, a estudante pode prestar cuidados a utentes traqueostomizados e, inclusive, colaborar na realização de uma traqueostomia percutânea. Quanto ao desenvolvimento de competências, na administração de protocolos terapêuticos complexos à pessoa sob hemodiafiltração veno-venosa contínua, apenas foi possível prestar cuidados a estes doentes em alguns turnos, pelo que a experiência não foi tão enriquecedora. Ainda assim, foi possível verificar o funcionamento do equipamento, efetuar trocas de sacos de efluentes e soluções dialisantes, monitorizar as pressões no circuito, antecipar complicações e realizar o penso do catéter de diálise.

Outro dos aspetos relevantes, relacionou-se com a prestação de cuidados a utentes com linha arterial (LA), para avaliação da PAI. Neste contexto, foi possível colaborar no procedimento de colocação, foram efetuadas colheitas de sangue arterial para gasimetria e outras análises, utilizada técnica assética na manipulação do catéter arterial, efetuado o penso do local de inserção, a calibração do sistema no ponto “zero”, a verificação do alinhamento do transdutor com o eixo fleboestático e a verificação da pressão da manga do sistema de infusão com soro.

A estudante desenvolveu competências na gestão da terapêutica vasopressora de acordo com a prescrição médica tendo, em conta os valores de pressão arterial média (PAM) alvo. Por outro lado, foi necessário integrar conhecimentos e desenvolver destreza na troca da medicação vasopressora, cuja suspensão por breves segundos, gera uma descida abrupta na PA. Foi possível aprender como usar a modalidade de “*takeover mode*” das seringas infusoras, que permite colocar duas seringas a funcionar em paralelo, assegurando que quando uma perfusão termina, a outra assume a continuidade da perfusão.

A mesma, desenvolveu ainda competências na interpretação de traçados eletrocardiográficos, referenciando à equipa médica qualquer alteração verificada. Apesar de já possuir algum conhecimento na área, o facto de ter concluído recentemente o curso de Suporte Avançado de Vida (SAV) facilitou este processo. Durante o referido estágio não foi necessário realizar manobras de suporte básico de vida, nem aplicar o algoritmo de SAV.

A terapêutica do doente crítico envolve a perfusão de vários fármacos endovenosos em simultâneo, administrados por catéter venoso central (CVC). São frequentemente utilizados medicamentos de alto risco, “que possuem risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas na sua utilização.”(Norma 014/2015 de 6 de agosto, 2015, p.4). Neste sentido, a estudante procurou sempre conhecer a medicação quanto a indicações, preparação, possíveis efeitos secundários e reações adversas, antes de proceder

à sua administração, respeitando assim todos os princípios de segurança inerentes ao processo de preparação e administração de medicação.

A execução de procedimentos técnicos de alta complexidade à PSC exigem do EEEMC na área de especialização de enfermagem à PSC uma mobilização de conhecimentos baseados na melhor evidência científica, que justificam a sua tomada de decisão e atuação e que desmonstram competências basilares de uma prática de enfermagem avançada.

Houve também a oportunidade de prestar cuidados a doentes sedados, sobretudo nos doentes ventilados, e colaborar na gestão da sedação em articulação com a equipa médica. Para a avaliação do grau de sedação foi utilizada a escala de Ramsay que pontua do 1 ao 6, sendo que o item 1 diz respeito a um doente ansioso e/ou agitado e item 6 diz respeito a um doente sem resposta.

A estudante prestou cuidados a doentes com quadro de agitação psicomotora, em delirium, após desmame da sedação. A todos os doentes é efetuada a avaliação do estado de consciência através da utilização da escala de coma de Glasgow.

Ainda neste domínio, e como já foi referido anteriormente, houve a oportunidade de prestar cuidados de manutenção hemodinâmica a um utente em morte cerebral, potencial dador de órgãos e tecidos. Numa perspetiva avançada dos cuidados “O enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos anátomofisiológicos de forma a garantir uma correta perfusão e oxigenação dos órgãos, garantindo a sua viabilidade até à transplantação.” (Faria, 2017, p. 33).

Houve também a possibilidade de assistir a um resgate de um doente em oxigenação por membrana extra-corporal veno-venoso, mais vulgarmente conhecido por ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation). Esta técnica foi aplicada num doente em que a VMI já não estava a ser eficaz para reverter o quadro de disfunção respiratória grave. Foi muito interessante observar a dinâmica de trabalho da equipa de resgate e a sua articulação com a equipa do hospital de origem, o papel do enfermeiro na coordenação e colaboração na execução dos procedimentos e na capacidade de antecipar complicações, nomeadamente, as relacionadas com o transporte inter-hospitalar.

A PSC é submetida a procedimentos invasivos alguns deles muito dolorosos, pelo que a avaliação da dor é fundamental. De salientar que “A dor em doentes que não comunicam, sedados e ventilados deve ser avaliada por meio subjetivo da observação de comportamentos utilizando a Behavioral Pain Scale (BPS)” (Pinho et al., 2012, p. 40). A BPS avalia a dor a partir de 3 itens comportamentais como a expressão facial, o movimento dos membros e a adaptação ao ventilador. A pontuação varia entre 3 a 12 pontos, sendo que 3

corresponde a ausência de dor, 4 a 6 a uma dor leve, 7 a 9 a uma dor moderada e 10 a 12 a uma dor severa (Gomarverdi et al., 2019).

Durante o estágio para além da aplicação deste instrumento, a estudante desenvolveu competências na identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, implementando medidas farmacológicas de alívio da dor através de medicação analgésica e não farmacológicas como o reposicionamento, a massagem ou a distração.

O enfermeiro especialista detém um conhecimento diferenciado dos instrumentos de avaliação da dor e da sua aplicação, utiliza as intervenções farmacológicas e não farmacológicas de acordo com a avaliação que faz do doente. Após a sua intervenção, recolhe dados que lhe permitem efetuar uma avaliação da eficácia da própria intervenção. A avaliação da sua intervenção vai suportar de forma sustentada a tomada de decisão, numa ótica avançada e de melhoria dos cuidados.

A comunicação interpessoal e a relação terapêutica no contexto do doente crítico são de extrema importância. O doente e família/cuidador estão num momento de elevada vulnerabilidade, experienciando sentimentos de angústia e ansiedade, necessitando de apoio emocional por parte da equipa de enfermagem. Desta forma, a estudante procurou estabelecer uma relação terapêutica com ambos, aplicando os conhecimentos previamente adquiridos sobre comunicação terapêutica e relação de ajuda, mostrando empatia, sendo assertiva, promovendo o envolvimento do doente e família/cuidador nos cuidados, sempre assente numa perspetiva holística do cuidar.

Porém, a comunicação com o doente entubado/ traqueostomizado foi um desafio. No doente sedado foi fácil manter a comunicação verbal, ainda que unidirecional, tendo como boa prática a explicação de todos os procedimentos a efetuar e verbalizando a disponibilidade para ajudar. No doente acordado com tubo endotraqueal ou traqueostomizado é mais difícil, uma vez que o doente fica ansioso quando não é compreendido e isso exige “paciência, tranquilidade, empatia e tempo para priorizar a comunicação” (Holm & Dreyer, 2018 cit por Gomes, 2020, p. 45).

Apesar de os doentes fazerem uso de estratégias básicas de comunicação não verbal, como a escrita ou os gestos como forma de se expressarem, reconhece-se que é necessário um maior investimento na formação dos enfermeiros na área da comunicação aumentativa e alternativa. Esta é uma estratégia de comunicação que envolve diferentes formas de comunicação como o uso de quadros com imagens e símbolos, incluindo em formato eletrónico, capazes de ajudar o doente a exprimir-se (Handberg & Voss, 2018).

Quanto ao segundo momento de estágio realizado na UCIC, a integração foi sem dúvida facilitada pela experiência prévia de estágio nos cuidados intensivos, apesar de ser uma área muito específica em termos da patologia, a abordagem ao doente crítico é em tudo semelhante.

Como já foi referido anteriormente na caracterização do contexto, as patologias mais frequentes dos doentes admitidos na UCIC são os síndromes coronários agudos (SCA), as arritmias com compromisso hemodinâmico, os quadros de IC agudizada, as doenças valvulares e as infeções. O que está de acordo com Monteiro et al. (2020) quando referem que:

“os principais diagnósticos de admissão na UCIC são: síndrome coronária aguda com ou sem complicações, insuficiência cardíaca aguda, choque cardiogénico, doença valvular grave (endocardite aguda), disritmias graves, disfunção e infeção de dispositivos cardíacos, complicações da cardiologia de intervenção (coronária e estrutural), tromboembolismo pulmonar agudo de risco intermédio ou elevado, estados pós-paragem cardiorrespiratória, hipertensão pulmonar grave e cardiopatias congénitas do adulto.” (Monteiro et al., 2020, p. 402).

O desenvolvimento de competências especializadas na administração de protocolos terapêuticos complexos à pessoa com EAM e/ou IC foi um dos objetivos específicos propostos pela estudante. Assim, para a compreensão do processo de aquisição e desenvolvimento de competências, considerou-se importante efetuar um breve enquadramento destas entidades clínicas.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em todo o mundo, causando cerca de 17,9 milhões de mortes por ano (WHO, 2023a). Os SCA incluem-se neste grupo de patologias, sendo que 4 em cada 5 mortes por doença cardiovascular ocorrem devido a EAM e AVC, e um terço das mortes ocorrem em indivíduos com idades inferiores a 70 anos (WHO, 2023a).

A realidade em Portugal acompanha esta tendência, tendo-se registado em 2019, 7151 óbitos por doença isquémica cardíaca, correspondentes a 6,4% da mortalidade total e 4275 óbitos por EAM, refletindo 3,8% da mortalidade total (INE, 2021a). Contudo, verificou-se uma redução de 7,5% dos óbitos por EAM em relação ao ano de 2018 (INE, 2021a). Os dados revelam que estas doenças devem continuar a ser uma área prioritária de atuação nos serviços de saúde.

A SCA é uma patologia cardíaca grave que pode conduzir à morte e que é causada pela acumulação de gordura e tecido fibroso no interior das artérias coronárias, conduzindo à formação de placas ateroscleróticas que estreitam as artérias e as tornam mais rígidas,

impedindo o fluxo sanguíneo e o consequente aporte de nutrientes e oxigénio ao miocárdio (Homem et al., 2022).

A SCA inclui a Angina instável (AI), o EAM com supradesnivelamento do segmento ST e o EAM sem supradesnivelamento de ST. A distinção entre lesão do miocárdio e EAM é efetuada de acordo com critérios clínicos e laboratoriais. Assim a lesão do miocárdio pressupõe elevação da troponina cardíaca enquanto que o EAM pressupõe a lesão aguda do miocárdio com elevação da troponina, evidência clínica de isquémia aguda, e pelo menos um dos seguintes critérios: sintomas de isquémia, alterações isquémicas no ECG, surgimento de ondas Q patológicas, evidência imagiológica de perda de miocárdio e a identificação de um trombo através de angiografia (Sociedade Europeia de Cardiologia [SEC], 2018).

Esta distinção é fundamental na medida em que a lesão do miocárdio sem isquémia pode estar relacionada com outras situações tais como “anemia, taquicardia ventricular, insuficiência cardíaca, doença renal, hipotensão/choque e hipoxémia” (Homem et al., 2022, p. 51).

Os principais sinais e sintomas, incluem a dor torácica com sensação de aperto na região retroesternal, com irradiação para o membros e pescoço, com sudorese associada ou sintomas gástricos como a sensação de enfartamento ou indigestão (Homem et al., 2022).

A deteção precoce dos sinais e sintomas é fundamental para a ativação da Via Verde Coronária (VVC) e prevenção da paragem cardiorespiratória (PCR). Este é um processo que visa obter a melhor resposta, no menor tempo possível no tratamento do doente com EAM. A sua ativação é efetuada a partir da ligação para o 112, é ativado o sistema de emergência médica, no local é realizado um ECG de 12 derivações que deve ser realizado até 10 minutos após o início dos sintomas (SNS, 2017; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2020). Efetuado o diagnóstico e decidida a estratégia de revascularização, que pode incluir fibrinólise e/ou intervenção coronária percutânea (ICP), o doente é encaminhado para a unidade hospitalar/unidade de hemodinâmica, onde é instituído o tratamento (Homem et al., 2022; INEM, 2020)

Segundo a SEC existem 5 tipos de EAM dependendo do mecanismo subjacente, sendo eles o EAM tipo 1 que ocorre por isquémia primária do miocárdio associada à rutura/erosão da placa com consequente formação de trombo, o tipo 2 que ocorre por desequilíbrio entre o fornecimento e as necessidades de oxigénio e que pode ser causado por taqui ou bradiarritimias, disseção da aorta, doença valvular, cardiomiopatia hipertrófica, choque, anemia entre outros. O EAM tipo 3 ocorre quando o doente apresenta sintomatologia e alterações eletrocardiográficas, mas a sua morte ocorre antes da determinação dos valores

de troponina, o tipo 4a está associado à ICP, o 4b à trombose intra-stent associada à ICP, o 4c à restenose associada à ICP e o tipo 5 à cirurgia de revascularização através de bypass coronário, também designada de Coronary Artery Bypass Surgery (CABG) (SEC, 2018).

Durante o estágio na UCIC, foi efetuada a admissão de doentes provenientes do SU com enfarte sem supra desnivelamento do segmento ST para estabilização, vigilância e realização posterior de ICP programada, doentes que recorreram ao SU tendo-lhes sido diagnosticado enfarte com supradesnivelamento do segmento ST e que foram orientados para ICP em unidades de hemodinâmica pertencentes à rede de referência regional e ainda os doentes com quadro de AI.

Se não tiver sido accionada a VVC, a intervenção do enfermeiro especialista inicia-se na triagem do SU e seguidamente na sala de emergência, onde este fará uso do juízo clínico, reconhecendo sinais e sintomas, intervindo de forma rápida e integrada, de acordo com o algoritmo de abordagem ao doente com suspeita de EAM. Contudo, estes episódios podem ocorrer em qualquer localização do hospital, como tal o conhecimento sobre a fisiopatologia do EAM, é fundamental para o reconhecimento precoce e intervenção atempada.

No decorrer do estágio foi possível prestar cuidados a doente com dor torácica, incluindo a administração de analgesia, de acordo com a prescrição médica. Nestes casos, o tratamento inclui não só a administração de medicação, como também o cumprimento de repouso no leito e a promoção de um ambiente calmo, isento de stress e alterações emocionais. O enfermeiro especialista, detendo um conhecimento avançado no processo de transição saúde-doença, tem um papel crucial no uso de estratégias de comunicação e de relação interpessoal com o doente e família adaptadas à complexidade da PSC por EAM.

O processo de transição saúde-doença reflete não só uma mudança no estado de saúde do indivíduo, mas também nas relações que estabelece com os outros, nos papéis que desempenha e nas expectativas e capacidades que possui, sendo que o enfermeiro é um elemento facilitador no atingimento de um novo equilíbrio no bem-estar da pessoa e família (Meleis & Trangenstein, 1994).

Por outro lado, após o tratamento, alguns doentes sentem-se bastante melhorados e apesar de terem vivenciado momentos de elevada angústia e ansiedade, tendem a desvalorizar a situação de doença. Durante o estágio, a estudante pode observar este tipo de comportamento reconhecendo o papel crucial do enfermeiro especialista na consciencialização do doente, na sua capacitação para a gestão da doença e prevenção dos fatores de risco cardiovasculares, evitando assim a recorrência de novos episódios.

Para tal, desenvolveu competências neste âmbito, realizando ensinamentos e providenciando ao doente material para leitura, aumentando assim a sua literacia e a sua capacitação para melhor gestão da sua condição de saúde.

No que concerne à IC esta “não é um simples diagnóstico patológico, mas uma síndrome clínica caracterizada por sintomas cardinais (e.g. dispneia, edema maleolar e fadiga) que podem ser acompanhados de sinais (e.g. pressão venosa jugular elevada, fevres pulmonares e edema periférico).” (SEC, 2021, p.4).

Quanto à sua etiologia e na maior parte das situações “começa com disfunção sistólica do ventrículo esquerdo, sendo que as três causas mais comuns de diminuição da contratilidade do ventrículo esquerdo são a doença das artérias coronárias, a estenose aórtica e a hipertensão sistémica.” (Homem et al., 2022, p.77).

A classificação dos tipos de IC pode ser baseada na medição da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), na progressão da doença estabelecida pelos estádios de A a D ou seja do risco de IC até à IC avançada, ou de acordo com a tolerância ao exercício e gravidade dos sintomas, sendo que quanto mais elevada a classe maior é a gravidade da doença (Homem et al., 2022).

De acordo com registo nacional de IC, esta síndrome afeta cerca de 26 milhões de pessoas a nível mundial e a prevalência a nível nacional é de 5,2% o que corresponde a cerca de 400000 portugueses, a sua incidência aumenta a partir dos 70 anos e é a primeira causa de internamento após os 65 anos nos países industrializados (SEC, 2023). Dados do registo nacional de IC indicam que em Portugal “cerca de metade dos doentes com IC são internados em serviços de medicina interna” (SEC, 2023).

A estudante desempenha a sua atividade profissional num serviço de medicina interna, onde efetivamente esta é uma patologia frequente. Assim, o desenvolvimento de competências neste âmbito foi facilitado pela sua experiência prévia e constituiu uma mais valia para o seu desenvolvimento profissional.

Nos últimos anos, os avanços no tratamento farmacológico foram significativos, contudo “os doentes com IC mantêm elevadas taxas de mortalidade e re-hospitalização e custos exuberantes para o sistema nacional de saúde.” (SEC, 2023, sem página).

Durante o estágio a estudante pode participar na administração de uma terapêutica avançada no tratamento da IC, o Levosimendan, contudo, nem todos os doentes reuniram os critérios de elegibilidade para a administração deste fármaco. Num estudo efetuado em Portugal, onde esta terapêutica foi administrada a uma amostra de 24 doentes, os resultados revelaram uma redução das hospitalizações, uma melhoria da classe funcional, da FEVE e dos

marcadores sanguíneos (Reis et al., 2023). A sua administração exige monitorização eletrocardiográfica e hemodinâmica, os seus efeitos adversos mais comuns são a hipotensão, as cefaleias e as arritmias cardíacas, estando contra indicado na insuficiência renal grave (Conti et al., 2021).

Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel ativo na administração de protocolos terapêuticos complexos, através do conhecimento que detém da farmacocinética, da farmacodinâmica, das indicações terapêuticas, das interações medicamentosas e na gestão dos efeitos secundários e adversos.

No âmbito da prestação de cuidados à PSC com patologia cardiovascular, foram também desenvolvidas competências na interpretação de traçados eletrocardiográficos e identificação de ritmos cardíacos. Na UCIC, os doentes são submetidos a monitorização eletrocardiográfica contínua de 5 derivações, no entanto, a central de telemetria permite a visualização das 12 derivações em tempo real. Para além da monitorização eletrocardiográfica contínua, a UCIC também dispõe de monitorização não invasiva da PA, FC, FR, SpO2 e temperatura, bem como de pressões invasivas como a PA e a PVC.

Para além da vigilância dos traçados em tempo real, é efetuado em cada turno o registo dos ritmos no S-Clínico, esses momentos foram aproveitados pela estudante, apoiada pelos tutores, para efetuar uma análise dos diagnósticos dos doentes, relacioná-los com a sintomatologia clínica, os dados da monitorização, intervenções implementadas e respetiva avaliação.

De salientar que a monitorização das telemetrias dos doentes do serviço de internamento de Cardiologia e respetivo registo, são da responsabilidade dos enfermeiros da UCIC. No entanto, sempre que são detetadas alterações do ritmo, estas são comunicadas aos colegas do internamento.

Neste contexto, salienta-se a importância dos dados, não só para o processo de tomada de decisão, mas também para a implementação uma prática de enfermagem avançada baseada numa atitude reflexiva sobre a ação. Alinhados com esta perspetiva os:

“cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19363).

Ao longo do estágio, foram identificados focos de instabilidade e dada a respetiva resposta de forma pronta e antecipatória, com base na avaliação de sinais e sintomas e dados da monitorização. Houve também a possibilidade de assistir várias vezes ao procedimento de cardioversão elétrica, onde foram asseguradas as condições de segurança, tendo-se verificado as condições do tórax para aplicação das pás multifunções, efetuados a sedação do doente de acordo com a prescrição médica e o afastamento da fonte de oxigénio no momento de aplicação do choque.

Por forma a dar continuidade ao processo de desenvolvimento de competências, foi enriquecedora a passagem da estudante pela Unidade de Pacing, que se encontra estrategicamente localizada no SU. Foi possível colaborar com a enfermeira na preparação do material, no posicionamento do doente na marquesa operatória e na monitorização e vigilância durante o procedimento de colocação de pacemaker.

Os dispositivos eletrónicos cardíacos implantáveis identificam, analisam, registam e/ou tratam das perturbações do ritmo e/ou da condução e incluem os pacemakers definitivos (PMD), os cardiodesfibrilhadores implantáveis (CDI) e os dispositivos de ressincronização cardíaca (CRT) (Homem et al., 2022).

O procedimento é realizado sob anestesia local, os elétrodos são aplicados via transvenosa na aurícula direita e/ou ventrículos e o gerador é implantado no tecido subcutâneo, na região infraclavicular esquerda ou direita.

No internamento o enfermeiro prepara o doente para o procedimento, dando cumprimento à Norma da DGS “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico” (Norma 020/2015 atualizada a 17 de novembro, 2022) e explica o procedimento e os cuidados a ter no pós-operatório imediato. Habitualmente os doentes têm alta no dia seguinte e são previamente instruídos sobre os cuidados a ter como portadores de um CEDI.

Durante o estágio na UCIC foi possível aplicar o algoritmo de SAV num doente com múltiplas complicações e reinternamentos, contudo o desfecho não foi favorável e o doente acabou por falecer, tendo sido prestado apoio emocional à família. A experiência profissional, os conhecimentos previamente adquiridos na componente letiva e a reciclagem da formação em SAV efetuada recentemente, contribuíram para o reconhecimento precoce da situação e início imediato das manobras de reanimação.

Numa fase inicial do estágio, houve também uma situação de um doente terminal com vários reinternamentos, tendo sido submetido a várias ICP e cirurgias, que suscitou alguma reflexão. Apesar dos avanços tecnológicos nos dispositivos e nas terapêuticas na área da

patologia cardiovascular, existem situações em que o próprio organismo já não responde aos tratamentos, pelo que deve ser refletido sobre a sua pertinência e eficácia.

Ser enfermeiro especialista na área da PSC, é também assistir o doente promovendo cuidados de conforto e dignificação da morte, demonstrando conhecimentos sobre as estratégias de comunicação de más notícias e de apoio emocional aos familiares, numa ótica de humanização dos cuidados.

3.2. Dinamiza a Resposta em Situações de Emergência, Exceção e Catástrofe, da Conceção à Ação.

Relativamente a este domínio, os doentes internados em ambos os contextos de estágio estão permanentemente monitorizados, pelo que qualquer agravamento é possível de ser detetado através dos dados fornecidos pelos monitores e pela vigilância do próprio doente, ou seja, as situações de emergência efetivamente acontecem mas num ambiente bastante controlado.

Como já foi referido no ponto anterior, foi possível aplicar o algoritmo SAV no contexto da UCIC, e ao longo do estágio existiram alguns episódios de descompensação ou agravamento do foro respiratório, cardíaco e circulatório onde foi possível intervir e desenvolver competências na resposta a situações de emergência.

Por outro lado, a experiência profissional permitiu à estudante efetuar o reconhecimento imediato de sinais e sintomas de agravamento, que aliados aos dados da monitorização permitem uma intervenção rápida e sustentada.

Através do juízo clínico, identificou as necessidades e planeou cuidados, antecipando e prevenindo complicações. Estes episódios exigiram da estudante uma intervenção rápida e sistematizada, salvaguardando as condições de segurança, adequando a resposta em função da evolução da situação e promovendo a comunicação com a equipa acerca dessa evolução. Considera-se que neste domínio, tendo em conta os contextos de estágio, foram adquiridas as competências previstas.

3.3. Maximiza a Intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos Perante a Pessoa em Situação Crítica e/ou Falência Orgânica, Face à Complexidade da Situação e à Necessidade de Respostas em Tempo Útil e Adequadas.

No que respeita ao domínio supracitado, “O impacto das infeções associadas a cuidados de saúde é particularmente relevante na medicina intensiva face à crescente tecnologia médica invasiva, ao elevado número de doentes imunodeprimidos e ao aumento da resistência aos antimicrobianos.” (Morais, 2017, p.1).

Assim, a estudante demonstrou em ambos os contextos de estágio conhecimentos sobre o Plano Nacional de Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos, bem como sobre as orientações e diretrizes da Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA) do centro hospitalar, uma vez que exerce funções no mesmo.

Na prestação de cuidados cuidados de enfermagem ao doente crítico, deu cumprimento às normas da DGS relativas à prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical (Norma 019/2015 atualizada a 29 de agosto, 2022), à prevenção da pneumonia associada à intubação (Norma 021/2015 atualizada a 17 de novembro, 2022) e à prevenção da infeção relacionada com o CVC (Norma 022/2015 atualizada a 29 de agosto, 2022). As três normas foram atualizadas recentemente no ano de 2022, pelo que nos encontramos num período de transição da sua aplicação.

O enfermeiro especialista tem um papel de particular relevância na monitorização da implementação destas normas, participando ativamente nos momentos de auditoria e de elaboração das mesmas.

No SMI, a estudante definiu como objetivo específico o desenvolvimento de competências especializadas na prevenção e controlo de infeção associada à intubação endotraqueal. Para dar cumprimento a este objetivo, efetuou a vigilância e manutenção da pressão do cuff entre os 20 e 30 cmH₂O, manteve a elevação da cabeceira com um ângulo aproximado de 30º, e sempre que não houve contra-indicação, efetuou a higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2%.

No contexto da UCIC propôs como objetivo específico o desenvolvimento de competências especializadas na prevenção e controlo de infeção associada à colocação e manutenção da LA e do CVC (Anexo 2). Nos momentos da colocação e manutenção do CVC, a estudante deu cumprimento à respetiva norma da DGS (Norma 022/2015 atualizada a 29 de agosto, 2022). No que concerne à LA, embora não existe uma norma da DGS, os princípios orientadores são semelhantes na medida em que se trata de acesso vascular com risco de infeção da corrente sanguínea e risco hemorrágico por se tratar de uma artéria, facto este, que deve ser tido em conta durante a prestação de cuidados.

Quanto aos circuitos de circulação de pessoas e materiais definidos no SMI e na UCIC, também foram identificados e cumpridos. No SMI, houve ainda a possibilidade de participar

em momentos de reflexão durante a passagem de turno, sobre questões relacionadas com os tipos de microorganismos multiresistentes e tipos de isolamento.

Ainda no âmbito da prevenção e controlo da infeção, a estudante desenvolveu uma instrução de trabalho sobre a manutenção das soluções de higienização das mãos do serviço de Cardiologia onde a UCIC está integrada, deixando assim o seu contributo para o processo de acreditação a decorrer no respetivo serviço. Os conteúdos foram sempre discutidos com os tutores e foi efetuada a articulação com o GCL-PPCIRA para a validação de alguns procedimentos a implementar.

Como já foi referido, no âmbito das competências comuns, mais concretamente no domínio da melhoria da qualidade, esta instrução de trabalho contém ainda uma folha de verificação de execução do procedimento e uma grelha de auditoria. Nesta perspetiva, considera-se que foram adquiridas as competências no domínio em questão.

O enfermeiro especialista assume um papel de particular relevância na monitorização da implementação das normas e orientações de prevenção e controlo das infeções, dinamizando a implementação de estratégias multimodais, dos processos de auditoria, avaliação de resultados e reformulação de práticas.

4. Considerações Finais

A experiência do estágio profissional permitiu o contacto com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem à PSC, o que exigiu um conhecimento avançado, pela complexidade dos procedimentos e pelo ambiente altamente tecnológico. Apesar de já contar com alguns anos de experiência profissional, numa fase inicial do estágio foi sentida alguma insegurança. O contexto da PSC é complexo e exigiu da estudante um maior envolvimento no processo de aprendizagem, procurando ter contacto com novos procedimentos e o apoio dos tutores, o que permitiu facilmente ultrapassar esta questão.

O desenvolvimento de competências avançadas de enfermagem como a administração de protocolos terapêuticos complexos, a capacidade de prestar cuidados diferenciados em situação de falência multiorgânica, baseados na melhor evidência científica, aliadas ao juízo clínico de perito e à melhor tomada de decisão só podem resultar em ganhos efetivos em saúde para os doentes.

Após a vivência das múltiplas experiências em ambos os contextos de estágio, a perspetiva do enfermeiro não volta a ser a mesma, corroborando o que Benner evidencia no seu modelo conceptual, de que a experiência aperfeiçoa o desempenho do perito e tem impacto objetivo na qualidade dos cuidados.

Outra reflexão que emerge destes estágios, é que apesar da exigência da própria experiência e das dificuldades inerentes ao percurso, a avaliação é muito positiva e enriquecedora porque permitiu conhecer outras realidades, “sair da zona de conforto”, experienciar novas situações, novos desafios e partilhar experiências e conhecimentos com os pares.

Os objetivos específicos foram maioritariamente atingidos em ambos os contextos de estágio, constituindo uma linha orientadora no desenvolvimento do conhecimento e na procura de oportunidades de aprendizagem, o que potenciou o processo de aquisição e desenvolvimento de competências. Por outro lado, a organização e estrutura de ambos os contextos da prática e os cuidados prestados facultaram oportunidades para o desenvolvimento das competências necessárias.

Além disso, os tutores do contextos contribuíram de forma inequívoca para os resultados profícuos desta experiência, promovendo um acolhimento facilitador da integração da estudante nos serviços, criando oportunidades de aprendizagem e de reflexão na ação,

constituindo eles próprios exemplos de uma prática de enfermagem especializada, tendo sido possível dar resposta aos objetivos de estágio e ao processo de desenvolvimento de competências.

A escolha do Mestrado em EMC já constava dos planos da estudante, tendo em conta a sua experiência profissional prévia em Unidade de AVC e Internamento de Medicina Interna, no entanto, a opção da área de especialização em Enfermagem à PSC constitui uma experiência inovadora tendo despoletado algum interesse na área do doente crítico em contexto de cuidados intensivos.

A segurança do doente também é tópico de interesse, já que a estudante é elo de ligação da gestão de risco no seu contexto profissional. No que respeita às implicações para a prática, é indubitável que as competências adquiridas e o trabalho desenvolvido ao longo dos estágios, não deve ficar estagnado, podendo e devendo ser aplicado noutros contextos da prática.

No contexto atual, as instituições de saúde vivem tempos difíceis, a complexidade dos cuidados aumenta, surgem a cada dia novos procedimentos, novas terapias que aumentam a esperança e a qualidade de vida dos doentes. Os profissionais de saúde enfrentam novos desafios e, para isso, é imprescindível a formação contínua e implementação de projetos de melhoria dos cuidados para garantir uma assistência de qualidade. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista é concerteza um elemento diferenciador e potenciador de ambientes e cuidados seguros e de qualidade.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Estratégias Promotoras da Notificação de Eventos Adversos
nos Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica –
Scoping Review

1. Resumo

Enquadramento: A qualidade e a segurança são uma prioridade das organizações de saúde a nível mundial. Os EA constituem falhas na segurança e são uma das principais causas de morte e incapacidade. Têm impacto clínico, económico, social e organizacional. As UCI são ambientes propícios à ocorrência de EA pela alta tecnologia e complexidade. A notificação promove a aprendizagem com o erro, a implementação de medidas corretivas e contribui para melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Objetivos: Mapear a evidência acerca das estratégias promotoras da notificação de EA nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto de UCI.

Metodologia: Foi realizado um estudo de *scoping review* de acordo com o protocolo de Joana Briggs Institute: população (estudos com enfermeiros que exercem funções em UCI), conceito (estudos sobre estratégias promotoras da notificação de EA) e contexto (estudos realizados em UCI). A pesquisa foi efetuada na CINAHL (Via EBSCO), MEDLINE (via PUBMED), SciELO, COCHRANE, LILACS e na literatura cinzenta no RCAAAP, DANS EASY/OpenGrey e DART-Europe. Não foram aplicados limites temporais, nem qualquer restrição de idioma.

Resultados: Foram incluídos na revisão 9 estudos, que identificaram estratégias promotoras da notificação de EA: formação e treino sobre as questões de segurança e da notificação; o reconhecimento da relevância da notificação como oportunidade de melhoria; a confidencialidade e o anonimato; a existência de uma cultura não punitiva; o desenvolvimento de sistemas de notificação simples que utilizem linguagem padronizada internacional; o incentivo e apoio das lideranças, a existência de uma comunicação aberta; o feedback e a implementação de medidas corretivas de melhoria em função da notificação e a existência de uma cultura de segurança.

Conclusão: A notificação é essencial para aprendizagem com o erro e para a implementação de medidas corretivas de melhoria que previnem a ocorrência dos EA. Identificar as estratégias promotoras da notificação nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, pode aumentar a notificação e melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Enfermagem em Cuidados Intensivos, Segurança do Doente, Gestão de Risco, Cuidados Intensivos

2. Abstract

Background: Quality and safety are a priority for healthcare organizations worldwide. AEs constitute safety breaches and are one of the leading causes of death and disability. They have clinical, economic, social and organizational impact. ICUs are environments prone to the occurrence of AEs due to high technology and complexity. Reporting promotes learning from errors, the implementation of corrective measures and contributes to improving the quality and safety of care.

Aim: To map the evidence on strategies that promote the reporting of AEs in nursing care for critically ill patients, in the ICU context.

Methods: A scoping review study was carried out according to the Joana Briggs Institute protocol: population (studies with nurses who work in ICU), concept (studies on strategies that promote AE notification) and context (studies carried out in ICU). The search was carried out in CINAHL (Via EBSCO), MEDLINE (via PUBMED), SciELO, COCHRANE, LILACS and in grey literature in RCAAP, DANS EASY/ OpenGrey and DART-Europe. No time limits were applied, nor any language restrictions.

Results: 9 studies were included in the review, which identified strategies that promote AEs reporting: education and training on safety and reporting issues; recognition of the relevance of the reporting as an opportunity for improvement; confidentiality and anonymity; the existence of a non-punitive culture; the development of simple reporting systems that use international standardized language; encouragement and support from leaders, the existence of open communication; feedback and implementation of corrective improvement measures based on reporting and the existence of a safety culture.

Conclusion: Reporting is essential for learning from errors and for implementing corrective improvement measures that prevent the occurrence of AEs. Identifying strategies that promote reporting in nursing care for critically ill patients can increase reporting and improve safety and quality of care.

Keywords: Critical Care Nursing, Patient Safety, Risk Management, Intensive Care.

3. Fundamentação/ Enquadramento Teórico

Neste capítulo foi realizado um enquadramento teórico que permitiu a contextualização da problemática dos EA no contexto dos cuidados à PSC. Desta forma, serão abordados tópicos de relevância neste âmbito tais como a qualidade e a segurança; incidentes, erros e EA; EA em contexto de cuidados intensivos; a notificação de EA e o papel do enfermeiro na gestão do risco e na promoção da segurança.

3.1. *A Qualidade e a Segurança*

A qualidade e a segurança na prestação de cuidados de saúde, constituem uma preocupação e uma prioridade das organizações de saúde a nível mundial e têm impacto na definição e na implementação das políticas de saúde.

O conceito de qualidade tem sido desenvolvido ao longo dos anos, não existe uma definição absoluta e globalmente aceite, mas existem definições e autores consensuais. No contexto da saúde, a definição do Institute of Medicine (IOM) dos Estados Unidos da América tem sido muito utilizada. Esta organização, define a qualidade em saúde como a medida em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se obterem os resultados de saúde desejados e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais (Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, 2001b). Neste contexto, estabeleceu seis dimensões da melhoria da qualidade em saúde, definindo que os cuidados de saúde devem ser seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos (Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, 2001a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), reforça estes conceitos referindo que os serviços de saúde de qualidade devem ser:

- “Eficazes: prestando cuidados de saúde baseados na evidência a todos aqueles que necessitam.
- Seguros: evitando prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam.
- Centrados nas pessoas: prestar cuidados que respondam às preferências, necessidades e valores dos indivíduos.
- Oportunos: reduzindo os tempos de espera e, por vezes, demoras prejudiciais, tanto para os que recebem como para os que prestam os cuidados.

- Equitativos: prestando cuidados que não variem de qualidade em virtude da idade, sexo, género, raça, etnia, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política.
- Integrados: prestando cuidados que sejam coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores e disponibilizem toda a gama de serviços de saúde ao longo da vida.
- Eficientes: maximizando o benefício de recursos disponíveis e evitando o desperdício.” (OMS, 2020, p.13).

Avaliar a qualidade em saúde pressupõe avaliar os cuidados em si, os profissionais envolvidos, os processos e protocolos que os orientam, a organização e o contexto em que ocorrem. Mas também avaliar os resultados, o impacto que produzem nos indivíduos que deles usufruem, quais os recursos que foram utilizados e os custos associados, para se proceder à reformulação de práticas e à implementação de ações de melhoria.

Avedis Donebedian (1980) foi um autor de referência, tanto na definição do conceito, como no desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade em saúde. Este modelo é baseado na tríade: estrutura, processo e resultados. A estrutura inclui indicadores que dizem respeito ao contexto, à organização, à qualificação dos profissionais e aos processos administrativos envolvidos nos cuidados; o processo contém indicadores relacionados com os componentes dos próprios cuidados e os resultados integram indicadores ligados à recuperação, restauração da função ou sobrevivência dos indivíduos (Ayanian & Markel, 2016).

A qualidade em saúde também se enquadra em temas que imperam na atualidade, nomeadamente, naquilo que são os objetivos do desenvolvimento sustentável, adotados pelos estados membros das Nações Unidas em 2015. Tendo em conta que a saúde é um direito universal consagrado no artigo n.º 25 da Declaração dos Direitos Humanos de 1948 (Aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros/ 1978 de 4 de março, 1978) e que o acesso aos cuidados de saúde de qualidade não é igual em todos os países, a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, definiu o objetivo 3 – Saúde de Qualidade que visa “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem para todos em todas as idades” e o objetivo 10 – Reduzir as desigualdades, que pretende “reduzir as desigualdades no interior dos países e entre países” (Resolução A/RES/70/1, de setembro de 2015, 2015, p.14).

Em Portugal o Departamento da Qualidade na Saúde, da DGS, aprovou através do Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 com as seguintes ações: melhoria da qualidade clínica e organizacional, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço da segurança dos doentes, monitorização

permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde, informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, 2015).

Sabe-se que a atual realidade dos contextos da prática é complexa e exigente, revela dificuldades e fragilidades dos sistemas e organizações, como tal, ao longo dos anos têm sido desenvolvidos esforços no sentido da melhoria da qualidade. A qualidade em saúde é intrínseca à prestação de cuidados de enfermagem e os enfermeiros não estão alheios a esta preocupação, procurando exercer as suas funções com base nos princípios da qualidade em saúde.

A OE, com base nas diretrizes de entidades como a OMS, o Conselho Internacional de Enfermeiros e o Conselho Nacional da Qualidade, definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem com o objetivo de refletir sobre a prática dos enfermeiros e promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos (OE, 2012).

Este documento refere um aspeto muito relevante da qualidade em saúde que é o facto de esta ser um tarefa multiprofissional, que nos remete para a importância da cultura da qualidade, em que todos os profissionais mobilizam esforços no sentido de melhorar a estrutura, os processos e os resultados. Poder-se-ia fazer uma analogia com uma *bundle*, em que uma intervenção efetuada isoladamente não tem impacto no resultado final.

Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem incluem: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012). Estes devem ser transversais a todos os enfermeiros, sejam os de cuidados gerais, sejam os especialistas, nos quais se pressupõe uma prática de enfermagem avançada. No que concerne aos EEEMC a prática avançada pressupõe “a capacidade para abordar, de forma global, integrada e multidisciplinar, doentes complexos e graves” (OE, 2018, p.1).

Num estudo que avaliou a qualidade dos cuidados de enfermagem em 36 hospitais portugueses, a maioria dos enfermeiros refere que realiza às vezes ou sempre intervenções que contribuem para qualidade dos cuidados de enfermagem e percecionam como menos realizadas as atividades relacionadas com a promoção da saúde, o bem estar e o autocuidado e a readaptação funcional e como mais realizadas as relacionadas com responsabilidade e rigor e prevenção de complicações (Ribeiro et al., 2017).

Desenvolver uma cultura de qualidade no seio das instituições é um desafio constante, implica operacionalizar mudanças e vencer algumas resistências. Segundo Donaldson & Donaldson a cultura de qualidade é “uma organização que cria um ambiente de trabalho

aberto e participativo, onde as ideias e as boas práticas sejam partilhadas, onde o ensino e a investigação sejam valorizados e onde a culpabilização apenas excepcionalmente seja usada.” (Donaldson & Donaldson, 2000 cit. por OMS, 2020, p.15).

Quanto à segurança esta surge como um conceito inerente à qualidade em saúde, na medida em que cuidados de qualidade, prevêm a obtenção dos melhores resultados para o doente, sem dano associado. Esta premissa de não provocar dano ao doente quando lhe são prestados cuidados de saúde, remota a tempos antigos. Em 460-377 a.C. Hipócrates já baseava a sua prática na expressão “*Primum non nocere*” que significa “primeiro não prejudicar” (Souza, 2022).

Ao longo dos tempos, as questões da segurança associada aos cuidados de saúde têm assumido particular relevância, pelo impacto na saúde e bem estar das pessoas receptoras de cuidados, nos profissionais e nas instituições de saúde, pelo que têm sido desenvolvidos esforços a nível global no sentido fazer face ao problema e implementar estratégias eficazes para a sua mitigação.

Entre 1950 e 1960 foram desenvolvidos os primeiros estudos relacionados com a ocorrência de EA, no entanto, estes não foram suficientemente valorizados (WHO, 2004). A publicação do “*Harvard Medical Practice Study*” em 1991 constituiu um marco importante no domínio da segurança. No estudo em causa, foram analisados 30000 processos clínicos e identificada a ocorrência de EA em 3,7% dos doentes internados, em 51 hospitais do estado de Nova Iorque; 27,6% desses EA ocorreram devido a negligência; 70,5% resultaram em incapacidade com duração inferior a 6 meses; 2,6% causaram incapacidade permanente e 13,6% conduziram à morte (Brennan et al., 1991).

Mais tarde em 1999, o relatório “*Err Is Human: Building a Safer Health System*” concluiu que por ano, nos EUA, morriam entre 44000 e 98000 doentes por erros evitáveis. Este foi um projeto fundamental no reconhecimento do impacto do erro e dos EA nas pessoas e nas instituições de saúde, na compreensão dos fatores subjacentes e nos contributos para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais seguro, assente na notificação e numa cultura não punitiva (IOM(US) Committee on Quality of Health Care in America et al., 2000) .

Já em 2004, a OMS lançou o programa *World Alliance for Patient Safety* com o objetivo de promover a melhoria da segurança dos doentes a nível mundial. Este visou o apoio do desenvolvimento de políticas e práticas de segurança, a monitorização do progresso nos vários países e uma aprendizagem partilhada, através da realização de relatórios que divulgariam os problemas e soluções que poderiam ser adaptados aos diversos contextos.

Por outro lado, constituiu um estímulo ao desenvolvimento da investigação, apoiando iniciativas já existentes do programa da *Agency for Healthcare Research and Quality's* (AHRQ) dos Estados Unidos da América, organismo que fomentou a formação e contribuiu para o desenvolvimento de redes colaborativas de investigação em diversos países (WHO, 2023b). Esta aliança envolveu vários programas, sendo que o primeiro foi o *Global Patient Safety Challenge 2005-2006* dedicado a uma problemática de extrema relevância, a infeção associada aos cuidados de saúde (WHO, 2004).

A nível europeu, em 2009, o Conselho da União Europeia identificou o défice de segurança associado aos cuidados de saúde como um problema de saúde pública e um encargo significativo, tendo em conta a limitação dos recursos de saúde existentes. Além disso, divulgou que 8 a 12% dos doentes internados em hospitais dos estados membros eram afetados por EA, dados que impulsionaram a criação de um quadro de incentivo de políticas e ações para dar resposta ao problema (Conselho da União Europeia, 2009).

Mais recentemente, o *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* continua a apontar o dano causado ao doente devido a cuidados inseguros, como um desafio de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo. Em média, 1 em cada 10 doentes está sujeito a um EA em hospitais de países desenvolvidos. As evidências sugerem que 134 milhões de EA ocorrem em países em desenvolvimento, contribuindo para 2,6 milhões de mortes anuais (WHO, 2021).

Em Portugal, num estudo efetuado entre 2000 e 2015 que avaliou a frequência e o impacto dos EA nos doentes internados, os resultados revelaram que em 6% dos internamentos ocorreu pelo menos um EA, associado a um aumento do 5% para 7% do risco de morte hospitalar, com um custo associado para o SNS de mais de 100 milhões de euros. Neste período verificou-se também um aumento da frequência dos EA de 2,3% para 8%, registando-se 500 complicações associadas a procedimentos, 279 mil reações a medicamentos, sendo os erros relacionados com o profissionais os menos frequentes, cerca de 90 mil ocorrências (Sousa-Pinto et al., 2018).

A nível nacional, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde integra o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, aprovado pelo despacho n.º 9390/2021, que é um documento de referência que “tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados” (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021, p.97).

Este documento foi elaborado com base no *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* da OMS, que destaca a segurança como uma prioridade nas políticas e estratégias a implementar em todos os países e nas recomendações para um desenvolvimento sustentável

das Nações Unidas. O plano é constituído por 5 pilares de atuação, que englobam objetivos estratégicos, ações e respeitantes metas (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021):

- Pilar 1: Cultura de segurança
- Pilar 2: Liderança e governança
- Pilar 3: Comunicação
- Pilar 4: Prevenção e gestão
- Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros.

De acordo com a OMS, a segurança do doente é um quadro de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes em cuidados de saúde que pretende reduzir os riscos de forma consistente e sustentável, reduzindo a ocorrência de danos evitáveis, tornando os erros menos prováveis e reduzindo o impacto do dano quando ele ocorre (WHO, 2021). Enquanto que “a cultura de segurança numa instituição de saúde corresponde ao conjunto de valores e crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do doente” (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021, p.99)

A avaliação da cultura de segurança em Portugal foi realizada nos hospitais através da aplicação do questionário “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses”, adaptado do *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, da AHRQ, composto por 12 dimensões de segurança, traduzido e validado para a população portuguesa. Dos resultados da sua aplicação nos anos de 2014, 2016 e 2018 foram identificadas as seguintes dimensões a carecerem de intervenção: “Resposta ao erro não punitiva, Frequência da notificação, Dotação de profissionais, Apoio à Segurança do Doente pela gestão, Trabalho entre unidades, Abertura na Comunicação, *Feedback* e Comunicação e acerca do erro, Perceções gerais sobre a Segurança do Doente e Transições.” (Norma 005/2018, atualizada a 10/01/2020, 2020, p.3).

3.2. Incidentes, Erros e Eventos Adversos

O problema da segurança associada aos cuidados de saúde é global e afeta inúmeros países, com contextos sócio-culturais e económicos muito diversificados, o que gera uma multiplicidade de definições e conceitos nas várias geografias do globo.

Neste âmbito, em 2009, a OMS publicou um relatório intitulado “*Conceptual framework for the international classification for patient safety*” (WHO, 2009) com o objetivo de criar uma classificação internacional, que permitisse melhorar a compreensão e a análise do problema, bem como a comparação de dados entre países, considerando a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados. Em Portugal, o departamento da qualidade da DGS efetuou a tradução deste relatório e adaptou o seu conteúdo ao contexto nacional, tendo sido intitulado “Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente” (DGS, 2011). Neste documento estão definidos vários conceitos fundamentais para a compreensão desta temática.

Assim, a segurança é definida como “a redução do risco de danos desnecessários para um mínimo aceitável.” (DGS, 2011, p.14). Para uma melhor compressão da questão do dano desnecessário vejamos como exemplo a incisão da pele numa cirurgia. Esta é considerada um dano, mas que é efetivamente necessário à execução do procedimento, enquanto que uma úlcera de pressão adquirida durante um internamento é um dano desnecessário.

O incidente de segurança por sua vez é definido como “um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente” e o erro uma “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano (DGS, 2011, p.15).

O documento em questão esclarece ainda que os incidentes de segurança podem ocorrer de forma não intencional, como acontece com os erros, ou intencionalmente como acontece com as transgressões a uma prática definida. Os erros podem ser de omissão pela não realização do ato certo; ou de comissão por fazer o ato errado (DGS, 2011).

Fragata vai mais longe e faz a distinção entre erro honesto e erro por negligência. No primeiro os “profissionais e organizações falham um plano mas cumpriram as regras de actuação, a *leges artis* profissional (...)”, enquanto no segundo “são violadas normas de conduta, com afastamento ou desvio do que seria esperado, fruto de uma actuação imprudente e violadora de regras.” (Fragata, 2010, p.565).

Os incidentes de segurança podem ser: uma ocorrência comunicável com “potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente”; um quase evento (*near miss*) que é “um incidente que não alcançou o doente”; um evento sem danos em que este “chegou ao doente mas não resultou em danos” e um EA que “resulta em danos para o doente” (DGS, 2011, p.15). Importa salientar que o dano associado ao cuidado de saúde é “o dano resultante ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de

cuidados de saúde, e não de uma doença ou lesão subjacente” (DGS, 2011, p.15). Segundo esta classificação, os incidentes de segurança podem ser vários tipos:

- “administração clínica ;
- processo/procedimento clínico;
- documentação;
- infeção associada aos cuidados de saúde;
- medicação/ fluidos IV;
- sangue ou hemoderivados;
- dieta/ alimentação;
- oxigénio/ gás/ vapor;
- dispositivo/ equipamento médico;
- comportamento;
- acidentes do doente;
- infraestrutura/edifícios/instalações
- recursos/gestão organizacional” (DGS, 2011, p.32).

Na literatura científica podemos encontrar uma variedade de termos que correspondem aos EA propriamente ditos ou estão relacionados com o tema, tais como: iatrogenias (Guerreiro et al., 2022), erros de enfermagem (Eltaybani et al., 2018), incidentes críticos “*critical incidents*” (Akiyama et al., 2023; Danielis et al., 2021; Welters et al., 2011), erros médicos “*medical errors*” ou eventos médicos “*medical events*” (Osmon et al., 2004). Contudo, é importante reforçar a ideia de que se não ocorre dano, não é um EA.

Um EA associado aos cuidados de saúde é percebido como uma falha na segurança, sendo que cerca de 60% destes podem ser prevenidos (Siman et al., 2017). Por outro lado, a probabilidade dos EA nunca acontecerem é nula, ou seja, há sempre algum risco de ocorrência. Associado a este risco está o fator humano, dado que “o erro é verdadeiramente humano e nunca será abolido” (Fragata, 2010, p.567).

Os fatores associados ao erro, incluem fatores humanos (de equipa e individuais), fatores de sistema (organizacionais), fatores de tarefa (que envolvem a complexidade, as dificuldades, o inesperado e as pressões), fatores de ambiente (relativos às condições locais) e fatores de acaso (dependentes de variáveis aleatórias) (Charles Vincent 2003, cit por Fragata, 2010).

Existem dois tipos de abordagem na gestão do erro, a centrada na pessoa, em que o foco está no erro individual, imputando-se a culpa ao indivíduo pelo esquecimento, distração, descuido, falta de motivação ou até negligência; e a centrada no sistema, em que é aceite que o ser humano é falível e que os erros acontecem, mesmo nas melhores organizações. Como tal, o foco está nas condições em que os indivíduos trabalham e na construção de um

sistema de defesas e barreiras para evitar os erros e mitigar as suas consequências (Reason, 2000). A teoria do queijo suíço de Reason, muito utilizada em saúde, demonstra como os erros podem acontecer em sistemas complexos e seguros, efetuando uma analogia das fatias do queijo que correspondem às barreiras e defesas, mas que também apresentam pequenas lacunas representadas pelos buracos do queijo (Fig. 1).

Essas lacunas surgem por falhas ativas e latentes, ambas associadas à ocorrência dos EA. As ativas são atos inseguros, como erros ou violações de procedimentos, cometidos por pessoas, diretamente relacionadas com os doentes e com o sistema. As latentes são inevitáveis, estão presentes nos sistemas e não são notadas até se combinarem com as falhas ativas e conduzirem à ocorrência de um incidente. Estas derivam de decisões do designers de equipamentos, das pessoas que elaboram os procedimentos, dos responsáveis pela arquitetura dos espaços, decisões estratégicas da gestão de topo, estando relacionadas com a estrutura e organização das instituições.

As falhas ativas são difíceis de prever, mas as latentes podem ser identificadas e corrigidas antes da ocorrência de um EA. Há um momento em que determinadas circunstâncias se alinham e as falhas latentes e ativas se orientam numa trajetória que conduz à ocorrência do erro. Reason (2000) refere que não se pode modificar a condição humana, mas podem modificar-se as condições em que os humanos trabalham. A integração deste modelo nos cuidados de saúde, contribui para uma gestão do risco mais proativa e menos reativa, no sentido de prevenir a ocorrência deste tipo de eventos.

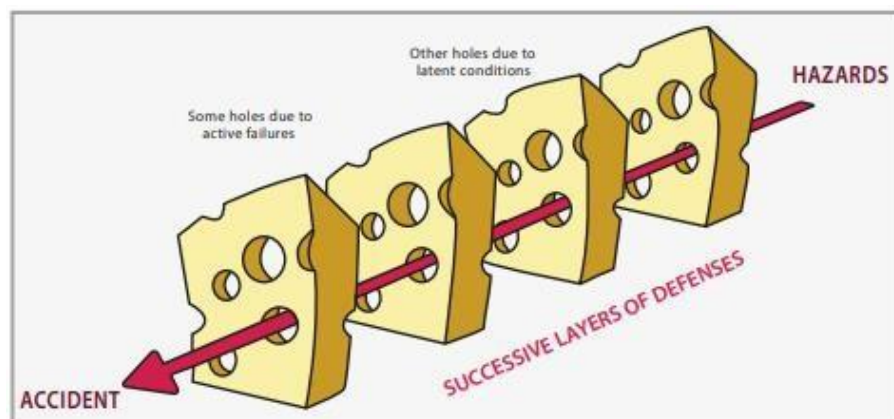


Figura 1 - Modelo do queijo suíço de James Reason (2000)

Fonte: WHO - Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems Technical report and guidance (2020)

3.3. *Eventos Adversos em Contexto de Cuidados Intensivos*

Os EA podem ocorrer em diversos contextos da prática: cuidados de saúde primários, pré-hospitalar, hospitais, clínicas, estruturas residenciais para idosos ou nas unidades da rede nacional de cuidados continuados integrados.

Neste estudo, centramos a abordagem nos EA nos cuidados de enfermagem à PSC, em contexto de UCI. Para uma melhor compreensão e contextualização do problema é fundamental identificar os tipos de EA que ocorrem neste contexto, o seu impacto, o perfil do doente envolvido e os fatores associados à sua ocorrência. Neste contexto autores referem “A analogia de ambiente complexo (Bloco Operatório, Urgência e Cuidados Intensivos) e a vulnerabilidade do doente crítico propiciam um grande potencial de ocorrência de incidentes com dano para o doente.” (Moreno et al., 2020, p.33). Por outro lado, as UCI são propícias à ocorrência de EA, por serem ambientes altamente tecnológicos e de grande complexidade (Souza et al., 2018).

Os EA que ocorrem em UCI são: os erros/incidentes relacionados com a medicação/ fluidos IV, nomeadamente a medicação de alto risco; úlceras de pressão; infeções associadas aos cuidados de saúde; quedas; incidentes relacionados com dispositivos e equipamentos: extubação endotraqueal não planeada, exteriorização acidental do catéter venoso central, da derivação ventricular externa, da sonda vesical ou da sonda nasogástrica, manuseamento do ventilador; flebites e hipoglicémias (Aikawa et al., 2021; Assis et al., 2022; Ortega et al., 2017; Roque et al., 2016; Souza et al., 2018).

Alguns estudos identificam determinadas condições de instabilidade do doente como EA. Assim, no estudo PREVENIR realizado entre 2014-2015, em 9 UCI de 4 hospitais franceses, foram realizados 5849 procedimentos de enfermagem em 340 doentes; desses, 292 (85,9%) foram afetados por pelo menos um EA (Lesny et al., 2020). No estudo em causa, foram considerados como EA hemodinâmicos: a hipotensão/hipertensão, a taquicardia/bradicardia; como EA respiratórios: a dessaturação, a dessincronização doente-ventilador, a diminuição do volume Tidal, o aumento da frequência respiratória e a tiragem; como EA neurológicos: a agitação, o aumento da dor e da pressão intracraniana (Lesny et al., 2020). Outros autores consideraram o delirium, as náuseas ou vômitos, reações alérgicas, sedação excessiva, hemorragia, hiperglicémia, hematomas, entre outros, também como EA (Aikawa et al., 2021). Pese embora, o foco de atenção sejam os EA que ocorrem na prestação

de cuidados de enfermagem à PSC, a abordagem multidisciplinar envolve a intervenção dos vários profissionais de saúde e por isso os EA são transversais aos vários intervenientes.

Nesta lógica, Moreno et al. (2020) referem que a maioria dos EA são causados por erros no processo assistencial, tais como os erros de diagnóstico, erros no circuito do medicamento (prescrição, preparação, administração), erros relacionados com os dispositivos médicos (catéters e drenos), erros relacionados com os equipamentos (débito inadequado das bombas perfusoras, alarmes desligados ou mal programados) e erros relacionados com procedimentos críticos (por exemplo da via aérea como a extubação não planeada ou a obstrução das cânulas de traqueostomia).

Assim, são vários os profissionais de saúde envolvidos na ocorrência dos EA tais como médicos, enfermeiros ou outros técnicos de saúde. Todavia, Mansoa refere que “os enfermeiros são responsáveis por mais efeitos adversos evitáveis do que qualquer outro profissional de saúde, por representarem uma percentagem significativa dos recursos humanos da saúde e por passarem uma grande parte do seu tempo com os utentes” (Mansoa, 2010, p.5).

A intervenção do enfermeiro especialista na gestão do risco clínico é crucial, como um elemento preponderante na identificação de situações de risco reais e potenciais, assim como na melhoria de processos que visem a prevenção da ocorrência dos EA.

Os EA que ocorrem em UCI geram grande preocupação pelo perfil de gravidade do doente crítico, pela múltipla e avultada quantidade de medicação administrada e pelos procedimentos invasivos realizados, resultando num maior risco de ocorrência destes eventos, aumentando a mortalidade e tempo de internamento (Merino et al., 2012; Ortega et al., 2017; Roque et al., 2016).

Têm impacto clínico porque provocam aumento do tempo de internamento, implicam tratamentos adicionais, podem deixar sequelas físicas e psicológicas, temporárias ou permanentes, ou conduzir à morte, isto é, têm impacto em indicadores como a morbilidade e a mortalidade (Bohomol & Ramos, 2007; Guerreiro et al., 2022; Roque et al., 2016; Sauro et al., 2020).

Além disso, têm impacto económico, porque acarretam aumento dos custos para as instituições de saúde e para os utentes, afetando a dinâmica e o rendimento das famílias (Bohomol & Ramos, 2007; Guerreiro et al., 2022). A nível social e organizacional têm impacto, na medida em que afetam a satisfação, a credibilidade e a confiança dos utentes nas instituições de saúde (Eltaybani et al., 2018; Pérez et al., 2019).

Os fatores de risco para a ocorrência de EA em UCI associados ao doente são: o ser idoso, a presença de comorbilidades, um perfil de maior gravidade à admissão, maior tempo de internamento, o ser submetido a procedimentos invasivos, a necessidade de ventilação mecânica invasiva de longa duração e a administração de múltiplos medicamentos (Assis et al., 2022; Ksouri et al., 2010; Ortega et al., 2017; Roque et al., 2016; Toffoletto et al., 2016).

No que respeita aos fatores relacionados com as condições de trabalho, estrutura e atividade desenvolvida nas UCI, os autores identificam: o aumento da carga de trabalho que pode gerar cansaço e stress dos profissionais (Assis et al., 2022; Oliveira et al., 2016; Ortega et al., 2017), a fadiga e a falta de descanso (Garrouste-Orgeas et al., 2016), a inexperiência dos enfermeiros associada às baixas dotações, deficiente supervisão e elevado volume de trabalho (Morrison et al., 2001), a associação entre a sobrecarga de trabalho e risco de delegação inadequada dos cuidados em profissionais menos preparados (Amaral et al., 2019). Outros apontam ainda fatores como a “organização e complexidade da equipa de trabalho multidisciplinar em Cuidados Intensivos (rácio e horário por turnos, stress e fadiga dos profissionais e comunicação multidisciplinar e multiprofissional)” (Moreno et al., 2020, p.34).

O desenvolvimento de cultura de segurança em UCI é de extrema importância, porque são prestados cuidados a doentes com situações altamente complexas, com necessidade de procedimentos invasivos e medicação de alto risco, que envolvem tecnologia diferenciada, um contexto que requer o foco na segurança dos cuidados.

Num estudo Souza et al. (2019), que avaliou a cultura de segurança em UCI através de entrevista, emergiram duas dimensões, a perceção e a gestão do erro. A maioria dos indivíduos reconheceu a possibilidade do erro e atribuiu a sua ocorrência a falhas individuais e do sistema e, quando este ocorreu, comunicaram à chefia, aos colegas e a maior parte das vezes não foram punidos, constituindo o erro uma aprendizagem para todos. Outros reconheceram a necessidade de medidas institucionais para prevenção e mitigação do erro, o que foi um aspeto positivo no que diz respeito à cultura de segurança. No entanto, alguns elementos negaram a ocorrência de erros e outros referiram que, em determinados momentos, foram alvo de punição, aspetos menos positivos da cultura de segurança (Souza et al., 2019).

Noutro estudo, Santiago & Turrini, (2015) foram aplicados os questionários HSOPSC e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), para avaliação da cultura e clima organizacional de segurança em UCI. No SAQ foram identificados pontos fracos nas dimensões: condições de trabalho e perceção da gestão, enquanto que no HSOPSC foi na dimensão resposta não

punitiva ao erro. Os pontos fortes do SAQ foram identificados nas dimensões: clima de trabalho em equipa e a satisfação no trabalho e no HSOPC nas expectativas e ações do supervisor/gestor promotoras de segurança e a aprendizagem organizacional-melhoria contínua (Santiago & Turrini, 2015).

A cultura de segurança é um dos fatores mais importantes para a melhoria da qualidade dos cuidados, elementos como a liderança, a confiança, o respeito, uma comunicação aberta, ações não punitivas e o desempenho coordenado são essenciais para a prestação de cuidados seguros pela equipa multidisciplinar da UCI (Garrouste-Orgeas et al., 2016).

3.4. *A Notificação dos Eventos Adversos*

A ocorrência dos EA é uma realidade na prestação de cuidados de saúde, alguns destes eventos resultam de erros, condição inerente ao ser humano e impossível de abolir. Sabe-se que uma grande percentagem dos EA são evitáveis, o que determina a importância da gestão do risco na prevenção e mitigação dos mesmos.

A gestão de risco é um “conjunto de atividades (planeamento, organização, direção, avaliação e implementação) envolvidas na redução dos riscos de dano aos doentes e funcionários e na redução dos danos à propriedade ou perdas dentro das unidades de cuidados de saúde.” (Segen, 1995 cit por DGS, 2011, p.123).

Alguns autores referem que identificar os diferentes tipos de erros pode contribuir para a segurança do doente, reduzindo assim os custos financeiros para instituições e doentes, resultando numa maior qualidade dos cuidados, fortalecendo a confiança entre os profissionais de saúde e doentes e constituindo uma valiosa fonte de informação (Mansouri et al., 2019). A aprendizagem a partir dos EA ocorre através da notificação e análise dos mesmos, com o intuito de implementar medidas corretivas, que promovam a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados.

Segundo o (IOM (US) Committee on Quality of Health Care in America et al., 2000) os sistemas de notificação de EA podem assumir dois propósitos, a responsabilização dos prestadores de cuidados ou, em alternativa, o fornecimento de dados para implementar ações de melhoria no domínio da segurança.

Os sistemas de notificação obrigatórios concentram a sua atuação nos erros associados a danos graves ou morte, garantem que estes são notificados, investigados e implementadas ações corretivas; fornecem um incentivo às instituições para melhorar segurança, evitando

penalizações e exposição pública e por último exigem que as organizações de saúde façam algum investimento na segurança, promovendo condições mais equitativas. Os sistemas de notificação voluntários focam-se nos erros que não resultaram em dano, os “*near misses*”, ou que resultaram num dano mínimo, geralmente são anónimos e não punitivos e são particularmente úteis para identificar e corrigir vulnerabilidades de erros pouco frequentes, que podem assumir um padrão e estão relacionados com questões do próprio sistema que afetam todas as instituições de saúde.

Todavia, a realização da notificação por si só é insuficiente, a análise e o seguimento dos eventos são fundamentais para a implementação de ações de melhoria (IOM (US) Committee on Quality of Health Care in America et al., 2000). Existem vários métodos para efetuar a análise e a investigação dos incidentes/EA. Em Portugal estes incluem: a análise da causa raiz, onde é efetuada a reconstrução da sequência dos acontecimentos, questionando-se o porquê até se chegar à causa de raiz do incidente, a análise concisa que é uma análise sucinta dos incidentes em que o dano é nenhum, ligeiro ou moderado, é efetuada no local da ocorrência, são consultados relatórios, efetuado um número reduzido de entrevistas e revisão da informação e a análise muti-incidente, onde os incidentes são agrupados por temáticas e analisados de uma só vez, esta inclui incidentes com qualquer grau de dano (Norma 017/2022 de 19 de dezembro, 2022).

Os sistemas de notificação podem ter uma ou mais das seguintes funções: responsabilização pública; resposta aos doentes e familiares envolvidos; via de alerta de comunicações; barómetro de risco na área da saúde e base de aprendizagem e melhoria. Além disso, baseiam-se em dois princípios fundamentais: identificar riscos e evitar danos (WHO, 2020).

Aqueles que funcionam em pleno, conseguem obter informação suficiente e adequada sobre erros de várias instituições, para perceber quais os fatores que contribuíram para a sua ocorrência, fornecem *feedback* e disseminam a informação, promovendo a consciência dos profissionais de saúde de que os incidentes também ocorrem noutros locais e que a expectativa é de os corrigir melhorando a segurança dos cuidados (IOM (US) Committee on Quality of Health Care in America et al., 2000).

Por outro lado, são particularmente úteis na deteção eventos mais raros e problemas emergentes, dado que os eventos mais comuns são muitas vezes encarados como “normais” porque no quotidiano os profissionais vão tentando contornar as dificuldades. Um exemplo desta situação pode ser um dispositivo médico que não funciona totalmente bem, que gera um risco, mas esse risco é passível de ser contornado e, por isso, acaba por não ser notificado

(WHO, 2020). Em 2000, já se enfrentavam desafios como a subnotificação e a necessidade de construir sistemas de resposta eficazes (IOM (US) Committee on Quality of Health Care in America et al., 2000). Em 2005, o “Projeto de diretrizes da OMS para sistemas de notificação e aprendizagem de eventos adversos: da informação à ação”, definiu um conjunto de diretrizes que:

“definiram a finalidade e a função da notificação dos incidentes; descreveram os componentes dos sistemas então em uso; avaliaram fontes alternativas de informação para a segurança do doente; deram exemplos de sistemas de notificação nacionais como então existentes; especificaram os requisitos para um sistema nacional de notificação e aprendizagem de “eventos adversos”; enumeraram as características dos sistemas de notificação bem-sucedidos: não punitivos, confidenciais, independentes, com análise por peritos, céleres, orientados para sistemas e responsivos; fizeram recomendações aos Estados-Membros para auxiliar no desenvolvimento de sistemas de notificação e aprendizagem, incluindo uma lista de verificação para o desenvolvimento de um sistema de notificação” (OMS, 2020b, p.3).

A notificação na área da saúde tem utilizado o conhecimento proveniente de outros sistemas de notificação extremamente bem implantados, como é o caso da aviação, que consegue utilizar uma grande quantidade de dados para reduzir riscos, analisar incidentes e implementar processos de melhoria (WHO, 2020).

O desenvolvimento dos sistemas de notificação acompanharam os avanços na área da segurança marcados pela divulgação do relatório *To Err is Human: Buiding a Safer Health System* do IOM, publicado em 2000 (IOM (US) Committee on Quality of Health Care in America et al., 2000). Todavia, apesar de vários anos de trabalho, a capacidade dos programas globais, nacionais e locais para reduzir riscos, evitar danos e melhorar a segurança dos cuidados de saúde continua muito limitada pela inexistência de sistemas de informação de elevada qualidade (WHO, 2021). Além disso, o termo “aprendizagem” é aplicado frequentemente, mas de uma forma muito vaga, sendo escassa a informação relativa à forma se faz a aprendizagem através dos sistemas de notificação (WHO, 2020).

Alguns autores referem que a subnotificação de EA e *near-miss* permanece elevada, apesar dos vários sistemas de notificação existentes (Hamilton et al. cit por Hamed & Konstantinidis, 2022). As barreiras ou fatores dificultadores da notificação dos EA estão identificadas na literatura e podem ser vários tipos.

As barreiras organizacionais e de processo tais como: sistemas de notificação inadequados (Afaya et al., 2021; Hamed & Konstantinidis, 2022; Mansouri et al., 2019; Mascarenhas et al.,

2019); *défice* conhecimento, formação e treino sobre sistemas de notificação (Hamed & Konstantinidis, 2022; Mansouri et al., 2019; Mascarenhas et al., 2019; Nazário et al., 2021; Siman et al., 2017); cultura punitiva com foco no indivíduos em vez de no sistema (Afaya et al., 2021; Mansouri et al., 2019; Mascarenhas et al., 2019; Nazário et al., 2021); falta de *feedback* após a notificação (Afaya et al., 2021; Mansouri et al., 2019); o erro considerado um indicador de desempenho e mudança de atitude do gestor perante o enfermeiro envolvido no erro (Afaya et al., 2021; Mansouri et al., 2019); falta de incentivo para notificar (Nazário et al., 2021); sobrecarga de trabalho (Mascarenhas et al., 2019) e a falta de material e recursos humanos (Nazário et al., 2021).

Quanto às barreiras individuais e profissionais estas incluem: medo de ficar com a reputação prejudicada, com rótulo de incompetente, da imputação de culpa pelos colegas e outros profissionais (Afaya et al., 2021; Hamed & Konstantinidis, 2022; Mansouri et al., 2019; Mascarenhas et al., 2019; Nazário et al., 2021); sentimento de vergonha (Afaya et al., 2021; Nazário et al., 2021); medo de perder o emprego, o estatuto, o salário ou benefícios financeiros (Afaya et al., 2021; Mansouri et al., 2019); medo de ser alvo de processos judiciais (Afaya et al., 2021); receio de agressões, falta de compreensão por parte das famílias ou consequências graves a longo prazo para o doente (Mansouri et al., 2019); falta de apoio dos colegas e das chefias (Mansouri et al., 2019; Mascarenhas et al., 2019); falta de proteção (Nazário et al., 2021); falta de motivação e sentido de compromisso (Hamed & Konstantinidis, 2022; Mascarenhas et al., 2019; Nazário et al., 2021); as diferentes posturas/attitudes perante a ocorrência incidente/EA, uns reportaram ao médico ou aos pares, outros anotam em livros de ocorrências ou até desconhecem o que fazer (Siman et al., 2017) e o esquecimento ou o ato de não considerar a notificação como uma prioridade (Mascarenhas et al., 2019; Siman et al., 2017).

Noutra perspetiva existem fatores facilitadores ou estratégias que podem favorecer a notificação de incidentes de segurança/EA tais como: a existência de uma cultura de segurança que reconheça a importância da notificação como estratégia para a melhoria da qualidade e da segurança (Kagan & Barnoy, 2013; Nazário et al., 2021; Siman et al., 2017); uma comunicação transparente e aberta entre os profissionais e os líderes/gestores, mas também entre os profissionais e os doentes/famílias (Nazário et al., 2021); o envolvimento da liderança sénior (Nazário et al., 2021); uma cultura não punitiva, focada nos aspetos do sistema e não nos aspetos individuais, os sistemas de notificação anónimos (Afaya et al., 2021; Siman et al., 2017); a formação contínua na área da segurança que visa o aumentar o conhecimento sobre quais os incidentes a notificar, como efetuar uma notificação, como é

analisada, quem fornece o *feedback* e quais os resultados no final do processo (Nazário et al., 2021); o *feedback* após a notificação; a otimização dos sistemas de notificação que preconiza formulários claros, simples e de rápido preenchimento (Nazário et al., 2021; Siman et al., 2017); o suporte/apoio institucional aos profissionais que notificam por parte dos gestores/líderes, pelos colegas e por outros elementos da equipa multidisciplinar (Nazário et al., 2021); o envolvimento dos profissionais que estão na prestação direta de cuidados na implementação de processos que melhoram a segurança (Nazário et al., 2021), o sistema de notificação voluntário, confidencial e anónimo (Nazário et al., 2021; Siman et al., 2017); a participação dos doentes e famílias, fazendo uso das suas notificações para reconhecer EA (Nazário et al., 2021) e a produção de indicadores para monitorização dos EA (Nazário et al., 2021).

Em 2017, a *Join Commission* emitiu um conjunto de ações a implementar pelos líderes para aumentar a cultura de segurança, das quais destacamos as que se inserem no âmbito da notificação de incidentes/EA e que são: introduzir uma abordagem transparente e não punitiva relativa à notificação, aprendendo com os incidentes/EA, com situações de risco e ambientes inseguros; estabelecer regras claras, justas e processos transparentes baseados no risco para reconhecer e distinguir erro humano do erro relacionado com sistemas mal projetados, com ações inseguras ou imprudentes e às quais pode ser imputada culpa; reconhecer os membros da equipa que notificam os incidentes/EA e situações de risco, e que reconhecem ambientes inseguros ou que apresentem boas sugestões de melhoria no domínio da segurança (Bienassis et al., 2020).

Segundo a WHO na “América do Norte, Europa, Austrália e em muitas partes da Ásia e do Médio Oriente, a análise de informações em notificações de incidentes de segurança do paciente e os resultados de estudos de pesquisa mostram um padrão surpreendentemente consistente” (WHO, 2020, p. 5).

Em Portugal, os estudos sobre a notificação de incidentes de segurança ainda são escassos, no entanto, tem sido desenvolvido algum trabalho nesse sentido. Em estudos efetuados em contexto hospitalar, com amostras de 154 e 52 enfermeiros respetivamente, 50% e 36,5% não realizaram nenhuma notificação nos 12 meses anteriores ao questionário, e o evento notificado com maior frequência foi o dano trágico associado à morte ou incapacidade, com 82,1% e 29,8% respetivamente (Lima, 2011; Martins, 2017).

Noutro estudo que envolveu a participação de 94 enfermeiros, 46,8% não realizaram nenhuma notificação nos 12 meses anteriores ao questionário e 63,8% referiram já ter

estado envolvidos na ocorrência de um erro/EA, sendo que 95% destes realizaram a sua notificação (Santos, 2017).

De acordo com Abreu numa amostra de 181 enfermeiros, relativamente à notificação de erros de medicação, a maioria refere não notificar devido a fatores psicológicos, pessoais ou relacionados com a instituição, e os que notificaram apenas o fizeram verbalmente ao enfermeiro gestor (Abreu, 2015).

Em Portugal, a notificação e gestão de incidentes de segurança é efetuada através do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA da DGS. Este é um sistema de notificação voluntário, confidencial, anónimo e não punitivo, e as notificações podem ser efetuadas por profissionais de saúde ou cidadãos e os incidentes são classificados de acordo com a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (Norma 017/2022 de 19 de dezembro, 2022). Segundo o Relatório de Monitorização da Qualidade e Segurança, entre 2015 e 2019 foram efetuadas 24 851 notificações no sistema NOTIFICA por profissionais de saúde e cidadãos (DGS, 2020).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 recomenda no seu pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente “o desenvolvimento de sistemas de notificação que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, de melhoria contínua, e de proteção do notificador.” (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021, p.101).

Os respetivos objetivos estratégicos são “aumentar a cultura de transparência da notificação de incidentes de segurança do doente” e “promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente” no Sistema NOTIFICA (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021, p.101).

As ações incluem incentivar os profissionais à notificação de incidentes de fármacos e hemovigilância; promover a formação e disponibilizar instrumentos facilitadores; introduzir a notificação nas metas de contratualização; publicar, divulgar e implementar o enquadramento legal para a confidencialidade e proteção do notificador; otimizar o Sistema NOTIFICA; desenvolver um módulo de auditoria das práticas seguras no NOTIFICA; implementar ferramentas e procedimentos para a monitorização e *feedback* dos incidentes aos profissionais de saúde e cidadãos (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021,p.101).

3.5. *O Papel do Enfermeiro na Gestão do Risco e na Promoção da Segurança*

Pelo exposto anteriormente é inquestionável a relevância da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde, evidenciando a necessidade de reflexão sobre o papel e contributo dos enfermeiros neste âmbito.

Nos primórdios da Enfermagem, Florence Nightingale revelou preocupações muito pertinentes com o ambiente dos cuidados, sobretudo em aspetos como a higiene, as condições de saneamento, a iluminação, a temperatura ou a ventilação dos espaços. Nightingale introduziu várias formas de combater tudo aquilo que causasse dano ao paciente, “fazendo com que se tornasse um dos pioneiros em uma visão epidemiológica e sanitária, mesmo em uma era pré-bacteriológica.” (Martins & Benito, 2016, p.164).

As preocupações com a promoção de um ambiente seguro na prestação de cuidados mantêm-se na atualidade, sendo a enfermagem uma classe profissional com valor acrescentado neste domínio. Dos planos curriculares aos contextos prática, os enfermeiros são dotados de vastos conhecimentos nesta área e operacionalizam uma prática baseada na evidência científica, que está em constante atualização.

Os contextos atuais de maior complexidade, envolvendo pessoas com idades avançadas, aumento das comorbilidades, em equilíbrios frágeis, com a administração de múltiplos fármacos, procedimentos invasivos e o avanço da tecnologia, colocam em cena grandes desafios aos enfermeiros.

Embora seja reconhecido que a notificação é um processo multidisciplinar, a maioria dos enfermeiros exerce a sua atividade na prestação direta de cuidados, pelo que têm um papel preponderante neste processo.

De acordo com o REPE, estes 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 e serviços de enfermagem” (OE, 2015b, p. 78).

Na conceitualização dos cuidados de enfermagem, Benner refere que os enfermeiros passam por diferentes níveis na aquisição e desenvolvimento de competências e salienta o impacto que esse processo assume na conceção da prática, no juízo clínico, na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados. O enfermeiro passa assim por “cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (Benner, 2001, p. 43).

Benner reforça ainda a relevância da enfermagem na segurança do doente, quando refere que os enfermeiros “estão sempre presentes e coordenam as relações entre o doente e os diferentes membros da equipa de cuidados; as enfermeiras têm a possibilidade de prevenir e detetar os erros” (Benner, 2001, p. 161).

A segurança dos cuidados é uma área de extrema relevância onde a intervenção do enfermeiro perito constitui uma mais valia na avaliação e gestão do risco, no desenvolvimento de uma cultura de segurança e na prevenção e mitigação dos incidentes/EA.

Neste contexto, o EEEMC intervém de forma avançada na vigilância, monitorização e terapêutica, previne complicações e EA associados a processos complexos no contexto de doença aguda ou crónica, e através da gestão do ambiente dos cuidados e da inovação em estratégias de prevenção de risco clínico e não clínico, promove um desenvolvimento de uma cultura de segurança (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Por outro lado, os cuidados especializados de enfermagem à PSC

“exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19363).

Esta mudança de paradigma remete-nos para a necessidade de mudar práticas e mentalidades. Se o ambiente é mais complexo, então os enfermeiros deverão ser mais proativos na implementação e desenvolvimento de procedimentos de segurança, produzindo impacto nos indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem como a “taxa de efetividade na prevenção de complicações (...) mudanças positivas nos estados dos diagnósticos de enfermagem (...) taxas de ganhos possíveis/ esperados de efetividade (...) satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem” (OE, 2007b, p.3).

Apesar dos atuais avanços tecnológicos, a prestação de cuidados de saúde é assegurada por pessoas, como tal “quaisquer melhorias que visem aumentar a qualidade, eficiência ou produtividade dos cuidados de saúde irão requerer um investimento em capital humano” (Lopes et al., 2018, p.4).

4. Finalidade e Objetivos

O objetivo deste estudo de *scoping review* pretendeu mapear a evidência acerca das estratégias promotoras da notificação de EA nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto de UCI.

A realização da *scoping review* permitirá identificar quais as estratégias promotoras da notificação dos eventos adversos no contexto das UCI, que poderão ser úteis para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua no contexto da prestação de cuidados, com vista à melhoria da segurança e qualidade dos cuidados.

5. Metodologia

A investigação em enfermagem assistiu a um desenvolvimento significativo na última metade do século, e este tem sido “central para a afirmação da disciplina e da profissão e tem contribuído para o reforço da PBE e para a afirmação da enfermagem no âmbito das políticas de saúde” (Sousa et al., 2022, p. 12).

Nesta perspetiva, o REPE reforça a relevância da investigação para a enfermagem, no seu artigo 9º, ponto 5, quando refere que os “enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral” (OE, 2015b, p.105).

Neste capítulo serão descritas as etapas que contribuíram para a concretização deste estudo de investigação de *scoping review*, operacionalizado através o desenho de estudo, que engloba a formulação da questão de investigação, a definição dos critérios de inclusão e de exclusão, a estratégia de pesquisa implementada e as considerações éticas.

5.1. Desenho do Estudo

O processo de investigação é baseado no método científico. Este compreende a identificação de um problema, a formulação de uma hipótese, o desenho do estudo que inclui a seleção de uma amostra de determinada população, a colheita de dados, a obtenção de resultados e retirada de conclusões (Duarte et al., 2022).

A ampla produção de trabalhos de investigação tem conduzido a novas formas de produção de conhecimento com base na revisão dos estudos já existentes, permitindo uma atualização, comparação e mapeamento do conhecimento previamente produzido (Salvador et al., 2021).

É neste contexto que surge o estudo de *scoping review*. As autoras Arksey e O’Malley enquadraram pelo menos quatro razões que conduzem à realização de uma *scoping review* e que são elas: analisar a extensão, o alcance e a natureza do conhecimento produzido numa determinada área de estudo; determinar a viabilidade, a pertinência e os potenciais custos da realização de uma revisão sistemática; sintetizar e divulgar resultados, junto dos decisores políticos, profissionais e consumidores e identificar lacunas no conhecimento científico existente (Arksey & O’Malley, 2005).

Mais tarde, em 2018, outros autores referiram que a condução deste tipo de estudo está também indicado como precursor de uma revisão sistemática, como forma de identificar as evidências disponíveis em determinada área de estudo, para identificar e analisar lacunas no conhecimento, clarificar conceitos chave e definições da literatura, analisar como a investigação está a ser conduzida em determinada área do conhecimento e identificar as características ou fatores associados a determinado conceito. (Munn et al., 2018).

5.2. *Questão da Scoping Review*

O processo de revisão deste estudo foi efetuado com base na metodologia proposta por Joana Briggs Institute (JBI) utilizando os seguintes tópicos: população, conceito e contexto (PCC) (Peters et al., 2020). Na população, foram considerados os estudos que incluíam enfermeiros a exercer funções em UCI. No que respeita ao conceito, foram considerados os estudos sobre as estratégias promotoras da notificação de EA. Em relação ao contexto foram considerados os estudos realizados em UCI.

Assim a questão orientadora deste estudo foi a seguinte: “Quais as estratégias promotoras da notificação de EA nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de UCI?”.

5.3. *Crítérios de Inclusão*

Os critérios de inclusão são a base para considerar as fontes a incluir na revisão, devem estar claramente definidos e deverá haver uma congruência entre o título, a questão de revisão e os critérios (Peters et al., 2020).

Como critérios de inclusão foram definidos: estudos com enfermeiros a exercer funções em UCI; estudos sobre cuidados à pessoa adulta em situação crítica e estudos sobre estratégias promotoras da notificação de EA. Quanto aos critérios de exclusão foram rejeitados os estudos com enfermeiros a exercer funções em serviços de internamento e/ou consulta externa; estudos sobre cuidados a menores de 18 anos e estudos sobre outras temáticas.

Quanto ao tipo de estudos, foram considerados estudos de investigação de natureza primária, secundária e terciária; quantitativos ou qualitativos, como estudos exploratórios,

descritivos, correlacionais, transversais ou longitudinais, retrospectivos/ prospectivos, estudos de caso ou grupo focal.

5.4. *Estratégia de Pesquisa*

A operacionalização do protocolo de *scoping review* segundo a metodologia proposta pelo JBI, ocorreu em três fases, durante os meses de Agosto e Setembro de 2023.

Numa primeira fase foi efetuada uma pesquisa limitada nas bases de dados CINAHL (via EBSCO) e MEDLINE (via PUBMED) para definir os termos de pesquisa através da análise das palavras utilizadas nos títulos, resumos e descritores. Nesta fase foram verificadas as definições dos descritores MeSH (Medical Subject Headings) para avaliar o enquadramento com a temática e o objetivo do estudo.

Na pesquisa inicial verificou-se que o termo evento adverso apesar de surgir nos resultados, não é um termo MeSH, pelo que não pôde ser utilizado na estratégia de pesquisa, tendo sido necessário explorar a definição de outros conceitos associados. O termo MeSH “*adverse effects*” apesar de do ponto de vista semântico ser similar, está maioritariamente relacionado com os efeitos adversos de medicamentos, produtos químicos ou agentes biológicos em dosagens aceitáveis, embora também esteja associado a efeitos adversos ou complicações associados a procedimentos de diagnóstico, terapêuticas, profilaxia, anestesia, cirúrgicos ou outros (National Library of Medicine, 2023a). Contudo, após a análise detalhada da sua definição, este não foi considerado para a pesquisa.

Durante este processo, verificou-se que os EA, a sua notificação e a prevenção da sua ocorrência, se enquadram no conceito da gestão do risco. Nesse sentido, e pela sua adequação ao âmbito do estudo, foi selecionado o termo MeSH “*Risk Management*” que por definição é o processo de minimizar o risco para uma organização através do desenvolvimento de sistemas para identificar e analisar perigos potenciais para evitar acidentes, lesões e outras ocorrências adversas, tentando lidar com eventos e incidentes que ocorrem de forma a minimizar o seu efeito e custo (National Library of Medicine, 2023b).

Em relação à população foram utilizados os termos “Nursing Care” e “Critical Care Nursing” e em relação ao contexto o termo “Intensive Care Units”.

Numa segunda fase foram combinadas as palavras-chave/descriptores MeSH que integram a frase booleana que orientou a estratégia de pesquisa nas seguintes bases de dados: CINAHL (via EBSCO), MEDLINE (via PUBMED), Scielo, COCHRANE, LILACS. De forma a mapear outra

literatura, tal como teses e dissertações, denominada de literatura cinzenta, foi efetuada uma pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), DANS EASY/OpenGrey e DART-Europe.

Por forma a promover uma análise e compreensão do fenómeno, não foram aplicados limites temporais na pesquisa, nem qualquer restrição de idioma.

A frase booleana tipo utilizada foi: (((Nursing Care) OR (Critical Care Nursing)) AND ((Patient Safety) OR (Risk Management)) AND (Intensive Care Unit)) tendo sido efetuados os ajustes necessários em função dos critérios de pesquisa de cada base de dados. Numa terceira fase, a lista de referências dos artigos selecionados foi pesquisada para encontrar fontes adicionais. Em anexo está documentada a estratégia de pesquisa completa aplicada a cada base de dados (Anexo VI). A estratégia de pesquisa e os respetivos resultados são apresentados de forma sucinta na Tabela 1.

Tabela 1- Estratégia de pesquisa nas bases de dados

Estratégia de pesquisa	Base de dados	Resultados
<p>(((TI nursing care) OR (AB nursing care) OR (MH nursing care)) OR ((TI critical care nursing) OR (AB critical care nursing) OR (MH critical care nursing)))) AND (((TI patient safety) OR (AB patient safety) OR (MH patient safety)) OR ((TI risk management) OR (AB risk management) OR (MH risk management)))) AND (((TI intensive care unit) OR (AB intensive care unit) OR (MH intensive care unit)))</p> <p>Filtro: <i>all adult</i></p>	CINHALL (Via EBSCO)	180
<p>(((nursing care[Title/Abstract] OR (nursing care[MeSH Terms])) OR ((critical care nursing[Title/Abstract] OR (critical care nursing[MeSH Terms])))) AND (((patient safety[Title/Abstract] OR (patient safety[MeSH Terms])) OR ((risk management[Title/Abstract] OR (risk management[MeSH Terms])))) AND ((intensive care unit[Title/Abstract] OR (intensive care unit[MeSH Terms])))</p> <p>Filtro: <i>Adult 19+ years</i></p>	MEDLINE (Via PubMed)	149
<p>((ti:(nursing care)) OR (ab:(nursing care))) OR ((ti:(critical care nursing)) OR (ab:(critical care nursing))) AND (((ti:(patient safety)) OR (ab:(patient safety))) OR ((ti:(risk management)) OR (ab:(risk management)))) AND ((ti:(intensive care unit)) OR (ab:(intensive care unit)))</p>	SciELO	62
<p>(("nursing care") OR ("critical care nursing") AND ("patient safety") OR ("risk management") AND ("intensive care unit")) in Title Abstract Keyword</p>	COCHRANE Library	18

(((ti:(nursing care)) OR (ab:(nursing care)) OR (mh:(nursing care))) OR ((ti:(critical care nursing)) OR (ab:(critical care nursing)) OR (mh:(critical care nursing)))) AND (((ti:(patient safety)) OR (ab:(patient safety)) OR (mh:(patient safety))) OR ((ti:(risk management)) OR (ab:(risk management)) OR (mh:(risk management)))) AND ((ti:(intensive care unit)) OR (ab:(intensive care unit)) OR (mh:(intensive care unit)))	LILACS	110
(((nursing care) OR (critical care nursing)) AND ((patient safety) OR (risk management)) AND (intensive care unit)) Filtro – Assunto: Enfermagem	RCAAP	79
(((cuidados de enfermagem) OR (enfermagem de cuidados intensivos)) AND ((segurança) OR (gestão de risco)) AND (unidade de cuidados intensivos)) Filtro – Assunto: Enfermagem	RCAAP	116
(((nursing care) OR (critical care nursing)) AND ((patient safety) OR (risk management)) AND (intensive care unit))	DANS EASY / OpenGrey	0
(((nursing care) OR (critical care nursing)) AND ((patient safety) OR (risk management)) AND (intensive care unit))	DART- Europe	25

5.5. Seleção dos Estudos

Após a pesquisa, as referências dos estudos foram importadas para a aplicação *Rayyan Qatar Computing Research Institute – Intelligent Systematic Review Software*® onde se procedeu à remoção dos duplicados.

Posteriormente, foi efetuada uma seleção dos estudos por dois revisores independentes que analisaram os títulos e resumos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão. Não surgiram questões que gerassem discordância, pelo que não foi necessário uma análise por um terceiro revisor. Não houve necessidade de os revisores contactarem os autores de fontes primárias ou revisões para a obtenção de informação relevante, dado que todos os artigos estavam disponíveis em texto integral.

O procedimento de seleção que integra a identificação, triagem, elegibilidade e inclusão será apresentado num fluxograma de decisão recorrendo à *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses adaptado à metodologia de scoping review* (PRISMA-SCR) (Tricco et al., 2018). Este deve clarificar o processo de decisão da revisão, indicar os resultados da pesquisa, a remoção dos artigos duplicados e mostrar a síntese final do processo (Peters et al., 2020).

5.6. *Extração de Dados*

O procedimento efetuado após a seleção dos estudos é a extração de dados que consiste numa síntese das evidências dos estudos incluídos na revisão e que inclui dados como: autores, ano de publicação, país de origem, objetivo, tipo de estudo, população/ amostra, método, principais resultados e conceitos relevantes para a revisão. A tabela em questão será apresentada no capítulo dos resultados.

5.7. *Considerações Éticas*

Neste trabalho de investigação foi efetuado um estudo de *scoping review* utilizando dados e documentos que se encontram acessíveis ao público. Assim, os princípios éticos estão salvaguardados através do respeito pelos direitos de autor e da propriedade intelectual, garantidos pela correta referência dos estudos consultados. Além disso, não existe qualquer conflito de interesse na realização deste trabalho por parte dos investigadores.

5.8. *Previsão da Disseminação Científica*

Em Abril do corrente ano, foi apresentada uma comunicação oral com o tema “Impacto dos Eventos Adversos Associados ao Cuidados de Enfermagem em UCI” na VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde: investigação em saúde global e redes de colaboração (Anexo V), e em Agosto foi efetuado o registo do protocolo de *scoping review* na plataforma *Open Science Framework*, que pode ser consultado através do link: <https://osf.io/yzkjq/>. Preve-se ainda a publicação de um artigo científico numa revista indexada.

6. Resultados

Na fase inicial da pesquisa foram obtidos 739 estudos. Seguidamente as referências foram importadas para o *Rayyan Qatar Computing Research Institute – Intelligent Systematic Review Software*[®].

Após a remoção dos 109 estudos duplicados, os restantes 630 foram submetidos a uma seleção por dois revisores independentes. Foi efetuada a leitura do título e posteriormente do resumo, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Após esta triagem os estudos foram novamente reunidos para verificar a concordância da seleção, a qual se verificou, pelo que não foi necessário a intervenção de um terceiro revisor.

Assim foram excluídos 469 estudos após leitura do título e 131 após leitura do resumo, tendo-se obtido um total de 30 estudos para elegibilidade.

Após a leitura do texto integral, 5 estudos foram excluídos por não cumprirem o critério população, 15 por não cumprirem o critério do conceito, isto é, não se identificaram quaisquer estratégias promotoras da notificação de EA e 1 pelo contexto. Assim, foram incluídos na revisão 9 estudos. A lista de referências dos artigos selecionados foi pesquisada para encontrar fontes adicionais, contudo nenhuma referência adicional foi incluída.

O procedimento de seleção composto pela identificação, triagem, elegibilidade e inclusão será apresentado num fluxograma de decisão (Figura 2) recorrendo à *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* adaptado à metodologia de *scoping review* (PRISMA-SCR) (Tricco et al., 2018).

Embora não se tenha aplicado qualquer restrição de idioma, 4 dos estudos incluídos encontram-se em inglês e os restantes em português. Relativamente ao tipo de estudo, 2 são estudos quantitativos (dois estudos transversais); 6 são qualitativos (um estudo de caso, dois descritivos exploratórios, um fenomenológico, um descritivo retrospectivo, um de metodologia restaurativa/colaborativa e focus grupo). Apenas um é misto.

Quanto ao ano de publicação, obtivemos um de 2007, um de 2011, um de 2013, um de 2014, um de 2017, dois de 2018 e dois de 2021.

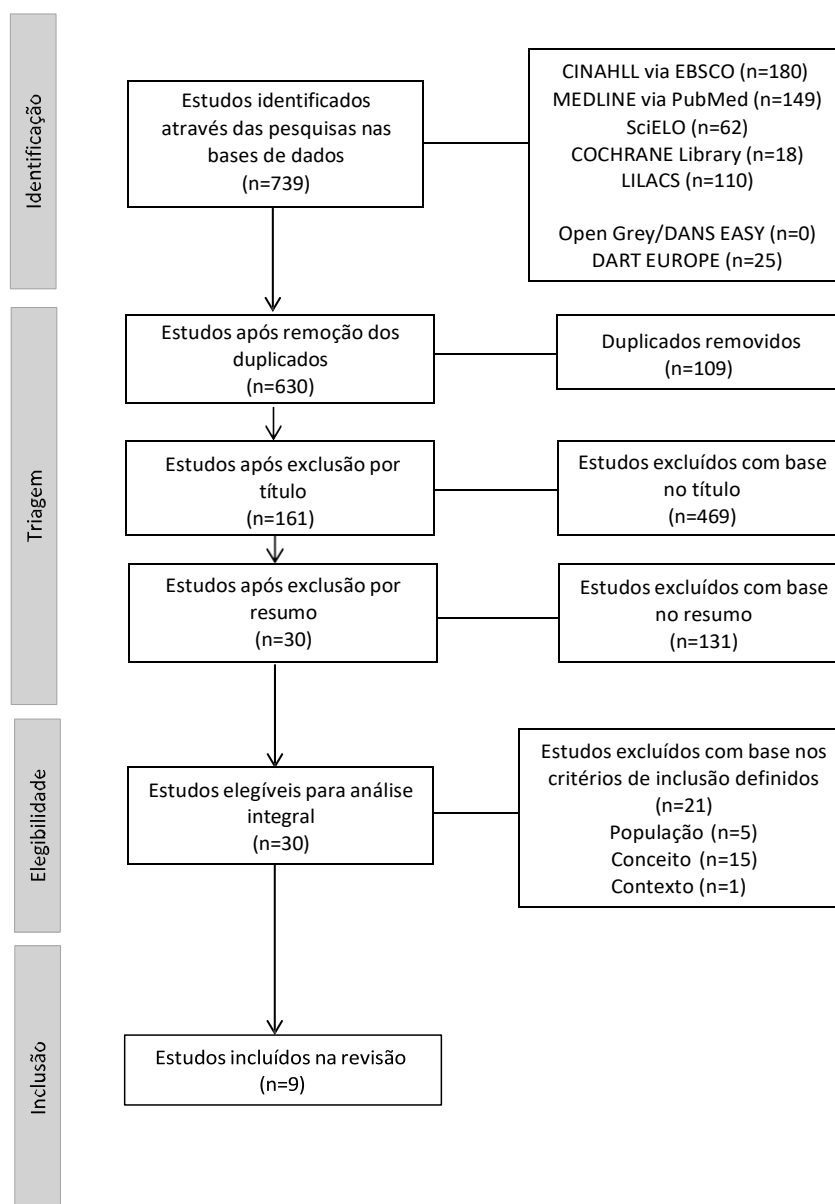


Figura 2- Fluxograma de decisão recorrendo à *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* adaptado à metodologia de *scoping review* (PRISMA-SCR) (Tricco et al., 2018)

A síntese dos dados será apresentada numa tabela de extração de dados (Tabela 2) que inclui os autores, o ano de publicação, o país de origem, o objetivo, o tipo de estudo, o método, a população ou amostra, o nível de evidência, os principais resultados e os conceitos relevantes para a investigação. O nível de evidência dos estudos incluídos na revisão foi efetuado de acordo com os níveis de evidência e grau de recomendação proposto por JBI (Joanna Briggs Institute, 2013).

Tabela 2 - Tabela de extração de dados dos estudos incluídos na revisão.

Título, Autores (Ano) País	Objetivo	Tipo de Estudo Método População/Amostra	Nível de evidência JBI (2014)	Principais resultados/ conceitos relevantes para a investigação
<i>Unreported errors in the intensive care unit: a case study of the way we work</i> Henneman, E.A. (2007) EUA	Discutir a não notificação de erros por um enfermeiro; identificar alguns fatores sociais e contextuais que influenciam a ocorrência e a subnotificação de erros	Qualitativo, descritivo, retrospectivo Estudo de caso Dois pacientes ao cuidado de uma enfermeira num turno de 12h, numa UCI	4.d	A notificação exige uma abordagem mais inovadora Uso de métodos qualitativos (entrevista, grupos discussão) Envolver outros profissionais na identificação de potenciais erros Métodos de comunicação diversificados e inovadores
Gerenciamento de Riscos Assistenciais em Unidade de Terapia Intensiva: A Percepção da Equipe de Enfermagem Melo et al. (2013) Brasil	Analisar a percepção da equipe de enfermagem numa UTI de adultos sobre o gerenciamento de risco em saúde e a adesão ao sistema eletrónico de notificação de EA	Qualitativo, descritivo, exploratório Entrevista semi-estruturada; diário de campo 4 enfermeiros e 39 técnicos de enfermagem de uma UTI	4.b	Existe necessidade de sensibilização, formação e treino na área da notificação. É fundamental desmistificar o processo da notificação, valorizando o seu potencial de correção e prevenção da ocorrência novos EA . Há necessidade de umentar o estímulo por parte das chefias e o feedback sobre os eventos notificados, como forma de motivar para o ato de notificar, evitando a subnotificação.
<i>Brazilian registered nurses' perceptions and attitudes towards adverse events in nursing care: a phenomenological study.</i> (SCIHUB) Freitas et al. (2011) Brasil	Descrever as percepções e atitudes dos enfermeiros registrados (RNs) em relação eventos adversos (EAs) na assistência de enfermagem	Qualitativo, Fenomenologia Social de Schutz (teoria da motivação). Entrevistas 23 enfermeiros registrados e 43 auxiliares de enfermagem	4.b	Notificar, analisar e refletir sobre fatores e falhas que levam à ocorrência de EA pode prevenir a sua ocorrência. Estratégias de prevenção de EA devem envolver conjuntamente os profissionais e instituição de saúde . A prioridade deve ser o estabelecimento de uma cultura de segurança, não punitiva e orientada para a melhoria na qualidade .
<i>Patient safety: understanding human error in intensive nursing care</i> Duarte et al. (2018) Brasil	Analisar as falhas ativas e as condições latentes relacionadas aos erros em cuidados intensivos de enfermagem e discutir as medidas reativas e proativas mencionadas pela equipe de enfermagem	Qualitativo, descritivo, exploratório Entrevista semi-estruturada 13 enfermeiros e 23 auxiliares de enfermagem	4.b	Para estimular a notificação do erro é necessário: o preenchimento voluntário e anónimo dos instrumentos de notificação; aprender sobre os conceitos associados; promover conversas, reuniões e treino em equipa que possibilitam a compreensão e a resolução das situações de erro, promovendo uma cultura de segurança.

Título, Autores (Ano) País	Objetivo	Tipo de Estudo Método População/Amostra	Nível de evidência JBI (2014)	Principais resultados/conceitos relevantes para a investigação
<i>Nature of nursing errors and their contributing factors in intensive care units</i> Eltaybani et al. (2018) Egípto	Identificar a natureza dos erros de enfermagem e seus fatores contribuintes em UTI.	Qualitativo, descritivo Entrevista semi-estruturada 112 enfermeiros de 3 UTI	4.b	Deve ser promovida uma cultura de notificação dos erros encorajando os enfermeiros a notificar não apenas os erros graves, mas também os quase erros e os erros sem dano. A análise dos erros permite identificar as causas subjacentes, desenvolver soluções eficazes e estratégias de interrupção. Os enfermeiros são mais propensos a reportar os seus erros quando se sentem mais seguros e quando o sistema de notificação não é complexo , é necessária uma linguagem padronizada internacional para definir e analisar os erros.
<i>Engaging nurses to strengthen medication safety: Fostering and capturing change with photographic research methods</i> Gimenes et al. (2014) Brasil	Efetuar uma revisão crítica sobre a segurança de medicamentos no contexto de uma UTI e desenvolver e implementar diversas melhorias práticas e culturais	Metodologia de pesquisa restaurativa; metodologia colaborativa Grupos focais, entrevista semi-estruturada, registo fotográfico e notas de campo 5 enfermeiros registados e 18 técnicos de enfermagem	4.b	Antes da reformulação não havia sistema de notificação; análise causa-raiz e outras questões de segurança. Após a reformulação: o enfermeiro gestor tornou-se membro da “Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente”, e organizou uma Comissão de Segurança do Paciente; instituiu um instrumento de notificação (uma caixa colocada estrategicamente na sala de descanso dos enfermeiros) como incentivo à notificação, de forma voluntária e anónima. Valorização da cultura organizacional não punitiva e uma comunicação aberta , fundamental na promoção de um ambiente seguro para o paciente
Cultura de segurança em Unidade de Terapia Intensiva na percepção de profissionais de Enfermagem Freitas et al. (2021) Brasil	Avaliar a cultura de segurança em UTI na percepção de trabalhadores de enfermagem	Misto (quantitativo e qualitativo) Questionário Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) e entrevista semi-estruturada 26 enfermeiros de uma UTI	3.e	Cultura de segurança positiva nos domínios: clima de trabalho (boa relação, colaboração e comunicação na equipa); satisfação no trabalho e a percepção de stress; clima de segurança (referido a implementação recente de um sistema de notificação). Cultura de segurança negativa nos domínios: percepção da gestão da unidade e do hospital (falta de participação na tomada de decisão e a necessidade de dar maior ênfase à segurança) e as condições de trabalho (reconhecem a existência de recursos, mas a sobrecarga de

Título, Autores (Ano) País	Objetivo	Tipo de Estudo Método População/Amostra	Nível de evidência JBI (2014)	Principais resultados/ conceitos relevantes para a investigação
				trabalho pode prejudicar a segurança). É necessário consolidar a cultura de segurança , modificando comportamentos dos profissionais, não culpando , mas educando .
Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva Campelo et al. (2021) Brasil	Avaliar a cultura de segurança entre os entre os enfermeiros de terapia intensiva	Quantitativo, transversal Questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) 42 enfermeiros e 121 técnicos de enfermagem de 4 UTI	3.e	Os resultados indicam que a cultura de segurança necessita de ser desenvolvida. Respostas positivas demonstram que os profissionais percebem o erro como uma oportunidade de aprendizagem. Contudo as dimensões “abertura para comunicação” , “retorno das informações e da comunicação sobre o erro” obtiveram menores percentagens. Uma cultura de segurança positiva , remove o foco da culpa e mobiliza para aprendizagem com o erro; prevê uma comunicação aberta , que promove o retorno da informação e incentiva a notificação de eventos . O processo de notificação necessita de atenção e investimento da gestão , sendo determinante para a implementação de estratégias de melhoria e constituem uma fonte de dados para análise da ocorrência. Os enfermeiros são reconhecidos como a categoria que mais notifica
Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem Mello & Barbosa (2017) Brasil	Identificar e comparar as dimensões da cultura de segurança do paciente na perspectiva dos profissionais de enfermagem de duas Unidades de Terapia Intensiva	Quantitativo, transversal Questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) 97 enfermeiros de 2 UTI	3.e	Maior avaliação nas dimensões: trabalho em equipa, expectativas e ações para promoção da segurança do supervisor e aprendizagem organizacional . Menor avaliação: apoio da gestão para a segurança, respostas não punitivas aos erros e percepção geral de segurança . Reconhece a importância de um ambiente aberto e não punitivo para a comunicação de erros. Essa abordagem justa e equilibrada contribui para um aumento da notificação, adesão a melhores práticas de segurança e consequente redução de erros. Destaca a necessidade de obtenção de feedback sobre os eventos notificados e respetivas medidas corretivas

7. Discussão

O objetivo deste estudo foi mapear a evidência sobre estratégias promotoras da notificação de EA nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto de UCI. Desta forma, foram incluídos nove estudos na revisão para dar resposta a este objetivo.

Podemos inferir que os estudos incluídos na revisão apresentam um baixo nível de evidência pelo que seria necessário a realização de estudos randomizados com amostras mais significativas, que possam alicerçar as estratégias promotoras da notificação dos EA em evidência científica mais revelante. A distribuição geográfica predominante dos estudos foi o Brasil, sendo que as preocupações com a segurança na prestação de cuidados são uma preocupação das organizações de saúde a nível mundial. Contudo, porém seria pertinente a realização destes estudos noutros contextos geográficos.

De uma forma geral, as estratégias identificadas pelos autores dos estudos incluídos vão de encontro à literatura que consta do enquadramento teórico deste estudo e corroboram as mesmas.

A sensibilização para a relevância da notificação é fundamental. O reconhecimento por parte dos enfermeiros do potencial da notificação na correção e prevenção da ocorrência dos EA, pode motivar os enfermeiros a notificar. Melo et al. (2013) num estudo que avaliou a perceção dos enfermeiros sobre a gestão de risco e a adesão a um sistema de notificação, referiram que, para além da sensibilização, são necessários formação e treino em todo o processo, desde os conceitos associados, ao tipo de eventos a notificar e à operacionalização dos sistemas de notificação. A formação e treino na área da segurança e da notificação como uma estratégia promotora da notificação é amplamente reconhecida por vários autores (Araujo et al., 2016; Maldonado et al., 2020; Martins, 2017; Moreira et al., 2021; OMS, 2021). A sensibilização é também evidenciada num estudo que pretendeu identificar como os enfermeiros notificam EA em UCI, que fatores influenciam e que estratégias sugerem para promover a notificação, sendo que estes referiram como estratégia a consciência de que a notificação conduzirá à implementação de um plano de melhoria e prevenirá a ocorrência dos mesmos EA.

As questões relacionadas com a segurança do doente não são recentes e a evolução do processo da notificação têm-se verificado ao longo do tempo. Henneman (2007) reconheceu a necessidade de abordagens mais inovadoras do que os tradicionais formulários de notificação, dado que problemas mais complexos podem ser de difícil descrição em papel ou

num formulário digital. Acrescido a isso, identificou também o uso de entrevistas ou grupos de discussão para investigação dos eventos e identificação de falhas de sistema.

Por outro lado, uma vez que a exposição prolongada aos contextos pode prejudicar a capacidade de identificar e reconhecer os erros, o envolvimento de outros profissionais na deteção de situações propensas ao erro pode ser útil. Os enfermeiros em cuidados intensivos estão bem posicionados para a deteção de falhas do sistema, o que pode exigir métodos de comunicação mais diversificados e inovadores (Henneman, 2007).

Outro estudo sobre as perceções e atitudes dos enfermeiros em relação aos EA refere que estes identificaram a ocorrência dos mesmos como sendo inerente à condição humana e como um indicador de falhas no sistema, sendo necessário o desenvolvimento de uma cultura de segurança, não punitiva, com vista a eliminação do medo de punição associado à notificação (Freitas et al., 2011). Uma atmosfera de culpa e retaliação nos contextos da prática inibe a notificação e a aprendizagem com o erro (OMS, 2021), o que não beneficia a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados e pode levar a sérias consequências na saúde da pessoa. Outros autores, atestam que uma estratégia pode passar a aumentar a consciencialização e a confiança que a notificação não terá uma resposta punitiva (Maldonado et al., 2020).

Duarte et al. (2018) no seu estudo analisaram falhas ativas e condições latentes, bem como medidas reativas e proativas relativamente aos erros associados aos cuidados de enfermagem em UCI, destacando o preenchimento voluntário e anónimo dos instrumentos de notificação, a integração dos conceitos associados, as conversas informais, reuniões e treinos em equipa, como fundamentais para a compreensão do erro e estímulo à notificação. Contudo, Murillo-Pérez et al. (2016) realçaram que os sistemas de notificação voluntários, por não terem um carácter obrigatório, podem não refletir a realidade, uma vez que não contemplam todos os incidentes ocorridos.

Em Portugal, o sistema de notificação e gestão de incidentes de segurança do doente (NOTIFICA) utiliza as notificações exclusivamente para gestão e análise dos incidentes, garantindo o anonimato e a confidencialidade e a não punibilidade do notificador (Norma 017/2022 de 19 de dezembro, 2022). Outro autor, destaca igualmente o anonimato como uma estratégia para aumentar a adesão à notificação, a par da necessidade de não punir os notificadores e de ter apoio jurídico (Antunes, 2015). Outros autores, numa revisão sistemática sobre incidentes e notificação de erros em UCI de adultos reforçam ainda que os três fatores que podem ser mais importantes para promover a notificação de incidentes são a notificação voluntária e não punitiva e a confidencialidade (Brunsveld-Reinders et al., 2016).

Num estudo que pretendeu identificar a natureza dos erros de enfermagem e os fatores contribuintes em UCI, foi salientado que os enfermeiros são mais propensos a notificar quando se sentem mais seguros e o sistema de notificação não é complexo mas, por outro lado, reconhecem a necessidade de uma linguagem padronizada internacionalmente. Para tal deve ser promovida uma cultura de notificação, não apenas dos erros mais graves, mas também dos quase erros e dos eventos sem dano, para identificar causas subjacentes, encontrar soluções eficazes e desenvolver estratégias de interrupção (Eltaybani et al., 2018). A valorização de uma cultura organizacional não punitiva, assente numa comunicação aberta, onde existe o envolvimento e estímulo dos gestores são aspetos fundamentais para a promoção de um ambiente seguro para o paciente (Gimenes et al., 2014). No estudo em causa, o gestor de uma UCI demonstrou o seu envolvimento nas questões de segurança, integrando grupos de trabalho e uma comissão, promovendo a notificação dos EA a partir da criação de um instrumento de notificação em papel, voluntário e anónimo. Melo et al. (2013) também identificaram o estímulo das chefias como estratégia para a notificação. Nesta perspetiva, a criação de um ambiente positivo para a notificação implica um compromisso da liderança e a criação de uma cultura positiva na qual o ato de notificar seja incentivado, valorizado e o profissional elogiado por participar (OMS, 2021). Outros autores, estão de acordo e apontam aspetos como melhorar a comunicação e a liderança como estratégias promotoras da notificação (Maldonado et al. 2020).

A cultura de segurança tem um significativo impacto na notificação de EA. A análise dos estudos incluídos nesta revisão permitiu perceber em que medida a existência de uma forte cultura de segurança pode promover a notificação.

Freitas et al. (2021) num estudo que pretendeu avaliar a cultura de segurança dos enfermeiros de uma UCI, referiram que estes profissionais atribuíram pontuação positiva ao clima de trabalho, que inclui uma boa relação, colaboração e comunicação no seio da equipa mas em relação ao clima de segurança, este encontra-se em desenvolvimento, tendo sido recentemente implementado um sistema de notificação. Apontaram a falta de participação na tomada de decisão e a necessidade de dar maior ênfase à segurança por parte da gestão e associaram a sobrecarga de trabalho como um fator que pode prejudicar a segurança, sendo por isso necessário consolidar a cultura de segurança (Freitas et al., 2021).

Num outro estudo sobre cultura de segurança em ambiente de cuidados intensivos com enfermeiros, Campelo et al. (2021) referiram que as dimensões “abertura para a comunicação” e “retorno das informações e da comunicação sobre o erro” obtiveram menores percentagens, o que permitiu inferir que apesar de estar instituída uma cultura de segurança, esta necessita de ser desenvolvida, incluindo a área da notificação. Referiram que uma cultura de segurança positiva, remove o foco da culpa e mobiliza para aprendizagem

com o erro; prevê uma comunicação aberta, que promove o retorno da informação e incentiva a notificação de eventos. Por outro lado, o processo de notificação necessita de atenção e investimento por parte dos gestores e que a identificação do erro, a sua notificação, análise são fundamentais para a implementação de ações e medidas preventivas. Neste estudo, foi também referido que os enfermeiros são a categoria profissional que mais notifica (Campelo et al., 2021).

Outros autores corroboram mencionando que enfermeiros e médicos relatam incidentes com frequência semelhante (Murillo-Pérez et al., 2016). A notificação de EA não é exclusiva da enfermagem, autores referiram que são vários os profissionais que realizam notificações tais como médicos, enfermeiros, farmacêuticos ou técnicos (Chapuis et al., 2019; Teodoro et al., 2020).

Mello & Barbosa (2017) compararam as dimensões da cultura de segurança entre duas UCI, em que as dimensões com menor percentagem foram o apoio da gestão para a segurança, as respostas não punitivas aos erros e a perceção geral de segurança. Os enfermeiros reconheceram a importância de um ambiente aberto e não punitivo para a comunicação dos erros, sendo que essa abordagem justa e equilibrada contribui para o aumento da notificação, adesão a melhores práticas e consequente redução dos erros. Destacaram ainda a necessidade de obtenção de *feedback* sobre os eventos notificados e quais as medidas corretivas instituídas. Outros estudos também valorizaram o *feedback* e as medidas implementadas em resultado da notificação como fatores facilitadores da notificação (Antunes, 2015; Murillo-Pérez et al., 2016) .

Identificadas as estratégias promotoras da notificação dos EA, é certo que a sua implementação nos contextos da prática pode evitar a subnotificação, contribuir para a prevenção da ocorrência destes eventos e promover ganhos efetivos na melhoria da segurança dos cuidados. O enfermeiro especialista pode assumir um papel diferenciador neste âmbito, promovendo a formação e treino das equipas na área da notificação, incentivando o reconhecimento da equipa multidisciplinar para a importância da notificação como ferramenta de aprendizagem com o erro. Pode ainda promover o envolvimento de outros grupos profissionais no processo de notificação, uma vez que os cuidados à PSC são prestados pela equipa multidisciplinar.

Dadas as suas competências, o EEEMC pode integrar comissões de gestão do risco, promovendo a notificação e o desenvolvimento de uma cultura de segurança não punitiva, que garanta a confidencialidade e o anonimato, baseada numa comunicação aberta, no *feedback* dos eventos notificados e na implementação de medidas corretivas no terreno.

8. Conclusão

Na presente revisão foram identificadas as estratégias promotoras da notificação de EA nos cuidados de enfermagem à p em contexto de UCI, o que permitiu dar resposta ao objetivo do estudo. A prestação de cuidados sem dano para o doente é uma prioridade das instituições da saúde a nível mundial, e a notificação dos EA é essencial para aprendizagem com o erro e para a implementação de medidas corretivas de melhoria. Os enfermeiros, passam muito tempo junto ao doente, estão na prestação direta de cuidados, são conhecedores dos processos e do sistema, como tal, são elementos cruciais na notificação de EA e na gestão do risco.

Reitera-se assim a importância das estratégias promotoras da notificação que incluem: formação e treino sobre as questões de segurança e da notificação; o reconhecimento da relevância da notificação como oportunidade de melhoria; a confidencialidade e o anonimato; a existência de uma cultura não punitiva; o desenvolvimento de sistemas de notificação simples que utilizem linguagem padronizada internacional; o incentivo e apoio das lideranças, a existência de uma comunicação aberta; o feedback e a implementação de medidas corretivas de melhoria em função da notificação e a existência de uma cultura de segurança. A criação de uma forte cultura de segurança, também denominada na literatura de cultura de segurança positiva, prioriza a segurança do doente, promove uma notificação não punitiva, baseada numa comunicação aberta, com vista à aprendizagem e melhoria da segurança e qualidade dos cuidados.

Como limitações a este estudo, identificou-se que são escassos os estudos sobre a temática das estratégias promotoras da notificação de EA em contexto de cuidados intensivos. Na literatura predominam estudos sobre os tipos e incidência dos EA que ocorrem em UCI, fatores contribuintes para a sua ocorrência e sobre barreiras ou fatores que inibem a notificação. Sugere-se por isso, a realização de mais estudos neste âmbito e com maior nível de evidência e em contextos geográficos diferentes.

Como implicações para a prática, consideramos que a identificação das estratégias promotoras da notificação dos EA no contexto das UCI, poderão ser úteis para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua na prestação de cuidados nestes contextos, no domínio da segurança dos doentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No relatório final de estágio foi apresentado todo o processo de desenvolvimento e aquisição de competências com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Ao longo deste, foram explanadas as aprendizagens efetuadas, as experiências vivenciadas e competências adquiridas com base num pensamento crítico-reflexivo, que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional da estudante. A visão e o paradigma sobre os cuidados de enfermagem foram modificados por esta experiência académica e profissional.

Perante o contexto da PSC, a visão é mais abrangente, vai além da prestação de cuidados, envolve a imersão em processos terapêuticos complexos, novas terapêuticas e tecnologias, gestão do risco, implica planeamento, implementação e avaliação de intervenções, baseadas na melhor evidência disponível. Mas não só, exige também visão estratégica, conhecimento de indicadores de saúde e padrões de qualidade, competências de gestão e liderança, inteligência emocional para trabalhar com pessoas e motivar equipas. E por último, aquilo que é o *coore* dos cuidados de enfermagem, a pessoa e a sua família, a relação que se estabelece, a importância das estratégias de comunicação e a gestão de expectativas em contextos de doença crítica.

Por outro lado, as competências de mestre previstas em sede de regulamento próprio, também foram parcialmente desenvolvidas na emissão de juízos a um nível mais avançado, incluindo a tomada de decisão e o desenvolvimento de investigação e divulgação de resultados (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018).

A experiência em contexto de UCI em ambos os campos de estágio, foi desafiante pela complexidade mas o contexto da PSC foi em simultâneo muito enriquecedor, contribuiu sem dúvida para o crescimento profissional da estudante. Os objetivos específicos definidos para cada campo de estágio foram de um modo geral atingidos.

O desenvolvimento e aquisição de conhecimentos na investigação foram concretizados através da realização de um estudo de *scoping review* que permitiu mapear evidência sobre estratégias promotoras da notificação de EA nos cuidados de enfermagem à PSC, em contexto de UCI. Do ponto de vista da conceção avançada da prática da enfermagem, este percurso permitiu o desenvolvimento de competências de perito como preconizado por Benner, com impacto na qualidade dos cuidados prestados.

Por último, sendo a área da gestão de risco uma área de interesse da estudante, o trabalho desenvolvido poderá ser significativo para a melhoria dos cuidados, nomeadamente na implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade, no seu contexto profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A. P. C. G. P. de. (2015). *Erro Associado à Gestão da Terapêutica pelo Enfermeiro: Percepção dos Enfermeiros de um Hospital da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de enfermagem de Coimbra]. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?locale=pt&id=oai:repositorio.esenfc.pt:5361>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações Técnicas para a Instalação de Unidades de Cuidados Intensivos*. Unidade de Instalações e Equipamentos. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf
- Afaya, A., Konlan, K. D., & Kim Do, H. (2021). Improving patient safety through identifying barriers to reporting medication administration errors among nurses: An integrative review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1156. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07187-5>
- Aikawa, G., Ouchi, A., Sakuramoto, H., Ono, C., Hatozaki, C., Okamoto, M., Hoshino, T., Shimojo, N., & Inoue, Y. (2021). Impact of adverse events on patient outcomes in a Japanese intensive care unit: A retrospective observational study. *Nursing Open*, 8(6), 3271–3280. <https://doi.org/10.1002/nop2.1040>
- Akiyama, N., Kajiwara, S., Tamaki, T., & Shiroyiwa, T. (2023). Critical Incident Reports Related to Ventilator Use: Analysis of the Japan Quality Council National Database. *Journal of Patient Safety*, 19(1), 15–22. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001077>
- Amaral, R. T., Bezerra, A. L. Q., Teixeira, C. C., Paranaguá, T. T. de B., Afonso, T. C., Souza, A. C. S., Amaral, R. T., Bezerra, A. L. Q., Teixeira, C. C., Paranaguá, T. T. de B., Afonso, T. C., & Souza, A. C. S. (2019). Riscos e ocorrências de eventos adversos na percepção de enfermeiros assistenciais. *Rev Rene*, 20. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192041302>
- Antunes, N. S. (2015). *Notificação de incidentes e segurança do doente: Percepção dos enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3239>
- Araujo, J. S., Nascimento, H. M., Farre, A. G. M. D. C., Brito, R. D. O., Santos, J. P. D. A., & Vasconcelos, T. T. S. (2016). Conhecimento dos Enfermeiros Sobre Evento Adverso e os Desafios Para a sua Notificação. *Cogitare Enfermagem*, 21(4). <https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.45404>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Assis, S. F. D., Vieira, D. F. V. B., Sousa, F. R. E. G. D., Pinheiro, C. E. D. O., & Prado, P. R. D. (2022). Eventos adversos em pacientes de terapia intensiva: Estudo transversal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20210481. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0481pt>
- Aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros/ 1978 de 4 de março. (1978). Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de Dezembro de 1948. Diário da República, 1ª série, n.º 57 (09/03/1978) (488-493). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1978/03/05700/04880493.pdf>
- Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2016). Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. *New England Journal of Medicine*, 375(3), 205–207. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1605101>
- Baltazar, P. (2000). Therapeutic Intervention Scoring System 28. Congresso Internacional de Medicina Crítica, Lisboa. <https://uninet.edu/cimc2000/mesas/mr3/baltazar/TISS28.htm>

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (1ª edição). Quarteto Editora.
- Bienassis, K. de, Kristensen, S., Burtscher, M., & Klazinga, N. S. (2020). Culture as a cure: Assessments of patient safety culture in OECD countries (OECD Health Working Papers 119; *OECD Health Working Papers*, Vol. 119). <https://doi.org/10.1787/6ee1aeae-en>
- Bohomol, E., & Ramos, L. H. (2007). Erro de medicação: Importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(1), 32–36. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000100006>
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Hebert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., & Hiatt, H. H. (1991). Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine*, 324(6), 370–376. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604>
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., 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>
- Campelo, C. L., Nunes, F. D. O., Silva, L. D. C., Guimarães, L. F., Sousa, S. de M. A. de, & Paiva, S. de S. (2021). Cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem no ambiente da terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03754. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016403754>
- 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>
- Conselho da União Europeia. (2009). Recomendação do conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. [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)
- Conti, N., Gatti, M., Raschi, E., Diemberger, I., & Potena, L. (2021). Evidence and Current Use of Levosimendan in the Treatment of Heart Failure: Filling the Gap. *Drug Design, Development and Therapy*, Volume 15, 3391–3409. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S295214>
- Cunha, S. M. F. T. P. e. (2017). *Percursos de Prática Perita de Enfermeiros a Trabalhar numa Unidade de Cuidados Intensivos* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1887/1/Sandra_Cunha.pdf
- Danielis, M., Bellomo, F., Farneti, F., & Palese, A. (2021). Critical incidents rates and types in Italian Intensive Care Units: A five-year analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 62, 102950. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102950>
- Decreto Lei n.º 161/1996 de 4 de setembro. (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1ª série-A, n.º 205 (4/9/1996) (2959-2962). <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República* 1ª série, n.º 157 (16/8/2018) (4147-4182). <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2ª série, n.º 102 (27/5/2015) (13550-13553). <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). *Diário da República*, 2ª série, n.º 187 (24/09/2021) (96-103). <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

- Despacho n.º 11688/2020 de 25 de novembro. (2020). Estrutura curricular e plano de estudos do 2.º ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação perioperatória e na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª série, n.º 230 (25/11/2020) (174-176). <https://files.dre.pt/2s/2020/11/230000000/0017400176.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/?sequence=4>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Manual Standards Hospitais—Estratégia Departamento da Qualidade na Saúde. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/manual_de_standards_hospitais_versao_2_me-02-1_051.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Monitorização da Qualidade e Segurança. Departamento da Qualidade na Saúde. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/03/RelMonitQualidadeSegu_CQS_2020.pdf
- Duarte, J. C., Gonçalves, A. M., & Sequeira, C. (2022). Metodologia da Investigação Quantitativa. Em *Investigação em Enfermagem. Teoria e Prática*. (Lidel, edições técnicas, Lda.).
- Duarte, S. da C. M., Stipp, M. A. C., Cardoso, M. M. V. N., & Büscher, A. (2018). Patient safety: Understanding human error in intensive nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 52, e03406. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017042203406>
- Eltaybani, S., Mohamed, N., & Abdelwareth, M. (2018). Nature of nursing errors and their contributing factors in intensive care units: Nursing errors in the ICU. *Nursing in Critical Care*, 24(1), 47–54. <https://doi.org/10.1111/nicc.12350>
- Encarnação, R. M. C., Soares, E. M. da C., & Carvalho, A. L. R. F. de. (2018). Inteligência emocional: Fatores influenciadores e impacto nos enfermeiros em cuidados intensivos. *Rev Rene*, 2018,19: e 33229. pp. 1-10. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33282/1/Rev_Rene2018.pdf
- Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. (2022). Guia de Orientação: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica II. ESSNorteCVP, pp. 1-7.
- Faria, S. S. (2017). *Intervenção Especializada de Enfermagem ao Potencial Dador de Órgãos em Morte Cerebral* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21127/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Especializada%20de%20Enfermagem%20ao%20Potencial%](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21127/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Especializada%20de%20Enfermagem%20ao%20Potencial%20)
- Fradique, M. de J., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Referência - *Revista de Enfermagem*, III(10), 45–53. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>
- Fragata, J. I. G. (2010). A Segurança dos Doentes – Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26:564-70. <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10799/10535>
- Freitas, E. de O., Magnago, T. S. B. de S., Silva, R. M. da, Pinno, C., Petry, K. E., Siqueira, D. F. de, & Camponogara, S. (2021). Cultura de segurança em Unidade de Terapia Intensiva na percepção de profissionais de Enfermagem. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 34. <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.11582>

- Freitas, G. F., Hoga, L. A. K., Fernandes, M. D. F. P., González, J. S., Ruiz, M. C. S., & Bonini, B. B. (2011). Brazilian registered nurses' perceptions and attitudes towards adverse events in nursing care: A phenomenological study. *Journal of Nursing Management*, 19(3), 331–338. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01208.x>
- Garroute-Orgeas, M., Flaatten, H., & Moreno, R. (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>
- Gimenes, F. R. E., Marck, P. B., Atila, E. G., & Cassiani, S. H. D. B. (2014). Engaging nurses to strengthen medication safety: Fostering and capturing change with restorative photographic research methods. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6), 741–748. <https://doi.org/10.1111/ijn.12304>
- Gomarverdi, S., Sedighie, L., Seifrabiei, M., & Nikooseresht, M. (2019). Comparison of two pain scales: Behavioral pain scale and critical-care pain observation tool during invasive and noninvasive procedures in intensive care unit-admitted patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(2), 151. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_47_18
- Gomes, B. M. (2020). Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegra]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33195>
- Guerreiro, A. C. P. M., Magalhães, C. P., & Mata, M. A. P. da. (2022). Iatrogenias na prestação de cuidados de enfermagem: A perspetiva dos enfermeiros da área médica-cirúrgica. *Revista de Enfermagem Referência*, e21089(1). <https://doi:10.12707/RV21089>
- Hamed, M. M. M., & Konstantinidis, S. (2022). Barriers to Incident Reporting among Nurses: A Qualitative Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(5), 506–523. <https://doi.org/10.1177/0193945921999449>
- Handberg, C., & Voss, A. K. (2018). Implementing augmentative and alternative communication in critical care settings: Perspectives of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 102–114. <https://doi.org/10.1111/jocn.13851>
- Hansen, R., Fabricio, A., Rotili, L. B., & Lopes, L. F. D. (2018). Inteligência Emocional e Engajamento no Ambiente de Trabalho: Estudo Empírico a Partir de Gestores e Equipes. *Revista Gestão Organizacional*, 11(1). <https://doi.org/10.22277/rgo.v11i1.3980>
- Henneman, E. A. (2007). Unreported errors in the intensive care unit: A case study of the way we work. *Critical Care Nurse*, 27(5), 27–34; quiz 35. https://www.researchgate.net/publication/5944215_Unreported_errors_in_the_intensive_care_unit_A_case_study_of_the_way_we_work/link/02e7e5154a0c747ccb000000/download
- Homem, F. de B., Caetano, A. P. M., Reveles, A. I. F., Martins, H. I. F., Sousa, J. P. de, & Rodrigues, L. M. M. A. (2022). *Manual de apoio à consulta de Enfermagem ao utente com patologia cardiovascular*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia - Núcleo de Enfermagem em Cardiologia. 1ª Edição. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26447/manual-apoio-enfermagem-patologia-cardiovascular.pdf>
- Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. (2001a). 2, Improving the 21st-century Health Care System. Em *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (Washington (DC): National Academies Press (US)). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222265/#ddd00039>
- Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. (2001b). Appendix A, Report of the Technical Panel on the State of Quality to the Quality of Health Care in America Committee. Em *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* (Washington (DC): National Academies Press (US)). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222263/>

- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (p. 9728). National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). Manual Suporte Avançado de Vida. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Manual-Suporte-Avancado-de-Vida-2020.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Causas de morte 2019 (Dados provisórios). https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=458514604&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). Rendimento e Condições de Vida Estado de Saúde-2021. Instituto Nacional de Estatística. pp. 1-17. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=544264379&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Joanna Briggs Institute. (2013). Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013. pp.1-5. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Kagan, I., & Barnoy, S. (2013). Organizational Safety Culture and Medical Error Reporting by Israeli Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 273–280. <https://doi.org/10.1111/jnu.12026>
- Ksouri, H., Balanant, P.-Y., Tadié, J.-M., Heraud, G., Abboud, I., Lerolle, N., Novara, A., Fagon, J.-Y., & Faisy, C. (2010). Impact of Morbidity and Mortality Conferences on Analysis of Mortality and Critical Events in Intensive Care Practice. *American Journal of Critical Care*, 19(2), 135–145. <https://doi.org/10.4037/ajcc2010590>
- Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro. (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da república, 1ª série, n.º180 (16/9/2009) (6528-6550). <https://files.dre.pt/1s/2009/09/18000/0652806550.pdf>
- Lesny, M., Conrad, M., Latache, C., Sylvestre, A., Gaujard, E., Dubois, V., Quignard, C., Citro, V., Thomas, J. C., Bridey, C., Weber, A. M., Simon, C., Klein, S., Gibot, S., & Bollaert, P. E. (2020). Adverse events during nursing care procedure in intensive care unit: The PREVENIR study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 60, N.PAG-N.PAG. CINAH Complete. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102881>
- Lima, S. S. (2011). *Sistema de notificação de eventos adversos: Contributos para a melhoria da segurança do doente* [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública]. <https://run.unl.pt/handle/10362/9417>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os Cuidados de Enfermagem Especializados Como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Maldonado, X. A. N., Nascimento, E. R. P. D., & Lazzari, D. D. (2020). Nursing Professionals and Adverse Event Reporting. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29(spe), e20190282. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0282>
- Mansoa, A. L. (2010). *O erro nos cuidados de enfermagem nos indivíduos internados numa unidade de cuidados intensivos. Estudo de caso sobre as representações dos atores de uma unidade pós cirúrgica de um Hospital Português* [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical]. Repositório da Universidade Nova. https://run.unl.pt/bitstream/10362/5635/1/O_erro_nos_cuidados_de_enfermagem_a_individuos_internados_numa_unidade_de_cuidados_intensivos_x1.pdf
- Mansouri, S. F., Mohammadi, T. K., Adib, M., Lili, E. K., & Soodmand, M. (2019). Barriers to nurses reporting errors and adverse events. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 28(11), 690–695. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.11.690>

- Martins, D. F., & Benito, L. A. O. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, 14(2), 153–166. <https://doi.org/DOI: 10.5102/ucs.v14i2.3810>
- Martins, L. (2017). *Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa] <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/7321>
- Mascarenhas, F. A. D. S., Anders, J. C., Gelbcke, F. L., Lanzoni, G. M. D. M., & Ilha, P. (2019). Facilities and Difficulties of Health Professionals Regarding the Adverse Event Reporting PROCESS. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28, e20180040. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0040>
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)
- Mello, J. F., & Barbosa, S. F. F. (2017). Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: Perspectiva da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19, a07–a07. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.38760>
- Melo, C. L., Moreira de Oliveira, L. B., Silva Reis, C., Alves Silva, G., Oliveira dos Santos, G. A., & Santana da Silva, T. (2013). Gerenciamento de Riscos Assistenciais em Unidade de Terapia Intensiva: A Percepção da Equipe de Enfermagem. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 7(11), 6398–6407. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201312>
- Merino, P., Alvarez, J., Martin, M. C., Alonso, A., Gutierrez, I., & SYREC Study Investigators. (2012). Adverse events in Spanish intensive care units: The SYREC study. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(2), 105–113. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr083>
- Monteiro, S., Timóteo, A. T., Caeiro, D., Silva, M., Tralhão, A., Guerreiro, C., Silva, D., Aguiar, C., Santos, J., Monteiro, P., Gil, V., & Morais, J. (2020). Cuidados intensivos cardíacos em Portugal: Projetar a mudança. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 39(7), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2020.04.007>
- Morais, D. P. P. (2017). *Prevenção das Infecções associadas a Cuidados de Saúde em Medicina Intensiva* [Dissertação de Mestrado em Medicina, Universidade da Beira Interior – Ciências da Saúde]. Repositório Institucional da Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8046/1/5485_11065.pdf
- Moreira, I. A., Bezerra, A. L. Q., Teixeira, C. C., Braga, Q. de P., Costa, A. de A., & Rocha, J. P. (2021). Percepção de Enfermeiros Sobre Notificação de Incidentes Para Promoção da Segurança do Paciente Hospitalizado. *Enfermagem em Foco*, 12(5), Artigo 5. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4345>
- Moreno, J., Silva, Â. da, Santos, I. A., & Maia, P. (2020). Erro e Eventos Adversos na Unidade de Cuidados Intensivos. Em *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. In J. Pinho (coord) (pp. 33–41). Lidel.
- Moreno, R., & Morais, P. (1997). Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database. *Intensive Care Medicine*, 23(6), 640–644. <https://doi.org/10.1007/s001340050387>
- Morrison, A. L., Beckmann, U., Durie, M., Carless, R., & Gillies, D. M. (2001). The effects of nursing staff inexperience (NSI) on the occurrence of adverse patient experiences in ICUs. *Australian Critical Care*, 14(3), 116–121. [https://doi.org/10.1016/S1036-7314\(01\)80028-X](https://doi.org/10.1016/S1036-7314(01)80028-X)
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

- Murillo-Pérez, M. A., García-Iglesias, M., Palomino-Sánchez, I., Cano Ruiz, G., Cuenca Solanas, M., & Alted López, E. (2016). [Analysis of an incident notification system and register in a critical care unit]. *Enfermeria Intensiva*, 27(3), 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.12.003>
- National Library of Medicine. (2023a). Adverse Effects MeSH Terms. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=adverse+effects>
- National Library of Medicine. (2023b). Risk Management MeSH Terms. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=risk+management>
- Nazário, S. da S., Cruz, E. D. de A., Paes, R. G., Mantovani, M. de F., & Seiffert, L. S. (2021). Facilitating and hindering factors for reporting adverse events: An integrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE001245. <https://doi.org/10.37689/actaape/2021AR01245>
- Norma 001/2017 de 8 de fevereiro. (2017). Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Norma 005/2018, atualizada a 10/01/2020. (2020). Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde. pp. 1-5. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>
- Norma 014/2015 de 6 de agosto. (2015). Medicamentos de Alerta Máximo. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde. pp. 1-7. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>
- Norma 017/2022 de 19 de dezembro. (2022). Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde. pp. 1-20. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_017_2022_notificacao_incidentes.pdf
- Norma 019/2015 atualizada a 29 de agosto. (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde. pp. 1-18. https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf
- Norma 020/2015 atualizada a 17 de novembro. (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde. pp. 1-24. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Norma 021/2015 atualizada a 17 de novembro. (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Pneumonia Associada a Intubação. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde. pp. 1-23. https://normas.dgs.minsaude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_021_2015_atualizada_17_11_2022_prev_pneum_a_ssoc_intubacao_corrigida_marco_2023.pdf
- Norma 022/2015 atualizada a 29 de agosto. (2022). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com Cateter Vascular Central. Direção-Geral da Saúde: Departamento da Qualidade na Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022prev_inf_cvc.pdf
- Oliveira, A. C. de, Garcia, P. C., & Nogueira, L. de S. (2016). Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: A systematic review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 50, 0683–0694. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>

- Ordem dos Enfermeiros. (2007a). Enunciado de posição 02/07. Consentimento Informado para as Intervenções de Enfermagem. pp.1-8. <https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Enunciado Posicao15Mar2007.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007b). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros. pp. 1-8. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos. 1ª ed 2001, revista em 2012. pp. 1-24. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer nº 15/2018—Funções Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Nas Unidades De Cuidados Intensivos/Serviços De Medicina Intensiva. Mesa Do Colégio Da Especialidade Em Enfermagem Médico-Cirúrgica. pp. 1-4. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8264/parecer-n%C2%BA15_2018-fun%C3%A7%C3%B5es-eeemc-de-cuidados-intensivos-e-medicina-intensiva.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). Sistema de Notificação e Aprendizagem de Incidentes de Segurança do Paciente—Relatório Técnico e Orientações. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334323/9786555261950-por.pdf>
- Ortega, D. B., D’Innocenzo, M., Silva, L. M. G. da, & Bohomol, E. (2017). Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30, 168–173. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700026>
- Osmon, S., Harris, C. B., Dunagan, W. C., Prentice, D., Fraser, V. J., & Kollef, M. H. (2004). Reporting of medical errors: An intensive care unit experience: *Critical Care Medicine*, 32(3), 727–733. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000114822.36890.7C>
- Padilha, K. G., Sousa, R. M. C., Kimura, M., Miyadahira, A. M. K., Da Cruz, D. A. L. M., Vattimo, M. D. F., Fusco, S. R. G., De Campos, M. E. F., Mendes, E. M. T., & Mayor, E. R. C. (2007). Nursing workload in intensive care units: A study using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.07.004>
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J. J., Vaz, J., & Coutinho, P. (2016). Rede de Referência de Medicina Intensiva, pp. 1-87. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>

- Peixoto, T., & Peixoto, N. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(13), 125–138. <https://doi.org/10.12707/RIV16029>
- Penedo, J. M. V. dos S., Ribeiro, A. A. B., Lopes, H. do A. R. de C., Pimenta, J. M. P. C., Pedrosa, J. A. G. P. da S., Sá, R. A. M. de V. e, & Moreno, R. P. J. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos – Relatório Final. <https://r-3.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>
- Pérez, C. D., Salvador, F. de P., & Garcia, E. J. (2019). Addressing medical errors: An intervention protocol for nursing professionals. *Rev Esc Enferm USP.*, 53:e03463. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018012703463>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclnerney, P., & Zachary Munn. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. Em *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Picis Clinical Solutions. (2022). Critical Care Manager. <https://www.picis.com/solution/clinical-information-system-suite/critical-care-manager/>
- Pinho, J. A. P., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). Plano Nacional de Avaliação da Dor— Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. Grupo de Avaliação da Dor, pp.1-43. <https://www.spici.pt/media/documentos/15827260875e567bc79f633.pdf>
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ : British Medical Journal*, 320(7237), 768–770.
- Recursos, Ideias e Soluções Informáticas. (2022). Health Event & Risk Management. <http://www.risi.pt/>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 26 (06/12/2019) (4744-4750). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. (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 (16/07/2018) (19359-19370). <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho. (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República, 2.ª série, n.º 131 (08/07/2022) (179-182). <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, 2ª série, n.º 184 (25/09/2019) (128-155). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Reis, J. F., Valentim Gonçalves, A., Ilhão Moreira, R., Pereira Da Silva, T., Timóteo, A. T., Pombo, D., Carvalho, T., Correia, C., Santos, C., & Cruz Ferreira, R. (2023). Levosimendan in outpatients with advanced heart failure: Single-center experience of 200 intermittent perfusions. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 42(4), 335–343. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2022.03.006>
- Resolução A/RES/70/1, de setembro de 2015. (2015). 70/1. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/doc s/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. da S., & Tronchin, D. M. R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: Um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem*

- Referência*, IV(14), 89–99.
<https://www.redalyc.org/journal/3882/388255675011/html/>
- Roque, K. E., Tonini, T., & Melo, E. C. P. (2016). Eventos adversos na unidade de terapia intensiva: Impacto na mortalidade e no tempo de internação em um estudo prospectivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00081815. <https://www.scielo.br/j/csp/a/gRPVfGkZYGRds5LnSmXqrsx/?lang=pt>
- Salvador, P. T. C. D. O., Alves, K. Y. A., Costa, T. D. D., Lopes, R. H., Oliveira, L. V. E., & Rodrigues, C. C. F. M. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: Reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 6. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>
- Santiago, T. H. R., & Turrini, R. N. T. (2015). Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(spe), 123–130. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000700018>
- Santos, J. M. F. (2017). *O enfermeiro como promotor da qualidade segurança nos cuidados: Gestão do erro* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3068>
- Sauro, K. M., Soo, A., Quan, H., & Stelfox, H. T. (2020). Adverse Events Among Hospitalized Critically Ill Patients: A Retrospective Cohort Study. *Medical Care*, 58(1), 38–44. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001238>
- Serviço Nacional da Saúde. (2017). Via verde Coronária. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/02/15/via-verde-coronaria/>
- Siman, A. G., Cunha, S. G. S., & Brito, M. J. M. (2017). The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Revista Escola Enfermagem USP.*, 51:e03243. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016045503243>
- Sociedade Europeia de Cardiologia. (2018). 4.^a Definição Universal de Enfarte do Miocárdio. Recomendações de Bolso de 2018 da ESC. Comissão para as Recomendações Práticas. https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/Pocket_Definicao- Enfarte_compressed.pdf
- Sociedade Europeia de Cardiologia. (2021). Insuficiência Cardíaca Recomendações para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca aguda e crónica. Recomendações de Bolso de 2018 da ESC Comissão para as Recomendações Práticas. https://spc.pt/profissional-de-saude/wp-content/uploads/2023/03/Pockets-insuficiencia-cardiaca-versao-definitiva-6_compressed.pdf
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2023). Registo Nacional de Insuficiência Cardíaca. <https://spc.pt/profissional-de-saude/registos/insuficiencia-cardiaca/>
- Sousa, L. M. M. de, José, H. M. G., & Novo, A. F. M. P. (2022). Investigação em Enfermagem: das Prioridades aos Reptos. Em *Investigação em Enfermagem—Teoria e Prática* (Lidel-Edições Técnicas, Lda.).
- Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faísca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020). Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: Estudo qualitativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 39–48. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.97>
- 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(3), 48. <https://doi.org/10.1007/s10916-018-0898-5>
- Souza, C. S. de, Tomaschewski-Barlem, J. G., Rocha, L. P., Barlem, E. L. D., Silva, T. L., & Neutzling, B. R. da S. (2019). Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: Perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20180294. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180294>
- Souza, R. F. de. (2022). Primum Non Nocere: Humanização do Atendimento e Concepções de Hipócrates. *Revista Científica FESA*, 1(14), 113–130. <https://doi.org/10.56069/2676-0428.2022.144>

- Souza, R. F. de, Alves, A. de S., & Alencar, I. M. de. (2018). Eventos Adversos na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 12(1), 19–27. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a25205p19-27-2018>
- Teodoro, R. F. B., Silva, A. S. da, Carreiro, M. de A., Bilio, R. de L., & Paula, D. G. de. (2020). Adverse event notification analysis through patient safety culture research / Análise da notificação de eventos adversos através da pesquisa de cultura de segurança do paciente. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 12, 463–470. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8521>
- Toffoletto, M. C., Barbosa, R. L., Andolhe, R., Oliveira, E. M. D., Janzantte Ducci, A., & Padilha, K. G. (2016). Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1039–1045. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0199>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Welters, I. D., Gibson, J., Mogk, M., & Wenstone, R. (2011). Major sources of critical incidents in intensive care. *Critical Care*, 15(5), R232. <https://doi.org/10.1186/cc10474>
- World Health Organization. (2004). World alliance for patient safety: Forward programme, 2005. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf>
- World Health Organization. (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety Version 1.1 (pp. 1–54) [Final Technical Report]. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2020). Patient safety incident reporting and learning systems: Technical report and guidance. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240010338>
- World Health Organization. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2031. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- World Health Organization. (2023a). Cardiovascular Diseases Overview, Symptoms Treatment. https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
- World Health Organization. (2023b). World Alliance for Patient Safety—Background on the World Alliance for Patient Safety. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety>
- World Health Organization. (2023c). World Health Statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva. World Health Organization. pp. 1-119. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>

ANEXOS

ANEXO I: Objetivos específicos do estágio do SMI



2º Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica

Nome: Ana Catarina Martins Garrett **Nºaluno:** 3790

Local de estágio:

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Melo

Tutores:

Estágio de enfermagem à pessoa em situação crítica II

Objetivos específicos

1. Desenvolver competências especializadas na administração de protocolos terapêuticos complexos à pessoa sob ventilação mecânica invasiva e hemodiafiltração veno-venosa contínua.
2. Desenvolver competências especializadas na prevenção e controlo de infeção associada à intubação endotraqueal.
3. Desenvolver competências do domínio da melhoria contínua da qualidade através da realização de uma sessão de formação à equipa do serviço, sobre o tema da notificação dos eventos adversos.

ANEXO II: Objetivos específicos do estágio da UCIC



2º Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Área de especialização de enfermagem à pessoa em situação crítica

Nome: Ana Catarina Martins Garrett **Nºaluno:** 3790

Local de estágio:

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Melo

Tutores:

Estágio de enfermagem à pessoa em situação crítica II

Objetivos específicos

1. Desenvolver competências especializadas na administração de protocolos terapêuticos complexos à pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio e/ou Insuficiência Cardíaca Congestiva.
2. Desenvolver competências especializadas na prevenção e controlo de infeção associada à colocação e manutenção da linha arterial e catéter venoso central.
3. Desenvolver competências do domínio da melhoria contínua da qualidade através da realização de um procedimento, instrução de trabalho ou guia orientador de boas práticas, tendo em conta as necessidades do serviço.

ANEXO III: Ação de Formação “Notificação de Eventos Adversos”

[Placeholder]


NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Ana Catarina Martins Garrett

Aluna 2ª Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica – Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Orientador: Prof. Dr. Ricardo Melo


[Placeholder]

29 de Novembro 2022



ESS+
Escola Superior de Saúde
Instituto de Saúde e Medicina

OBJETIVOS



Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da notificação de incidentes de segurança

Apresentar os sistemas de notificação NOTIFICA e HER+ RISI

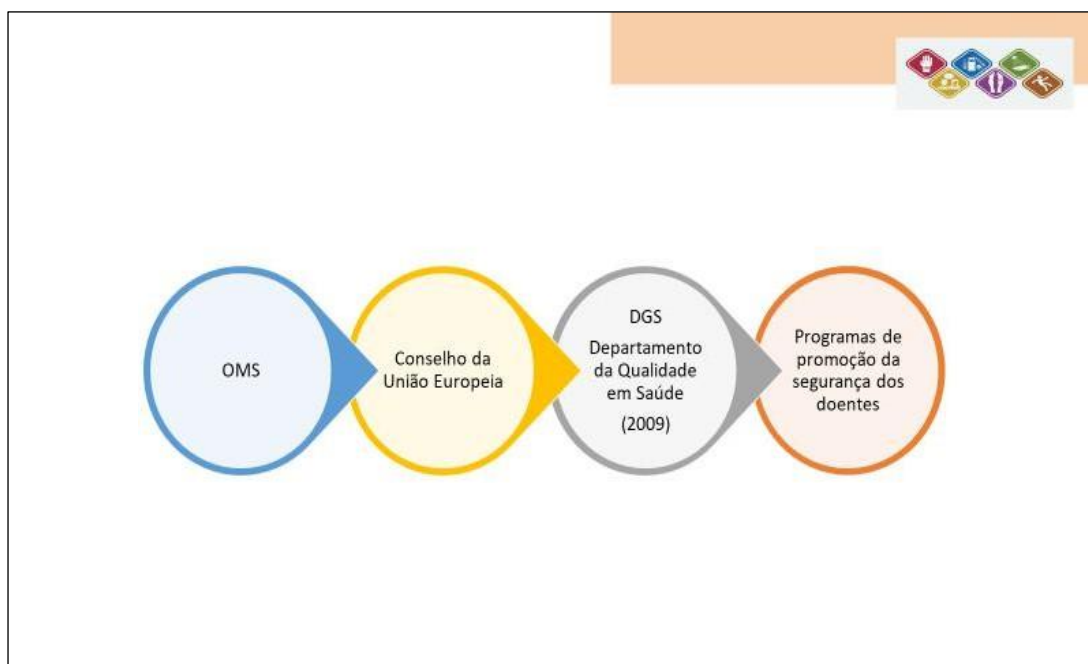


A **segurança do doente** é um quadro de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes em saúde que visam reduzir riscos de forma consistente e sustentável, reduzir a ocorrência de danos evitáveis, tornar os erros menos prováveis e reduzir o impacto do dano quando ele ocorre.

(OMS,2021)

Segurança é a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável.

(DGS, 2011)



Em **Portugal** entre **2014 e 2016** foi realizado um estudo piloto de Avaliação da cultura de **segurança do doente** numa amostra de hospitais portugueses.

Algumas dimensões que necessitavam de intervenção

Resposta ao erro não punitiva
Frequência da notificação
Comunicação e feedback acerca do erro

(DGS, 2018)

CLASSIFICAÇÃO DOS INCIDENTES



<p>Ocorrência Comunicável</p> <p>Potencial significativo para causar dano mas em que não ocorreu nenhum incidente</p> <p>Exemplos UCI movimentada com grande falta de pessoal por turno</p> <p>Levar um desfibrilhador para uma emergência e descobrir que não funciona apesar de não ter sido necessário</p>	<p>Quase evento <i>Near miss</i></p> <p>Um incidente que não alcançou o doente</p> <p>Exemplo Conectar uma unidade de sangue à via endovenosa do doente errado, mas detetar o erro antes de iniciar a transfusão</p>	<p>Evento sem danos</p> <p>Um evento chegou ao doente mas não resultou em danos</p> <p>Exemplo A unidade de sangue foi transfundida mas o sangue não era incompatível com o doente</p>
---	--	--

Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (DGS, 2011, p.15).



EVENTO ADVERSO

Evento que resultou em **danos** para o doente.

Exemplo:
Transfundi-se a unidade de sangue errada e o doente morreu por reação hemolítica

Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (DGS, 2011, p.15).



Um **evento adverso** associado aos cuidados de saúde é percecionado como uma falha na segurança, sendo que cerca de **60% destes eventos podem ser prevenidos**.

(SIMAN et al., 2017)

O **dano causado ao doente** devido a cuidados inseguros é um **desafio de saúde pública**.

Em média **1 em cada 10 doentes** está sujeito a um EA em hospitais de países desenvolvidos.

As evidências sugerem que **134 milhões de EA** ocorrem em países em desenvolvimento, contribuindo para **2,6 milhões de mortes** anuais.

(OMS, 2021)



(Bohomol & Ramos, 2007; Guerreiro et al.,2022; Perez et al., 2019)



As **unidades de cuidados intensivos** são propícias à ocorrência de EA, por serem ambientes altamente tecnológicos e de grande complexidade.


(Souza et. al, 2018)

Os EA que ocorrem nestes contextos geram grande preocupação pelo perfil de **gravidade do doente crítico**, pela múltipla e avultada quantidade de medicação administrada e pelos procedimentos invasivos realizados, o que resulta num **maior risco de ocorrência** destes eventos, aumentando a mortalidade e tempo de internamento.

(Roque et al., 2016 cit. por Ortega et al., 2017)



(Souza et al., 2018; Ortega et al., 2017).



BARREIRAS À NOTIFICAÇÃO

PROFISSIONAIS E INDIVIDUAIS

- ✓ Críticas efetuadas pelos colegas e outros profissionais de saúde
- ✓ Sentimento de vergonha
- ✓ Medo de perder o emprego
- ✓ Medo de ficar com o rótulo de incompetente
- ✓ Medo de processos judiciais por parte dos doentes e famílias

ORGANIZACIONAIS

- ✓ Sistemas de notificação inadequados
- ✓ Medo de ações punitivas
- ✓ Falta de feedback após a notificação
- ✓ O foco no indivíduo em vez de no sistema
- ✓ O erro considerado um indicador de desempenho

(Afaya et al.,2021)



Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
2021 | 2026

O que é?

- Ferramenta de apoio aos profissionais de saúde, e tem como finalidade promover e consolidar a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde e no SNS.
- A **Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança** constitui um dos 5 pilares do PNSD 2021-2026.

PREVENÇÃO E GESTÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA

Qual a sua relevância?

A OMS e a Comissão Europeia recomendam o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente que promovam a aprendizagem com o erro e a implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, de melhoria contínua, e de proteção do notificador.





notifiQ@

SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Departamento da Qualidade na Saúde

Disponível para **utentes** e **profissionais de saúde** em <https://www.dgs.pt/formulario-notifica.aspx>

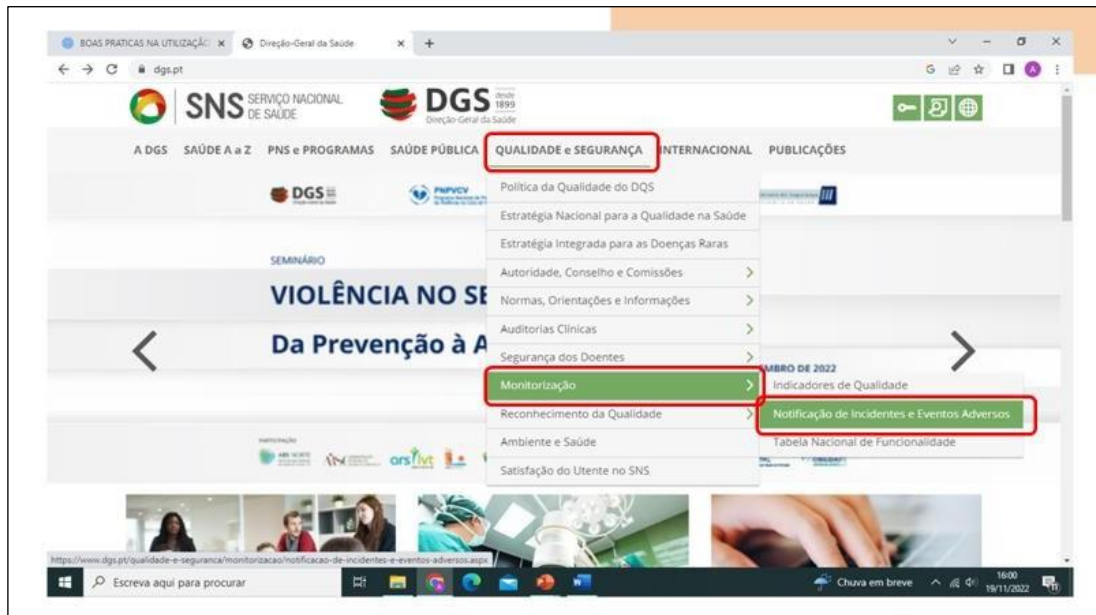
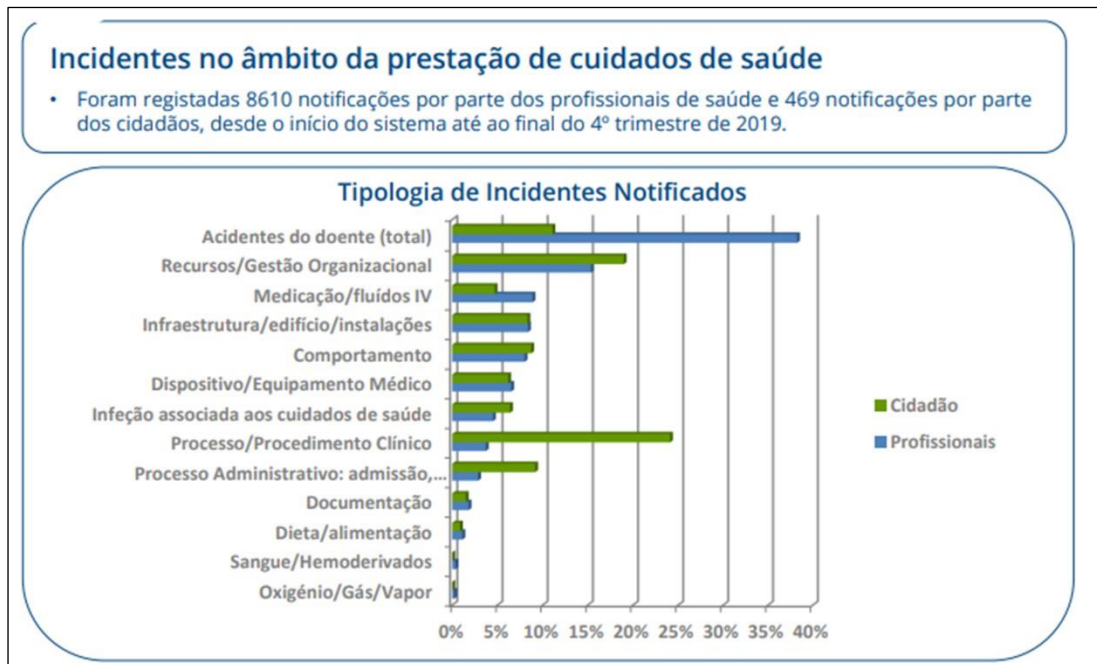
A notificação através desta plataforma é **voluntária, anónima e não punitiva**.

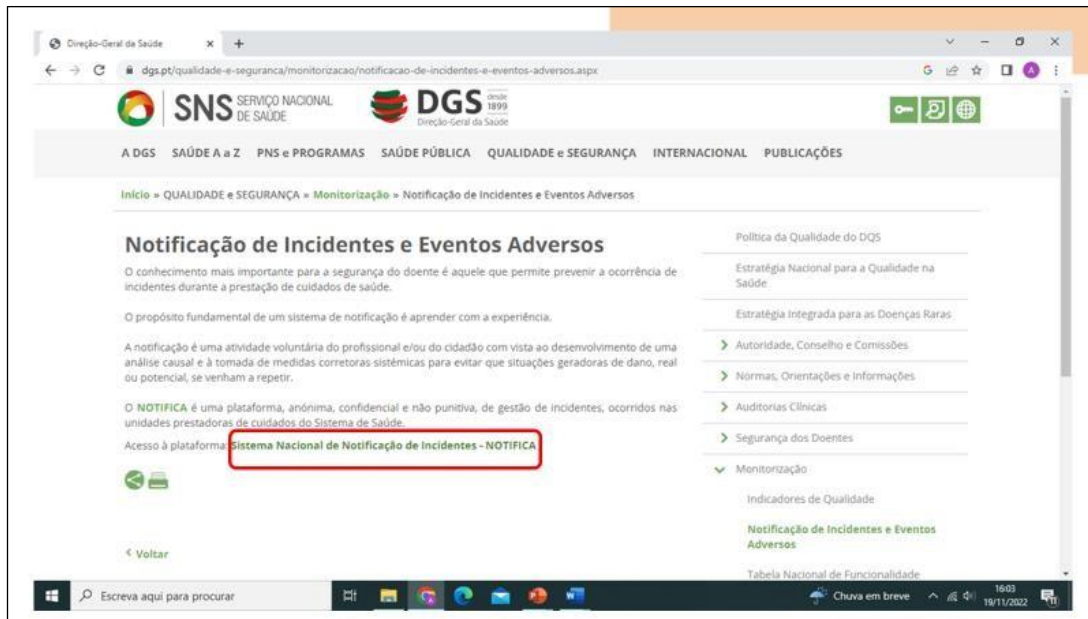
Podem ser reportados **3 tipos de incidentes** relacionados com:

- a prestação de cuidados
- a violência contra profissionais de saúde no local de trabalho
- com dispositivos médicos corto-perfurantes

Norma da DGS 015/2014 - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA





notifiQ@
SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES
DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
Departamento da Qualidade na Saúde

Identifique a instituição onde ocorreu o incidente?
Selecione...

Quem realiza a notificação? *
 O próprio que sofreu o incidente.
 Qualquer terceira pessoa (familiar/amigo/outra situação)

Quando teve conhecimento da ocorrência do incidente? *

Imediatamente
 No próprio dia
 Passadas mais de 24 horas
 Desconhecido

Informação sobre o incidente

Ocorrência comunicável - uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente.

Quase evento - um incidente que não alcançou o doente.

Evento sem dano - um incidente em que um evento chegou ao doente.

Evento com dano (também identificado como Evento Adverso) - é um...

Trata-se de um: *
Ocorrência comunicável

Indique se o incidente está: *
 Relacionado com a violência contra profissionais de saúde no local de trabalho
 Relacionado com dispositivos médicos corto-perfurantes

Enviar

Se seleccionarmos **ocorrência comunicável** ou **quase evento** só é solicitado que se preencha o campo seguinte.

Informação sobre o incidente

Ocorrência comunicável - uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente.

Quase evento - um incidente que não alcançou o doente.

Evento sem dano - um incidente em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos discerníveis.

Evento com dano (também identificado como Evento Adverso) - é um incidente em que um evento chegou ao doente e resultou em danos discerníveis.

Trata-se de um: *

Idade de quem sofreu incidente *

Sexo de quem sofreu incidente *

Indique se o incidente está: * Relacionado com a violência contra profissionais de saúde Relacionado com dispositivos médicos ou equipamentos

Se selecionarmos **evento sem dano ou **evento com dano** já é solicitado que se preencha o campo seguinte.**

Informação sobre quem sofreu o incidente?

Idade de quem sofreu incidente *

Sexo de quem sofreu incidente *

Indique se o tipo de incidente está relacionado com:

-
- Processo Administrativo: admissão, marcação, referenciação, etc
- Processo/Procedimento Clínico
- Documentação
- Recursos/Gestão Organizacional
- Infraestrutura/edifício/instalações
- Dispositivo/Equipamento Médico
- Oxigênio/Gás/Vapor
- Medicação/fluídos IV
- Sangue/Hemoderivados
- Acidentes do doente - Quedas
- Acidentes do doente - Úlcera de pressão
- Outros acidentes do doente
- Infeção associada aos cuidados de saúde
- Comportamento
- Dieta/alimentação

Dependendo da tipologia do incidente selecionado surgem posteriormente diferentes opções adaptadas à tipologia do mesmo

Indique se o tipo de incidente está relacionado com:

Sangue/Hemoderivados

Qual o tipo de Sangue/Hemoderivado envolvido? *

- Produtos celulares
- Fatores de coagulação
- Albumina/proteínas do plasma
- Imunoglobulina
- Concentrados Eritrócitos
- Concentrado Plaquetas
- Plasma
- Albumina Humana
- Imunoglobulinas Intravenosas
- Não sabe

Qual o problema originado? *

(escolha a opção)

- (escolha a opção)**
- Armazenamento errado
- Atraso do início da Administração
- Contraindicação
- Doente Errado
- Dose errada
- Sangue/hemoderivado não disponível
- Reação adversa
- Identificação errada do doente
- Informação omissa/incompleta
- Perfuração/Rotura acidental do Saco de Sangue
- Rótulo/Instrução de administração errada
- Sangue/Hemoderivado errado
- Sangue/Hemoderivado fora do prazo
- Outro Problema
- Não sabe

Indique se o tipo de incidente está relacionado com:

Acidentes do doente - Úlcera de pressão

Indique se o tipo de incidente está relacionado com:
Acidentes do doente - Úlcera de pressão

Úlcera de pressão

Categoria da Úlcera de Pressão **

- Categoria I
- Categoria II
- Categoria III
- Categoria IV

Localização Anatômica: *

- Sacro
- Isquática
- Trocântica
- Calcânea
- Maleolar
- Escapular
- Occipital
- Outra localização

Local onde terá sido desenvolvida a úlcera de pressão? *

- Domicílio
- Hospital (Hospital/ULS/Centro Hospitalar)
- ACES (Centro de Saúde/USF/UCSP/etc.)
- Unidade da Rede de Cuidados Continuados Integrados
- Lar de 3ª Idade
- Transporte
- Não Sabe

Avaliação da Escala de Braden/Braden Q *

(escolha a opção)

(escolha a opção)

- Sem avaliação
- Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final <= 16
- Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final >= 17
- Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final < 22
- Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final >= 22

Comorbilidades presentes no Doente?

- Hipertensão Arterial
- Diabetes
- Demência
- Acidente Vascular Cerebral
- Neoplasia
- Insuficiência venosa
- Trauma vertebro medular
- Não Sabe
- Outras

Indique se o tipo de incidente está relacionado com:

Infeção associada aos cuidados de saúde

Tipo de organismo *

- Bactéria
- Vírus
- Fungo
- Parasita
- Protozoário
- Riquetsia
- Prião
- Não identificado
- Não Sabe

Localização da infeção *

(escolha a opção)

- (escolha a opção)
- Infeção das Vias Urinárias
- Infeção do local cirúrgico
- Infeção da corrente sanguínea
- Infeção das vias respiratórias inferiores (inclui Pneumonia)
- Infeção do aparelho digestivo
- Infeção do aparelho genital
- Infeção da pele e dos tecidos moles
- Infeção óssea ou articular
- Infeção ocular, do ouvido, nariz, faringe ou boca
- Infeção do sistema cardiovascular
- Infeção do sistema nervoso central
- Infeção sistémica
- Não identificada
- Não Sabe

Indique se o tipo de incidente está relacionado com:

Medicação/fluidos IV

Ao seleccionar esta tipologia, o notificador é alertado para a necessidade de nos termos do artigo 169º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto, cabe aos profissionais a comunicação das reações adversas e suspeitas de reações adversas graves ou inesperadas de que tenham conhecimento resultante da utilização de medicamentos.

A ligação para efetuar esta notificação é:

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/NOTIFICACAO_DE_RAM

Indique o nome, dosagem e se possível o lote do medicamento/ fluido envolvido?

Qual a forma farmacéutica envolvida? *

(escolha a opção)

(escolha a opção)

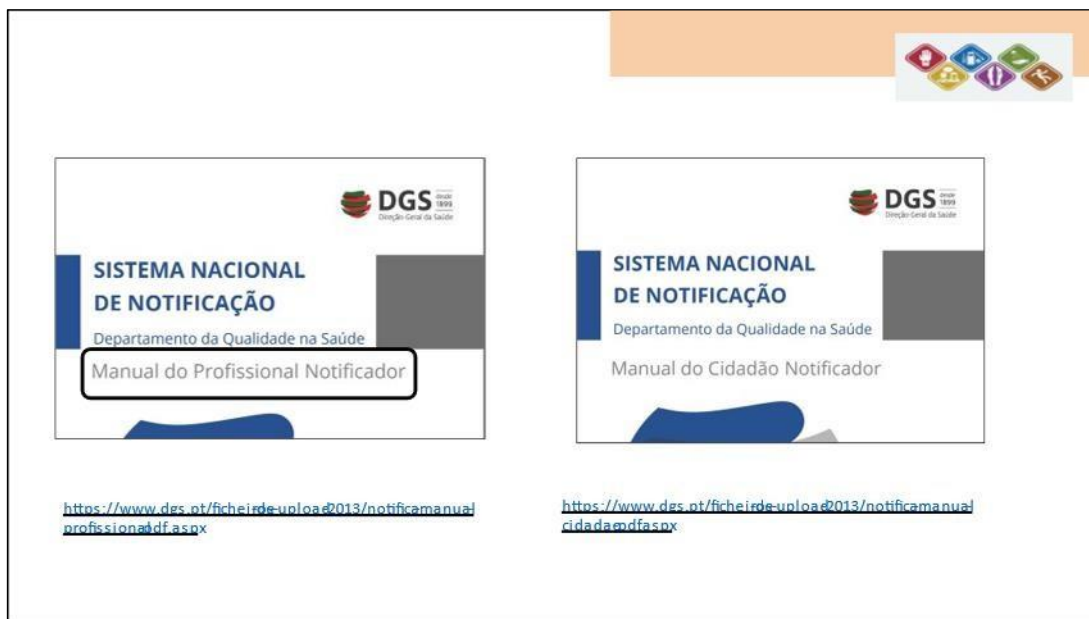
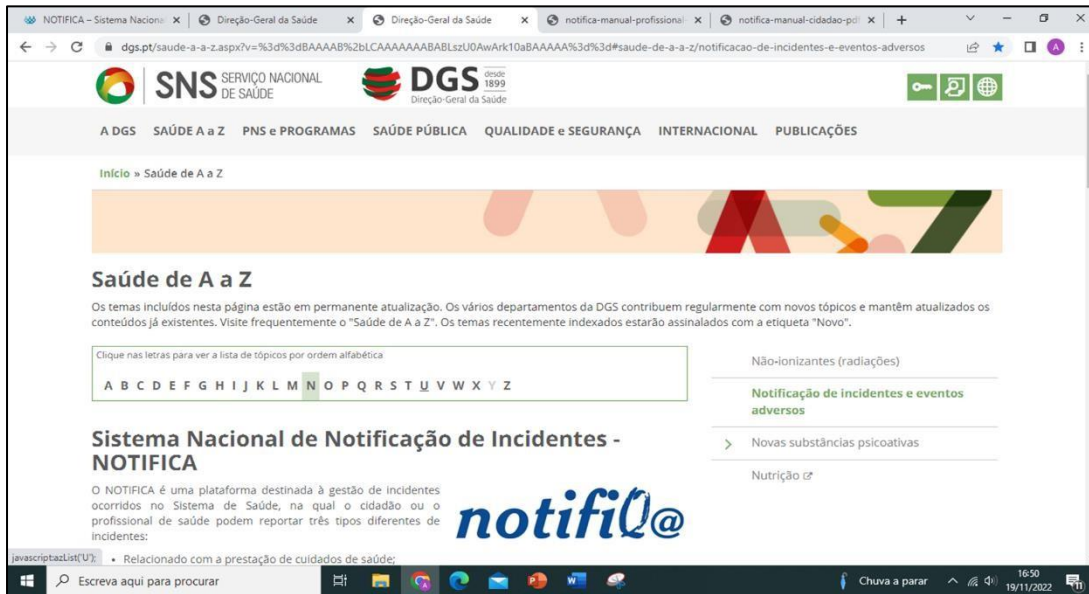
- Capítulo
- Colírio
- Comprimido
- Crema ou pomada
- Drageia
- Emplastro medicamentoso
- Gotas Nasais
- Gotas Orais
- Pó para solução injectável (utilizado para injectáveis)
- Pó/Granulado para solução oral
- Pomada oftálmica
- Saquetas
- Solução injectável
- Solução injectável em seringa pré-cheia
- Solução Oral
- Solução para pulverização nasal (matador)
- Solução/Suspensão injectável em seringa pré-cheia
- Solução/Suspensão rectal
- Solução/Suspensão/Pó para inalação por nebulização

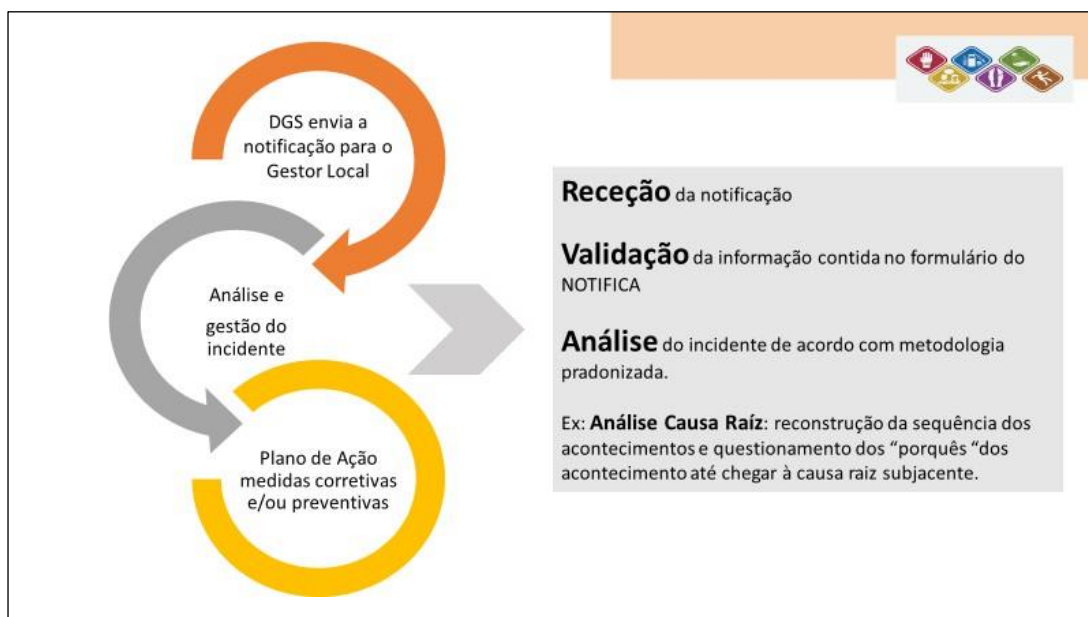
A via de administração utilizada? *

(escolha a opção)

(escolha a opção)

- Cutânea
- Endotraqueal
- Epidural
- Inalatória
- Intramuscular
- Intraocular
- Intraóssea
- Intra-tecal
- Intravenosa
- Intravítrea
- Nasal
- Nasogástrica
- Oftalmológica
- Oral
- Retal
- Subcutânea
- Sublingual
- Transdérmica
- Vaginal






Sistem Interno de Notificação de Incidentes

HER+
Health Event & Risk Management

HER+ logo: Um ícone com seis símbolos coloridos (verde, amarelo, laranja, vermelho, azul, roxo) dentro de um círculo.

HER+ anúncio: Uma imagem de uma médica sorridente em um consultório, com o texto 'HER+ ADJUDICADO AO CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUÇA'.



BIBLIOGRAFIA

Afaya, A., Konlan, K.D. & Kim Do, H. (2021) Improving patient safety through identifying barriers to reporting medication administration errors among nurses: an integrative review. *BMC Health Serv Res* 21, 1156. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07187-5>

Bohomoll E., Ramos L.H. (2007) Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem* 60(1) <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000100006>

Despacho nº 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2021) Diário de República: 2ª série, nº187 <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2011) Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2014) Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. Recuperado de https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistema-nacional-de-notificacao-de-incidentes_notifica.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018) Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. Recuperado de https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2452/i024431.pdf



BIBLIOGRAFIA

Global Patient Safety Action Plan 2021-2031 <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

Guerreiro, A.C., Magalhães C.P. & Mata, M.A. (2022) Iatrogenias na prestação de cuidados de enfermagem: A perspectiva dos enfermeiros da área médica-cirúrgica. *Revista de Enfermagem Referência* 6(1). e21089 <https://doi.10.12707/RV21089>

Ortega, D.B., D' Innocenzo, M., Silva L.M.G. & Bohomoll E. (2017) Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, vol.30(2) <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700026>

Pérez, C.D., Fuentes, P.S., García, E.J. (2019) Addressing medical errors: an intervention protocol for nursing professionals. *Rev Esc Enferm USP*. 53:e03463. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018012703463>

Siman A.G., Cunha S.G.S. & Brito M.J.M. (2017) The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Revista Escola Enfermagem USP*. 51:e03243. <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X201604550324>

Souza, R.F. de, Alves A.S. & Alencar, I.G.M. (2018) Eventos Adversos na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista enfermagem UFPE on line*, Recife 12(1):19-27. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25205/25799>

**ANEXO IV: Certificado de Participação na VI CONFERÊNCIA
INTERNACIONAL de INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE.**



**ANEXO V: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral
“Impacto dos Eventos Adversos Associados aos Cuidados de
Enfermagem em UCI”**



ANEXO VI: Tabelas da estratégia de pesquisa completa e respetivos resultados

CINAHL Complete (Via Ebsco)		
Pesquisa	Estratégia	Resultados
S1	(TI nursing care) OR (AB nursing care) OR (MH nursing care)	74 174
S2	(TI critical care nursing) OR (AB critical care nursing) OR (MH critical care nursing)	22 934
S3	(TI patient safety) OR (AB patient safety) OR (MH patient safety)	96 018
S4	(TI risk management) OR (AB risk management) OR (MH risk management)	27 074
S5	(TI intensive care unit) OR (AB intensive care unit) OR (MH intensive care unit)	64 769
S6	(TI nursing care) OR (AB nursing care) OR (MH nursing care) OR (TI critical care nursing) OR (AB critical care nursing) OR (MH critical care nursing)	92 678
S7	(TI patient safety) OR (AB patient safety) OR (MH patient safety) OR (TI risk management) OR (AB risk management) OR (MH risk management)	119 700
S8	S5 AND S6 AND S7 (((TI intensive care unit) OR (AB intensive care unit) OR (MH intensive care unit)) AND (((TI nursing care) OR (AB nursing care) OR (MH nursing care)) OR ((TI critical care nursing) OR (AB critical care nursing) OR (MH critical care nursing))) AND (((TI patient safety) OR (AB patient safety) OR (MH patient safety) OR (TI risk management) OR (AB risk management) OR (MH risk management)))	513
S9	S8 c/ Filtro: all adult)	180
Query pela ordem População>Conceito>Contexto		
	(((TI nursing care) OR (AB nursing care) OR (MH nursing care)) OR ((TI critical care nursing) OR (AB critical care nursing) OR (MH critical care nursing))) AND (((TI patient safety) OR (AB patient safety) OR (MH patient safety)) OR ((TI risk management) OR (AB risk management) OR (MH risk management))) AND (((TI intensive care unit) OR (AB intensive care unit) OR (MH intensive care unit)))	513

MEDLINE (Via PubMed)		
Pesquisa	Estratégia	Resultados
#1	(nursing care[Title/Abstract]) OR (nursing care[MeSH Terms])	162 408
#2	(critical care nursing[Title/Abstract]) OR (critical care nursing[MeSH Terms])	3 607
#3	(patient safety[Title/Abstract]) OR (patient safety[MeSH Terms])	56 146
#4	(risk management[Title/Abstract]) OR (risk management[MeSH Terms])	357 194
#5	(intensive care unit[Title/Abstract]) OR (intensive care unit[MeSH Terms])	187 786
#6	#1 OR #2 (((nursing care[Title/Abstract]) OR (nursing care[MeSH Terms])) OR (critical care nursing[Title/Abstract])) OR (critical care nursing[MeSH Terms])	163 253
#7	#3 OR #4 (((patient safety[Title/Abstract]) OR (patient safety[MeSH Terms])) OR (risk management[Title/Abstract])) OR (risk management[MeSH Terms])	402 144
#8	#5 AND #6 AND #7 (((intensive care unit[Title/Abstract]) OR (intensive care unit[MeSH Terms])) AND (((nursing care[Title/Abstract]) OR (nursing care[MeSH Terms])) OR ((critical care nursing[Title/Abstract]) OR (critical care nursing[MeSH Terms])))) AND (((patient safety[Title/Abstract]) OR (patient safety[MeSH Terms])) OR ((risk management[Title/Abstract]) OR (risk management[MeSH Terms])))	443
#9	# 8 c/Filtro: Adult 19+ years	149
Query pela ordem População>Conceito>Contexto		
	(((nursing care[Title/Abstract]) OR (nursing care[MeSH Terms])) OR ((critical care nursing[Title/Abstract]) OR (critical care nursing[MeSH Terms]))) AND (((patient safety[Title/Abstract]) OR (patient safety[MeSH Terms])) OR ((risk management[Title/Abstract]) OR (risk management[MeSH Terms]))) AND ((intensive care unit[Title/Abstract]) OR (intensive care unit[MeSH Terms]))	443

SciELO		
Pesquisa	Estratégia	Resultados
#1	(ti:(nursing care)) OR (ab:(nursing care))	14 429
#2	(ti:(critical care nursing)) OR (ab:(critical care nursing))	907
#3	(ti:(patient safety)) OR (ab:(patient safety))	3 024
#4	(ti:(risk management)) OR (ab:(risk management))	6 664
#5	(ti:(intensive care unit)) OR (ab:(intensive care unit))	6 926
#6	((ti:(nursing care)) OR (ab:(nursing care))) OR ((ti:(critical care nursing)) OR (ab:(critical care nursing)))	946
#7	((ti:(patient safety)) OR (ab:(patient safety))) OR ((ti:(risk management)) OR (ab:(risk management)))	9546
#8	((((ti:(nursing care)) OR (ab:(nursing care))) OR ((ti:(critical care nursing)) OR (ab:(critical care nursing)))) AND (((ti:(patient safety)) OR (ab:(patient safety))) OR ((ti:(risk management)) OR (ab:(risk management)))) AND ((ti:(intensive care unit)) OR (ab:(intensive care unit))))	62

COCHRANE 18.08.2023		
Pesquisa	Estratégia	Resultados
#1	"nursing care" in Title Abstract Keyword OR "nursing care" in Abstract OR "nursing care" in All Text	Cochrane Reviews - 218 Cochrane protocols - 16 Trials - 3667 Editorials - 2 Special Collections - 0 Clinical Answers - 12 Total 3915
#2	"critical care nursing" in Title Abstract Keyword OR "critical care nursing" in Abstract OR "critical care nursing" in All Text	Cochrane Reviews - 23 Cochrane protocols - 3 Trials - 520 Editorials - 0 Special Collections - 0 Clinical Answers - 1 Total 547
#3	"patient safety" in Title Abstract Keyword OR "patient safety" in Abstract OR "patient safety" in All Text	Cochrane Reviews - 231 Cochrane protocols - 21 Trials - 8882 Editorials - 5 Special Collections - 0 Clinical Answers - 2 Total 9141
#4	"risk management" in Title Abstract Keyword OR "risk management" in Abstract OR "risk management" in All Text	Cochrane Reviews - 59 Cochrane protocols - 8 Trials - 1601 Editorials - 1 Special Collections - 0 Clinical Answers - 3 Total 1671
#5	"intensive care unit" in Title Abstract Keyword OR "intensive care unit" in Abstract OR "intensive care unit" in All Text	Cochrane Reviews - 1192 Cochrane protocols - 122 Trials - 25019 Editorials - 4 Special Collections - 5 Clinical Answers - 207 Total 26549
#6	#1 OR #2	Cochrane Reviews - 237 Cochrane protocols - 19 Trials - 4166 Editorials - 2 Special Collections - 0 Clinical Answers - 13 Total 4437
#7	#3 OR #4	Cochrane Reviews - 283 Cochrane protocols - 29 Trials - 10424 Editorials - 6 Special Collections - 0 Clinical Answers - 5 Total 10747
#8	#6 AND #7 AND #5	Cochrane Reviews - 18 Cochrane protocols - 0 Trials - 26 Editorials - 0 Special Collections - 0 Clinical Answers - 1 Total 45

LILACS 12.09.2023		
Pesquisa	Estratégia	Resultados
#1	(ti:(nursing care)) OR (ab:(nursing care)) OR (mh:(nursing care))	15255
#2	(ti:(critical care nursing)) OR (ab:(critical care nursing)) OR (mh:(critical care nursing))	934
#3	(ti:(patient safety)) OR (ab:(patient safety)) OR (mh:(patient safety))	3376
#4	(ti:(risk management)) OR (ab:(risk management)) OR (mh:(risk management))	4568
#5	(ti:(intensive care unit)) OR (ab:(intensive care unit)) OR (mh:(intensive care unit))	7824
#6	((ti:(nursing care)) OR (ab:(nursing care)) OR (mh:(nursing care))) OR ((ti:(critical care nursing)) OR (ab:(critical care nursing)) OR (mh:(critical care nursing)))	15255
#7	((ti:(patient safety)) OR (ab:(patient safety)) OR (mh:(patient safety))) OR ((ti:(risk management)) OR (ab:(risk management)) OR (mh:(risk management)))	7768
#8	#6 AND #7 AND #5 (((ti:(nursing care)) OR (ab:(nursing care)) OR (mh:(nursing care))) OR ((ti:(critical care nursing)) OR (ab:(critical care nursing)) OR (mh:(critical care nursing)))) AND (((ti:(patient safety)) OR (ab:(patient safety)) OR (mh:(patient safety))) OR ((ti:(risk management)) OR (ab:(risk management)) OR (mh:(risk management)))) AND ((ti:(intensive care unit)) OR (ab:(intensive care unit)) OR (mh:(intensive care unit)))	110

RCAAP		
Pesquisa	Estratégia	Resultados
#1	((nursing care) OR (critical care nursing)) AND ((patient safety) OR (risk management)) AND (intensive care unit)	155
#2	((nursing care) OR (critical care nursing)) AND ((patient safety) OR (risk management)) AND (intensive care unit) Filtro – Assunto: Enfermagem	79
#3	((cuidados de enfermagem) OR (enfermagem de cuidados intensivos)) AND ((segurança) OR (gestão de risco)) AND (unidade de cuidados intensivos)	453
#4	((cuidados de enfermagem) OR (enfermagem de cuidados intensivos)) AND ((segurança) OR (gestão de risco)) AND (unidade de cuidados intensivos) Filtro – Assunto: Enfermagem	116

Dan Easy / OpenGrey		
Pesquisa	Estratégia	Resultados
#1	((nursing care) OR (critical care nursing)) AND ((patient safety) OR (risk management)) AND (intensive care unit)	0

DART – Europe		
Pesquisa	Estratégia	Resultados
#1	((nursing care) OR (critical care nursing)) AND ((patient safety) OR (risk management)) AND (intensive care unit)	25