



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Promoção da Cultura de Segurança do Doente
no Serviço de Urgência: Importância da
Notificação de Incidentes**

Ana Filipa de Sousa Oliveira

Orientação: Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em
Situação Crítica**

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Promoção da Cultura de Segurança do Doente
no Serviço de Urgência: Importância da
Notificação de Incidentes**

Ana Filipa de Sousa Oliveira

Orientação: Professora Maria Antónia Rasa Correia da Costa

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em
Situação Crítica**

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professora Maria Alice Góis Ruivo

Arguente: Professor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Orientador: Professora Maria Antónia Rasa Correia Costa

Setúbal, 2023

“Learn from yesterday, live for today, hope for tomorrow. The important thing is not to stop questioning.”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Tal como Patrícia Benner (2001), sinto que a energia colocada neste simples agradecimento será sempre insuficiente. Desde a primeira letra até ao último ponto final, este relatório só seria possível com a contribuição de todos. Os que vou nomear, mas também muitos outros.

À Professora Maria Antónia Costa pelo seu incentivo, orientação e disponibilidade ao longo deste percurso.

Aos meus orientadores clínicos pelo empenho, orientação, conhecimentos transmitidos.

A todos os enfermeiros e enfermeiros gestores da UCI e do SU pelo apoio, receptividade e partilha de experiências e conhecimento.

À Elsa e à Andreia pelo apoio e companheirismo ao longo deste percurso.

Aos meus amigos, em especial à minha amiga Laura pela força, ajuda incansável e estímulo para tentar ser sempre um pouco melhor.

À minha família, em especial ao Sérgio e aos meus filhos pela paciência infinita, compreensão pelas inúmeras ausências e pelo apoio incondicional em forma de amor. À minha irmã e aos meus pais por me fazerem sentir a rede que me amparará em todas as quedas.

À minha avó, por nunca me deixar só, mesmo quando todos já dormiam.

RESUMO

Introdução: O relatório surge como parte integrante e necessária à obtenção do grau de mestre em enfermagem e enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

Objetivo: Descrever as atividades e estratégias desenvolvidas durante o percurso formativo em contexto de estágio, devidamente fundamentadas, como forma de demonstração de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, assim como as competências de Mestre.

Metodologia: Descrição e análise crítica das principais atividades desenvolvidas durante os contextos de estágio, com especial enfoque no projeto de intervenção profissional desenvolvido no estágio final orientado pelo Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee.

Resultados: Reflexão sobre as competências adquiridas ao longo do percurso profissional e formativo em unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência. Promoção da qualidade e da cultura de segurança durante a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, através do desenvolvimento do projeto de intervenção profissional que envolveu a sensibilização sobre a importância que a notificação de incidentes de segurança e a elaboração de uma proposta de formulário de notificação destes incidentes.

Conclusão: A elaboração deste relatório permitiu descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências através de uma análise crítico-reflexiva devidamente fundamentada das atividades e estratégias desenvolvidas, quer em contexto profissional, quer em contexto dos estágios realizados durante o ciclo de estudos, assim como, a promoção da qualidade e segurança dos cuidados através do desenvolvimento do projeto de intervenção profissional.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-Cirúrgica; Cultura de Segurança do Doente; Notificação de Incidentes; Qualidade e Gestão de Risco.

ABSTRACT

Introduction: This report emerges as an integral and necessary part for obtaining the master's degree in nursing and specialist nurse in medical-surgical nursing: the person in critical situation.

Objective: To describe the activities and strategies developed during the training course in the context of internship, duly substantiated, as a way of demonstrating the acquisition and development of common and specific competencies of the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing: Person in Critical Situation, as well as the competencies of Master.

Methodology: Description and critical analysis of the main activities developed during the internship contexts, with special focus on the professional intervention project developed in the final stage guided by June Larrabee's Evidence-Based Practice Change Model.

Results: Reflexive analysis on the skills acquired throughout the professional and training path in intensive care unit and emergency service. Promotion of quality and safety culture during the provision of care to the Person in Critical Situation, through the development of the professional intervention project that involved raising awareness about the importance of reporting safety incidents and preparing a proposal for a notification form of these incidents.

Conclusion: The conception of this report allowed the description of the process of acquisition and development of competencies through a critical-reflective analysis duly grounded of the activities and strategies developed, either in a professional context or in the context of the internships carried out during the study cycle, as well as the promotion of quality and safety of care through the development of the professional intervention project.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; Patient Safety Culture; Incidents Notification; Quality and Risk Management.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ADR – Área Dedicada para Doentes Respiratórios

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

AHRQ – *Agency for Healthcare Research and Quality*

APA – *American Psychological Association*

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – *Bispectral Index*

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behavioural Pain Scale*

CA – Conselho de Administração

CH – Centro Hospitalar

CNEVC – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

DGS – Direção Geral da Saúde

DRE – Diário da República Eletrónico

EA – Eventos Adversos

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EBHC – *Evidence-Based Healthcare*

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECG – Eletrocardiograma

ECTS – *European Credit Transfer System*

EEMC – PSC – Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica

EEMI – Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar

EF – Estágio Final

EUA – Estados Unidos da América

GCS – *Glasgow Coma Score*

GIARC – Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico

GID – Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOM – *Institute of Medicine*

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação

ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*

ISCTE – IUL – Instituto Superior da Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa

ITLS – *International Trauma Life Support*

JBH – *Joanna Briggs Institute*

JCR – *Joint Commission Resources*

LASA – *Look Alike, Sound Alike*

MS - Ministério da Saúde

MMPBE – Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências

NAS – *Nursing Activities Score*

NEMS – *Nine Equivalents of Nursing Manpower*

NNG – *Nielsen Norman Group*

NPSA – *National Patient Safety Agency*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBE – Prática Baseada na Evidência

PiCCO – *Pulse Contour Cardiac Output*

PIP – Projeto de Intervenção Profissional

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS – *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RE – Relatório de Estágio

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SAQ – *Safety Attitudes Questionnaire*

SAV – Suporte Avançado de Vida

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SLEDD – *Sustained Low-Efficiency Daily Dialysis*

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SPIKES – Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary

SR – Sala de Reanimação

START – *Simple Triage And Rapid Treatment*

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUG – Serviço de Urgência Geral

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TC – Tomografia Computorizada

TISS 28 – *Therapeutic Interventions Scoring System – 28*

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

EU – Universidade de Évora

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

Introdução	15
1. Enquadramento Conceptual e Teórico.....	19
1.1 MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS – MODELO TEÓRICO DE JUNE LARRABEE	20
1.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE.....	25
1.2.1 Principais Conceitos	25
1.2.2. Incidentes e Eventos Adversos	28
1.2.3. Importância da deteção de Eventos Adversos	30
1.3 SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO E APRENDIZAGEM – QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO DOENTE ..	32
1.4 IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NA PROMOÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	35
2. Desenvolvimento dos Estágios	38
2.1 INSTITUIÇÃO ONDE DECORRERAM OS ESTÁGIOS	39
2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	40
2.2.1 Estrutura, Recursos Físicos e Materiais.....	41
2.2.2 Recursos Humanos	41
2.2.3 Análise da Gestão e Produção de Cuidados	42
2.3 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL	44
2.3.1 Estrutura, Recursos Físicos e Materiais.....	45
2.3.2 Recursos Humanos	49
2.3.3 Análise da Gestão e Produção de Cuidados	50
2.4 ATIVIDADE MAJOR DESENVOLVIDA NO ESTÁGIO FINAL: PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL ..	52
2.4.1 Problemática.....	53
2.4.2 Diagnóstico de Situação	55
2.4.3 Definição de Objetivos	62
2.4.4 Planeamento e Execução	62
2.4.5 Avaliação dos Resultados.....	74
2.4.6 Divulgação dos Resultados	84
3. Análise Reflexiva do Processo de aquisição e Desenvolvimento de Competências	86
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	87
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	102
Conclusão	118
Referências Bibliográficas	121

APÊNDICES

Apêndice I - <i>Safety Attitudes Questionnaire – Short Form</i> aplicado aos enfermeiros do SU através da aplicação Microsoft Forms®	154
Apêndice II - Quatro questões fechadas sobre a experiência de notificação de incidentes no SU	164
Apêndice III - Pedido de submissão da proposta do PIP	169
Apêndice IV - Consentimento informado para a colaboração nos questionários	184
Apêndice V - Proposta de novo formulário de Notificações de incidentes de segurança	187
Apêndice VI - Plano de Sessão de Formação sobre a Importância do Relato de Incidentes de Segurança	190
Apêndice VII – Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação sobre a Importância do Relato de Incidentes de Segurança	192
Apêndice VIII - Sessão de Formação em Serviço sobre a Importância do Relato de Incidentes de Segurança.....	194
Apêndice IX - Vídeo da gravação da Sessão de Formação em Serviço sobre a Importância do Relato de Incidentes de Segurança	196
Apêndice X - Resumo do artigo “Fatores influenciam a notificação de incidentes na segurança do doente em contexto hospitalar”	198
Apêndice XI - Poster Científico sobre Pneumonia Associada à Intubação apresentado no Estágio I – A pessoa em Situação Crítica	201
Apêndice XII - Apresentação da Sessão de Formação sobre Ressuscitação Materna	203
Apêndice XIII - Poster sobre Ressuscitação Materna e sua afixação na SR do SU.....	205
Apêndice XIV - Poster sobre a “Precisão da Abordagem START em situações de Exceção e Catástrofe”	207
Apêndice XV - Poster do fluxograma de atuação do Plano de Emergência Externa do CH	209
Apêndice XVI - Vídeo sobre fluxograma de atuação do Plano de Emergência Externa do CH	211

ANEXOS

Anexo I - Parecer do CA e GID para desenvolvimento do PIP	215
Anexo II - Elaboração de relatos de incidentes-padrão do SU	217
Anexo III - Comprovativo de Submissão do artigo para publicação em revista.....	220
Anexo IV - Questionário de avaliação da formação e satisfação do formando.....	222
Anexo V - Comprovativo de participação no projeto “Mais Próximo de Ti”.....	228
Anexo VI - Comprovativo de apresentação do Poster sobre Pneumonia Associada à Intubação nas VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva em Lisboa	230
Anexo VII - Comprovativo do curso de <i>International Trauma Life Support (ITLS)</i>	232
Anexo VIII - Comprovativo do curso de Suporte avançado de Vida (SAV - <i>European Resuscitation Council</i>)	234
Anexo IX - Comprovativo do Curso de Nutrição no doente Crítico	236
Anexo X - Comprovativo do Curso de Técnicas de Circulação Extracorporal	238
Anexo XI - Comprovativo do Curso de Neuromonitorização no doente crítico	240
Anexo XII - Comprovativo de participação nas VII Jornadas Técnicas da Medicina Intensiva em Lisboa.....	242
Anexo XIII - Comprovativo da apresentação do Poster Precisão da Abordagem START em situações de Exceção e Catástrofe e participação no 1ª Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	244
Anexo XIV - Comprovativo de participação no Projeto STOP! – Infecção Hospitalar (Fundação Calouste Gulbenkian/ <i>Institute for Healthcare Improvement</i>)	246
Anexo XV - Comprovativos de auditorias de observação de higienização das mãos e uso de luvas durante o Estágio Final	248

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do MMPBE (adaptado de Larrabee, 2009)	23
Figura 2 - Planta do SUG (Edifício Principal)	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição por sexo	65
Gráfico 2 - Distribuição por idade	65
Gráfico 3 - Distribuição por tempo de exercício profissional	66
Gráfico 4 - Distribuição por tempo de exercício profissional no SU	66
Gráfico 5 - Distribuição do número de enfermeiros segundo a realização de relatos de incidente	76
Gráfico 6 - Distribuição do número de enfermeiros segundo o número de relatos de incidente realizados	77
Gráfico 7 - Distribuição do número de enfermeiros segundo o tempo despendido a relatar um incidente	77
Gráfico 8 - Distribuição do número de enfermeiros segundo as dúvidas no preenchimento do formulário de relato de incidente	78
Gráfico 9 - Distribuição do número de enfermeiros segundo o tipo de dúvidas no preenchimento do formulário de relato de incidentes	78
Gráfico 10 - Distribuição do número de enfermeiros segundo o motivo para não relatar	79

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Número total de Incidentes relatados pelos profissionais do SU	55
Tabela 2 - Distribuição de notificações de incidentes por classe profissional	56
Tabela 3 - Número de incidentes notificados por enfermeiros.....	57
Tabela 4 - Ocorrências comunicáveis notificadas pelos enfermeiros.....	57
Tabela 5 - Eventos adversos notificados pelos enfermeiros.....	58
Tabela 6 - Eventos sem dano notificados pelos enfermeiros.....	58
Tabela 7 - Eventos adversos graves notificados pelos enfermeiros	59
Tabela 8 - Quase eventos notificados pelos enfermeiros do SU	59
Tabela 9 - Análise SWOT	61
Tabela 10 - Avaliação da Cultura de Segurança na equipa de enfermeiros do SU	75
Tabela 11 - Avaliação global da Sessão de Formação	82
Tabela 12 - Avaliação da formadora	82
Tabela 13 - Número de relatos de incidentes antes e depois do PIP	84

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio (RE) surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, integrado no VI Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (EMC – PSC), a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal [IPS].

Trata-se de um documento científico elaborado com base numa metodologia reflexiva, onde se organizam, analisam e revêm as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, dando enfoque ao último estágio e ao projeto de intervenção profissional, assim como o seu contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República Eletrónico [DRE], Regulamento n.º 140/2019), competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica (DRE, Regulamento n.º 429/2018) e com os descritores de Dublin que qualificam o 2º ciclo de formação (DRE, Decreto-lei n.º 74/2006 alterado pelo Decreto-lei n.º 65/2018), conducente ao grau de mestre em enfermagem. Le Boterf (2008) defende que a mobilização de vários conhecimentos se dá através da prática, dos recursos disponíveis e da reflexão. Este exercício deverá amparar-se em normas éticas e legais que norteiam as relações entre os cidadãos e em fundamentos epistémicos e deontológicos que guiam os profissionais de saúde. E será esta dinâmica de saberes combinados o *core* de todas as competências (Le Boterf, 2000).

Este percurso formativo foi constituído por dois momentos de estágio. O Estágio I – A pessoa em Situação Crítica, que decorreu entre 2 de maio e 24 de junho de 2022, com a duração de 162 horas de contacto (8 *European Credit Transfer System* [ECTS]), realizado numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) num Centro Hospitalar (CH). E o segundo momento, o Estágio Final (EF), desenvolvido num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica [SUMC] do mesmo CH, de 19 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023, com a duração de trezentas e oitenta e oito (388) horas (24 ECTS), em que trezentas e trinta e seis (336) foram de contacto, catorze (14) de orientação tutorial e por fim, trinta e oito (38) atribuídas a outras atividades de enriquecimento curricular. A supervisão e acompanhamento clínico durante este processo de desenvolvimento de competências, foi assegurado em cada um dos momentos de estágio, por

um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em Situação Crítica (EEEMC-PSC), a primeira orientadora com larga experiência em UCI e o segundo em Serviço de Urgência (SU). Ambos os enfermeiros foram definidos pelos enfermeiros gestores dos respetivos serviços, sendo que as equipas tiveram um papel fundamental no meu desenvolvimento, com espaço para partilha, reflexão e discussão de diversas temáticas com enfermeiro peritos, fomentando o espírito crítico-reflexivo. Toda a orientação pedagógica foi assegurada pela Professora Antónia Costa.

Mobilizar, integrar e transferir conhecimentos para adquirir uma maior competência é um processo e não um ato elementar, sendo essencial integrar os múltiplos saberes (Le Boterf, 2000). Desta forma, a escolha dos locais de estágio foi baseada na nossa experiência profissional, isto é, tendo em conta a nossa experiência na área de cuidados intensivos, definimos o período mais longo de estágio e, portanto, com maior oportunidade de aprendizagem, na área de Urgência e Emergência no SU.

No sentido de nortear todo o percurso de aquisição de competências, foi inicialmente elaborado um Projeto de Estágio (PE) onde foram definidos objetivos específicos e planeadas estratégias e atividades a desenvolver, com o objetivo primário de adquirir e desenvolver as competências comuns, específicas e de mestre em enfermagem na área de intervenção de EMC – PSC. O EEEMC-PSC é reconhecido pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados à PSC, como elemento-chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das PSC. E por sua vez, deve ser capaz de identificar precocemente potenciais problemas, tendo como objetivo prescrição, implementação e avaliação de intervenções que contribuam para evitar problemas ou minimizar consequências indesejáveis, mantendo rigor técnico e científico na implementação das intervenções e responsabilização pelas decisões, prática e gestão de protocolos terapêuticos complexos (DRE, Regulamento n.º 361/2015).

Assim, foi elaborado também, o Projeto de Intervenção Profissional (PIP), após a identificação de uma necessidade em contexto de estágio. O tema foi a “Promoção da Cultura de Segurança do Doente no Serviço de Urgência: Importância da Notificação de Incidentes”. Este projeto foi desenvolvido e estruturado segundo a Metodologia de Trabalho de Projeto, promotora da investigação em saúde, focada em necessidades reais e na sua resolução (Ruivo et al., 2010). No seguimento deste *mindset* de investigação, foi também elaborado um artigo científico sobre “Fatores que condicionam a Notificação de Incidentes de Segurança em contexto hospitalar”, submetido à revista RIASE.

A segurança do doente é um princípio fundamental dos cuidados de saúde (World Health Organization [WHO], 2021). E está alicerçada num grupo de atividades organizadas que geram culturas, processos, procedimentos, comportamentos e ambientes que produzem de forma consistente e sustentável a redução do risco, da ocorrência de danos evitáveis, do impacto do dano quando ocorre e dos erros, relacionados com a prestação de cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (WHO, 2021). A gestão do risco clínico é essencial para a coordenação e prestação de cuidados efetivos e seguros. O conceito de risco pode ser definido como a avaliação da probabilidade de ocorrência de um determinado perigo (fenómeno que poderá causar algum tipo de dano, prejuízo ou morte) e a magnitude das suas consequências (WHO, 2021). Diariamente, encontramos inúmeras vezes o conceito de risco aplicado a diversos contextos. A cada etapa do processo de prestação de cuidados está inerente um risco, sendo utópico tentar erradicá-lo, mas devendo ser a sua minimização um objetivo fundamental de todos os profissionais (WHO, 2021), bastante necessário, mas também muito complexo. A gestão do risco tem vários pilares como sistemas de notificação de incidentes e alerta, auditorias, protocolos, decisão em equipa multidisciplinar, sistemas de verificação redundante, formação contínua e reuniões de análise da mortalidade e morbilidade (WHO, 2021; Direção Geral da Saúde [DGS], 2012). Assim, eliminar os eventos que provocam dano ao doente deverá ser um processo orgânico na equipa multidisciplinar durante o planeamento e prestação de cuidados diários (WHO, 2021). Sendo a prevenção e gestão de incidentes de segurança o quarto pilar do Plano Nacional para a Segurança do Doente [PNSD], e o aumento da cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente (DGS, 2022) um dos objetivos estratégicos definidos, consideramos este tema importante e de enorme relevância na uniformização de melhores práticas sustentadas pela evidência científica.

Assim, o objetivo geral deste relatório é descrever as atividades e estratégias desenvolvidas durante o percurso formativo em contexto de estágio, devidamente fundamentadas, como forma de demonstração de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, assim como as competências de Mestre.

Para dar resposta a este objetivo, foi importante definir os objetivos específicos deste trabalho:

- Contextualizar conceptualmente a temática em estudo;
- Caracterizar os contextos clínicos onde decorreram os estágios;
- Apresentar o PIP, recorrendo às etapas da metodologia de projeto;

- Elaborar uma análise crítico-reflexiva, devidamente fundamentada, do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns, específicas e de Mestre em Enfermagem em contexto de PSC.

Este documento está estruturado em três capítulos. O primeiro, diz respeito ao enquadramento conceptual e teórico onde se abordam os conceitos que suportam o tema em estudo, e onde se faz alusão ao referencial teórico do Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências (MMPBE) de June Larrabee (2009), que se revelou uma ferramenta valiosa para o desenvolvimento do pensamento crítico em enfermagem. O segundo capítulo é dedicado ao desenvolvimento do EF, onde é feita uma caracterização da instituição e do serviço onde este se desenvolveu e explicadas as diferentes etapas do PIP. No terceiro e último capítulo, é realizada uma análise crítico-reflexiva devidamente fundamentada sobre o processo de aquisição de competências na área da Especialidade e do Mestrado.

Este documento foi redigido seguindo o novo acordo ortográfico de língua portuguesa, com exceção das citações diretas de autores, no qual se manteve o texto original. De igual forma, cumpre as normas e diretrizes de referência bibliográfica da edição mais recente (7.^a edição) da *American Psychological Association* (APA) na versão original em língua inglesa (APA, 2020). A formatação obedece às normas de elaboração de trabalhos escritos do Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre (Arco et al., 2018).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Tendo em conta a constante evolução técnico-científica na área da saúde, as pressões epidemiológicas e demográficas e a legítima exigência dos cidadãos, é essencial uma permanente atualização por parte dos profissionais, de forma a prestar os melhores cuidados de saúde a uma população mais envelhecida, com mais comorbilidades e, portanto, com problemas de saúde mais complexos. Este exigente contexto traduz na área de enfermagem, uma procura pela prestação de cuidados de excelência, baseada na mais recente evidência científica.

Enfermagem enquanto disciplina, tem o conhecimento sustentado por teorias e métodos científicos, permitindo uma prática de qualidade, orientada pelo pensamento crítico, aspeto essencial ao desenvolvimento da profissão (Nunes, 2018).

Desta forma, se por um lado os conhecimentos e as teorias são responsáveis por sustentarem a investigação e a sua aplicabilidade, por outro, é na investigação que assenta o desenvolvimento da teoria e a sua verificação (Fortin et al., 2009). Outra autora corrobora esta perspetiva defendendo que a teoria sem aplicabilidade na prática, se torna vazia, e a prática sem a base teórica se torna cega (Cross, 1981).

Nas últimas cinco décadas, a investigação em enfermagem tem tido uma forte evolução e crescimento, defendendo a sua legítima importância na área de investigação em ciências da saúde. É o *core* na prática de enfermagem e é decisiva para a afirmação e reconhecimento social da enfermagem enquanto disciplina e profissão (Sousa et al., 2022).

Desta forma, o enfermeiro especialista deve ter como um dos principais focos a melhoria contínua de práticas de qualidade – quer pela gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, quer pela *praxis* clínica baseada em evidência científica (DRE, Regulamento n.º 140/2019), sendo fundamental a atualização de competências (DRE, Lei 156/2015). Cabe ao EEEMC-PSC ser um dos principais promotores desta melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através do rigor e excelência da sua prática suportada por um quadro de referências para o exercício profissional (DRE, Regulamento n.º 361/2015).

A investigação em enfermagem para além de contribuir para a afirmação da disciplina e da profissão tal como já referimos, também contribui para o reforço da Prática Baseada na

Evidência [PBE], traduzindo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Sousa et al., 2022). Este capítulo constitui assim, um referencial teórico e tem como objetivo abordar os conceitos que suportaram a realização deste trabalho. Assim, para além de explanarmos os princípios teóricos e conceptuais que orientaram a realização do PIP, iremos também abordar o modelo que serviu de azimute para a reflexão sobre o desenvolvimento de competências, o MMPBE de June Larrabee (2009).

1.1 MODELO PARA A MUDANÇA DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS – MODELO TEÓRICO DE JUNE LARRABEE

Os resultados positivos da PBE em medicina, na década de 90, fizeram com que este método fosse adotado por diversas áreas da saúde, como por exemplo na enfermagem (Rodrigues & Cardoso, 2022).

A PBE é uma condição necessária para a excelência e a segurança dos cuidados em saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2006), sendo um critério de competência de um enfermeiro de cuidados gerais, a incorporação de resultados de investigação válidos e relevantes na prática (DRE, Regulamento nº 190/2015), assim como a de um enfermeiro especialista, que suporta a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica (DRE, Regulamento nº 149/2019).

Integrar a PBE na prática clínica é uma condição necessária para a promoção de cuidados de saúde de alta qualidade e com custos mais baixos (*International Council of Nurses [ICN]*, 2012).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que se definam estruturas nacionais e locais que apoiem a síntese de evidência, a identificação de competências necessárias para o processo de PBE, a garantia de um entendimento partilhado e a disseminação dos princípios de que a PBE é a base do ensino e da formação em enfermagem. Além disso, a PBE deve ser integrada na cultura organizacional e deve ser implementada uma avaliação contínua dos resultados em saúde. Tudo isto permitirá uma melhoria da contribuição dos enfermeiros para a PBE (Jylhä et al., 2017).

O progresso do estudo de uma qualquer disciplina é suportado pela teoria e pelo pensamento teórico. Porém, a definição de teoria de enfermagem é complexa, não sendo consensual na literatura (Meleis, 2012). O desenvolvimento de diversos referenciais teóricos tem contribuído para a sua evolução de forma sustentada, assim como do pensamento crítico dos enfermeiros, uma vez que as teorias surgem como forma de materializar o conhecimento

na prática e autonomia profissionais, esclarecendo e prevendo fenómenos, e consistindo nas linhas orientadoras da educação e investigação em enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Em suma, a PBE reúne um conjunto de atividades intencionais e facilitadoras, desenhadas para envolver os *stakeholders* através da evidência científica, para sustentar a tomada de decisão e gerar uma melhoria de qualidade durante a prática clínica (Jordan et al., 2019; Larrabee, 2009).

Vários modelos conceptuais foram desenvolvidos para facilitar a integração e sustentabilidade da PBE nos contextos clínicos (Melnik, 2017; Rodrigues & Cardoso, 2022). O *Joanna Briggs Institute* [JBI] tem-se focado em melhorar os resultados de saúde da população mundial, promovendo e apoiando o recurso às melhores evidências disponíveis. Recentemente, houve uma revisão do seu modelo *Evidence-Based Healthcare* (EBHC) em que foi reconsiderada a sua composição e linguagem, com vista a uma uniformização internacional (Jordan et al., 2019).

Em suma, a integração da PBE nos contextos clínicos é um processo complexo, composto por várias etapas, desde a identificação de problemas clínicos até à implementação de uma mudança na prática e avaliação do respetivo impacto (Rodrigues & Cardoso, 2022).

Pela importância que a PBE assume nos cuidados e após uma breve análise de várias teorias em enfermagem, considerámos que o **Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências** (MMPBE), de June Hansen Larrabee (2009) foi o referencial teórico ideal para refletirmos durante o estágio e sobre a temática em estudo, pois condensa diferentes axiomas de vários modelos de PBE.

June Larrabee nasceu a 27 de agosto de 1946, no Texas, e formou-se em Enfermagem (1968) na *Medical College of Georgia*, tornou-se mestre (1971) na *Boston University School of Nursing* e Doutora (1992) pela *University of Tennessee*.

Com a perspetiva de assegurar cuidados seguros, individualizados e de qualidade, desenvolveu em colaboração com Mary Ann Rosswurm, o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências, após ter percecionado que os profissionais de saúde teriam alguma dificuldade na seleção e síntese de dados empíricos na sua prática clínica (Rosswurm & Larrabee, 1999). Este modelo pretendia orientar os profissionais de saúde na alteração de paradigma de uma prática de cuidados intuitiva e tradicional, para uma prática apoiada em evidência, integrando a experiência clínica individual, raciocínio crítico e dados concretos provenientes da investigação (Rosswurm & Larrabee, 1999). Como resultado da progressiva utilização deste modelo, da experiência e na sua aplicação nos diversos contextos da prática de

cuidados, surgiu a necessidade de rever o modelo e aperfeiçoá-lo, passando a designar-se Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências. Esta alteração do seu nome deveu-se a uma forma da autora enfatizar o aspeto de uma mudança única no paradigma (Larrabee, 2009).

Larrabee (2009) defende a excelência como uma meta nos cuidados e uma PBE como iniciativa comprovada para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados nos doentes. Qualidade dos cuidados pode ser definida como a capacidade dos serviços de saúde individuais e coletivos, aumentarem a probabilidade de resultados de saúde desejados, sustentados no conhecimento baseado em evidência dos profissionais (WHO, 2020a). A definição de qualidade abrange, pelo menos quatro princípios éticos (valor, beneficência, prudência e justiça), sendo possível deduzir que se trata de uma obrigação ética de qualquer profissional de saúde, a procura de uma prestação de cuidados de alta qualidade ou de excelência (Larrabee, 2009).

O MMPBE permite a identificação e resposta às necessidades do doente, com recurso simultâneo à experiência clínica do enfermeiro e à melhor evidência científica oriunda de pesquisa sistemática na orientação do processo de tomada de decisão clínica, considerando sempre os valores do doente. Ou seja, através da mudança na prática de cuidados, existe o objetivo de modificar os padrões de cuidado de enfermagem, melhorando a segurança e qualidade dos mesmos, e como consequência, atingir melhores resultados para o doente, assegurando as suas necessidades através de uma prestação de cuidados individualizada (Larrabee, 2009).

Durante as suas seis etapas existe uma preocupação permanente com todos os *stakeholders*, desde a sua identificação até ao processo de divulgação das alterações à prática (Larrabee, 2009). Segundo a autora, apesar das etapas seguirem naturalmente uma ordem não são estritamente lineares (Figura 1), correlacionando-se entre si sempre que necessário, tornando-se assim um modelo bastante versátil. Assim,

imaginemos que uma equipa de PBE esteja a investigar sobre evidência acerca de um determinado tópico e encontra pouca informação. Os membros provavelmente iriam decidir voltar à Etapa 1 e refinar a questão da pesquisa ou identificar um novo problema da prática como foco do projeto. (Larrabee, 2009, p. 25).

As principais mudanças em relação ao modelo original são a combinação das etapas 1 e 2, e a divisão da etapa 3 em duas etapas: localizar as melhores evidências (2) e analisar

criticamente as evidências (3), incluindo o conceito de melhoria continua de qualidade dos cuidados de enfermagem através da evidência nesta versão.

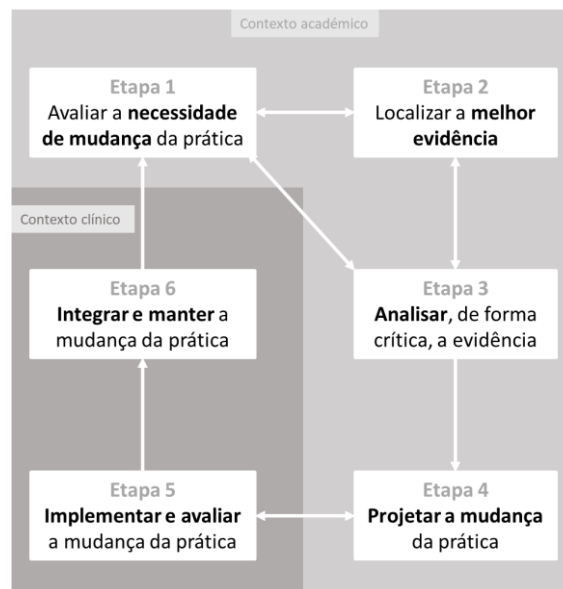


Figura 1 - Diagrama do MMPBE (adaptado de Larrabee, 2009)

As primeiras quatro etapas deste modelo são normalmente realizadas em contexto académico, através de pesquisa, estudo e análise da evidência científica. As últimas duas etapas estão relacionadas com a implementação e integração das orientações teóricas na prática, logo exigem um contexto clínico. Segue-se uma breve descrição das seis etapas.

Etapa 1 - Avaliar a Necessidade de Mudança da Prática

Consiste na identificação do grupo de interesse, ou *stakeholders*, envolvidos no problema da prática. Aquisição de informação interna sobre a prática e comparação com a informação externa (*benchmarking*), de forma a validar a necessidade de mudança. Identificação do problema e relacioná-lo com as intervenções e resultados.

Etapa 2 - Localizar as Melhores Evidências

Identificação da evidência mais atual, credível e relevante através de um adequado plano de pesquisa. Definição de instrumentos de avaliação das fontes e método de organização de dados.

Etapas 3 - Fazer uma Análise Crítica das Evidências

Aplicação de instrumentos de avaliação crítica previamente definidos, para sintetizar e avaliar o nível e qualidade das evidências, assim como a viabilidade, benefícios e riscos associados à aplicação e integração na prática clínica.

Etapas 4 - Projetar a Mudança da Prática

Definição da proposta de mudança da prática, identificando os recursos necessários, planeando as estratégias de implementação e avaliação.

Etapas 5 - Implementar e Avaliar a Mudança da Prática

Implementação e operacionalização do plano definido, avaliação do processo, dos resultados e custos, para o desenvolvimento de conclusões e recomendações.

Etapas 6 - Integrar e Manter a Mudança da Prática

Comunicação das alterações para a mudança recomendada aos *stakeholders*, e implementação da nova prática clínica, com monitorização frequente de todo o processo e divulgação dos resultados do projeto.

Este modelo teórico promove a investigação científica em saúde, através de uma sistematização com rigor científico, para a construção de uma base de conhecimentos. A eficácia deste modelo está comprovada através de diversos projetos de melhoria de cuidados, que pela procura constante da excelência nos cuidados de enfermagem através da investigação, a dignificam como disciplina do conhecimento (Larrabee, 2009).

Uma das chaves para o sucesso de programas de pesquisa de evidência em enfermagem foi o apoio dos líderes e enfermeiros gestores às diversas atividades de investigação. Isto é, contemplação de tempo para a equipa dedicar ao projeto (*“budget time out of staffing”*), acesso a educação e orientação na condução de projetos de *“research utilization”* (projetos que usam deliberadamente a investigação para melhorar a prática clínica e os resultados em saúde) e de PBE, assim como o envolvimento dos profissionais no projeto durante a implementação, como medida de combate à resistência à mudança (Larrabee, 2009, p.26).

O MMPBE tem sido amplamente usado em diversos contextos como um instrumento válido na orientação para a resolução de problemas da prática, nomeadamente na área de cuidados à PSC. Em 2000, dezanove projetos levaram a mudanças na prática, tais como

satisfação de doentes no serviço de urgência, avaliação do risco de queda e prevenção de quedas, a utilização de uma solução salina previamente à aspiração traqueal, incidência de infeção com tricotomia com lâmina *versus* tricotomia com máquina no pré-operatório de cirurgia cardíaca, avaliação da sedação em adultos entubados na UCI, entre outros (Larrabee, 2009).

Assim, após a realização desta sucinta análise ao modelo escolhido, validamos a sua adequação na área da prestação de cuidados à PSC. Quer em contexto de investigação, quer em contexto clínico, trata-se de um modelo cuja escolha é facilmente justificável como base de apoio ao desenvolvimento do PIP e a todo o processo de aquisição e desenvolvimento das competências pretendidas.

1.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

1.2.1 Principais Conceitos

O risco é transversal a todos os períodos e circunstâncias da humanidade, mas a sua gestão é um exercício corporativo relativamente recente. A prestação de cuidados de saúde é uma atividade extremamente complexa, que gera um grande número de riscos, e em que as consequências dos danos podem ser mais elevadas do que noutras atividades (Scrivens, 2005). A gestão de risco nos cuidados de saúde tem uma importância inestimável, essencial para a coordenação e prestação de cuidados efetivos e seguros. O conceito de qualidade na área da saúde tem sido desenvolvido nas últimas décadas. Atualmente é consensual que cuidados de saúde eficazes, bem integrados, centrados no doente, prestados em tempo adequado, equitativos, eficientes e seguros, são sinónimo de qualidade (WHO, 2020a). Podemos adicionar sucintamente, que doente é a pessoa que recebe cuidados de saúde, definidos como serviços recebidos por indivíduos ou comunidades, com o objetivo de promover, manter, monitorizar ou restaurar o estado de saúde (WHO, 2009).

O conceito de melhoria da qualidade baseado em evidência deu os seus primeiros passos no início a década de 1850, quando Florence Nightingale demonstrou que o controlo de aspetos que pusessem em risco os seus doentes, como condições sanitárias e de higiene, resultava numa diminuição da mortalidade dos mesmos (Chun & Bafford, 2014; Kudzma, 2006); e no início do século XX, Ernest Codman e Edward Martin criaram o *American College of Surgeons* e um sistema de *follow-up*, onde através do *tracking* de doentes se colhiam dados úteis para avaliação e *benchmarking* entre hospitais, como forma de aprendizagem coletiva e melhoria dos cuidados prestados (Dervishaj et al., 2015). A par de Nightingale (1858), Codman (1918) é

frequentemente considerado como um dos fundadores da prática baseada na evidência (Chun & Bafford, 2014).

A promoção de cuidados de saúde de qualidade tem como base uma PBE, com o objetivo de prestar os melhores cuidados aos doentes de forma individualizada (Larrabee, 2009). Assim, a defesa da segurança nos cuidados e a identificação de estratégias para diminuir os riscos é um dever de qualquer profissional de saúde (Larrabee, 2009; National Patient Safety Agency [NPSA], 2007), nomeadamente dos enfermeiros (DRE, Lei nº 156/2015). Este princípio ético é basilar, inquestionável e faz parte de um aspeto indissociável da prestação de cuidados, a qualidade. Tem existido um progressivo interesse das organizações de saúde na garantia de melhoria contínua da qualidade, através da introdução de novos métodos de gestão (Groene, et al., 2010; Shaw, 2000), sendo um dos principais desafios a diminuição de incidentes de segurança para um mínimo aceitável, não comprometendo a qualidade dos cuidados (Carneiro, 2013; Gomes, 2013; Pimenta, 2013; Sousa et al., 2010; WHO, 2021). Ou seja, a segurança do doente é a base para cuidados de saúde de qualidade (WHO, 2019).

Tal como referimos no início deste capítulo, diariamente encontramos o conceito de risco aplicado a diversos contextos. Este pode ser definido como a avaliação da probabilidade de ocorrência de um determinado perigo e a extensão das suas consequências (WHO, 2021). A cada etapa do processo de prestação de cuidados está inerente um risco considerável. Eliminar e minimizar os incidentes que possam provocar danos ao doente, deverá ser um processo orgânico na equipa multidisciplinar durante o planeamento e prestação de cuidados diários (NPSA, 2007; Scrivens, 2005; WHO, 2021).

A gestão de risco na área da saúde em Portugal teve início no final do último século, através de sistemas utilizados em organizações altamente fiáveis (*High Reliability Organizations*). Este tipo de organizações é capaz de suportar os riscos inerentes à sua atividade e manter uma performance fiável, atingindo os objetivos previstos apesar de constantes exposições ao inesperado (Fragata & Martins, 2004). A gestão de risco define estratégias de melhoria de processos de prestação de cuidados, com o objetivo de minimizar a probabilidade de um resultado adverso para o doente (Guerra et al., 2021). Trata-se de uma metodologia de excelência que contribui para aumentar a segurança de todos (DGS, 2012; Ramos & Trindade, 2011), e em especial do doente. Os sistemas de notificação de incidentes e alerta, as auditorias, os protocolos, a decisão em equipa multidisciplinar, os sistemas de verificação redundante, a formação contínua e reuniões de mortalidade e morbilidades são exemplos das principais atividades utilizadas para gerir o risco (DGS, 2012; WHO, 2021). Estas atividades geram

culturas, processos, procedimentos, comportamentos e ambientes que produzem de forma consistente e sustentável a redução do risco, a ocorrência de danos evitáveis e o impacto do dano e dos erros relacionados com a prestação de cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (WHO, 2021). Sendo impossível eliminar os riscos inerentes à prestação de cuidados de saúde, a redução da probabilidade de ocorrência de incidentes traduz-se em segurança do doente (WHO, 2009; WHO, 2004).

Hipócrates escreveu “*I will never do harm to anyone*”, que mais tarde foi adaptado para “*First do no harm*”, e desde essa altura existiram vários marcos históricos na área da segurança do doente. São eles: publicações como “*Notes on Hospitals*” de Nightingale (1863), a criação do primeiro programa de certificação hospitalar pelo *American College of Surgeons*, atualmente designado *Joint Commission* (1918), ou a publicação de *Human Error* de James Reason (1990), entre outras (Watcher & Gupta, 2008). Porém, a segurança do doente ganhou real visibilidade, passando a ser uma prioridade nas organizações de saúde, após a publicação do relatório do *Institute of Medicina [IOM] To Err Is Human: Building a Safer Health System* (2000). Este relatório foi um alerta mundial sobre importância e o impacto desta temática (Lark et al., 2018). Concluiu-se que existiriam cerca de 44 a 98 mil mortes por ano relacionados com erros no sistema de saúde dos EUA (Kohn et al., 2000). A par desta publicação, surgiu *An Organization with a Memory*, que expôs a proporção, natureza e impacto dos incidentes de segurança que provocavam algum tipo de dano, ou seja Eventos Adversos (EA), no serviço nacional de saúde do Reino Unido, funcionando como mais um estímulo para o desenvolvimento desta área. Este relatório mostrou que em cerca de 10% das admissões hospitalares existiam 850 000 eventos adversos por ano (Donaldson, 2000).

Para a implementação de estratégias de segurança do doente bem-sucedidas são necessárias políticas transparentes, boa capacidade de liderança, dados que apoiem melhorias de segurança, profissionais de saúde qualificados e envolvimento efetivo dos doentes nos cuidados (WHO, 2019) ou seja, uma boa cultura de segurança por parte de todos os *stakeholders*. A aprendizagem sobre incidentes é importante para a melhoria de processos, sendo essencial investigar sobre a origem, dimensão, natureza e impacto dos incidentes que resultam da prestação de cuidados (Sousa et al., 2011). Desta forma, a cultura de segurança numa organização de saúde é o produto de crenças, valores, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o compromisso da organização com a qualidade e a segurança do doente (*Joint Commission Resources [JCR]*, 2023a). Uma organização comprometida em assegurar cuidados seguros, terá uma boa cultura

de segurança, que se traduzirá na responsabilização e mudança de comportamentos dos profissionais (por exemplo, através do aumento de notificação de incidentes de segurança, não culpabilização, etc). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (DGS, 2022) traçou como um dos seus objetivos estratégicos, o aumento da cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente. Uma cultura de segurança forte, não só é fundamental para reduzir os danos causados aos doentes, como para proporcionar um ambiente de trabalho seguro aos profissionais (WHO, 2021). Os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados comprometidos na defesa da segurança do doente, têm um papel privilegiado na identificação de possíveis riscos durante a prestação, pois são uma presença constante junto do doente e interagem regularmente com todos os elementos da equipa multidisciplinar de saúde (Mallianis et al., 2021). Assim, através da identificação de problemas relacionados com a segurança, da investigação da melhor evidência disponível e divulgação de mudanças na prática aos *stakeholders* (Larrabee, 2009), os enfermeiros podem promover uma cultura de segurança através da PBE. A cultura pode ser definida como a essência e os princípios pelos quais os profissionais se regem e acreditam. Uma cultura de segurança é composta por vários fatores como o compromisso com a liderança, transparência, comunicação aberta e respeitosa, aprendizagem com os erros e com as melhores práticas, assim como um equilíbrio prudente entre uma política ausente de culpa e a responsabilização (WHO, 2021).

1.2.2. Incidentes e Eventos Adversos

Podemos definir incidente de segurança do doente como um evento ou circunstância intencional ou não, que poderia resultar, ou resultou, em algum tipo de dano desnecessário para o doente, sendo este dano associado ao processo de prestação de cuidados e não resultante da sua patologia ou lesão implícita ao tratamento (DGS, 2011; WHO, 2009).

Um incidente pode ser uma situação onde existe um potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu qualquer incidente, ou seja uma **ocorrência comunicável** (como por exemplo, um turno de UCI com falta de recursos humanos ou perceber que o desfibrilhador não funciona numa saída de emergência, embora não tenha sido necessária a utilização); um **quase-evento** ou *near-miss*, onde existiu efetivamente um incidente mas não alcançou o doente (conectar um hemoderivado à via endovenosa do doente errado, mas detetar o erro antes da administração); **incidente sem dano** ou *no harm incidents*, é um evento que atingiu um doente, mas não resultou em nenhum dano discernível (um doente transfundido com sangue errado mas

sem incompatibilidade); e incidentes que causam algum tipo de dano e prejudicam o doente, **eventos adversos** ou *harmful incidents* (WHO, 2009).

Podemos afirmar que um evento adverso será sempre um incidente de segurança do doente, porém um incidente poderá não traduzir um evento adverso. A presença de dano ou prejuízo para o doente é o que distingue estes dois conceitos. Os danos causados pelo incidente implicam sempre prejuízo na estrutura ou nas funções do corpo, ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico (WHO, 2009).

Existem cinco categorias de dano ou prejuízo para o doente durante a prestação de cuidados de saúde: **nenhum** (consequência assintomática ou sem sintomas detetados e não necessita de tratamento), **ligeiro** (com consequência sintomática ligeira, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem necessidade de intervenção ou com intervenção mínima requerida), **moderado** (consequência sintomática, com intervenção ou aumento da estadia hospitalar, com danos permanentes ou a longo prazo e perda de funções), **grave** (com consequência sintomática, com necessidade de intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica, com encurtamento da esperança de vida ou causa de grandes danos permanentes ou a longo prazo, com perda de funções) e **morte** (causada ou antecipada a curto prazo pelo incidente) (WHO, 2009).

Por cada evento sentinela que é notificado, ocorrem cerca de trinta incidentes e seiscentos quase-incidentes. Ou seja, o número de incidentes de segurança que realmente acontecem é muito superior, ao que temos conhecimento (Fragata, 2011). Tendo em conta este desconhecimento sobre o real impacto dos incidentes de segurança durante a prestação de cuidados, é essencial aumentar a visibilidade sobre frequência e impacto dos eventos adversos.

Incidentes que impliquem morte, dano físico/psicológico grave ou permanente, ou risco de ocorrência destes, são designados por eventos sentinela ou *never-events*. Este tipo de EA graves pode ocorrer de forma isolada, mas necessitam de investigação imediata por parte da organização de saúde, de modo a identificar a origem do mesmo para evitar a sua reincidência (Fragata, 2011; JCI, 2023b; WHO, 2020b). A JCI (2023b) reforça a importância da notificação deste tipo de eventos, defendendo a aprendizagem das organizações a partir da partilha de informação.

Quando os incidentes que resultam de falhas não intencionais na execução planeada de uma ação ou desenvolvimento incorreto de um plano para atingir um objetivo, designam-se de erros (DGS, 2011). Estes podem ser de execução, ou seja, uma falha no plano de ação que

deveria ser concluído conforme previsto, ou de planeamento onde se utilizou um plano incorreto para atingir um determinado objetivo (*Institute Of Medicine* [IOM], 2004; Kohn et al., 2000; Reason, 1990). Contudo, “um desvio deliberado de um procedimento, padrão ou regra é considerado uma infração. Quer os erros quer as infrações aumentam riscos, mesmo que não ocorra qualquer incidente” (DGS, 2011, p.15). Os erros fazem parte da condição humana, e, portanto, estarão sempre presentes durante a prestação de cuidados enquanto esta for praticada por profissionais de saúde. Daí a consciência de minimização do risco para um mínimo aceitável, diferente de zero (WHO, 2021). Neste sentido, é importante antecipar algum grau de erro humano e tentar evitar que o erro resulte em danos (NPSA, 2007). “Não podemos mudar a condição humana, mas podemos mudar as condições em que as pessoas trabalham” (Reason, 2000, p.769). Ou seja, fatores humanos são um elemento central na maioria dos casos de dano, uma vez que se integram em sistemas onde os processos e as práticas estão mal projetados (WHO, 2018). Concluindo, a gestão de erros passa por limitar a incidência dos mesmos, através da criação de sistemas mais resilientes à sua ocorrência e capazes de conter os seus efeitos, tornando as organizações da saúde em organizações altamente fiáveis, não imunes a eventos adversos, mas desenvolvendo um talento de converter contrariedades ocasionais em reforços de resiliência do sistema (Reason, 2000).

1.2.3. Importância da deteção de Eventos Adversos

Uma das dez principais causas de morte e incapacidade no mundo, são os EA provocados por cuidados de saúde inseguros (WHO, 2019). Estes incidentes são uma fonte significativa de morbilidade, mortalidade e aumento dos custos (Carneiro, 2010). Este aumento está relacionado com o prolongamento de tempo de internamento, com o investimento em novos meios complementares de diagnóstico e tratamento, subsídios de doença, perda de confiança dos doentes e família nas organizações de saúde, assim como a desmotivação dos profissionais de saúde (Stone et al., 2008). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] estima que os custos relacionados com incidentes de segurança correspondem a cerca de 15% das despesas nas organizações de saúde (WHO, 2018). Nos EUA, os EA ocorrem com alguma frequência, podendo ser responsáveis por causar cerca de 187 000 mortes/ano (Goodman et al., 2011). No Reino Unido, as infeções associadas aos cuidados de saúde tiveram o custo de um bilião de Libras, onde 15% das infeções poderiam ter sido evitadas (Donaldson, 2000). Já em Portugal, estima-se que os custos associados aos EA que necessitaram de

prolongamento de internamento variou entre 1,3 e 1,7 milhões de euros. E que o aumento médio de dias de internamento foi de 10,7 dias (Sousa et al., 2011).

Tal como está supracitado, os EA são uma fonte de custos (quer financeiros, quer em saúde) para todos os *stakeholders* (Carneiro, 2010). Os profissionais de saúde são considerados uma segunda vítima dos EA. Após um EA, podem prosperar, apenas sobreviver ou desistir, e as organizações de saúde devem estar preparadas para cuidar e evitar o *burnout* dos seus profissionais (Raja & Litle, 2021).

A investigação mostra que cerca de 10% a 12% dos doentes internados sofrem pelo menos um EA (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2019; Sousa et al., 2011; Vincent et al., 2001). E cerca de metade dos EA foram considerados evitáveis (AHRQ, 2019; Sousa et al., 2011), mostrando que a implementação de novas soluções, muitas vezes simples, podem controlar a ocorrência destes eventos. A investigação nacional sobre EA é escassa, porém julga-se que seja uma realidade semelhante aos restantes países da União Europeia (Fragata, 2011; Sousa et al., 2011). Num estudo piloto retrospectivo realizado em três hospitais públicos de Lisboa, identificou-se que lesões resultantes durante o internamento (por queda, queimadura ou úlcera por pressão) seriam o maior EA, e as infeções associadas aos cuidados de saúde o quarto maior (Sousa et al., 2011). A maioria dos EA detetados com a *Global Trigger Tool* numa UCI num hospital universitário no Japão, causaram danos temporários aos doentes. Neste estudo observacional retrospectivo foi possível estabelecer uma correlação positiva entre os EA e o tempo de internamento na UCI, nomeadamente EA relacionados com medicação, complicações resultantes de procedimentos e infeções associadas aos cuidados (Aikawa et al., 2021).

Uma organização de saúde é naturalmente uma fonte geradora de riscos, sendo por isso utópico tentar eliminá-los totalmente. O foco deve estar na sua redução (Stone et al., 2008). É fundamental fazer a análise e controlo deste tipo de incidentes, através de sistemas especialmente dedicados a este fim (Carneiro, 2010; Pina et al., 2010).

A investigação sobre EA é complexa devido às suas múltiplas causas subjacentes, sendo necessária uma abordagem sistemática e integrada de ação (Uva et al., 2010). A criação de bases de dados com informação sobre incidentes de segurança é importante não só como uma orientação para estudar a dimensão desta temática, mas também como uma base de informação quantitativa, útil para o desenvolvimento de estratificação de risco e apoio na tomada de decisões partilhadas (Raja & Litle, 2021). Dois exemplos de programas de segurança e controlo de EA, foram “*Clean Care*” e “*Safe Surgery Saves Lives*”. O primeiro tinha como objetivo

reduzir as infeções associadas aos cuidados e o segundo os riscos associados à cirurgia, respetivamente (WHO, 2021). A taxa de complicações diminuiu de 11% para 7% e mortalidade de 1,55% para 0,8% (Haynes, et al., 2009).

As estratégias de segurança dos doentes têm de ser pensadas coletivamente, através de um esforço de todos os *stakeholders*, desde decisores políticos a profissionais de saúde (WHO, 2021), tal como refere Larrabee (2009). É necessária a criação de um novo paradigma na saúde, através de um *mindset* de zero danos e um quadro de referências para o organização e prestação de cuidados de saúde seguros. Esta mudança coletiva de visão e pensamento seria uma mudança sísmica no atual *status quo* onde existe um número de danos evitáveis, decorrentes dos cuidados (WHO, 2021).

1.3 SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO E APRENDIZAGEM – QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO DOENTE

Tal como supracitado, a gestão de risco engloba diversas atividades e dimensões com o objetivo de melhorar a segurança do doente e a qualidade dos cuidados (Fragata, 2011). O grande desafio da investigação na área da segurança do doente é na criação e transferência de conhecimento, que permitirá o desenvolvimento de soluções que contribuam para diminuição do risco associado à prestação de cuidados (Sousa et al., 2010).

A gestão de risco tem como alicerces o sistema de relato de incidentes, a identificação e avaliação do risco, a monitorização de incidentes de segurança do doente e a auditoria como instrumento de melhoria contínua (Ramos & Trindade, 2011). O sistema de notificação de incidentes é um processo dinâmico, capaz de fornecer informações e dados importantes para melhoria da qualidade e segurança durante a prestação de cuidados de saúde (WHO, 2021), servindo de pilares para análise e recomendações. Existem ganhos diretos, já descritos noutros sectores sobre uma abordagem sistemática de notificação de incidentes de segurança (Donaldson, 2000).

De forma a ser possível fazer uma categorização da informação, uniformização de conceitos, *benchmarking* de resultados, monitorização, análise e interpretação de dados na área da segurança do doente, foi criado em outubro de 2004 a *International Classification for Patient Safety* (WHO, 2009). Ficaram definidos treze tipos de incidentes de segurança do doente: administração clínica, processo/procedimento clínico, documentação, infeção associada aos cuidados de saúde, medicação/fluidos IV, sangue/hemoderivados, dieta/alimentação, oxigénio/gás/vapor, dispositivos/equipamento médico, comportamento, acidentes do doente,

infraestrutura/edifício/instalações e recursos/gestão organizacional (DGS, 2011; Ramos & Trindade, 2011; WHO, 2009).

Assim, uma maior compreensão e difusão de informação sólida sobre incidentes de segurança do doente fornecida pelos *stakeholders*, irá promover um desenvolvimento sustentado nesta área e uma prestação de cuidados globalmente mais segura. A notificação de incidentes é considerada como uma pedra angular para uma prática de cuidados mais segura, e uma medida de desenvolvimento para alcançar uma boa cultura de segurança organizacional. No mínimo, a notificação poderá identificar perigos e fornecer informações sobre onde o sistema e os processos estão a falhar, facultando as direções necessárias para ações de melhoria e alteração de sistemas e processos, de modo a reduzir a probabilidade de lesão no doente. Ou seja, aprender através da informação sobre incidentes promovida pelos *stakeholders*, para desenvolver ações de promoção de segurança (Sousa et al., 2010; WHO, 2005). As notificações de segurança serão revistas e analisadas por uma equipa multidisciplinar específica, constituída por peritos em segurança, para identificação de riscos e coordenação sistemática de investigações não punitivas sobre os perigos à segurança identificados. Esta investigação deve ser imparcial, realizada num ambiente de confiança, sem culpabilização, onde só seriam tomadas medidas disciplinares ou sanções penais em raras e determinadas circunstâncias. As medidas resultantes da investigação deverão conduzir à reformulação de políticas, processo de cuidados, assim como da própria prática de cuidados individuais e coletivos. Estas alterações deverão originar uma redução mensurável e sustentada do risco na prestação de cuidados (Sousa et al., 2010; WHO, 2020b).

Segundo a investigação, existe uma subnotificação de incidentes de segurança significativa (Blais et al., 2008; Classen et al., 2011; Dhamanti et al. 2021; Fragata, 2011; Naessens, et al., 2009; Ramos & Trindade, 2013), que está relacionada com a cultura de segurança da organização e se os incidentes são considerados como uma oportunidade de aprendizagem ou se servem de base para a responsabilização e culpabilização individual (WHO, 2020b). Apenas cerca de 7% a 15% dos eventos adversos são notificados (Blais et al., 2008). A subnotificação não deverá impactar a real importância da notificação, pois esta oferece uma perspetiva única dos *stakeholders* envolvidos nos incidentes (WHO, 2020b). Existem diversos fatores que condicionam a notificação de incidentes tais como os sistemas e processos de notificação pouco intuitivos e muito burocráticos (Alves et al., 2019; Archer et al., 2017; Burlison et al, 2020; Dhamanti, et al., 2021; Evans et al., 2006; Mitchell, et al., 2016; Ngo et al, 2022; Reznick, & Barton, 2014; Yalew & Yitayew, 2021); sobrecarga laboral e falta de tempo (Alves et al., 2019;

Alzahrani, et al., 2018; Chiang, et al., 2019; Dhamanti, et al., 2021); falta de conhecimentos para reconhecer incidentes ou o benefício da notificação (Evans et al., 2006; Waring, 2004; Yalew & Yitayew, 2021) e a falta de treino na submissão de notificações (Alves et al., 2019; Dhamanti, et al., 2021; Yalew & Yitayew, 2021); fraco suporte e valorização por parte da liderança e gestores (Burlison et al, 2020; Dhamanti, et al., 2021; Ngo et al, 2022; Woo & Avery, 2022) e uma estrutura organizacional pouco robusta (Alzahrani, et al., 2018; Archer et al., 2017; Chiang, et al., 2019; Yalew & Yitayew, 2021) que não confia nos seus profissionais e nem promove uma cultura de segurança institucional justa e livre de culpa. Estes são de longe os fatores mais amplamente citados que condicionam a notificação de incidentes em todos os sectores, não apenas nos cuidados de saúde (WHO, 2020b).

A *World Alliance for Patient Safety* estabeleceu orientações de boas práticas de relato de incidentes e aprendizagem, para ajudar na conceção e desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes (WHO, 2021; WHO, 2020b). Por vezes, estes sistemas geram quantidades de informação difícil de gerir, focando-se a maior parte do trabalho na organização desta mesma informação. Assim, através da promoção de uma cultura de segurança mais robusta, onde as notificações terão maior qualidade, fiabilidade, com resultados mais confiáveis, aumentar-se-á a qualidade global dos relatos de incidência, como impacto real no *outcome* para o doente. Não existem sistemas de notificação e análise perfeitos, mas sabe-se que sistemas de notificação de sucesso estão assentes em dois princípios fundamentais: realçar a existências de determinados riscos e prevenir danos (WHO, 2020b). A utilização combinada de diferentes métodos será a forma mais eficaz de perceber a dimensão dos incidentes de segurança em meio hospitalar (Lee et al., 2019).

Um sistema de notificação deverá possuir algumas características para ser eficaz: ser confidencial, protegendo a identidade dos *stakeholders* envolvidos; não punitivo, ou seja, independente de qualquer autoridade com poder punitivo; a análise das notificações deverá ser feita por peritos, e as divulgações deverão ser rapidamente divulgadas a quem precisa de saber, especialmente quando são identificados riscos graves; as recomendações deverão focar-se em mudanças nos sistemas e nos processos, e nunca no desempenho individual; uma notificação só é válida quando existe uma resposta construtiva, daí ser fundamental a divulgação da informação e criação de recomendações (WHO, 2005).

Conhecendo as vantagens da notificação de incidentes, vários hospitais portugueses desenvolveram sistemas de notificação que incluem todos os tipos de incidentes (Ramos & Trindade, 2013). A DGS (2023) criou um sistema destinado à notificação e gestão de incidentes

ocorridos no Sistema de Saúde, no qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar incidentes relacionados com a segurança do doente durante a prestação de cuidados de saúde, designado por NOTIFICA[®]. No CH onde decorreram os estágios existe um instrumento de notificação de incidentes de segurança, que permite a gestão dos riscos durante a prestação de cuidados, através da análise e identificação de riscos através do relato de incidentes.

A notificação de incidentes de segurança assente em princípios de não culpabilização dos profissionais de saúde, permitindo a aprendizagem e evitando a repetição de incidentes, num sistema de aprendizagem coletivo e transparente, é um dos pontos chave do *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* para a eliminação de danos evitáveis durante a prestação de cuidados de saúde. Desta forma, podemos afirmar que a tradução de evidências, através do relato, em melhorias acionáveis e mensuráveis é o *gold standard* dos sistemas de notificação e aprendizagem (WHO, 2021).

1.4 IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NA PROMOÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA

A notificação de incidentes de segurança é considerada como um instrumento de total transparência para uma aprendizagem coletiva de prevenção de eventos adversos (WHO, 2021). Tendo este aspeto em consideração, a DGS (2022) estabeleceu como quarto pilar do PNSD, a prevenção e gestão de incidentes de segurança como um dos objetivos estratégicos no aumento da cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente.

Uma cultura de segurança do doente pode ser definida como os valores, atitudes, crenças, normas, prática, políticas de apoio e promoção da segurança do doente partilhadas por todos os *stakeholders* (AHRQ, 2022; Busse et al., 2019). Tal como temos vindo a perceber, a importância da segurança do doente é uma preocupação durante a prestação de cuidados de saúde, especialmente em ambientes hostis, como é o caso de um SU. A cultura de segurança do doente é uma característica presente nos sistemas, organizações, departamentos e individualmente (AHRQ, 2022; Mohammed et al., 2019). Caracterizando-se por padrões comportamentais partilhados pelos *stakeholders* em relação, por exemplo, ao nível de segurança do doente percecionado e à frequência de notificação de EA (Busse et al., 2019). Através de uma boa cultura de segurança do doente, a notificação de incidentes será encarada como uma oportunidade de aprendizagem e promoção de cuidados mais seguros (WHO, 2020b).

Desde 2014 que a avaliação da cultura de segurança do doente é realizada de dois em dois anos nas organizações de saúde através do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, da *Agency for Healthcare Research and Quality*, traduzido e validado para Portugal, e a preencher por todos os profissionais de saúde e colaboradores, com exercício de atividades superior a três meses (DGS, 2020). As dimensões da cultura de segurança do doente avaliadas são:

trabalho em equipa, expectativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do doente, apoio à segurança do doente pela gestão, aprendizagem organizacional-melhoria contínua, perceções gerais sobre a segurança do doente, feedback e comunicação acerca do erro, abertura na comunicação, frequência da notificação, trabalho entre as unidades, dotação de profissionais, transições e resposta não punitiva ao erro. (DGS, 2020, p.1).

A cultura de segurança do doente pode ser considerada como um catalisador para cuidados de saúde mais seguros e de melhor qualidade (Busse et al., 2019), e consequentemente uma prática de notificação de incidentes robusta e pertinente. Na mesma linha de pensamento de Larrabee (2009), através da notificação de incidentes e da identificação de problemas de segurança, podemos através do melhor conhecimento disponível, criar mudanças na prática de prestação de cuidados, tornando-a mais segura.

Os resultados deste estudo piloto de avaliação da cultura de segurança, a par dos resultados europeus, revelam que a resposta ao erro não punitiva, a frequência da notificação, a dotação de profissionais, o apoio à segurança do doente através da gestão, a colaboração entre unidades, abertura na comunicação (comunicação do erro e feedback) e perceções gerais sobre segurança do doente, são as principais dimensões da cultura de segurança do doente que necessitam de intervenção (DGS, 2020).

Os sistemas de notificação são pré-requisitos importantes para assegurar cuidados seguros uma vez que são essenciais para identificar potenciais riscos, incentivar proactivamente uma cultura de segurança que integre uma comunicação aberta, reflexão e garanta o trabalho em equipa multidisciplinar (Busse et al., 2019), aspeto fundamental num SU. Assim, a cultura de segurança do doente pode ser uma estratégia para atingir cuidados de qualidade.

Para avaliar a cultura de segurança no SU, utilizámos o *Safety Attitudes Questionnaire* [SAQ]. Este questionário foi desenvolvido em 2006 por Bryan Sexton, Eric Thomas e Bob Helmreich da Universidade do Texas, através de financiamento da Fundação Robert Wood

Johnson e da *Agency for Healthcare Research and Quality*. É o instrumento mais utilizado e rigorosamente validado para medir as percepções e atitudes relacionadas com a segurança do doente entre os prestadores de cuidados de saúde, estando apto a ser usado em vários contextos clínicos. A versão completa do questionário integra 60 itens, dos quais apenas 30 são padrões e idênticos em todos os contextos clínicos. A versão mais curta é o SAQ – *Short Form* e integra ao todo 36 itens, que pretendem avaliar 6 dimensões que incluem aspetos organizacionais, ambientais e de equipa, tais como: ambiente de segurança, satisfação laboral, reconhecimento de stress, percepção da gestão e condições laborais. (Sexton et al., 2006).

As respostas são através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, que vai desde o 1 (discordo totalmente) até ao 5 (concordo totalmente). A pontuação é calculada em cada dimensão somando todos os itens e, em seguida, dividindo pelo número de itens. A pontuação final varia entre a pior percepção (0) e a melhor percepção (100) do clima de segurança, por exemplo. E as perguntas 2, 11 e 36 têm pontuação inversa porque as perguntas estão redigidas inversamente. O SAQ foi criado originalmente na língua inglesa, porém existe uma versão traduzida e validada para a língua portuguesa (Saraiva & Almeida, 2017).

Podemos concluir que a sensibilização sobre a importância da notificação de incidentes como estratégia de aprendizagem coletiva, irá promover e fortalecer a cultura de segurança dos *stakeholders* e, conseqüentemente fomentar uma prestação de cuidados de saúde mais segura e com maior qualidade.

2. DESENVOLVIMENTO DOS ESTÁGIOS

O estágio deverá constituir um momento essencial de aprendizagem, possibilitando a articulação de conhecimentos, competências e atitudes, bem como o fomento do desenvolvimento de raciocínio crítico e tomada de decisão, aspetos fundamentais para um desempenho autónomo e eficaz (Esteves et al., 2018).

Este percurso formativo foi constituído por dois momentos de estágio: o Estágio I – A pessoa em Situação Crítica (entre 2 de maio e 24 de junho de 2022), com a duração de cento e sessenta e duas (162) horas de contacto (8 ECTS), realizado numa UCI num CH a sul de Lisboa; e o EF, desenvolvido num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica [SUMC] do mesmo CH (entre 19 de Setembro de 2022 e 27 de janeiro de 2023), com a duração de trezentas e oitenta e oito (388) horas (24 ECTS), em que trezentas e trinta e seis (336) foram de contacto, catorze (14) de orientação tutorial e por fim, trinta e oito (38) atribuídas a outras atividades de enriquecimento curricular. A supervisão e acompanhamento clínico durante este processo de desenvolvimento de competências, foi assegurado em cada um dos momentos de estágio, por um EEEMC-PSC, a primeira orientadora com larga experiência em UCI e o segundo em SU. Ambos os enfermeiros foram definidos pelos enfermeiros gestores dos respetivos serviços, sendo que as equipas tiveram um papel fundamental no nosso desenvolvimento, com espaço para partilha, reflexão e discussão de diversas temáticas com enfermeiro peritos, fomentando o espírito crítico-reflexivo. Toda a orientação pedagógica foi assegurada pela Professora Antónia Costa.

Neste sentido, o objetivo geral dos estágios foi a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de EMC-PSC e de Mestre em Enfermagem, assim como, o desenvolvimento de uma intervenção *major* durante o EF no SU. Ambos os momentos de estágio constituíram duas oportunidades fundamentais para a aquisição e desenvolvimento de aptidões que passaram pela intervenção especializada, pela promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, pela capacitação para a governação clínica e pelo desenvolvimento da formação especializada e da enfermagem enquanto disciplina (DRE, Regulamento nº 140/2019; DRE, Regulamento nº 429/2018).

A compreensão do processo de aprendizagem durante os estágios requer a descrição das características dos contextos onde os mesmos decorreram. Desta forma, previamente à descrição da intervenção *major* desenvolvida sob orientação do PIP, faremos uma contextualização da instituição hospitalar, de ora em diante designada por CH, e dos serviços onde decorreram ambos os estágios.

O PIP segue a metodologia de projeto, dividindo-se em cinco etapas: identificação e validação do problema através do diagnóstico de situação, definição de objetivos (geral e específicos), planeamento de atividades/implementação, avaliação e, por fim, a divulgação dos resultados. Este exercício traduz concretamente a teoria da PBE, onde a resposta à identificação de um problema, surge através da aquisição de conhecimentos e competências provenientes da evidência científica disponível, terminando com a integração de um protocolo de mudança baseado em evidência (Larrabee, 2009; Ruivo et al., 2010).

2.1 INSTITUIÇÃO ONDE DECORRERAM OS ESTÁGIOS

O CH fica situado numa cidade, com fortes raízes industriais, que viu nascer o seu primeiro hospital, anexado a um convento apenas em 1946. Anos mais tarde, um famoso gestor industrial, foi um dos maiores impulsionadores para o arranque da construção do primeiro Hospital Regional do Continente, o que veio a acontecer a 1955 nessa cidade. A sua inauguração ocorre a 9 de maio de 1959, quatro anos após o início da sua construção (Centro Hospitalar [CH], 2023).

O CH foi criado no final do ano de 2005, no âmbito do processo de transformação de hospitais de natureza de sociedade anónima em entidades públicas empresariais do Serviço Nacional de Saúde [SNS]. Integrando dois hospitais por fusão: um com valências assistenciais gerais e outro com valências específicas na área da ortopedia (DRE, Decreto-lei nº 233/2005).

O CH tem como missão a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa (SNS, n.d.).

Segundo dados de 2016, o CH apresentava uma avaliação da cultura de segurança do doente de cerca de 19,9%, face a uma média nacional de avaliação de cultura de segurança de 18,4% (SNS, n.d.). Apesar de estar acima da média nacional, trata-se de uma cultura de segurança consideravelmente baixa.

A notificação de incidentes com capacidade de causar danos aos doentes também é relativamente baixa (SNS, n.d.): 0 notificações de incidentes relacionados com medicamentos LASA (*Look Alike Sound Alike*) *versus* uma média nacional de 9 notificações; 0 notificação de incidentes relacionados com medicamentos de alerta máximo *versus* uma média de 6 notificações nacionais; 2 notificações de casos de identificação de doentes indevida *versus* uma média nacional de 6; ou um total de 14 notificações registadas no sistema de Notificação de Incidentes (NOTIFICA[®]) *versus* uma média de 44 notificações nacionais.

Por outro lado, os profissionais notificaram no CH cerca de 200 quedas *versus* uma média de 143 notificações de quedas a nível nacional (SNS, n.d.).

Esta discrepância entre notificações de incidentes pode traduzir uma subnotificação, e não, a inexistência de incidentes de segurança graves.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

De acordo com o Ministério da Saúde [MS] (2013), as UCI são unidades funcionais onde se concentram os meios técnicos e humanos necessários à monitorização e tratamento de doentes com falência de órgão eminente ou presente, potencialmente reversível.

As UCI podem ser categorizadas em três níveis de acordo com o nível crescente de complexidade de cuidados prestados, ou seja, podem ser de nível I, II e III (Rocheta, 2018); e podem ser monovalentes ou polivalentes, isto é, se tratarem respetivamente uma população com patologia de um único foro ou com admissões diversificadas (MS, 2013).

Integrada no CH, a UCI onde o Estágio I decorreu é uma unidade polivalente na medida em que trata doentes com falência multiorgânica e inclui internamento de nível II e nível III (MS, 2013). Nesta UCI são admitidos doentes com idade igual ou superior a 18 anos em estado crítico real ou potencial, de âmbito médico e/ou cirúrgico. Ou seja, são prestados cuidados a doentes com instabilidade hemodinâmica, com necessidade de ventilação invasiva e não invasiva, de monitorização invasiva ou disfunção de órgão(s). Os cuidados prestados são integrados numa abordagem multidisciplinar que visa o suporte de funções vitais, monitorização e vigilância, com o objetivo de garantir as melhores condições para a recuperação do estado funcional prévio.

2.2.1 Estrutura, Recursos Físicos e Materiais

À data do Estágio I, a UCI estava dividida em dois pisos com a lotação de 7 (Piso 1) e 5 (Piso 3) vagas que podiam ser encaradas como nível II ou nível III conforme as necessidades. No primeiro piso, 2 das 7 vagas, são em quartos de isolamento de pressão negativa, com adufa com lavatório e espaço com equipamento de proteção individual diverso. No entanto, ainda existe uma lacuna de vagas de nível II e III, particularmente no que toca a quartos com capacidade de isolamento na área de Lisboa e Vale do Tejo (MS, 2020). As restantes vagas, em ambos os pisos, estão em “*open space*” separadas por cortinas, tal como é recomendado (Administração Central dos Serviços de Saúde [ACSS], 2013; Marshall, 2017). A disposição das unidades dos doentes está feita de forma que todos os doentes sejam vigiados desde a central de enfermagem. Todos os espaços clínicos dispõem de luz natural como é preconizado (ACSS, 2013; Marshall, 2017).

Cada unidade, entendida como a área clínica exclusiva a cada doente, tem capacidade de funcionamento autónomo (ACSS, 2013), sendo dotada de:

- Sistemas de monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva;
- Ventilador para ventilação invasiva e não invasiva e para oxigenoterapia de alto fluxo;
- Equipamentos para monitorização neurológica com BIS (*Bispectral Index*);
- Sistema para técnicas de substituição renal;
- Sistemas infusores, para perfusão de fármacos/fluidoterapia, e de aspiração.

Existe em cada piso da UCI, um carro de reanimação/emergência de fácil acesso, devidamente uniformizado quanto ao conteúdo e disposição do material, tendo em conta as suas especificidades e protocolo hospitalar, com o objetivo de minimizar erros.

Os registos clínicos e de enfermagem são realizados em sistema informático no SClinico®.

A saída dos sujos acontece habitualmente por uma zona específica sem passar por nenhuma zona sensível (ACSS, 2013).

2.2.2 Recursos Humanos

Tratando-se de uma UCI com capacidade para cuidados de nível III, é dotada de recursos humanos qualificados e funcionalmente dedicados 24h, durante todo o ano (ACSS, 2013). É coordenada pela Diretora de serviço e pela Enf.^a Chefe, enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária. A equipa multidisciplinar da UCI é constituída por: 9 médicos especialistas (1

interno da especialidade e especialistas de outros centros/especialidades em estágio), 50 enfermeiros, 29 assistentes operacionais, 2 farmacêuticas e 1 assistente técnica.

A equipa de enfermagem é constituída por 50 elementos distribuídos por 6 equipas (5 equipas com *roulement* e 1 equipa de enfermeiros especialistas de reabilitação), cujo tempo de exercício na área de Cuidados Intensivos e Urgência varia entre 1 e 20 anos. Existem 16 enfermeiros especialistas: 9 enfermeiros EEMC, 2 enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e 5 enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

De forma a alargar a assistência ao doente crítico para lá da área física da UCI, seguindo o modelo preconizado pela DGS e recomendado pelo Departamento de Qualidade na Saúde, foi criado em 2001 a Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar [EEMI], constituída por um médico e enfermeiro com competências em emergência/cuidados intensivos, capazes de otimizar situações de saúde emergentes em todas as áreas hospitalares (DGS, 2010a).

De forma esquemática, a atividade de enfermagem está organizada em turnos de 8 horas (8h-16h; 16h-23h; 23h-8h), onde a equipa escalada é dividida por 1 chefe de equipa, 1 enfermeiro de EEMI, 1 ou 2 enfermeiros especialistas em reabilitação (nos turnos das 8h-16h e 16h-23h) e restantes elementos alocados à prestação de cuidados. O método de trabalho instituído é o individual (Parreira et al., 2021), com um rácio enfermeiro-doente habitual de 1:1 ou 1:2 no nível III, praticando regularmente a dotação segura regulamentada (Regulamento n.º 743/2019).

2.2.3 Análise da Gestão e Produção de Cuidados

Apesar da complexidade e do risco associados aos cuidados numa UCI, há apenas um número reduzido de indicadores utilizados. Porém, a medição de indicadores provoca uma maior consciencialização da qualidade dos cuidados na cultura organizacional, através do *benchmarking* e sensibilização para novas práticas estabelecidas (Jawad et al., 2021).

Segundo o relatório interno de indicadores da UCI relativo ao ano de 2022, houve 386 admissões, com uma taxa de ocupação média de 75%, uma demora média de internamento de 7 dias, e um total de dias de internamento de 2730. A idade média dos doentes internados foi de 65 anos. Os principais diagnósticos de admissão foram: Pneumonias/Infeções Virais e Sépsis/Choque Séptico. A tipologia dos doentes admitidos foi maioritariamente médica (61%), seguido de pós-operatório de cirurgias urgentes (26%), coronários/cardíacos (21%) e neurocríticos (11,4%). A taxa de mortalidade foi de cerca de 27% (taxa de mortalidade

hospitalar de 35%). Em relação aos indicadores de gravidade de doença, a UCI registou um *Simplified Acute Physiology Score* (SAPS) II médio de 49 em 2022.

Relativamente à atividade do EEMI, foram atendidos cerca de 141 doentes, com uma média de idades de 65 anos. Com uma taxa de ativação de 11% (nº ativações/1000 admissões hospitalares).

Importa referir a prestação de cuidados a potenciais dadores em morte cerebral nesta UCI, contribuindo positivamente na doação de órgãos. Em 2021, a doação de órgãos de dador falecido aumentou cerca de 19%, com mais 49 dadores em relação a 2020. A atividade de transplantação de órgãos também observou um aumento global de atividade de 12%, em relação ao ano anterior, com mais 86 órgãos transplantados. A atividade de doação e transplantação só é possível graças ao envolvimento quer dos dadores e família, mas também dos profissionais. (Instituto Português do Sangue e da Transplantação [IPST], 2022). A UCI está empenhada na salvaguarda e melhoria da qualidade de vida dos doentes, prestou cuidados a 5 dadores.

Existem vários instrumentos para quantificar a carga de trabalho dos enfermeiros na UCI, porém os mais usados e reconhecidos internacionalmente são o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS 28) e o *Nine Equivalents of Nursing Manpower* (NEMS). O *Nursing Activities Score* (NAS) surge como um sucessor destas duas ferramentas, válido em grande parte dos países europeus, é um instrumento de fácil aplicabilidade, objetivo, que mede cuidados de enfermagem diretos e indiretos. Em Portugal, após validação do NAS em 2017, o TISS 28 deixou de ser a única ferramenta validada para o efeito, medindo apenas 43,3% da carga de trabalho, enquanto o NAS abrange 80,8% dos cuidados prestados pelos enfermeiros em UCI (Macedo et al., 2021).

O NAS é capaz de determinar as atividades de enfermagem que melhor refletem o peso do trabalho em UCI e de atribuir pontuação a essas atividades para que se descreva, em média, um consumo de tempo em vez da gravidade da doença do doente (Miranda, et al., 2003). Na UCI é preenchido o NAS no turno da noite (23h-8h30), com base nos cuidados prestados no dia anterior. Cada ponto do NAS significa cerca de 14,4 minutos. A soma total das categorias e subcategorias de cada doente pode ser no máximo de 176,8 pontos nos 23 itens. Assim, se a pontuação for igual a 100 é interpretado como uma necessidade de 100% do tempo de um enfermeiro experiente nas últimas 24 horas (Queijo & Padilha, 2009; Severino et al., 2010). A média de pontos NAS na UCI em 2022 foi de cerca de 70.

2.3 SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL

Os SU são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas, nomeadamente situações cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exija intervenção médica imediata (DRE, Despacho Normativo n.º 11/2002).

A estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) é composta por vários níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de atuação: Serviço de Urgência Básico (SUB), o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (DRE, Despacho nº 10319/2014).

O SU onde decorreu o EF é considerado um SUMC (DRE, Despacho nº13427/2015), e por isso também designado de SUG integrando as Vias Verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Via Verde Coronária. É o segundo nível de acolhimento de situações de urgência, dando apoio diferenciando à rede SUB e referenciando para os SUP situações que necessitem de apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência. Trata-se de uma unidade de saúde com recursos e valências médicas obrigatórias, nomeadamente: medicina interna, pediatria, psiquiatria, cirurgia geral, ortopedia, anestesiologia, imuno-hemoterapia, bloco operatório (em permanência), imagiologia (devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples e tomografia computadorizada), patologia clínica (devendo assegurar em permanência todos os exames básicos, incluindo Gasimetria) (DRE, Despacho nº 10319/2014).

A escolha do SUG ou Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) do CH esteve relacionada com o desafio de poder trabalhar num hospital de menor dimensão, mas ainda assim com elevada afluência e com uma população muito diversificada.

Por um lado, há uma fatia importante de população jovem, com prevalência de patologia traumática decorrente da atividade industrial, muito presente na região. Por outro lado, uma percentagem importante de população idosa, uma parte da qual com residência nos muitos lares da região, com elevada afluência ao SU e com elevada prevalência de patologia cardiovascular, com apresentações potencialmente emergentes.

O SU tem de dar resposta a uma estimativa provisória anual de população residente de cerca de 245.000 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Além disso, assegura também assistência à população do Concelho de Alcácer do Sal, conforme orientação da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). No âmbito da

Psiquiatria e saúde mental, Infeciologia, Obstetrícia e Vias Verdes Coronária e do AVC, a área do CH compreende também as populações do Alentejo Litoral. Na área de Nefrologia e Cardiologia (hemodinâmica) o CH recebe também os doentes dos concelhos do Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] do Arco Ribeirinho. Recebendo por ano mais de vinte mil utilizadores fora da área de influência, com uma tendência crescente ao longo dos últimos anos (CH, 2016).

Além disso, é um serviço com um corpo de enfermagem diferenciado e, por isso, com elevado potencial formativo, e conta com a presença física de diversas especialidades médicas e com protocolos de tratamento instituídos, nomeadamente nas áreas da Via Verde AVC e Coronária, constituindo hospital de referência para uma população alargada.

2.3.1 Estrutura, Recursos Físicos e Materiais

O SU é constituído por três áreas de atuação: Emergência pré-hospitalar, ambulatório e internamento. A emergência pré-hospitalar fica localizada fora das instalações físicas do SU, com equipas autónomas sob a orientação de um coordenador. A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) assegura a atividade pré-hospitalar do SU, e pode também participar na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do SU e seu transporte, caso não ponha em causa a operacionalidade ou atraso do meio VMER (DRE, Despacho n.º 10319/2014). De forma a otimizar a prestação de cuidados, o SU tem uma equipa de transporte de PSC escalada de prevenção. A área de ambulatório é constituída pela Sala de Reanimação (SR), Sala Aberta, Gabinete de Ortopedia, Gabinete de Pequena Cirurgia, Sala de Eletrocardiografia (ECG), Sala de Tratamentos e 5 Gabinetes de atendimento (Balcão Geral e Psiquiatria). Por último, há uma área do internamento, destinada a internamentos de curta duração ou Sala de Observação.

A área principal do SU está localizada no piso zero do edifício principal e divide-se fisicamente em três áreas distintas (Figura 2): Área de Ambulatório, Internamento e Área de Apoio Geral.

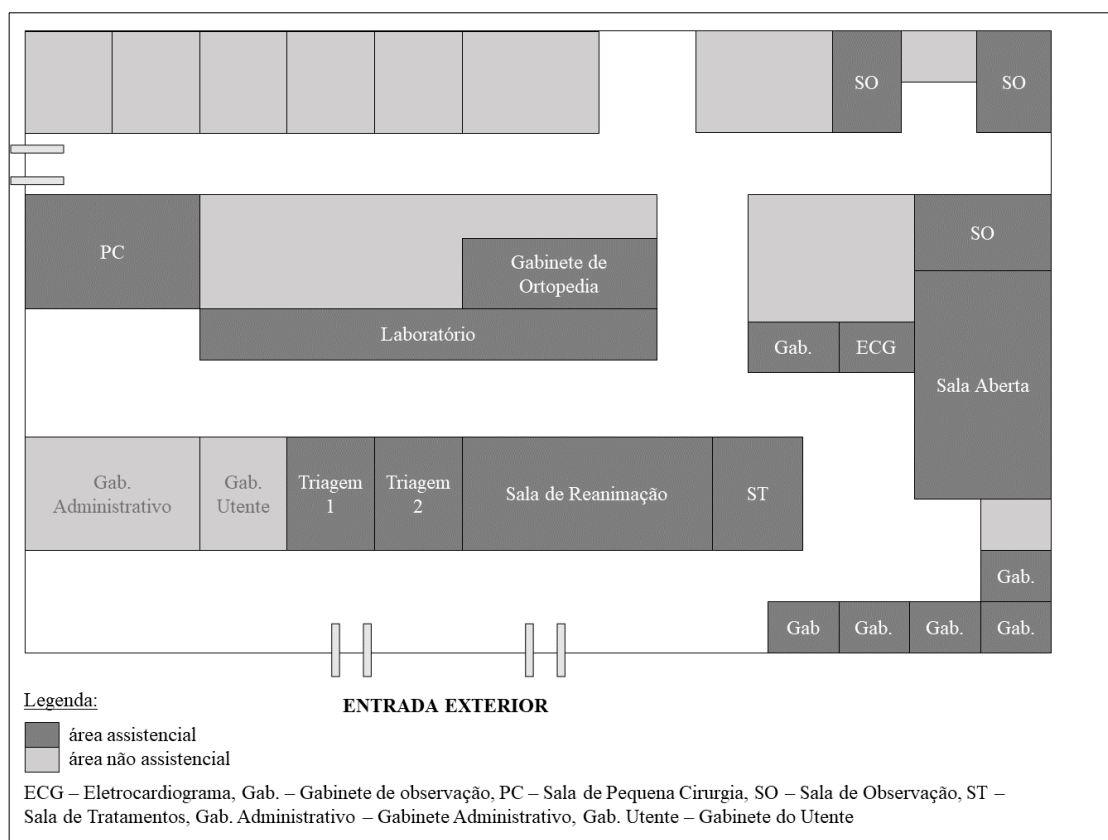


Figura 2 - Planta do Sug (Edifício Principal)

Fonte: Elaboração própria

1) Área de Ambulatório:

- Dois postos de **Admissão de Doentes**: onde se encontram geralmente dois assistentes técnicos, que realizam funções administrativas tais como a admissão de doente, pedidos de transporte, etc.

- Um **Gabinete do Utente**: cujas funções passam por fazer a ligação entre os familiares dos doentes em avaliação e os profissionais de saúde, agilizar a transmissão de informações, visitas, apoio na comunicação de más notícias e esclarecimentos diversos. Possibilita o acesso da família de forma discreta, sem passar pelos corredores e zonas de espera (ACSS, 2015).

- Dois gabinetes de **Triagem**: onde é feita a primeira abordagem do enfermeiro ao doente, e onde lhe é atribuído uma prioridade clínica de acordo com as queixas manifestadas e sinais clínicos, através do Sistema de Triagem de Manchester (DRE, Despacho nº 19124/2005). Este método de triagem fornece ao profissional uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas para orientar a tomada de decisão e encaminhar o doente. As prioridades têm cinco

cores e tempos alvo previstos de atendimento: Vermelho/Emergente (Imediato – 0 minutos); Laranja/Muito Urgente (quase imediato – 10 minutos); Amarelo/Urgente (rápido, mas podem aguardar – 60 minutos); Verde/Pouco Urgente (podem aguardar ou encaminhamento para outros serviços de saúde – 120 minutos); Azul/não urgente (podem aguardar ou encaminhamento para outros serviços de saúde – 240 minutos); a pulseira branca significa casos de doentes recebidos por razões administrativas ou casos clínicos específicos referenciados por um médico, mas sem situação aguda (Grupo Português de Triagem, 2023). O posto de triagem é sempre assegurado por um enfermeiro com formação na triagem de prioridades (DRE, Regulamento n.º 743/2019).

- **Sala de Reanimação:** imediatamente ao lado das salas de triagem (ACSS, 2015). Trata-se de um local com capacidade para receber dois doentes, onde são prestados cuidados diferenciados aos doentes em situação crítica e/ou falência orgânica, tendencialmente doentes laranjas e vermelhos, mas também de outras prioridades, que evoluam com instabilidade ou potencial instabilidade clínica e que beneficiem de vigilância apertada. Ou seja, tem duas boxes equipadas com uma maca, sistema de monitorização de sinais vitais, Tensão Arterial Invasiva, capnografia, debitómetro com ar comprimido, material de permeabilização da via aérea, uma bancada de administração terapêutica, um cofre com medicação estupefaciente e um armário com material diverso (material para procedimentos evasivos, etc). Esta sala, possui ainda dois carros de reanimação e dois ventiladores (um Dräger Savina® e um de transporte Dräger Oxylog® 2000). Em alturas de grande afluência, esta sala pode ter a possibilidade de admitir até quatro doentes. É um local que garante o acesso de 360° a cada doente, e a presença em simultâneo de toda a equipa (ACSS, 2015). O enfermeiro distribuído neste local é de preferência EMC-PSC, e quando não é possível o chefe de equipa dá apoio na sala de reanimação (DRE, Regulamento n.º 743/2019).

- **Gabinetes de atendimento geral;**

- **Balcões:** balcões gerais, de medicina interna, de cirurgia, de neurologia, de ortotraumatologia. Os doentes acamados não ficam na sala de espera geral, entrando diretamente para o SU após a triagem. Existe uma área de espera junto aos gabinetes de balcões, destinada à espera deste tipo de doente (ACSS, 2015).

- **Sala Aberta:** sala ampla, em *open space* onde se realiza avaliação, monitorização e vigilância de doentes a cargo da especialidade de medicina interna, com patologias potencialmente mais graves e com maior necessidade de cuidados. É um local de permanência

temporária de doentes, após tratamento ou enquanto aguardam resultados de exames ou decisão clínica (ACSS, 2015).

- **Sala de eletrocardiografia;**

- **Sala de Tratamentos:** local onde se realizam técnicas de enfermagem e administração terapêutica. Com dois biombos que garantem a privacidade dos doentes mesmo quando a porta estiver aberta (ACSS, 2015).

- **Sala de Pequena Cirurgia:** local onde se realizam procedimentos cirúrgicos simples.

2) **Área de Internamento - Sala de Observação (SO)**, dividido em duas salas, com lotação oficial de 10 doentes, cada uma com um carro de reanimação. No entanto, dada a constante sobrecarga do SU e dos doentes internados sem vaga na enfermaria, estendeu-se essa lotação para mais 17 macas em zonas adaptadas (SO 3 e 5). No SO 3, existem dois espaços que podem ser utilizados para isolamento de doentes, caso haja necessidade. Na zona do internamento também existe uma sala para armazenamento de medicamentos (ACSS, 2015).

3) **Área de Apoio Geral:** gabinetes da direção; gabinete administrativo; espaços de armazenagem; sala de pausa dos profissionais; sala de reuniões/formação; copa; gabinete de apoio ao utente; posto de polícia; sala de espólios; sala de higiene e preparação de doentes; salas de espera e laboratório de patologia clínica. Tal como preconizado, o SU está relativamente perto e com acesso fácil ao serviço de imagiologia e ao Bloco Operatório (ACSS, 2015).

No exterior do SU existe outra zona assistencial criada em reposta à pandemia da infeção por SARS-CoV-2. Esta Área Dedicada para Doentes Respiratórios (ADR) (área total de 485 m²) está dividida em duas zonas:

1) **Ambulatório** (sala de triagem; gabinete médico; sala de oxigenoterapia; sala de tratamentos de enfermagem; sala de decisão clínica; sala de reanimação; sala de espera para doentes em macas e cadeira de rodas; sala de colheita de zaragatoas; sala para realização de radiografia; quarto de isolamento e sala de colheita de análises);

2) **SO** de momento com lotação de 8 camas, mas com capacidade variável doentes em picos de afluência.

Tem ainda a área de Apoio Geral, não assistencial (sala de espera; posto administrativo; zona de sujos; vestiários; circuito de desinfeção; sala de pausa de pessoal; copa; arrumos de sujos e instalações sanitárias).

O SU está atualmente, subdimensionado para a atividade assistencial, porém tem evoluído no sentido da adaptação das instalações e das equipas de cuidados. No entanto, está aquém do necessário e imputa, por vezes, limitação e condicionamentos nos cuidados em urgência e emergência (CH, 2021).

As diferentes áreas têm vários postos de trabalho equipados com computador, em número de acordo com as necessidades de cada espaço. Os registos clínicos e de enfermagem são realizados numa plataforma informática designada de ALERT®.

2.3.2 Recursos Humanos

A coordenação do SU é da responsabilidade de um Diretor de serviço, Enf.^a Chefe (enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação) e mais dois Enfermeiros Especialistas que dão apoio às atividades de gestão de recursos humanos e materiais. A equipa multidisciplinar do SU é constituída por quase 400 profissionais. Tal como já foi referido, e é preconizado nos SUMC, o SU tem uma VMER em gestão integrada, com um enfermeiro e um médico (DRE, Despacho nº10319/2014).

A equipa médica é diversificada, contando com a presença física de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia e Psiquiatria (das 8-20h) e outras especialidades, como cardiologia, pneumologia, nefrologia, gastroenterologia, neurologia e infeciologia, de chamada ao SU (DRE, Despacho n.º 10319/2014). Os postos de trabalho são assegurados tanto pelo corpo clínico fixo do CH como por médicos em regime de prestação de serviços, uma vez que os primeiros não são suficientes (DRE, Despacho Normativo n.º 11/2002).

Existem ainda 78 Assistentes Operacionais, repartidos por 5 equipas e com intervalos de idades entre os 20 e os 66 anos. A distribuição dos assistentes operacionais é realizada pela enfermeira chefe, e na sua ausência, pelo chefe da equipa de enfermagem; uma equipa de limpeza e desinfeção hospitalar; 7 técnicos de diagnóstico e terapêutica; 6 assistentes técnicos; uma assistente Social e Equipa de Gestão de Altas; uma equipa de Segurança assegurada por uma empresa externa; e um posto de Polícia de Segurança Pública.

A equipa de enfermeiros é formada por 106 enfermeiros (21 Especialistas em EMC e 8 Especialistas em Enfermagem de Reabilitação) distribuídos por cinco equipas cujo tempo de exercício na área de Urgência é em média de 7 anos e de exercício profissional uma média de 10 anos. Resumidamente, podemos dizer que:

- o intervalo de idades dos enfermeiros é entre 23 e 63 anos;
- o intervalo de anos de experiência profissional é de 4 meses e 38 anos;

- o intervalo de tempo na área de doente crítico é entre 4 meses e 30 anos;

- as faixas etárias dos enfermeiros são:

- 20 - 30 anos: 54 enfermeiros
- 31 – 40 anos: 35 enfermeiros
- 41 – 50 anos: 14 enfermeiros
- ≥ 50 anos: 3 enfermeiros

De forma esquemática, a atividade de enfermagem está organizada num horário *roulement*, com turnos de 8 horas (manhã: 8h-16h; tarde: 16h-23h; noite: 23h-8h), onde estão escalados 18 no turno da Manhã durante a semana e 17 durante o fim de semana, 17 no turno da Tarde e 16 enfermeiros no turno da Noite. A distribuição da equipa é da responsabilidade do enfermeiro chefe de equipa, Enfermeiro Especialista em EMC-PSC, que para além de distribuir a equipa e otimizar os cuidados no SU, dá apoio na sala de reanimação (DRE, Regulamento nº743/2019).

O método de trabalho de enfermagem no SU é em equipa. Esta é gerida por um elemento que assume funções de chefia, habitualmente um enfermeiro EMC-PSC, que distribui os enfermeiros em pequenos grupos por área de cuidados, tendo em conta as características de cada um. Cada grupo de enfermeiros planeia, executa e avalia, de forma individualizada e centrada no doente, as suas intervenções, sendo responsáveis pela prestação de cuidados integral dos doentes.

Este método de trabalho valoriza e aumenta a comunicação em equipa e a liderança, garante o apoio dos enfermeiros mais experientes quando necessário, permite o desenvolvimento de conhecimento e competências através de um trabalho eficaz com os pares e assegura a identificação de necessidades formativas (Parreira et al., 2021).

2.3.3 Análise da Gestão e Produção de Cuidados

Os dados de monitorização do SNS mostram que entre setembro e novembro de 2022, os níveis de SU da área de Lisboa e Vale do Tejo com maior número de atendimentos foram consistentemente os da tipologia SUMC. Globalmente todos os níveis de SU do SNS entre janeiro e novembro de 2022 realizaram mensalmente entre 1500 e 5500 episódios de urgência, sendo que destes, 70% foram atendidos dentro do tempo previsto, 8 a 9% dos atendimentos resultaram em internamento e cerca de 45% dos atendimentos corresponderam a uma prioridade

pouco urgente (verde/azul/branca) (SNS, 2023). Estes dados mostram que existe um excesso de procura do SU, ao contrário do que se habitualmente se veicula, não apenas nos meses de inverno quando há planos de contingência, mas ao longo do ano.

Segundo os últimos relatórios do plano de ação do SUG, este tem sofrido um acréscimo gradual de produção nos últimos anos. Em 2022 teve um total de 83 060 admissões, cerca de 228 doentes admitidos em média por dia, correspondendo a um aumento de 12% relativo ao ano anterior. No mesmo ano, houve cerca de 74 412 atendimentos que não necessitaram de internamento.

Apesar de haver sobre e subtriagem, a maioria dos estudos indica a triagem de Manchester como um método muito útil na triagem de doentes num SU (Azeredo et al., 2012). Em janeiro de 2023, o tempo médio desde a admissão até à 1ª triagem foi cerca de 8 minutos e meio, a duração da triagem foi em média de 2 minutos e meio, e por fim, o tempo médio desde triagem até à primeira observação médica foi de 2 horas. Neste período, 52% das admissões no SU corresponderam a admissões com prioridade amarela e cerca de 33% foram consideradas prioridade verde. A maioria dos motivos de ida ao SU foram problemas nos membros, dispneia, dor abdominal e diarreia/vómitos. Cerca de 75% dos doentes com pulseira branca foram encaminhados pelo médico e 15% foram transferidos para o hospital da área de residência.

Relativamente ao internamento no SU entre 2021 e 2022, houve uma diminuição na taxa de doentes internados de 4%, correspondendo a apenas 10,6% das admissões totais. Sendo que a taxa de ocupação de doentes tratados variou em 29%, com um número total de altas no último ano de 8 824 (mais 7% em relação ao período homólogo), desta cerca de 80% foram transferências inter ou intra-hospitalares e os restantes alta para o exterior. Apesar do SU ser um local de estabilização e encaminhamento de doentes e não de diagnóstico e tratamento, em média, os doentes estiveram 1,5 dias internados neste serviço, correspondendo a um aumento de 15,4% em relação ao ano de 2021.

Os principais Grupos de Diagnósticos Homogêneos presentes no SU em 2021 foram por ordem decrescente: Outras pneumonias, infeções do rim e/ou vias urinárias, doenças virais, insuficiência cardíaca, septicémia e/ou infeções disseminadas, acidente vascular cerebral e/ou oclusão pré-cerebral com enfarte, arritmia e/ou perturbações da condução cardíaca, intoxicação por agentes terapêuticos, enfarte agudo do miocárdio e convulsões.

Em suma, podemos concluir que se trata de um SU que dá resposta assistencial a uma grande área populacional e variedade de patologias.

2.4 ATIVIDADE MAJOR DESENVOLVIDA NO ESTÁGIO FINAL: PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O PIP surge no âmbito do EF como um exercício de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro EMC – PSC e mestre em enfermagem, através de uma atitude reflexiva baseada na evidência científica sobre a prática clínica, numa procura permanente da excelência do exercício profissional. Assim, o enfermeiro EMC-PSC deve ter como prioridade a melhoria contínua de práticas de qualidade – quer pela gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, quer pela *praxis* clínica baseada em evidência científica (DRE, Regulamento n.º 140/2019), sendo fundamental a atualização de competências na área da saúde, nomeadamente em enfermagem (DRE, Lei 156/2015). Cabe ainda ao enfermeiro especialista ser um dos principais promotores desta melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que é o responsável pela sua própria formação e um importante mediador na formação dos seus pares.

Trata-se de um projeto de melhoria continua de cuidados desenvolvido através de uma metodologia de projeto como um processo dinâmico, contínuo e flexível (Ruivo et al., 2010). Foram seguidas as cinco fases deste método, investigando a temática identificada como um problema real, com o objetivo principal da sua resolução, através da implementação de estratégias e intervenções (Ruivo et al., 2010). Desta forma, sustentando o pensamento de Larrabee (2009), usaremos a evidência científica como forma de desenvolver uma prática com maior qualidade e segurança, recorrendo ao PIP como suporte para uma “prática fundamentada e baseada na evidência” (Ruivo et al., 2010, p.2).

A enfermagem é uma disciplina do conhecimento que se materializa numa profissão intelectual e científica, suportada pelo ensino, formação e investigação para o seu aprofundamento epistémico (Nunes, 2018). Desta forma, consideramos que o PIP é uma proposta de melhoria da prática baseada em evidência, que contribui para o desenvolvimento da investigação em enfermagem, nomeadamente na área da segurança do doente.

Ao longo deste capítulo, seguindo as cinco etapas da metodologia de projeto (diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento e execução, avaliação e divulgação dos resultados) (Ruivo et al., 2010) iremos descrever e avaliar o desenho e a implementação do PIP no SU, com o tema: Promoção da Cultura de Segurança do Doente no Serviço de Urgência – Importância da Notificação de Incidentes.

2.4.1 Problemática

A segurança do doente é um princípio fundamental dos cuidados de saúde (WHO, 2021), estando alicerçada num grupo de atividades organizadas que geram culturas, processos, procedimentos, comportamentos e ambientes que produzem de forma consistente e sustentável a redução do risco, da ocorrência de danos evitáveis, do impacto do dano quando ocorre e dos erros, relacionados com a prestação de cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (WHO, 2021).

A segurança do doente possui uma ferramenta para definir estratégias e aumentar a segurança de todos os *stakeholders*, através da melhoria de processos durante a prestação de cuidados, designada por gestão de risco (DGS, 2012; Guerra et al., 2021; Ramos & Trindade, 2011). Esta assenta em vários pilares, tais como os sistemas de notificação de incidentes e alerta (WHO, 2021; Direção Geral da Saúde [DGS], 2012).

A aprendizagem sobre incidentes é importante para a melhoria de processos, sendo essencial investigar sobre a origem, dimensão, natureza e impacto dos incidentes que resultam da prestação de cuidados (Sousa et al., 2011). O sucesso da implementação de estratégias de segurança do doente está relacionado com políticas transparentes, boa capacidade de liderança, dados que apoiem melhorias de segurança, profissionais de saúde qualificados e envolvimento efetivo dos doentes nos cuidados (WHO, 2019) ou seja, uma boa cultura de segurança nos *stakeholders*.

A cultura de segurança pode ser definida como o produto de crenças, valores, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo que determinam o compromisso da organização com a qualidade e a segurança do doente (JCR, 2023). Uma organização comprometida em assegurar cuidados seguros terá uma boa cultura de segurança, que se traduzirá na responsabilização e mudança de comportamentos dos profissionais (por exemplo, através do aumento de notificação de incidentes de segurança, não culpabilização, etc).

O aumento da cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente é um dos objetivos estratégicos para as organizações de saúde em Portugal (DGS, 2022).

Uma cultura de segurança forte, não só é fundamental para reduzir os danos causados aos doentes, como para proporcionar um ambiente de trabalho seguro aos profissionais (WHO, 2021). Os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados comprometidos na defesa da segurança do doente, têm um papel privilegiado na identificação de possíveis riscos durante a

prestação, pois são uma presença constante junto do doente e interagem regularmente com todos os elementos da equipa multidisciplinar de saúde (Mallianis et al., 2021).

A avaliação da cultura de segurança assume extrema importância na promoção de prestação de cuidados de qualidade (Torrente & Barbosa, 2021). Os serviços de urgência pela sua dinâmica e frequente sobrelotação, são considerados um ambiente propício à ocorrência de incidentes de segurança. Desta forma, avaliar a cultura de segurança do doente é importante para estabelecer estratégias para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados, nomeadamente através da promoção da notificação de incidentes (Aouicha et al., 2021). Num estudo transversal, onde se avaliou a cultura de segurança na equipa de enfermeiros de um SU, ficou evidente que existia um baixo nível de cultura de segurança, que estava relacionada com um trabalho em equipa pobre (46%), uma baixa notificação de eventos adversos (19,6%) e uma fraca resposta não punitiva ao erro (19,8%) (Aouicha et al., 2021). Outra avaliação da cultura de segurança dos enfermeiros num SU, demonstrou haver uma baixa cultura (70,6%) relacionada com uma baixa notificação de eventos adversos (63,6%), sugerindo uma necessidade de melhoria (Malak et al., 2022).

Melhorar a cultura de segurança no SU deverá ser encarado como uma prioridade por todos os *stakeholders*. A melhoria de dimensões da cultura de segurança como o *feedback* não punitivo ao erro, uma cultura de não culpabilização, uma sensibilização da importância da notificação de incidentes entre outros, terão um impacto positivo na cultura de segurança dos profissionais (Aouicha et al., 2021; Malak et al., 2022; Zhou et al., 2022). Outros estudos na Europa mostram que a resposta não punitiva ao erro, a frequência da notificação, a dotação de profissionais, o apoio à segurança do doente através da gestão, a colaboração entre unidades, abertura na comunicação (comunicação do erro e feedback) e perceções gerais sobre segurança do doente, são as principais dimensões da cultura de segurança do doente que necessitam de intervenção (DGS, 2020).

Os sistemas de notificação são essenciais para identificar potenciais riscos, incentivar proactivamente uma cultura de segurança que integre uma comunicação aberta, reflexão e garanta o trabalho em equipa multidisciplinar (Busse et al., 2019). Mas também é através de uma boa cultura de segurança do doente, que a notificação de incidentes será encarada como uma oportunidade de aprendizagem e promoção de cuidados mais seguros (WHO, 2020b).

Os sistemas de saúde são um exemplo único de uma imensa rede de atores intensamente especializados, mas divergentes, com objetivos, prioridades e problemas diferentes (Lark, 2018). Conscientes de que as equipas de enfermagem desempenham um papel fulcral na implementação de boas práticas, pela proximidade e contacto permanente com os doentes

durante a prestação de cuidados, a temática escolhida sobre a avaliação de cultura de notificação e segurança do doente da equipa de enfermagem ganha ainda mais pertinência.

Concluímos assim, que a sensibilização sobre a importância da notificação de incidentes num ambiente hostil como é o caso do SU, irá promover a cultura de segurança da equipa de enfermagem e, naturalmente fomentar uma prestação de cuidados de saúde mais segura e com maior qualidade por todos os *stakeholders*.

2.4.2 Diagnóstico de Situação

A primeira etapa da metodologia de projeto é o diagnóstico de situação, que consiste em “elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo et al., 2010, p.10). Ou seja, é um processo contínuo, com frequentes atualizações, onde iremos realizar a caracterização da situação, identificando uma necessidade, estabelecer prioridades, prováveis causas e população alvo sobre a qual atuar (Ruivo et al., 2010). Esta etapa, tal como no MMPBE, tem como premissa identificar, caracterizar e validar uma necessidade de mudança através da colheita de dados internos sobre a prática atual para posterior comparação com dados externos e identificação de um problema e necessidade mudança (Larrabee, 2009).

No seguimento desta linha de pensamento, no início do EF fizemos uma análise do número e tipologia de relatos de incidentes efetuados pelos profissionais do SU durante seis anos (2017-2022) através dos dados fornecidos pelo Grupo de Indicadores, Auditoria e do Risco Clínico [GIARC].

Os dados obtidos através do GIARC demonstraram que durante seis anos houve 424 incidentes de segurança notificados pelos profissionais do SUG. O incidente de segurança mais notificado foi a ocorrência comunicável (72%), seguidos dos eventos adversos (20%). Durante este período a frequência das notificações oscilou bastante: até 2020 aumentou todos os anos em diversas tipologias de incidente, tendo vindo a diminuir desde então.

INCIDENTES	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Evento Adverso Grave	1	1	-	4	-	1	7
Evento Adverso	10	19	20	14	10	7	80
Evento Sem Dano	3	5	5	10	2	2	27
Ocorrência Comunicável	22	27	40	138	42	36	305
Quase Evento	-	2	2	1	-	-	5
Total	36	54	67	167	54	46	424

Tabela 1 - Número total de Incidentes relatados pelos profissionais do SU

Fonte: Elaboração própria

Partindo do número de admissões do último ano no SUG (83 060) pesquisámos dados sobre notificações de incidentes em realidades similares para realização de *benchmarking*. Num SU de um hospital australiano com cerca de 51 000 doentes admitidos, foram realizadas cerca de 316 notificações de incidentes (Roberts et al., 2022). O que corresponde a um número muito superior de notificações/ano, em relação ao número de notificações em qualquer um dos anos no SUG. Por exemplo, o ano com maior número de relatos de incidente no SUG corresponde a metade do número de incidentes relatados, em comparação à urgência australiana apesar do menor número de doentes admitidos.

Noutra investigação sobre notificações de incidentes num SU, num hospital com cerca de 108 mil admissões/ano, existiram cerca de 750 relatos de incidentes de segurança, onde cerca de 366 foram efetuados por enfermeiros (Aaronson et al., 2019). Constatámos que mais uma vez, o número de relatos de incidentes realizado pelos profissionais do SU era bastante superior ao do SUG. Ao identificar qual a classe profissional responsável pelo maior número de incidentes relatados no SUG, pudemos verificar que similarmente ao estudo previamente citado, também são os enfermeiros, os profissionais responsáveis por cerca de 85% da totalidade dos incidentes relatados.

NOTIFICAÇÕES POR CLASSE PROFISSIONAL					
Enfermeiro	Médico	Assistente Operacional	Assistente Técnico	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	Total
362	48	5	5	4	424

Tabela 2 - Distribuição de notificações de incidentes por classe profissional
Fonte: Elaboração própria

Foi relevante perceber também, que tipo de incidentes eram relatados pelos enfermeiros do SU. Ao realizarmos o tratamento dos dados sobre as notificações realizadas apenas pela equipa de enfermagem do SU em Excel®, constatámos que as ocorrências comunicáveis, ou seja, situações onde existiu um potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu qualquer incidente (WHO, 2009), foram o tipo de incidente mais notificado em todos os anos, correspondendo a 73% do total de incidentes notificados pelos enfermeiros.

INCIDENTES NOTIFICADOS POR ENFERMEIROS

INCIDENTE	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Evento Adverso Grave	-	1	-	4	-	1	6
Evento Adverso	7	17	16	10	10	7	67
Evento Sem Dano	3	4	3	7	2	1	20
Ocorrência Comunicável	22	23	34	123	33	31	266
Quase Evento	-	1	1	1	-	-	3
Total	32	46	54	145	45	40	362

Tabela 3 - Número de incidentes notificados por enfermeiros

Fonte: Elaboração própria

Os eventos adversos são o segundo tipo de incidentes mais notificados pelos enfermeiros do SU (19%).

As situações relacionadas com Recursos/Gestão Organizacional (47%) foram o tipo de ocorrências comunicáveis mais notificadas pelos enfermeiros.

OCORRÊNCIA COMUNICÁVEL	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Administração Clínica	-	1	1	7	8	10	27
Comportamento	-	-	2	7	1	1	11
Dieta/Alimentação	1	-	-	2	-	1	4
Dispositivo/Equipamento Médico	2	5	2	19	4	4	36
Documentação	-	1	-	1	-	-	2
Documentação (identificação incorreta)	-	-	-	-	-	-	0
Infraestrutura/Edifício/Instalações	-	-	-	8	2	-	10
Medicação/Fluídos IV	-	-	-	3	-	1	4
Medicação/Fluídos IV (LASA)	-	-	1	-	-	-	1
Processo/Procedimento Clínico	-	-	1	29	10	5	45
Recursos/Gestão Organizacional	19	16	27	47	8	9	126
Total	22	23	34	123	33	31	266

Tabela 4 - Ocorrências comunicáveis notificadas pelos enfermeiros

Fonte: Elaboração própria

As Quedas de doentes foram o tipo de evento adverso mais notificados pelos enfermeiros (30%), seguindo-se de situações relacionadas com Dispositivos/Equipamento Médico (18%) e Recursos/Gestão Organizacional (18%).

EVENTO ADVERSO	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Acidente do Doente	-	1	-	-	1	-	2
Administração Clínica	1	-	1	-	-	-	2
Comportamento	-	-	-	-	1	1	2
Dispositivo/Equipamento Médico	-	-	11	1	-	-	12
Infeção associada aos cuidados de saúde	1	7	-	-	-	-	8
Medicação/Fluídos IV	-	-	-	-	1	-	1
Processo/Procedimento Clínico	1	1	1	3	-	-	6
Queda de Doente	3	1	1	4	7	4	20
Recursos/Gestão Organizacional	1	7	2	2	-	-	12
Úlceras por Pressão (GPTF)	-	-	-	-	-	2	2
Total	7	17	16	10	10	7	67

Tabela 5 - Eventos adversos notificados pelos enfermeiros

Fonte: Elaboração própria

Os eventos sem dano foram o terceiro incidente mais notificado pelos enfermeiros do SU, sendo que foram predominantemente situações relacionadas com Dieta/Alimentação (20%) e Recursos/Gestão Organizacional (20%).

EVENTO SEM DANO	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Administração Clínica	-	1	-	1	1	-	3
Comportamento	-	-	-	1	-	-	1
Dieta/Alimentação	1	2	1	-	-	-	4
Dispositivo/Equipamento Médico	-	-	-	-	-	-	-
Infraestrutura/Edifício/Instalações	-	-	-	2	-	-	2
Processo/Procedimento Clínico	1	-	-	1	-	1	3
Queda de Doente	-	-	1	1	1	-	3
Recursos/Gestão Organizacional	1	1	1	1	-	-	4
Total	3	4	3	7	2	1	20

Tabela 6 - Eventos sem dano notificados pelos enfermeiros

Fonte: Elaboração própria

Em relação aos eventos adversos graves relatados pelos enfermeiros, podemos observar que cerca de 33% das situações que provocaram algum tipo de dano grave ao doente estiveram relacionadas com um Processo/Procedimento Clínico.

EVENTO ADVERSO GRAVE	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Queda de Doente	-	-	-	-	-	1	1
Comportamento	-	-	-	1	-	-	1
Processo/Procedimento Clínico	-	-	-	2	-	-	2
Recursos/Gestão Organizacional	-	-	-	1	-	-	1
Dispositivo/Equipamento Médico	-	1	-	-	-	-	1
Medicação/Fluídos IV	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	1	-	4	-	1	6

Tabela 7 - Eventos adversos graves notificados pelos enfermeiros

Fonte: Elaboração própria

O *near miss* ou quase-evento é o incidente menos relatado pelos enfermeiros do SU, correspondendo a cerca de 1% do número total de relatos realizados pelos enfermeiros. Houve apenas uma notificação de *near miss* em cada um dos anos 2018, 2019 e 2019, relacionadas, respetivamente, com Dispositivo/Equipamento médico, Dieta/Alimentação e Infraestruturas/Edifício/Instalações.

QUASE EVENTO	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Dieta/Alimentação	-	-	1	-	-	-	1
Dispositivo/Equipamento médico	-	1	-	-	-	-	1
Infraestrutura/Edifício/Instalações	-	-	-	1	-	-	1
Processo/Procedimento Clínico	-	-	-	-	-	-	-
Queda de Doente (acidentes do doente)	-	-	-	-	-	-	-
Recursos/Gestão Organizacional	-	-	-	-	-	-	-
Total	-	1	1	1	-	-	3

Tabela 8 - Quase eventos notificados pelos enfermeiros do SU

Fonte: Elaboração própria

De forma sucinta concluímos que os enfermeiros do SU notificam frequentemente situações relacionadas com Recursos/Gestão Organizacional, algumas com risco de dano para o doente, outras com dano efetivo no doente e outras sem qualquer dano. E que existia um baixo número de notificações de incidentes de segurança no SUG.

Após a identificação desta necessidade, foi realizada uma entrevista exploratória não estruturada com o enfermeiro orientador, enfermeira dinamizadora do GIARC e enfermeira gestora do SU, e confirmada a necessidade de fortalecer a cultura de segurança da equipa,

nomeadamente no que diz respeito à não culpabilização do erro e à sensibilização sobre a importância da notificação de incidentes no SU. Verificámos também através de algumas entrevistas exploratórias não estruturadas com a equipa de enfermagem, que existiam bastantes dúvidas, nomeadamente na tipologia de incidentes relacionados com a segurança do doente, assim como na complexidade e tempo despendido no preenchimento do formulário de relato de incidentes existente no CH.

Perante estes dados, definimos como problema: Importância da Notificação de Incidentes de Segurança no Serviço de Urgência Geral. E expusemos a temática do projeto ao enfermeiro orientador, enfermeiro gestor e enfermeira dinamizadora do GIARC do SU através de uma entrevista não estruturada, que confirmaram a pertinência do tema.

Para suportar a escolha desta temática e o diagnóstico de situação utilizámos a análise SWOT, acrónimo para *Strengths* (forças), *Weakness* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças). O método SWOT é um dos métodos mais utilizados no planeamento estratégico de projetos (Von Kodolitsch et al., 2015). E é caracterizado por estar alicerçado em quatro pilares fundamentais, como o reconhecimento das fraquezas, a prevenção das ameaças, a identificação das forças e a deteção das oportunidades através da confrontação dos fatores positivos (*Strengths* e *Opportunities*) e negativos (*Weakness* e *Threats*) de carácter interno (*Strengths* e *Weakness*) ou externo (*Opportunities* e *Threats*) criando uma matriz. Assim sendo, as primeiras estão inseridas nos fatores positivos, sendo que as forças são de carácter interno e as oportunidades têm carácter externo. Quanto às fraquezas e ameaças, estas estão relacionadas com os fatores negativos, em que as fraquezas são de carácter interno e as ameaças são de carácter externo (Ruivo et al., 2010).

FORÇAS	FRAQUEZAS
• Área de investigação de interesse pessoal; • Consentimento e colaboração da enfermeira chefe do SU, dos enfermeiros gestores do risco clínico (coordenação e locais) e dos orientadores de estágio; • Custos formativos baixos; • Ganhos em saúde associados à otimização de recursos existentes e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.	• Rotatividade da equipa de enfermagem; • Equipa de enfermagem jovem e inexperiente; • Serviço com problemas de sobrelotação e complexidade nos circuitos do doente; • Equipa de enfermagem desmotivada e exausta como consequência do excesso de trabalho/sobrelotação do SU; • Falta de conhecimento da equipa de enfermagem relativamente à pertinência da temática abordada; • Escassez de registos de enfermagem e relatos de incidentes de segurança por falta de tempo durante as dinâmicas.
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
• Projetos de melhoria de qualidade de cuidados hospitalares; • Temática inerente às competências do enfermeiro especialista; • Promover o aumento de relato de incidentes de segurança, como ponto de partida para melhorar processos e dinâmicas no SU; • Desenvolvimento de padrões de qualidade na praxis da equipa de enfermagem;	• Mudanças na gestão central/reestruturação organizacional; • Baixa adesão da equipa ao preenchimento dos questionários SAQ; • Tempo reduzido para a realização do projeto.

Tabela 9 - Análise SWOT

Fonte: Elaboração própria

Esta ferramenta foi bastante útil na identificação de fatores-chave e na sua organização através de uma matriz para criar estratégias de desenvolvimento de projetos de melhoria (Eizaga Rebollar et al., 2020). Assim, sabendo que um dos aspetos que confere sucesso aos sistemas de

relato de incidentes é a cultura de segurança presente nas organizações, e que um incidente pode ser uma oportunidade de aprendizagem, ao invés de servir como base para impor responsabilização e atribuir culpa (WHO, 2020b), considerámos que a promoção da cultura de segurança no SU passaria pela sensibilização sobre a importância da notificação de incidentes.

2.4.3 Definição de Objetivos

A segunda etapa da metodologia de projeto foi a definição de objetivos, essencial e definidora para a planificação e desenvolvimento do mesmo (Ruivo et al., 2010).

Os objetivos permitem definir os resultados que se pretendem atingir. Estes podem ser gerais, com carácter mais abrangente e complexo, onde estará indicado o que o formando deverá ser capaz de atingir após o seu percurso formativo; ou específicos, esmiuçando os indicadores dos conhecimentos e aptidões que o formando deverá ser capaz de atingir ao longo do seu processo formativo, através de uma matriz concreta e mensurável (Mão-de-Ferro, 1999; Ruivo et al., 2010). Isto é, os objetivos específicos serão o resultado da subdivisão de um objetivo geral em indicadores de conhecimento mais elementares.

Deste modo, e baseado no diagnóstico de situação descrito anteriormente, foi delineado como objetivo geral: Contribuir para a promoção da cultura de Notificação e Segurança do Doente na equipa de enfermagem do SUG.

Desconstruindo este objetivo geral em termos mais concretos e específicos, garantindo mais objetividade e a possibilidade de o alcançar, foram definidos como objetivos específicos:

- Avaliar a cultura de segurança da equipa de enfermagem do SU;
- Conhecer a experiência de notificação de incidentes de segurança da equipa de enfermagem do SU;
- Elaborar uma proposta de formulário simplificado de notificação e relato de incidentes;
- Realizar formação em serviço sobre a importância do Relato de Incidentes de Segurança do doente, de modo a incentivar os enfermeiros à realização de relatos/notificações de incidentes de segurança;
- Aumentar o número de relatos/notificação de incidente de segurança.

2.4.4 Planeamento e Execução

A terceira etapa desta metodologia é o planeamento, onde se descreve um plano estruturado e detalhado para atingir os objetivos pré-definidos, delineando as estratégias e atividades a

serem desenvolvidas, assim como os recursos a utilizar e potenciais condicionantes e limitações (Ruivo et al., 2010). É nesta fase que se traça o cronograma, necessariamente adaptável e dinâmico (Fortin, 1999; Ruivo et al., 2010), com as etapas de metodologia de projeto e a respetiva calendarização de atividades propostas, que integrou o PIP. Este foi apresentado e devidamente validado com a professora orientadora e posteriormente em sessão conjunta de apresentação dos projetos com todos os docentes.

A execução corresponde à quarta etapa, onde é colocado em prática tudo o que foi planeado nas etapas anteriores. É a etapa mais profícua e exigente no desenvolvimento de competências, onde são esperados resultados de aprendizagem que darão resposta aos problemas identificados (Ruivo et al., 2010), sendo por isso considerada uma fase de transformação. Nesta fase é possível a recolha de informação ou dados que contribuam para a resolução do problema (Castro & Ricardo, 1993), como é o caso da aplicação do questionário *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) – *Short Form* e de questões sobre a experiência de notificação de incidentes de segurança no SU, com o objetivo de recolhermos mais informação para compreendermos melhor o problema identificado.

Estas duas fases são semelhantes às fases dois, três e quatro do MMPBE, onde se determinam estratégias e após a seleção e identificação da melhor evidência disponível, esta é transferida para a prática sendo geradora de mudança (Larrabee, 2009).

Como instrumento de recolha de informação foi definido o questionário SAQ – *Short Form*, versão traduzida e validada para a população portuguesa desde 2006, e como participantes deste projeto todos os enfermeiros que constituíam a equipa do SU do CH, sem exceção, sendo todos os outros grupos de profissionais de saúde do SU excluídos. Este questionário de preenchimento voluntário via digital, através da aplicação Microsoft Forms®, tinha como objetivo avaliar a cultura de notificação e segurança do doente dos enfermeiros e promover o seu envolvimento neste projeto (APÊNDICE I). É uma das ferramentas mais utilizada e rigorosamente validada para medir a cultura de segurança do doente entre os prestadores de cuidados de saúde (Saraiva & Almeida, 2017). Identifica as necessidades, barreiras de segurança e possíveis deficiências no ambiente clínico motivando intervenções de melhoria da qualidade e redução de erros médicos (McGuire et al., 2012). É um questionário relativamente curto, de preenchimento rápido (versão *Short Form* 2006), constituído por 36 itens que englobam 6 dimensões (ambiente de trabalho em equipa, ambiente de segurança, satisfação no trabalho, reconhecimento do stress, perceção da gestão e condições de trabalho), que concluem a primeira parte do instrumento. Na segunda parte estão presentes informações

adicionais relativas aos dados dos profissionais (género, função, área de atuação e tempo de exercício no serviço) (Sexton et al., 2006). As respostas a cada um dos 36 itens seguem uma escala *Likert* de cinco pontos: discordo totalmente (1), discordo parcialmente (2), indiferente (3), concordo parcialmente (4) e concordo totalmente (5). A pontuação final do instrumento varia de 0 a 100, onde 0 representa a pior perceção e 100 a melhor perceção de cultura de segurança (Saraiva & Almeida, 2017).

Para facilitar a análise sobre a experiência de utilização do formulário de relato de incidentes de segurança e a frequência de notificações de incidentes por parte da equipa de enfermagem, adicionámos quatro questões fechadas no final do inquérito, sobre a quantidade de relatos efetuados pelos enfermeiros, tempo consumido e possíveis dúvidas durante a realização do mesmo (APÊNDICE II).

Atendendo a este processo de recolha de dados inerente ao desenvolvimento do PIP numa organização de saúde, foi necessário uma validação e autorização. Desta forma, foi formalizado um pedido de submissão da proposta do PIP ao Conselho de Administração [CA] e ao Gabinete de Investigação e Desenvolvimento [GID] do CH (APÊNDICE III) a 30 de outubro de 2022, com o conhecimento do enfermeiro orientador e enfermeira gestora do SU. Foi obtido o parecer favorável do CA e GID para desenvolvimento do PIP a 10 de novembro de 2022 (ANEXO I).

Tendo em conta as linhas orientadoras da Norma 015/2013 da DGS atualizada em 2015 (DGS, 2015a) em relação às questões éticas intrínsecas durante a recolha de informação, foi elaborado um documento para declaração de consentimento informado, de aceitação livre e esclarecida sobre o preenchimento do questionário (APÊNDICE IV). Os dados recolhidos foram exclusivamente para uso neste projeto, e foi tida sempre em conta a confidencialidade e privacidade conforme o Regulamento Geral da Proteção de Dados (DRE, Lei nº 58/2019), salvaguardando os princípios éticos inerentes a este tipo de estudos.

A amostra foi constituída pela equipa de enfermagem do SU do CH que colaborou de forma livre e esclarecida no preenchimento do questionário SAQ – *Short Form* e na resposta às questões finais sobre a experiência de utilização do formulário de relato de incidentes de segurança em vigor no CH e a frequência de notificações de incidentes previamente realizada (n=38). O conhecimento de algumas características da população-alvo foi importante para compreendermos melhor os seus objetivos de aprendizagem, o seu *background* e sua experiência, de forma a facilitarmos o seu processo de evolução e aprendizagem (Pinto, 2003).

A aplicação do questionário ocorreu durante um período de quatro semanas entre novembro e dezembro de 2022. Foram recebidas 38 respostas, o que representou uma taxa de resposta de aproximadamente 36% do número total de enfermeiros da equipa do SU.

A amostra foi constituída maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino (79%). Relativamente à idade, cerca de 47% dos enfermeiros da amostra teriam entre 20 e 30 anos, e cerca de 39% teriam entre 31 e 40 anos.

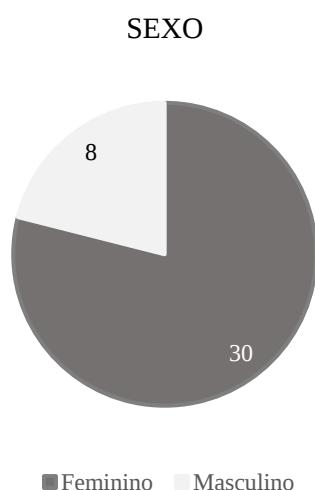


Gráfico 1 - Distribuição por sexo
Fonte: Elaboração própria

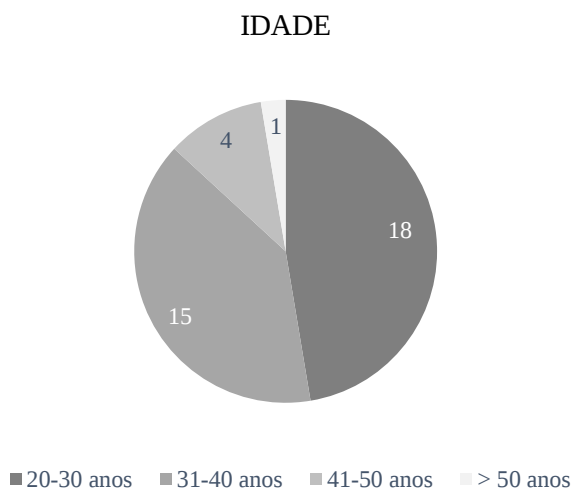


Gráfico 2 - Distribuição por idade
Fonte: Elaboração própria

A maioria da amostra exerce há mais de dez anos (42%), porém verificámos um considerável número de enfermeiros com experiência profissional entre um e três anos (26%).

Cerca de metade dos enfermeiros trabalham no SU há um período entre 5 e 20 anos (50%), o que significa segundo Benner (2001) que poderá ser uma amostra de enfermeiros peritos na área da urgência/emergência.

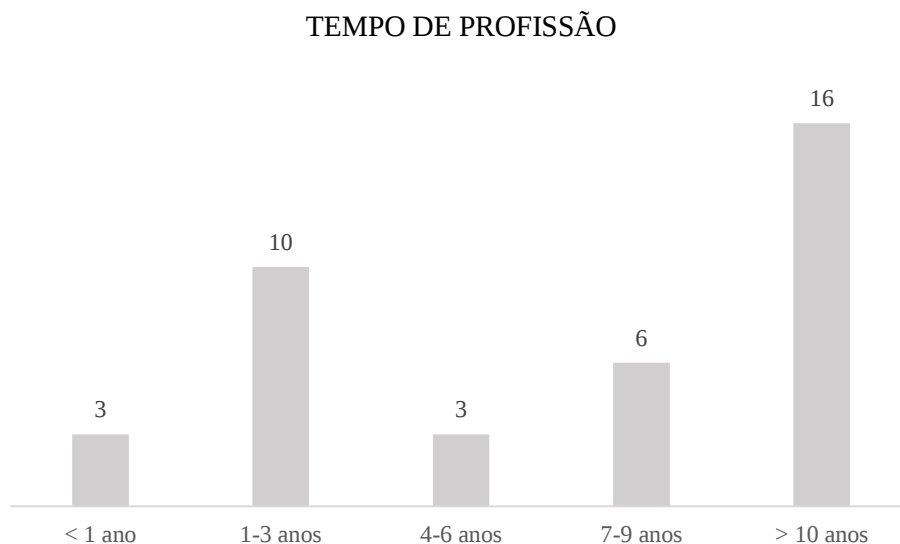


Gráfico 3 - Distribuição por tempo de exercício profissional
Fonte: Elaboração própria

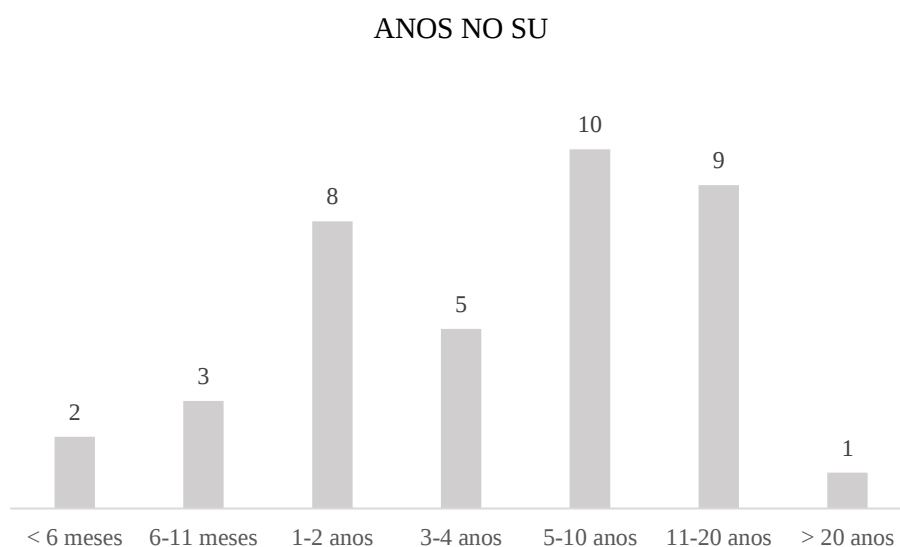


Gráfico 4 - Distribuição por tempo de exercício profissional no SU
Fonte: Elaboração própria

É fundamental conhecer o formando e a fase de desenvolvimento em que este se encontra, e para isto foi fundamental a análise dos dados obtidos através dos questionários aplicados. Só existirá aprendizagem significativa quando o objeto em estudo é apresentado através de uma

estrutura lógica, com conceitos relevantes apresentados de forma inclusiva e clara para os formandos (Moreira & Masini, 2009). As estratégias de aprendizagem e a perceção da informação são variáveis e pessoais, dependendo da forma como a situação de aprendizagem é apresentada e dos instrumentos escolhidos (verbais, visuais e/ou tácteis). Assim, foi importante definir métodos e técnicas que fossem ferramentas válidas e facilitadoras da aprendizagem durante a sessão de formação (Pinto, 2003) sobre a importância da notificação de incidentes de segurança. Tendo em conta que a amostra era constituída na sua maioria por enfermeiros com alguma maturidade profissional, preparámos uma formação com espaço para a partilha de experiências e *brainstorming* como ferramentas facilitadoras da aprendizagem de conceitos e processos. A utilização de métodos e técnicas de aprendizagem diversificados permitiu ativar diferentes estratégias de aprendizagem. A seleção deste método teve em conta as características da nossa amostra e esteve relacionada com o estímulo à participação ativa dos formandos e o desenvolvimento de competências em grupo, diminuindo a monotonia (Baptista, 2007) de uma sessão de formação puramente expositiva.

2.4.4.1 Atividades e Estratégias desenvolvidas

No sentido de executar um planeamento sistematizado e detalhado, foram identificadas as estratégias/atividades a desenvolver, com o intuito de atingir cada um dos objetivos específicos propostos, assim como os recursos necessários.

Objetivo - Avaliar a cultura de segurança da equipa de enfermagem do SU.

Atividades e Estratégias Planeadas:

- Pesquisa bibliográfica nas diferentes bases de dados científicas sobre cultura de segurança.
- Elaboração de um documento de declaração de consentimento informado, de aceitação livre e esclarecida e anexado ao questionário a ser aplicado à população de enfermeiros.
- Aplicação do questionário de avaliação de cultura de segurança do doente (SAQ – *Short Form*) através da aplicação Microsoft Forms®.
- Análise das respostas dos questionários em formato Excel®.
- Análise da consistência interna das respostas, utilizando o *Statistical Package for Social Science for Windows*® (SPSS).
- Pedido de colaboração do Enfermeiro Gestor do GIARC do CH, para disponibilização de dados sobre os relatos de incidentes do SU.

- Análise retrospectiva dos dados sobre os relatos de incidentes realizados pela equipa de enfermagem do SU entre 2017 – 2022, fornecidos pelo GIARC do CH.

Recursos Humanos:

- Enfermeiro responsável pela Orientação Clínica, Docente Orientadora, Enfermeiro Gestor do GIARC do CH, Enfermeira Gestora e Enfermeiros do SU.

Recursos Materiais e Tecnológicos:

- Bibliografia pesquisada e selecionada nas diferentes bases de dados científicas sobre cultura de segurança.

- Computador e dispositivos com acesso à internet.

- Aplicação Microsoft Forms®.

- Aplicação Excel®.

- Aplicação SPSS®.

Indicador de Avaliação:

- Identificação do grau e dimensões da cultura de segurança da equipa de enfermagem do SU.

A identificação da cultura de segurança do doente da equipa de enfermagem do SU foi extremamente importante, na medida em que através deste processo de recolha de dados houve um envolvimento da equipa de enfermagem, quer pelos que colaboraram diretamente nele, quer pelos que refletiram sobre as práticas de cuidados mais seguras. Esta reflexão e levantamento de questões por parte da equipa, exigiu a localização da melhor evidência disponível, tal como é preconizado pelo MMPBE (Larrabee, 2009), servindo de base para a mudança da prática. Esta colheita de dados, foi uma ferramenta muito útil para chegarmos a conclusões sobre a cultura de segurança da equipa, mas também para a criação de futuras estratégias para a aumentar.

Objetivo - Conhecer a experiência de notificação de incidentes de segurança da equipa de enfermagem do SU.

Atividades e Estratégias Planeadas:

- Pesquisa bibliográfica nas diferentes bases de dados científicas sobre notificação de incidentes de segurança do doente.

- Elaboração de um documento de declaração de consentimento informado, de aceitação livre e esclarecida e anexado ao questionário a ser aplicado à população de enfermeiros.

- Utilização de quatro questões fechadas no final do SAQ, sobre a experiência de notificação de incidentes de segurança da equipa de enfermagem do SU, através da aplicação Microsoft Forms®.

- Análise das respostas às questões em formato Excel®.

Recursos Humanos:

- Enfermeiro responsável pela Orientação Clínica, Docente Orientadora, Enfermeiro Gestor do GIARC do CH, Enfermeira Gestora e Enfermeiros do SU.

Recursos Materiais e Tecnológicos:

- Bibliografia pesquisada e selecionada nas diferentes bases de dados científicas sobre notificação de incidentes de segurança.

- Computador e dispositivos com acesso à internet.

- Aplicação Microsoft Forms®.

- Aplicação Excel®.

Indicador de Avaliação:

- Identificação das principais dúvidas durante o processo de notificação e motivos da não notificação de incidentes de segurança pela equipa de enfermagem do SU.

O conhecimento sobre a experiência de notificação de incidentes de segurança que a equipa de enfermagem detinha foi fundamental para perceber quais as estratégias mais eficazes para fomentar o processo de notificação de incidentes entre os enfermeiros do SU. Assim, através das respostas às questões sobre a experiência de notificação foi possível perceber as principais dúvidas sentidas durante este processo, assim como os principais motivos que levam os enfermeiros a não notificar. Estas informações foram também relevantes, servindo de base para a elaboração da proposta de novo Formulário de notificações de incidentes e na preparação da sessão de formação realizada à equipa de enfermagem.

Objetivo - Elaborar uma proposta de Formulário simplificado de notificação e relato de incidentes.

Atividades e Estratégias Planeadas:

- Reunião com o Enfermeiro Gestor responsável pelo GIARC do CH, explanado a temática a ser tratada e solicitada autorização para submissão de proposta de novo formulário de relato de incidente de segurança do doente, a qual foi também aceite.

- Análise sobre a experiência de utilização do formulário de relato de incidentes em vigor e a frequência de realização de relatos de incidentes de segurança por parte da equipa de enfermagem.

- Realização de pesquisa bibliográfica acerca dos processos e sistemas de notificação de incidentes de segurança e as suas características.

- Pesquisa sobre acessibilidade e ergonomia do formulário, orientada à arquitetura de informação do mesmo, em evidência disponível no site do *Nielsen Norman Group* [NNG].

- Realização de um novo formulário de relato de incidentes de segurança no Adobe Illustrator® (APÊNDICE V).

- Apresentação da proposta de formulário ao Enfermeiro responsável pela Orientação Clínica, Enfermeiro Gestor responsável pelo GIARC do CH, Enfermeira Dinamizadora do GIARC no SU e à equipa dos Enfermeiros.

Recursos Humanos:

- Enfermeira responsável pela Orientação Clínica, Enfermeiro Gestor responsável pelo GIARC do CH, Enfermeira Dinamizadora do GIARC no SU e Enfermeiros do SU.

Recursos Materiais e Tecnológicos:

- Bibliografia pesquisada e seleccionada sobre como criar e otimizar formulários no *Nielsen Norman Group*.

- Aplicação do Adobe Illustrator®.

- Aplicação Excel®.

Indicador de Avaliação:

- Realização um novo formulário de notificação de incidentes em formato digital.

Através das respostas da amostra de enfermeiros foi possível identificar as fragilidades do formulário e do processo de notificação de incidentes de segurança realizados pelos enfermeiros do SU. O conteúdo do formulário de notificação de incidentes em vigor no CH estava de acordo ao preconizado pela Classificação Internacional para a Segurança do Doente ou *International Classification for Patient Safety* (WHO, 2009), porém segundo a equipa de enfermagem o seu *layout* pouco intuitivo e a sensação de processo complexo de submissão dificultavam a prática frequente de relatos de incidente. Assim, foi realizada uma pesquisa sobre acessibilidade e ergonomia de formulários, baseada em fundamentos para projetar formulários úteis e eficazes, através de publicações do NNG, peritos mundiais em investigação baseada na experiência do utilizador (NNG, 2016; NNG, 2018). Desta forma, e seguindo o enunciado por Larrabee (2009),

procurámos a melhor evidência científica sobre otimização de formulários, com o objetivo de simplificar o preenchimento do formulário já existente. A apresentação do formulário simplificado de notificações de incidentes foi feita à equipa de enfermagem, ao GIARC e às chefias do SU, acabando por envolver os vários *stakeholders* neste processo de otimização da notificação de incidentes. A presença e representação de todos os *stakeholders* acabou por ser fundamental na efetividade e êxito de um projeto (Larrabee, 2009).

Objetivo - Realizar formação em serviço sobre a Importância do Relato de Incidentes de Segurança do Doente, de modo a incentivar os enfermeiros na realização de relatos/notificações de incidentes de segurança.

Atividades e Estratégias Planeadas:

- Pesquisa bibliográfica nas diferentes bases de dados científicas sobre cultura de segurança e notificação de incidentes de segurança.
- Análise dos resultados sobre a caracterização demográfica da amostra da equipa de enfermagem do SU que colaborou no preenchimento do questionário, com o objetivo de definição de estratégias de sensibilização sobre a temática.
- Colaboração na elaboração de relatos de incidentes-padrão no SU (incidentes frequentes: sobrelotação, etc.) (ANEXO II).
- Sensibilização informal da equipa de enfermagem durante a prática clínica, sempre que houvesse oportunidade para refletir sobre segurança do doente e importância dos relatos de incidentes.
- Recolher evidência científica sobre a temática, através da realização de uma revisão sistemática da literatura sobre “Fatores que influenciam a Notificação de Incidentes em Contexto Hospitalar”.
- Reunião com a enfermeira responsável pela Formação em Serviço e enfermeira dinamizadora do GIARC no SU, pedindo a sua colaboração na divulgação da sessão de formação na equipa de enfermagem.
- Planeamento da Sessão de Formação com o tema “Importância do Relato de Incidentes de Segurança” (APÊNDICE VI).
- Realização de cartaz informativo sobre a sessão de formação (APÊNDICE VII).
- Realização de uma sessão de formação em serviço, com colaboração da enfermeira do GIARC sobre a importância da notificação de incidentes de segurança (APÊNDICE VIII).

- Gravação e edição da sessão de formação em serviço no SU sobre a Importância da Notificação de Incidentes de Segurança, para divulgação digital para toda a equipa de enfermagem (APÊNDICE IX).

- Avaliação da Sessão de Formação aos enfermeiros.

Recursos Humanos:

- Enfermeiro responsável pela Orientação Clínica, Docente Orientadora, Enfermeira Responsável pela Formação em Serviço, Enfermeira Dinamizadora do GIARC no SU, Enfermeiro Gestor do GIARC do CH, Enfermeira Gestora e Enfermeiros do SU.

Recursos Materiais e Tecnológicos:

- Aplicação PowerPoint®.

- Aplicação Teams®.

- Computador.

- Ecrã de exibição.

- Sala de Reuniões do SU.

Indicador de Avaliação:

- Apresentação do Plano de Sessão de Formação.

- Apresentação do cartaz de divulgação da Sessão.

- Apresentação de Vídeo de Sessão de Formação.

- Apresentação da avaliação da Sessão de Formação.

- Elaboração de um relato de incidente-padrão do SU com a equipa de enfermagem.

- Realização de uma revisão sistemática da literatura sobre “Fatores que influenciam a Notificação de Incidentes em Contexto Hospitalar”.

- Assistência à formação (presencial/*online*) de pelo menos 50% do número de enfermeiros que colaboraram no projeto através do preenchimento dos questionários assistam à formação (presencial/*online*).

Sabendo que a cada etapa do processo de prestação de cuidados está inerente um risco e que cada profissional terá o dever de o minimizar (WHO, 2021), foi importante refletir informalmente em equipa durante a prática clínica acerca da necessidade de mudança para uma prática mais segura e qual o papel dos enfermeiros como agentes promotores da segurança de todos os *stakeholders*. Nesta fase, foi também fundamental divulgar à equipa a comparação dos dados do SU sobre segurança com dados externos, tal como aconselha o MMPBE (Larrabee, 2009).

Os enfermeiros do SU criaram como estratégia de otimização de notificações de incidentes, com a aprovação do Enfermeiro Gestor do GIARC, três relatos de incidentes-padrão pré-preenchidos, com temáticas frequentes e importantes no SU como duplicação de tempos de espera para primeira observação e tempo de permanência de doentes em ambulatório superior a 24 horas. Ao colaborarmos na elaboração destas notificações de incidentes-padrão, otimizamos o processo de relato e a importância das notificações na promoção da prestação de cuidados seguros, assim como enfatizámos a relevância das ações de melhoria ou plano de ação para evitar a reiteração do incidente.

A sessão de formação sobre a importância da notificação foi uma das atividades mais importantes deste projeto, pois permitiu um espaço de partilha de dúvidas e conhecimentos por parte de todos os *stakeholders* (enfermeiros e enfermeira gestora do SU, enfermeiro responsável pela orientação clínica, docente orientadora, enfermeiro gestor do GIARC do CH).

Com o objetivo de conhecer os desafios existentes à prática da notificação de incidentes descritos na literatura, foi recolhida evidência científica recente sobre a temática. O que facilitou a realização de uma revisão sistemática da literatura através das orientações do *Joanna Briggs Institute* e a realização de um artigo científico.

Objetivo - Aumentar o Número de Relatos/Notificação de incidente de segurança.

Atividades e Estratégias Planeadas:

- Todas as atividades anteriormente descritas.
- Pedido de colaboração ao Enfermeiro Gestor do GIARC do CH, para disponibilização de dados sobre os relatos de incidentes do SU relativos ao período do termino do PIP (janeiro/fevereiro 2023).
- Análise entre o número de relatos de incidentes de segurança feitos pelos enfermeiros entre janeiro/fevereiro de 2022 (antes do projeto) e janeiro/fevereiro de 2023 (após o projeto).

Recursos Humanos:

- Enfermeira responsável pela Orientação Clínica, Docente Orientadora, Enfermeiro Gestor do GIARC do CH, Enfermeira Gestora e Equipa de Enfermagem do SU.

Recursos Materiais e Tecnológicos:

- Aplicação Excel®.
- Aplicação do Adobe Illustrator®.
- Aplicação PowerPoint®.

- Aplicação Teams®.
- Computador e ecrã de exibição.
- Sala de Reuniões do SU.

Indicador de Avaliação:

- 50% de aumento das notificações de incidentes no final do projeto de intervenção profissional (janeiro/fevereiro de 2023).

A notificação de incidentes de segurança deverá ser uma ferramenta de total transparência, com o principal objetivo numa aprendizagem coletiva de prevenção de incidentes (WHO, 2021). Assim, tendo em conta o objetivo geral do PIP, consideramos que através de um aumento no número de notificações de incidentes pela consciencialização da sua importância na promoção de uma prestação de cuidados mais seguros, haverá um impacto positivo na cultura de segurança do doente da equipa de enfermagem.

2.4.5 Avaliação dos Resultados

As últimas etapas da metodologia de projeto implicam a análise e reflexão através da comparação entre os objetivos propostos e os atingidos, utilizando uma análise sistemática da situação, dos objetivos e das atividades definidas, assim como a análise dos resultados obtidos (Ruivo et al., 2010). Esta etapa segue lado a lado com a quinta etapa do modelo teórico de Larrabee (2009), onde é realizada a avaliação através da análise dos respetivos resultados que induzem ao desenvolvimento de conclusões e recomendações.

Objetivo - Avaliar a cultura de segurança da equipa de enfermagem do SU.

Indicador de Avaliação:

- Identificação do grau e dimensões da cultura de segurança da equipa de enfermagem do SU.

Através das respostas ao SAQ foi construída uma base de dados relativa à avaliação das diferentes dimensões de cultura de segurança da equipa de enfermagem do SU em Excel® e posteriormente, feita a sua análise.

Foram recebidas um total de 38 respostas, o que traduz uma taxa de colaboração de cerca de 36% dos enfermeiros do SU. Se por um lado, a participação da equipa em atividades de pesquisa, promove o desenvolvimento pessoal, profissional e melhora a qualidade da prática de enfermagem da mesma (Larrabee, 2009), por outro uma equipa desmotivada não terá interesse

no envolvimento em intervenções de promoção da segurança (Wong et al., 2021). Apoiando-nos na literatura para justificar a pouca adesão ao preenchimento dos questionários, podemos concluir que regra geral, a maior parte das intervenções de promoção da segurança do doente feita pelos gestores, é implementada verticalmente de cima para baixo, exigindo uma postura passiva dos profissionais prestadores de cuidados, estando também uma cultura de segurança relacionada fraca na base de uma baixa adesão no envolvimento neste tipo de projetos (Wong et al., 2021).

Os resultados do SAQ sobre a avaliação da cultura de segurança da amostra, evidenciam que a equipa de enfermagem tem uma baixa cultura de segurança (59,3%). Observamos também que em média, a dimensão que obteve maior número de respostas positivas foi o reconhecimento do stress (86%), seguido do ambiente de trabalho em equipa (67%), da satisfação no trabalho (64%), do ambiente de segurança (63%), das condições de trabalho (54%) e por último a perceção da gestão (42%).

Dimensão SAQ	%
Ambiente de Trabalho em Equipa	67,3
Ambiente de Segurança	63,5
Satisfação no Trabalho	64,3
Reconhecimento do Stress	86,0
Perceção da Gestão	41,6
Condições de Trabalho	54,4
Global	59,3

Tabela 10 - Avaliação da Cultura de Segurança na equipa de enfermeiros do SU
Fonte: Elaboração própria

Através do *Alpha de Cronbach* no SPSS® foi possível averiguar a consistência interna das respostas aos questionários. Obteve-se um valor 0,906 traduzindo uma consistência excelente.

A criação de uma base de dados é uma parte importante do plano para a mudança na prática, pois fornecerá indicadores de monitorização e análise sobre o processo de mudança, assim como dados importantes para *benchmarking* e condução de investigação futura (Larrabee, 2009).

Pelo referido, tendo em conta o indicador de avaliação planeado, consideramos ter atingido este objetivo específico.

Objetivo - Conhecer a experiência de notificação de incidentes de segurança da equipa de enfermagem do SU.

Indicador de Avaliação:

- Identificação das principais dúvidas durante o processo de notificação e motivos da não notificação de incidentes de segurança pela equipa de enfermagem do SU.

Para a realização deste objetivo descrito em epígrafe foram analisadas as repostas colhidas sobre a experiência de utilização do formulário de relato de incidentes em vigor e a frequência de realização de relatos de incidentes de segurança por parte da equipa de enfermagem, através de quatro questões fechadas. Pudemos verificar que a maioria dos enfermeiros da nossa amostra (71%) já teria feito pelo menos um relato de incidente, sendo que destes, a maioria fez mais de duas notificações de incidentes (89%), e apenas três realizaram apenas um relato (11%).

JÁ FEZ ALGUM RELATO DE INCIDENTE?

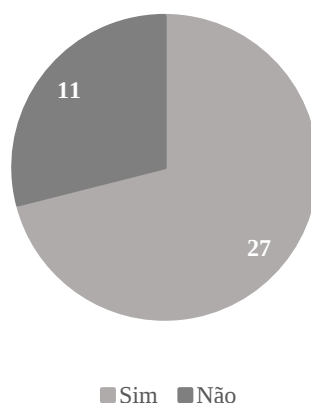


Gráfico 5 - Distribuição do número de enfermeiros segundo a realização de relatos de incidente
Fonte: Elaboração própria

SE SIM, QUANTOS?

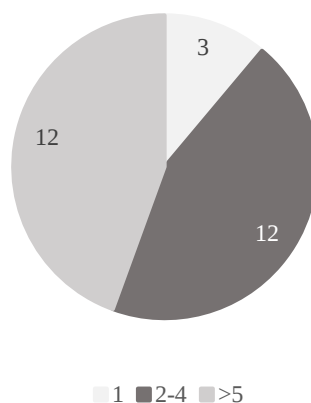


Gráfico 6 - Distribuição do número de enfermeiros segundo o número de relatos de incidente realizados

Fonte: Elaboração própria

Em relação ao tempo de preenchimento do formulário de relato de incidente em vigor, a maioria (63%) refere despendar menos de 15 minutos no seu preenchimento.

TEMPO DE PREENCHIMENTO DO RELATO

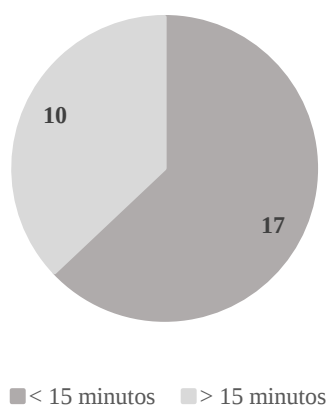


Gráfico 7 - Distribuição do número de enfermeiros segundo o tempo despendido a relatar um incidente

Fonte: Elaboração própria

Durante o preenchimento do formulário de relato de incidente em vigor, a maioria dos enfermeiros referiu ter dúvidas neste procedimento (70%).

SENTIU DÚVIDAS NO PREENCHIMENTO?

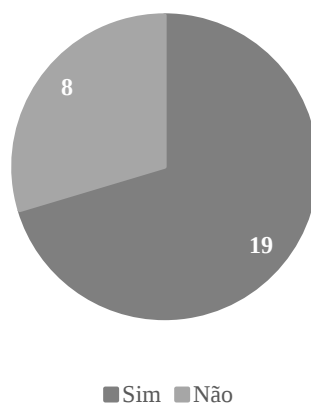


Gráfico 8 - Distribuição do número de enfermeiros segundo as dúvidas no preenchimento do formulário de relato de incidente
Fonte: Elaboração própria

As dúvidas recaem principalmente no preenchimento do formulário (56%), no encaminhamento (37%) e no impacto da resposta/feedback do relato de incidente (33%).

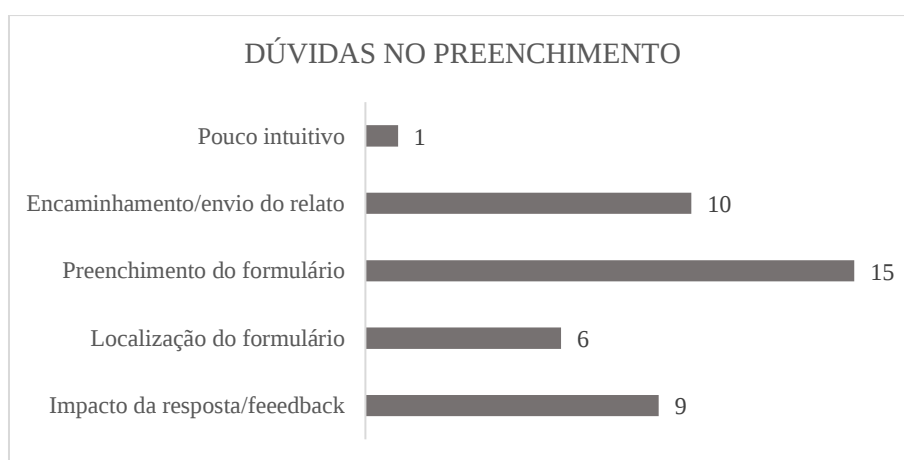


Gráfico 9 - Distribuição do número de enfermeiros segundo o tipo de dúvidas no preenchimento do formulário de relato de incidentes
Fonte: Elaboração própria

Os enfermeiros que nunca realizaram relatos (29%), referiram como principais motivos a falta de tempo e a sensação de perda de tempo ao realizar a notificação de incidentes. Destes, o mais frequente foi a falta de tempo, correspondendo a quase metade das causas (48%). Os outros motivos apontados para a não realização de relatos de incidentes foram: relatos realizados pela chefia, exaustão após o turno, erros no formulário do questionário.

SE NUNCA FEZ UM RELATO, PORQUÊ?

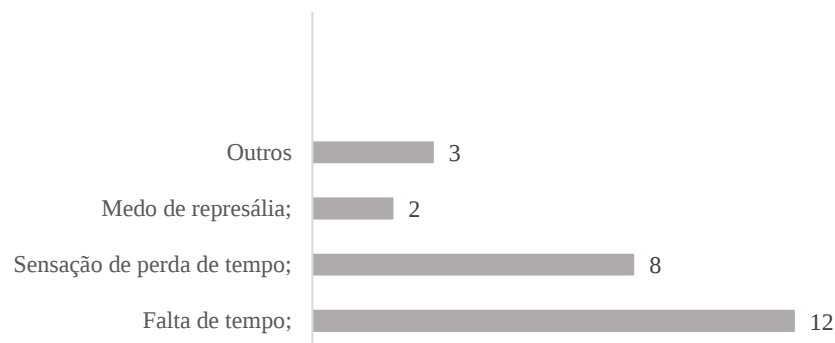


Gráfico 10 - Distribuição do número de enfermeiros segundo o motivo para não relatar
Fonte: Elaboração própria

Estes dados contribuíram para a identificação da perceção sobre a importância da notificação de incidentes no SU, o que foi essencial não só para identificar aspetos a melhorar no formulário de relato de incidentes em vigor do CH, assim como identificar com base na nossa amostra, o grau de conhecimento da população-alvo sobre a temática e planear a sessão de formação de forma a potenciar a aprendizagem sobre segurança do doente e a importância da notificação de incidentes de segurança no SU.

Objetivo - Elaborar uma proposta de Formulário simplificado de notificação e relato de incidentes.

Indicador de Avaliação:

- Realização um novo formulário de notificação de incidentes em formato digital.

Foi elaborada uma proposta de um formulário de relato de incidentes com base na melhor evidência disponível sobre otimização de formulários. Tendo em conta que o conteúdo do formulário estava adequado, focámo-nos apenas em potenciar a sua utilidade, tornando-o mais simples, por exemplo através do agrupamento visual de títulos e campos.

A proposta foi apresentada a toda a equipa de enfermeiros e enfermeira gestora do SU, bem como enfermeiro responsável pela orientação clínica, docente orientadora, enfermeira responsável pela formação em Serviço, enfermeira dinamizadora do GIARC no SU e enfermeiro gestor do GIARC do CH, ficando à sua consideração a sua utilização.

A notificação de incidentes é um instrumento de aprendizagem e um barómetro da cultura de segurança na equipa de cuidados de saúde. Logo, o novo formulário de relato de incidentes poderá ser uma ferramenta utilizada pela equipa para avaliar necessidades de mudança na prática, relativamente à minimização de incidentes de segurança através da notificação. Larrabee (2009) sugere logo na primeira etapa do MMPBE, que a utilização de ferramentas de trabalho utilizados pela equipa deve incluir um *brainstorming* estruturado e voto coletivo, o que significa um processo de adaptação do formulário pela equipa disciplinar orientada pelo GIARC, e posterior implementação do formulário no CH.

Tendo em consideração o objetivo específico proposto, julgamos tê-lo atingido.

Objetivo - Realizar formação em serviço sobre a Importância do Relato de Incidentes de Segurança do Doente, de modo a incentivar os enfermeiros na realização de relatos/notificações de incidentes de segurança.

Indicador de Avaliação:

- Apresentação do Plano de Sessão de Formação.
- Apresentação do cartaz de divulgação da Sessão.
- Apresentação de Vídeo de Sessão de Formação.
- Apresentação da avaliação da Sessão de Formação.
- Elaboração de um relato de incidente-padrão do SU com a equipa de enfermagem.
- Realização de uma revisão sistemática da literatura sobre “Fatores que influenciam a Notificação de Incidentes em Contexto Hospitalar”.
- Assistência à formação de pelo menos 50% do número absoluto de enfermeiros que colaboraram no projeto através do preenchimento dos questionários assistam à formação (presencial/online).

Com o objetivo de determinar quais os fatores que influenciam a notificação de incidentes de segurança do doente numa população adulta, em ambiente hospitalar, desenvolvemos uma revisão sistemática da literatura. Recorrendo à metodologia PICO, estabeleceu-se a questão “Que fatores influenciam (problema) a notificação de incidentes (intervenção) na segurança do doente (resultados) em contexto hospitalar?”, e seguindo as orientações do *Joanna Briggs Institute*. Foi uma experiência de aquisição de conhecimentos e competências profissionais e académicas tal como refere Larrabee (2009), motivando outros profissionais a seguir um

caminho similar. O artigo de revisão sistemática da literatura e o seu resumo (APÊNDICE X) foram enviados para uma revista científica, aguardando-se resposta da submissão para publicação (ANEXO III).

Através da colaboração na elaboração de dois relatos de incidentes-padrão do SU otimizámos o processo de relatos de incidentes considerados frequentes pelos enfermeiros EMC-PSC e enfermeiros peritos do SU. Tal como defende o MMPBE, cabe à equipa de PBE após explicar e informar os *stakeholders* sobre as mudanças da prática (neste caso sobre a importância das notificações de incidentes na promoção da segurança de todos), colaborar na integração e manutenção da mudança na prática (Larrabee, 2009). Este momento foi também importante, pois serviu para sensibilização e reflexão sobre a importância que as sugestões de ações corretivas/plano de ação para evitar repetição do incidente possuem na criação de estratégias para assegurar cuidados mais seguros.

Relativamente à sessão de formação, a sua divulgação foi realizada de forma digital pelos grupos media social de enfermeiros e através do correio eletrónico, em três ocasiões.

No planeamento inicial do PIP, propusemo-nos a realizar cerca de três sessões de formação. Tendo em conta a frequente situação de catástrofe do SU, com o seu encerramento para CODU devido à sobrelotação de doentes, a sobrecarga de cuidados implícita a enfermeiros que segundo a literatura estão com altas taxas de *burnout* (Fuente et al., 2018; Phillips et al., 2022) adaptámos a estratégia inicialmente planeada. Desta forma, já prevendo uma baixa adesão da equipa ao momento formativo, em vez de três sessões realizámos uma sessão presencial e *online* (através do Teams®), gravando-a e divulgando-a junto dos chefes de equipa, para estes realizarem a sua partilha com os restantes elementos da equipa de enfermagem de forma a alcançar um maior número de enfermeiros, não sobrecarregando o seu horário de trabalho. A apresentação em *PowerPoint*® e a gravação da sessão ficou disponível também em formato digital na pasta partilhada da equipa de enfermagem do SU.

No total estiveram formalmente presentes na formação (presencial/*online*) 20 enfermeiros, o que corresponde a cerca de 20% da equipa de enfermagem do SU, e mais de metade do número absoluto de enfermeiros que participou nos questionários sobre cultura de segurança e importância da notificação de incidentes.

A sessão de formação incidiu fundamentalmente sobre qual a realidade de notificação do SU, conceitos básicos de segurança do doente e o papel da notificação de incidentes, quais as características de um sistema de notificação e aprendizagem de qualidade e a apresentação do novo formulário de relato de incidentes. Este momento tal como já referimos, foi muito

interessante e extremamente rico em partilha de dúvidas, sugestões e reflexões entre os profissionais presentes relativamente a situações de segurança concretas vivenciadas no SU.

No final desta sessão, foi solicitada aos presentes, o preenchimento de um questionário de avaliação da formação e satisfação do formando (escala de 1 a 4, correspondendo o 1 a insuficiente, 2 a suficiente, 3 a bom e 4 a muito bom) (ANEXO IV), baseado no modelo em vigor e utilizado pelo CH.

Podemos verificar no quadro abaixo, o resultado global das respostas sobre a opinião e avaliação dos enfermeiros presentes na sessão, relativamente à sessão de formação e à avaliação da formadora.

AVALIAÇÃO DA AÇÃO	
Divulgação da ação	3,75
Apoio administrativo	3,72
Utilidade do tema	4,00
Objetivos da ação	4,00
Conteúdo/Estrutura da ação	3,95
Duração da ação	3,90
Instalações	3,50
Equipamentos e meios audiovisuais	3,60

Tabela 11 - Avaliação global da Sessão de Formação
Fonte: Elaboração própria

Em média, os formandos avaliaram a formadora em muito bom (4) em todos os aspetos avaliados:

AVALIAÇÃO DA FORMADORA	
Domínio dos conteúdos	4
Clareza da linguagem	4
Esclarecimento de dúvidas	4
Capacidade de motivação	4
Relacionamento com os formandos	4
Adequação do método pedagógico	4
Cumprimento de horários	4
Documentação de apoio	4

Tabela 12 - Avaliação da formadora
Fonte: Elaboração própria

A apreciação global média da sessão de formação foi de 3,96, entre o bom e o muito bom, o que nos leva a concluir que foi um objetivo concluído com pleno sucesso.

Foi uma boa oportunidade formativa com implicações práticas visíveis. No entanto, dada a elevada taxa de *burnout* e sobrecarga de trabalho dos profissionais, fatores que nos são alheios, o objetivo específico não foi totalmente atingido. Porém, de forma a contornar algumas limitações e reconhecendo a importância que uma formação adequada tem para uma mudança da PBE, criámos uma forma de apoio aos *stakeholders*, adaptada ao ritmo e aos padrões de trabalho da equipa (Larrabee, 2009), potenciando a concretização do objetivo pré-estabelecido.

Objetivo - Aumentar o número de relatos/notificação de incidente de segurança.

Indicador de Avaliação:

- 50% de aumento das notificações de incidentes no final da intervenção major (janeiro/fevereiro de 2023).

Segundo o MMPBE, os resultados e o feedback dos projetos de mudança baseados na evidência deverão ser robustos para persuadir e capacitar os *stakeholders* para a mudança. A colheita de dados sobre os *outcomes* finais, poderá fornecer informações úteis para avaliar o impacto da nova prática (Larrabee, 2009).

Após a aplicação e análise dos questionários aos enfermeiros, foi feita uma análise retrospectiva da tipologia dos relatos de incidentes realizados pela equipa de enfermagem entre janeiro/fevereiro de 2022 (antes da intervenção major) e janeiro/fevereiro de 2023 (durante e após a intervenção major).

Os resultados foram:

		2022		2023	
INCIDENTE	EVENTO	jan.	fev.	jan.	fev.
EA Grave	Queda Doente (acidentes do doente)	1	-	-	-
EA	Queda Doente (acidentes do doente)	2	-	1	1
	Comportamento	-	-	-	1
Evento s/ Dano	Queda Doente (acidentes do doente)	-	-	2	-
	Processo/Procedimento Clínico	-	-	-	-
Ocorrência Comunicável	Administração Clínica	3	1	4	24
	Dispositivo/Equipamento Médico	-	-	1	5
	Processo/Procedimento Clínico	4	1	1	3
	Comportamento	1	-	-	-
	Recursos/Gestão Organizacional	-	1	-	11
Total/mês		11	3	9	45
Total/ano		14		54	

Tabela 13 - Número de relatos de incidentes antes e depois do PIP

Fonte: Elaboração própria

Como podemos observar, após o projeto sobre a importância da notificação de incidentes no SU, ocorreu um aumento de quase quatro vezes nas notificações realizadas pelos enfermeiros do SU no mesmo período, em relação ao ano anterior. Isto demonstra que as atividades e estratégias desenvolvidas tiveram um impacto positivo na equipa de enfermagem.

Assim, este objetivo foi atingindo com sucesso. Adicionalmente, seguindo o pensamento de Larrabee (2009), se durante a avaliação dos resultados surgir uma oportunidade de existirem melhorias, devem ser identificadas as ações corretivas necessárias. Assim, julgamos que seria vantajoso um trabalho contínuo de sensibilização sobre cultura de segurança junto da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar.

2.4.6 Divulgação dos Resultados

A divulgação dos resultados é a etapa em que consiste a disseminação do projeto, do percurso desenvolvido para dar resposta a um determinado problema, sendo fulcral para o desenvolvimento de uma prestação de cuidados com maior qualidade (Ruivo et al., 2010). Esta etapa final cruza-se com a sexta etapa do modelo teórico de Larrabee (2009), onde após a avaliação dos resultados se criam recomendações que permitem integrar mudanças na prática.

A monitorização periódica dos resultados e a sua divulgação poderão dar origem a um ciclo sistemático de aprendizagem e adaptação de estratégias de melhoria contínua.

A sessão de formação sobre a importância da notificação foi uma das atividades mais importantes deste projeto, pois para além do já referido, possibilitou a divulgação da realidade de notificação de incidentes da equipa e a divulgação da proposta do novo formulário de notificações de incidentes. Reconhecendo a pertinência desta atividade, como estratégia de divulgação, foi disponibilizada a gravação da sessão de formação na pasta partilhada da equipa de enfermagem e divulgada a todos os enfermeiros pelos chefes de equipa, através das suas redes sociais. Assim, o sucesso da implementação de uma nova prática exige que todos os *stakeholders* tenham uma compreensão clara da mesma, sendo importante criar oportunidades para que todos aprendam detalhes sobre a nova prática e criem estratégias de adaptação à mesma (Larrabee, 2009). A proposta de novo formulário foi também divulgada ao GIARC, nomeadamente ao Enfermeiro responsável por este grupo e à Enfermeira Gestora do SU.

Todos os resultados do PIP irão ser divulgados posteriormente ao GID e ao GIARC, através deste relatório e de uma apresentação formal. Enfatizamos que estes resultados, nomeadamente os resultados da avaliação da cultura de segurança da equipa e as suas dimensões através do SAQ – *Short Form*, poderão possibilitar a criação de estratégias para a promoção da cultura de segurança no SU, em especial da equipa de enfermagem. Consideramos também, que a divulgação e reflexão sobre as fragilidades e vantagens das várias etapas de desenvolvimento do PIP, poderá constituir uma oportunidade para o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade, através da promoção da cultura de segurança do doente dirigida a todos os *stakeholders* no SU.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ser enfermeiro e cuidar em enfermagem exige um desafio constante na procura do saber, do saber fazer e do conhecimento, ou seja, o desenvolvimento de um leque de competências. Este capítulo final do RE explica o processo de aquisição de competências comuns, específicas e de Mestre ao longo dos dois momentos de estágio, tendo como referencial os critérios de atribuição do título de enfermeiro especialista (DRE, Regulamento n.º 140/2019), de EEEMC - PSC (DRE, Regulamento n.º 429/2018) e de mestre (DRE, Decreto-Lei n.º 65/2018).

Competências podem ser definidas como um corpo de conhecimentos e na capacidade de avaliação metódica das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada (DRE, Regulamento n.º 190/2015). É um saber de forma combinada e responsável, reconhecido por outros, implicando saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num determinado contexto profissional (Le Boterf, 2000).

Os enfermeiros especialistas, para além da verificação das competências enunciadas por cada especialidade de enfermagem, devem partilhar um conjunto de competências comuns, transversais a todos os contextos de prestação de cuidados (DRE, Regulamento n.º 140/2019). Assim, as competências comuns do enfermeiro especialista são partilhadas por todos os especialistas independentemente da sua 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” (DRE, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

As competências específicas do enfermeiro especialista “(...) 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” (DRE, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

Por fim, o grau de mestre é assegurado quando o estudante adquire “uma especialização de natureza académica com recurso à atividade de investigação, de inovação ou de aprofundamento de competências profissionais” (DRE, Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4164). As

competências relacionadas com o grau de mestre em enfermagem estão mapeadas no documento de apresentação do novo ciclo de estudos apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior e enquadradas inicialmente no Decreto-Lei n.º 74/2006 (Universidade de Évora [UE], 2015) atualmente revisto no Decreto-Lei n.º 65/2018. Estas competências compreendem o desenvolvimento de sete objetivos de aprendizagem, que vão desde (UE, 2015):

- Demonstrar competências clínicas numa determinada área especializada (desde o planeamento, prestação, gestão e supervisão);
- Promover a prática de enfermagem baseada na evidência, através do início, contribuição, desenvolvimento e divulgação de investigação;
- Ponderar sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais durante a integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações;
- Realizar o desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- Participar proactivamente em equipas e projetos multidisciplinares e intersectoriais;
- Realizar o diagnóstico, o planeamento, as intervenções e a avaliação da formação entre pares e colaboradores;
- Agregar formação, investigação e políticas de saúde, particularmente em enfermagem;
- Demonstrar competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Todas as competências referidas não são atingíveis de forma simples, exigindo uma reflexão crítica para a sua aquisição (Benner, 2001). Assim, a fim de cumprirmos este propósito, e tendo em conta que as competências de mestre em enfermagem estão relacionadas com as competências comuns e específicas do EEEMC-PSC, iremos abordá-las de forma integrada quando assim for conveniente e coerente.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências comuns do enfermeiro especialista compreendem quatro domínios (DRE, Regulamento nº 140/2019, p.4745): Responsabilidade profissional, ética e legal (A); Melhoria contínua da qualidade (B); Gestão de cuidados (C); e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (DRE, Regulamento n.º 140/2019, p.4745):

A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

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

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competências de Mestre em Enfermagem (UE, 2015, p.27):

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

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

Durante os momentos de estágio, para um “exercício seguro, profissional e ético” sentimos a necessidade de nortear a nossa tomada de decisão ética e deontológica através de recurso a conhecimentos ético-deontológicos, avaliação sistemática das melhores práticas, assim como uma *praxis* que respeita os direitos humanos e a individualização de cada situação de cuidados (DRE, Decreto-Lei n.º 140/2019, p. 4746). Por outras palavras, a prática de enfermagem está assente em princípios éticos e morais, deveres e regulamentos, que fazem parte da deontologia profissional (OE, 2015), que por sua vez, visa disciplinar esta profissão e estabelecer regras de orientação para a existência profissional (Nunes, 2011).

Assim, foi por nós considerado imprescindível e indissociável a este processo de aquisição e desenvolvimento de competências, uma revisão de documentos orientadores para a nossa prática, tais como: os conteúdos abordados no âmbito da UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem e na mobilização de conhecimentos para a realização do trabalho final da UC com o tema “Uma reflexão acerca da Autonomia e Autodeterminação no adulto”; a releitura da Declaração Universal dos Direitos do Homem; a revisão dos Decretos e Leis que regulam o exercício profissional de enfermagem (Decreto-Lei n.º161/96, Decreto-Lei n.º104/98 alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015); firmar e refletir sobre os princípios da deontologia profissional (OE, 2015); assim como, as normas e os procedimentos que orientam a prática de cuidados nos serviços onde tive oportunidade de estagiar (UCI e SU).

Os enfermeiros devem assumir comportar-se de forma responsável e ética, respeitando os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (DRE, Decreto-Lei n.º 161/96). No desempenho das suas funções, o enfermeiro tem uma responsabilidade civil, criminal, deontológica (de acordo com as regras estabelecidas pela sua classe profissional), ética (reflexão sobre o agir humano) e moral (sentido social).

Durante a construção do percurso profissional fomos interiorizando os princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão através da prática, reflexão e fundamentação teórica. Tendo em conta que a deontologia é um conjunto de deveres cuja finalidade é garantir a qualidade e a excelência do exercício em geral e na relação com outros profissionais (DRE, Lei n.º 156/2015). Podemos afirmar que o fim determinado da deontologia “cruza a dimensão da *praxis* em ambiente moral e os deveres concretos, comportamentos de natureza profissional ao serviço de um bem comum, fundado e decorrente do mandato social assumido” (Nunes, 2011, p. 196). Ou seja, uma prática de enfermagem deontologicamente assumida, passa pela “responsabilidade em zelar, guardar, proteger e defender os direitos das pessoas” (Nunes, 2011, p. 203), parte de princípios éticos e desenvolve-se através de princípios morais.

O enfermeiro deve alicerçar assim, os seus processos de tomada de decisão e as intervenções em princípios éticos e deontológicos, assim como em normas legais, de forma a assumir o respeito pelo indivíduo e pelos direitos humanos (DRE, Decreto-Lei n.º 140/2019).

No primeiro estágio, realizado em UCI, a adaptação foi mais célere pela semelhança com o nosso contexto profissional, potenciando as oportunidades de aprendizagem durante o estágio. A complexidade das situações admitidas em UCI exige muitas vezes uma proficiência durante a prestação de cuidados de enfermagem. Atualmente, devido aos avanços tecnológicos na área da saúde, temos como expectativa distanciar-nos do fim de vida (Kovács, 2014), experimentando por vezes, diversas situações saúde complexas que são vividas em contexto de UCI. O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) tem como um dos seus focos, fazer a análise sistemática dos problemas morais suscitados pelos avanços científicos na área da biologia e saúde em geral (DRE, Lei n.º 24/2009). Deste modo, sentimos a necessidade de refletir sobre questões que nos inquietaram. Se por um lado, os cuidados prestados nos cuidados intensivos são dotados de tecnologia e terapêutica de ponta, por outro podemos estar a prolongar uma situação de doença. Percebemos que o importante será colocar no doente, sempre que possível, o poder de decisão no seu processo de doença, tal como defende Estorninho e Macieirinha (2014) e ir ao encontro das suas expectativas enquanto pessoa nas suas diferentes dimensões. Estas situações exigiram reflexões que necessitaram de

considerações éticas bem definidas, através da identificação de princípios e valores divergentes, integrando dimensões do enquadramento jurídico, normativo e deontológico, para a estruturação de uma tomada de decisão devidamente fundamentada. Ou seja, as intervenções de enfermagem devem ser, e foram realizadas com a preocupação de garantia da defesa e da dignidade da pessoa humana e de nós próprios, enquanto Enfermeiro (DRE, Lei n.º 156/2015).

Outra situação que experienciámos durante o estágio em UCI e sabendo que os profissionais de saúde não podem esquecer a importância de o doente compreender a informação de que necessita para se autodeterminar em consciência. Durante a nossa prestação de cuidados a doentes com limitações na comunicação, devido à necessidade que sentimos em que o doente fosse informado quer da sua situação clínica, quer dos cuidados a serem prestados, utilizámos estratégias adaptadas para cada situação, de forma a respeitar o direito à informação. Na Lei nº 95/2019, onde se integra a Lei de Bases da Saúde, mais concretamente na Base II alínea e) e f), é reforçado este dever, quando salienta que todos os doentes têm direito a ser informados com informação adequada e completa sobre a sua situação e possíveis planos de cuidados, para poderem decidir livre e de forma esclarecida. Comunicámos através de uma comunicação oral simples e direcionada, ou por mimica, validando sempre se houve compreensão da mensagem, através da comunicação escrita (cartaz com imagens e palavras simples ou através de caneta e folha, se o doente tivesse capacidade para isso) ou mimica facial do doente.

No EF, a escolha do contexto de urgência/emergência esteve relacionada com a oportunidade de conhecer a dinâmica e a realidade de prestar cuidados à PSC neste contexto, contribuindo para o desenvolvimento de competências de prestação de cuidados a pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica de evolução rápida, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas em tempo útil e de forma holística (DRE, Regulamento 429/2018). Tratou-se de uma área de atuação onde impôs a mobilização de diversos conhecimentos necessários para antecipar situações complexas de doença de evolução rápida, de forma a permitir uma gestão adequada da prestação de cuidados e uma tomada de decisão pensada de forma holística e consciente. Tendo sempre em conta o respeito pela individualidade e interesses do doente, através de uma *praxis* baseada nos princípios éticos orientadores dos cuidados de enfermagem e na melhor evidência científica. A prestação de cuidados no EF foi muito focalizada na SR, e quer neste local como numa UCI, há alguma restrição de visitas de familiares/pessoas significativas. Um dos nossos objetivos como enfermeiros será a defesa da saúde e bem-estar do doente, que está ligado frequentemente ao

suporte emocional e familiar do mesmo. Durante o internamento numa UCI ou num SU, nomeadamente na SR, este suporte pode ficar comprometido. Assim, houve a necessidade de facilitar, sempre que a situação o permitisse e fosse benéfico, a presença da família junto dos doentes, quer por videochamada quer presencialmente. Gostaríamos de salientar que mesmo durante o nosso exercício profissional integrámos um grupo de profissionais do projeto “Mais Próximo de Ti”, desde maio de 2020 (ANEXO V). Este projeto consistiu num grupo de profissionais que de forma voluntária, promoviam a comunicação e a proximidade entre o doente internado e a sua família durante a pandemia num CH no centro de Lisboa (ICN, 2021).

Facilitar o envolvimento da família durante os estágios foi um exercício que exigiu a mobilização de vários saberes e conhecimentos, desde a leitura da Carta dos direitos do doente internado publicada pelo MS, assim como da lei que garante o direito ao acompanhamento dos doentes nos SU do Serviço Nacional de Saúde (DRE, Lei n.º 33/2009), de forma a prestarmos cuidados centrados no doente e na família, garantindo o respeito pelos seus direitos e o cumprimento dos princípios deontológicos que regem a prática de enfermagem.

Outro aspeto a mencionar no desenvolvimento de competências incluídas neste domínio é o respeito pelo direito à confidencialidade e ao consentimento livre e esclarecido, através da submissão do PIP ao Gabinete de Investigação e ao Conselho de Administração, assim como o pedido de consentimento informado à equipa de enfermagem antes do preenchimento dos questionários, sublinhando o direito à confidencialidade e ao anonimato dos seus dados pessoais, assim como carácter académico do projeto. Assim devemos manter o anonimato dos participantes em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade (OE, 2015), assim como respeitar o dever do sigilo ao considerar confidencial toda a informação do doente e família/pessoa significativa a quem presta cuidados durante os estágios e implementação do PIP (DRE, Lei n.º 156/2015).

Este domínio exigiu competências bem estruturadas em reflexões, que orientaram uma tomada de decisão e uma prática respeitadora dos princípios ético-legais e das orientações estabelecidas na deontologia profissional. Prumámos por uma prestação de cuidados com qualidade técnico-científica centrados no doente e família/pessoa significativa de forma individualizada mantendo sempre a preocupação da proteção e respeito dos princípios e valores do doente/família, bem como das suas escolhas, respeitando assim também a sua dignidade, autonomia e direito à sua autodeterminação.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (DRE, Regulamento n.º 140/2019, p.4745):

B - Melhoria contínua da qualidade

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria clínica.

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Competências de Mestre em Enfermagem (UE, 2015, p.27):

2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

5 – Participa de forma proativa em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

A qualidade e a segurança nos cuidados de enfermagem deve ser o *core* transversal a todos os enfermeiros durante a sua prática. O domínio da excelência no exercício da sua profissão através uma atualização continua dos seus conhecimentos técnicos e científicos, respeito pela vida, pela dignidade, pela saúde e bem-estar das pessoas, elegendo medidas e intervenções que objetivem e garantam a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, está na base dos princípios deontológicos de enfermagem (DRE, Lei n.º 156/2015). Assim, o enfermeiro especialista assume um papel catalisador no desenvolvimento e apoio de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e melhoria continua de práticas de qualidade – quer pela gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, quer pela *praxis* clínica baseada em evidência científica (DRE, Regulamento n.º 140/2019), sendo para isso fundamental a atualização de competências (DRE, Lei 156/2015). Integrar a PBE na prática clínica é uma condição necessária para a promoção de cuidados de saúde de alta qualidade e com custos mais baixos (ICN, 2012). Pois a PBE reúne um conjunto de atividades intencionais e facilitadoras,

desenhadas para envolver os *stakeholders* através da evidência científica, para sustentar a tomada de decisão e gerar uma melhoria de qualidade durante a prática clínica (Jordan et al., 2019; Larrabee, 2009).

A DGS reuniu o conhecimento mais atual acerca da segurança do doente, integrando e apelando à mobilização e ação de todos os *stakeholders* através do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (DGS, 2022).

Importa referir também que a Lei de Bases da Saúde demarca a segurança do dente como uma das dimensões fundamentais do direito à proteção da saúde, assim como determina que as pessoas têm direito a aceder a cuidados de saúde apropriados à sua situação em tempo útil, de forma digna e de acordo com a melhor evidência disponível, acompanhando as boas práticas de qualidade e segurança em saúde (DRE, Lei n.º 95/2019). Cabe ao EEEMC-PSC ser um dos principais promotores desta melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através do rigor e excelência da sua prática suportada por um quadro de referências para o exercício profissional (DRE, Regulamento n.º 361/2015).

Podemos referir que durante o nosso exercício profissional pudemos desenvolver algumas competências deste domínio, quer pela realização da uma investigação sobre segurança do doente com a temática “Deteção de Eventos Adversos *versus* *Global Trigger Tool* – uma abordagem” no âmbito da tese de mestrado em Gestão de Serviços de Saúde pelo Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa [ISCTE – IUL] (Oliveira et al., 2017), quer pela colaboração direta, como elemento externo do Gabinete de Segurança do Doente do CH onde exercíamos funções. Participámos no *2nd International Meeting on Patient Safety for New Generations of Healthcare Professionals*, organizado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa em parceria com o grupo de investigação *Quality Improvement* da NOVASaúde, onde apresentámos um poster sobre a temática da tese de investigação de mestrado, e publicámos o capítulo sobre a *Global Trigger Tool* no Guia Prático para a Segurança do Doente, publicado pela Lidel (Oliveira et al., 2021). Integrámos de 2010 a 2016 o grupo de Padrões de Qualidade – Úlceras por Pressão do CH onde exercíamos funções. Participámos também no II Congresso do Mestrado em Enfermagem – Enfermagem especializada desafios de mudança, em formato *online*, que incidiu sobre o futuro da formação especializada em enfermagem, num mundo profundamente em mudança e no Webinar – 3º Encontro de Gestores de Risco na Saúde. Elaborámos uma *newsletter* sobre *Burnout*: Uma barreira a cuidados seguros, alertando para os riscos do *burnout* durante os cuidados de saúde. Podemos acrescentar ainda, que realizámos uma revisão sistemática da

literatura, e posterior elaboração de artigo científico sobre “Fatores que influenciam as notificações de incidentes em contexto hospitalar”, seguindo as orientações do *Joanna Briggs Institute*, para conhecermos a mais recente evidência publicada sobre a notificação de incidentes e conhecermos os fatores e barreiras possíveis à sua prática, agora submetido a uma revista para possível publicação.

Todos estes momentos de profunda aprendizagem suportavam a intenção de uma prestação de cuidados mais segura e com maior qualidade, sendo uma mais-valia durante os estágios, ao lapidarem o nosso raciocínio crítico sobre a importância da segurança do doente e a qualidade dos cuidados.

A leitura de documentos sobre qualidade em saúde e segurança do doente, tais como Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) e Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (DRE, Regulamento n.º 190/2015) foi extremamente importante na aquisição de conhecimentos e reflexão de estratégias de promoção de segurança e qualidade durante os estágios e elaboração do PIP. Alicerçados a estes documentos, surgiram outros como *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* (WHO, 2021), Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (DRE, Despacho n.º 5613/2015), Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 (DGS, 2012) e a sua revisão e extensão, através do Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015b).

Durante os estágios tivemos a preocupação de conhecer em profundidade os projetos de melhoria contínua da qualidade presentes em ambos os contextos, pois só desta forma seria possível perceber a dinâmica de PBE existente nos locais, interesses e necessidades formativas identificadas pelas equipas. Através de reuniões com as enfermeiras gestoras, enfermeiras responsáveis da formação em serviço e enfermeiros orientadores clínicos pudemos refletir e reconhecer necessidades formativas e promover a qualidade e segurança dos cuidados através da melhor evidência disponível, e consequentemente divulgá-la através de formação.

No primeiro estágio, tivemos a oportunidade de realizar e apresentar à equipa um poster científico sobre Pneumonia Associada à Intubação (APÊNDICE XI). Mais tarde, apresentado nas VI Jornadas de Medicina Intensiva de um CH em Lisboa (ANEXO VI). Tal como defende Larrabee (2009) através da divulgação da mais recente de evidência científica sobre prevenção da pneumonia associada à intubação, houve reflexão e melhoria da prática baseada em evidência, contribuindo para cuidados mais seguros e com maior qualidade, através cumprimento de *bundles* de prevenção.

Durante este estágio fomos rigorosos na realização dos registos de enfermagem no SClinico® e na atualização da folha de ISBAR utilizada na UCI, promovendo uma comunicação eficaz da informação e, portanto, mais segura. O ISBAR é um acrónimo para *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações) e tem como objetivo a padronização da comunicação em saúde em situações de transição de cuidados, promovendo a segurança do doente. É uma ferramenta que deve ser utilizada por todos os prestadores de cuidados, independentemente do nível de cuidados (DGS, 2017a). Ou seja, através da mnemónica ISBAR é pretendido de forma simples a memorização da informação fundamental a ser transmitida entre equipas prestadoras de cuidados.

Durante o EF no SU houve uma necessidade muito vincada de procurar a melhor evidência científica de forma a conseguirmos dar uma resposta adequada em tempo útil aos doentes e contribuir para um raciocínio integrativo, crítico e baseado em evidência. A área do trauma foi onde esta necessidade foi mais sentida, pois correspondeu à área onde sentimos mais fragilidade de conhecimentos técnicos e científicos. Para dar resposta a esta lacuna revemos as *guidelines*, livros e documentos fornecidos durante os cursos de *International Trauma Life Support* (ITLS) e Suporte Avançado de Vida (SAV – *European Resuscitation Council*). Esta investigação e análise de conceitos e algoritmos permitiu ampliar o nível de conhecimento existente, sedimentando o conhecimento e capacitando-nos para uma prática mais segura, eficiente, em busca da excelência e maior qualidade nos cuidados, indo ao encontro do que defende Larrabee (2009).

Como elemento dinamizador do PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos) desde 2016 no CH onde exercíamos atividade profissional, tivemos a oportunidade de colaborar nas auditorias de Higienização das Mãos e Uso de Luvas no SU durante o EF, “contribuindo para melhoria da literacia e do conhecimento em prevenção e controlo de infeção e de resistências a antimicrobianos” (DRE, Despacho n.º 10901/2022, p. 99).

Tínhamos como preocupação desde o início do EF, a conceção do PIP como um projeto de melhoria continua da qualidade. Assim, o planeamento e execução do PIP pela sua temática, mas também pelo exercício que exigiu, contribuiu largamente para o desenvolvimento de competências do domínio da segurança do doente e melhoria dos cuidados prestados. Através da pesquisa de evidência necessária para a concretização de todas as etapas do PIP, da realização da sessão de formação (presencial/*online*) (APÊNDICE VIII) e posterior, edição e

divulgação do vídeo da sessão (APÊNDICE IX), da criação da proposta de formulário de notificações de incidentes (APÊNDICE V), que aguarda a consideração do Conselho de Administração do CH, mas com forte feedback positivo por parte da equipa de enfermagem do SU e do enfermeiro gestor responsável pelo GIARC, pudemos desenvolver as competências relacionados com este domínio.

Podemos afirmar que em ambos os estágios, tivemos uma *praxis* pautada por vários princípios, sendo um deles o da qualidade, frequentemente baseada na evidência, através de uma prestação de cuidados com rigor técnico e científico, realizados de forma humanizada com foco na individualidade da pessoa.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (DRE, Regulamento nº 140/2019, p.4745):

C - Gestão de cuidados

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

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

Competências de Mestre em Enfermagem (UE, 2015, p.27):

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

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE], aprovado em Decreto-Lei, determina que as intervenções realizadas pelos enfermeiros são autónomas e interdependentes. E “sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (DRE, Decreto-Lei n.º 161/96, p. 2961). E é também, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, que contribuem para a melhoria e desenvolvimento da prestação dos cuidados de enfermagem (DRE, Decreto-Lei n.º 161/96).

Podemos ainda referir que, o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo uma componente fulcral na obtenção de ganhos em saúde (DRE, Regulamento n.º 76/2018).

Em ambos os estágios, o enfermeiro orientador clínico assumia sempre o papel e funções de chefe de equipa ou responsável de turno, o que proporcionou a oportunidade de desenvolver este domínio de gestão de cuidados.

A função de responsável de turno recaía sempre a um enfermeiro especialista ou na sua ausência, a um enfermeiro perito na área de doente crítico. O enfermeiro perito possui um conhecimento profundo sobre a equipa multidisciplinar, mapeia as necessidades de todos os doentes e gere os recursos (humanos e materiais) à sua disposição, ou seja, funciona como um maestro numa orquestra de situações complexas, encarando todas as situações com respostas às necessidades existentes (Benner, 2001), possuindo, portanto, competências de gestão de cuidados.

Em ambos os estágios, o responsável de turno realizava a gestão de cuidados, otimizando as respostas da equipa de enfermeiros e assistentes operacionais, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, tal como é preconizado, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto (DRE, Regulamento n.º 140/2019).

No primeiro estágio, para além da função de chefe de equipa, a enfermeira orientadora assumia funções de segundo elemento da UCI nos turnos da manhã, pela sua larga experiência profissional em cuidados intensivos e papel de referência na equipa. Isto é, colaborava diretamente na gestão de horários, material e stock de medicação, e substituí-a enfermeira gestora na sua ausência. Este aspeto constituiu uma excelente oportunidade para colaborarmos diretamente em atividades de gestão de cuidados: pedidos de manutenção de equipamento (manutenção de camas, do ventilador portátil e de monitores); gestão de ausências de enfermeiros e assistentes operacionais, de forma a manter uma dotação segura e cuidados de qualidade; reposição do stock de medicação e o seu acondicionamento no armário dispensador de medicação, cumprindo condições de conservação e segurança do medicamento (fármaco correto, dosagem correta, via de administração correta).

Em ambos os estágios pude assistir e participar na reunião multidisciplinar, que decorria no início do turno da manhã:

- na UCI, a reunião era constituída pela enfermeira gestora, diretora de serviço e equipa de médicos.

- no SU, a reunião era constituída pela enfermeira gestora, equipa de apoio e gestão de altas (serviço social e enfermeiro especialista em saúde comunitária), diretor de serviço e a equipa de médicos.

Durante as reuniões eram discutidos casos clínicos, planeados os objetivos terapêuticos para cada doente internado, e no caso do SU, delineadas estratégias de otimização do circuito de doentes. O enfermeiro gestor no âmbito das suas competências, participava nas decisões da equipa multidisciplinar e tinha a função de elo de ligação com a restante equipa de enfermagem. Em ambos os estágios, após a reunião o enfermeiro gestor dirigia-se ao enfermeiro responsável e comunicava decisões terapêuticas e plano clínico para cada doente.

Ao colaborarmos com os enfermeiros orientadores nas suas funções de enfermeiro responsável, pudemos perceber a dificuldade conferida à gestão de situações complexas, muitas vezes com poucos recursos humanos e materiais, em especial no SU onde esta realidade era mais vincada. E a importância em adaptar o estilo de liderança à equipa, permanecendo atento às necessidades da mesma, com o objetivo de alcançar os melhores resultados possíveis. O SU pelas suas características (um espaço normalmente sobrelotado, com bastante afluência de doentes e diversidade de patologias, constituído por equipas de profissionais jovens e/ou muitas vezes cansadas, por vezes com insuficiente material, nomeadamente macas) pode constituir um grande desafio no que respeita à gestão de recursos. Consideramos que é preciso um elevado desenvolvimento de competências neste domínio para gerir de forma proficiente um SU.

Podemos também afirmar que o curso de mestrado em gestão de serviço de saúde realizado no ISCTE – IUL, considerado o melhor curso no ranking de *Business Schools* da Eduniversal (Eduniversal, n.d.), teve um contributo único no desenvolvimento deste domínio de competências, através de aprendizagens estruturantes na área da gestão e liderança em saúde (ISCTE – IUL, n.d.).

O envolvimento e o empoderamento da equipa são estratégias muito úteis de gestão e liderança como combate ao medo de mudanças. Durante a fase de planeamento do PIP solicitámos a colaboração da enfermeira dinamizadora do GIARC na implementação do projeto, não só como perita na área da segurança, mas também como ponte de ligação com a equipa, o que foi muito útil no planeamento de atividades e estratégias de implementação e também de divulgação do projeto. Outro exemplo de utilização desta estratégia foi o envolvimento de algumas jovens enfermeiras do SU com pós-graduação em Emergências Obstétricas, e a criação e gestão de um grupo com o objetivo da realização de uma sessão de formação sobre Ressuscitação Materna à equipa do SU (APÊNDICE XII), o que possibilitou

não só a promoção de boas práticas de ressuscitação a esta população específica, mas também de momentos de proximidade e empoderamento deste grupo.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (DRE, Regulamento nº 140/2019, p.4745):

D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Competências de Mestre em Enfermagem (UE, 2015, p.27):

2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista na sua área de especialidade.

O enfermeiro especialista para além de se apoiar em conhecimento válido e atual nos processos de tomada de decisão e intervenções, deve também assumir-se como facilitador e elemento ativo na área de investigação e aprendizagem, tendo sempre presente a importância da capacidade de se autoconhecer, como sendo um aspeto central na prática de enfermagem e hipótese de constituir um obstáculo no desenvolvimento de relações terapêuticas e multiprofissionais (DRE, Regulamento n.º 140/2019).

O autoconhecimento é uma competência essencial em enfermagem, pois condiciona o desenvolvimento da relação terapêutica entre o enfermeiro-doente e a prática de enfermagem (Rasheed et al., 2019), porém não existe evidência científica robusta sobre os níveis de autoconhecimento, instrumentos de avaliação de autoconhecimentos e a sua aplicabilidade (Rasheed et al., 2020). Por outro lado, tomar consciência das nossas características enquanto pessoas e enfermeiros, através da reflexão e *feedback* dos outros com quem nos relacionamos,

é elementar para identificarmos fragilidades que condicionem de forma importante o desenvolvimento pessoal e profissional (Phaneuf, 2005). Ou seja, o desenvolvimento pessoal e profissional correlaciona-se diretamente com o autoconhecimento acerca das características facilitadoras do nosso potencial.

Importa referir que os exercícios propostos na UC de Desenvolvimento Pessoal e Saúde Mental nos facultaram aspetos importantes sobre características pessoais e promoveram a reflexão e autocritica através do autoconhecimento que podem condicionar a prática de cuidados.

Tal como já foi referido, a escolha dos locais de estágio foi baseada em 14 anos de experiência profissional num CH do centro de Lisboa, sendo que alguns desses foram no exercício de funções em unidade de cuidados intensivos polivalentes durante a pandemia de infeção por SARS-CoV-2 e posteriormente, numa unidade centro de referência de transplante hepático e reno-pancreático nacional. Assim, escolhemos como momento de primeiro estágio uma UCI noutro CH de forma a conhecer outra realidade e outras dinâmicas, possibilitando uma necessidade de adaptação a uma nova realidade de cuidados, assim como um momento essencial para refletir sobre as diferentes dinâmicas de cuidados. Identificando como limitações a área da emergência/urgência, nomeadamente do trauma, sentimos que seria mais vantajoso o EF ser nesta área, surgindo como uma grande oportunidade de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. Para dar resposta a esta lacuna e por fazer parte da UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 4, frequentámos com aproveitamento e revimos os princípios dados durante os cursos de *International Trauma Life Support* (ITLS) (ANEXO VII) e Suporte Avançado de Vida (SAV – *European Resuscitation Council*) (ANEXO VIII). Estas atualizações de conhecimentos através do SAV e do ITLS, assim como a leitura de artigos recentes publicados sobre *guidelines* de avaliação, reanimação e tratamento de doente sujeitos a trauma foram fulcrais durante a *praxis* clínica, nomeadamente na SR durante a admissão deste tipo de doentes, para uma prestação de cuidados individualizada, segura e de qualidade baseada numa prática fundamentada e com rigor científico (Larrabee, 2009).

Ambas as experiências, quer em UCI quer no SU foram benéficas no desenvolvimento de competências essenciais para uma prática especializada. A reflexão sobre as experiências vividas ao longo da vida profissional e nos estágios, atribuiu-lhes diretamente um sentido. Estas reflexões aliadas a uma prática frequente de autocritica e desenvolvimento do autoconhecimento, com o objetivo identificar possíveis limitações para dirigir a procura de evidência científica mais recente, possibilitou um sentimento crescente de destreza e adaptação

à prática ao longo dos estágios. Julgámos que este aspeto possa ter contribuído diretamente para uma maior confiança por parte da equipa multidisciplinar e uma fluidez na dinâmica de cuidados.

O enfermeiro deve assim, analisar com frequência o trabalho efetuado e identificar falhas que justifiquem uma mudança de atitude (DRE, Lei n.º 156/2015). Talvez por serem locais com elevados níveis de stress devido à complexidade das situações decorrentes de doença aguda, o espírito de equipa e entreaajuda era constante, facilitando a integração na mesma. Julgamos que o facto de procurarmos ter uma postura de promoção da partilha de sentimentos, dúvidas e informação baseada em evidência nos momentos oportunos, fomentou um ambiente informal, porém seguro e de partilha, onde houve validação de sentimentos e troca de experiências como forma de aprendizagem, sempre orientadas pela evidência. Reconhecendo que a experiência profissional nos trouxe competências de gestão de stress e de conflitos, essenciais para uma vivência saudável na realidade hospitalar, os momentos de estágio constituíram uma oportunidade de reflexão frequente e uma maior disponibilidade de autorreflexão e desenvolvimento de autoconhecimento. A reflexão com os orientadores clínicos durante a prática, também contribuiu largamente para o reconhecimento de boas práticas, necessidade de adaptação a dinâmicas de equipa e desenvolvimento de estratégias como forma de obtenção de cuidados de enfermagem com maior autoconsciência e com um impacto direto e positivo nos cuidados prestados.

Consideramos que quer a elaboração do poster no primeiro estágio, sobre Pneumonia associado à intubação, quer o desenvolvimento do PIP no EF exigiram o desenvolvimento de competências de investigação e de PBE. Através da pesquisa bibliográfica, da mais recente evidência que fundamentou a nossa sugestão de mudança da prática (Larrabee, 2009) sensibilizámos as equipas, quer no primeiro estágio para o cumprimento de *bundles* de prevenção da pneumonia associada à intubação, quer no EF para a importância da notificação de incidentes de segurança. Em ambos os momentos a intenção era a promoção de cuidados mais seguros e, portanto, com maior qualidade. Esta procura de cuidados de excelência baseados na evidência foi frequente. Fazendo recurso à autocrítica, identificámos algumas temáticas que necessitavam de atualização de conhecimentos e frequentámos cursos de Via Aérea Emergente, Nutrição no doente Crítico (ANEXO IX), Técnicas de Circulação Extracorporal (ANEXO X) e Neuromonitorização no doente crítico (ANEXO XI). Assim, como participámos nas VII Jornadas Técnicas da Medicina Intensiva em Lisboa (ANEXO XII), apresentando um E-poster sobre Pneumonia associada à Intubação.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Com a publicação do Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho foram revogados o Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro e o Regulamento n.º 188/2015 de 22 de abril, ficando definido o conjunto de competências especializadas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente da área de enfermagem à pessoa em situação crítica. O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em conjunto com o perfil de competências comuns do Enfermeiro Especialista, criam um enquadramento regulador e orientador da prática de enfermagem especializada e da mobilização de competências clínicas adequadas a cada alvo e contexto de intervenção (DRE, Regulamento n.º 429/2018).

O alvo na área de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, é tal como o nome indica, à pessoa cuja vida está ameaçada por risco de falência ou falência efetiva de uma ou mais funções vitais, e cuja sobrevivência dependerá de “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua”, “(...) permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (DRE, Regulamento n.º 429/2018, p. 19362).

Assim, existem três competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (DRE, Regulamento n.º 429/2018, p. 19360):

- 1 – Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- 2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- 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.

Reiterando o método utilizando previamente para a descrição, análise reflexiva e fundamentação do processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e de mestre, passaremos então à análise individual das competências específicas.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC (DRE, Regulamento n.º 429/2018, p. 19363):

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

Competências de Mestre em Enfermagem (UE, 2015, p.27):

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

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

O EEEMC – PSC deverá ser capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas de forma a responder em tempo útil e de forma holística às necessidades da pessoa em situações complexas de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa (DRE, Regulamento n.º 429/2018).

Assim, atendendo à importância de índole antecipatória e preventiva de potenciais focos de instabilidade e da resposta imediata de cuidados adequados e fundamentados à pessoa e família/pessoa significativa com um nível de vigilância, monitorização e terapêutico, proporcionais à gravidade da situação clínica, a abordagem da PBE foi de extrema relevância para otimizar a eficácia da prestação de cuidados ao doente crítico, com segurança e o com o melhor *outcome* possível para o doente. Os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso profissional, em especial na área dos cuidados intensivos e do doente em falência multiorgânica, assim como os conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica através das UC do Mestrado contribuíram diretamente para uma prestação de cuidados ao doente crítico mais sólida e preditiva.

Uma UCI é geralmente caracterizada por uma robustez tecnológica quer para abordagem terapêutica (através da substituição de órgão) quer diagnóstica e prognóstica (monitorização hemodinâmica invasiva e *scores* preditivos). O objetivo máximo da monitorização hemodinâmica é através da avaliação diagnóstica, assegurar uma perfusão tecidual adequada, evitando a hipoperfusão (Bigatello & George, 2002). Assim durante a nossa prática profissional desenvolvemos competências na execução de cuidados técnicos de elevada complexidade, no que respeita a procedimentos e cuidados de enfermagem mais habituais em contexto de cuidados intensivos, quer de diagnóstico e monitorização como procedimentos terapêuticos, tais como: avaliação do estado de consciência do doente através do índice bispectral (BIS) e o

nível de sedoanalgesia através da escala de RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*) ou de Ramsay; avaliação e monitorização da dor no doente ventilado através da *Behavioral Pain Scale* (BPS); apoio durante a entubação orotraqueal sob laringoscopia direta e indireta; realização de extubação orotraqueal; monitorização e vigilância de parâmetros ventilatórios, assim como cumprimento das *bundles* de prevenção de pneumonia associada à intubação; início e gestão de ventilação não invasiva e oxigenoterapia de alto fluxo; apoio em técnicas endoscópicas (broncofibroscopias, endoscopias digestivas altas, colonoscopias); colaboração na colocação/remoção de sonda de *Sengstaken-Blakemore*; colaboração na realização e manutenção de traqueotomias percutâneas e cirúrgicas; na colocação, manutenção e remoção de cateteres venosos centrais e cateteres de hemodiálise, cumprindo as *bundles* de prevenção de infeções da corrente sanguínea; colocação, manutenção e remoção de cateteres arteriais, assim como colheita de sangue para análises e gasimetrias e sua interpretação enquadrando no estado do doente; início, gestão e manutenção de técnicas de circulação extracorpórea (hemodiálise intermitente, SLEDD (*Sustained Low-Efficiency Daily Dialysis*), técnica de substituição renal contínua e plasmaferese); apoio na colocação, manutenção e remoção de drenagens torácicas e pleurais, assim como de vários drenos cirúrgicos; apoio na colocação/remoção de cateteres de monitorização hemodinâmica invasiva [*Swan-Ganz* e *PiCCO*® (*Pulse Contour Cardiac Output*)] assim como monitorização dos parâmetros a vigiar (pressão venosa central, avaliação contínua do débito cardíaco e do edema pulmonar, contratilidade cardíaca, etc); realização de tratamentos a feridas complexas; posicionamento de doentes em decúbito ventral; e também, transporte da pessoa em situação crítica intra-hospitalar (para meios complementares de diagnóstico e terapêuticos [nomeadamente Tomografia Computorizada (TC)] e realização de intervenções no Bloco Operatório (BO) e na Unidade de Radiologia de Intervenção) e extra-hospitalar (transferência para centros de referência ou realização de meios complementares de diagnóstico e terapêuticos que não existiam no polo hospitalar onde exercíamos funções, nomeadamente Ressonância Magnética). Os transportes de doentes em situação crítica são momentos com menor controlo ambiental e por isso mais desafiantes, que necessitam de uma forte rede de recursos gerida por equipas especializadas e treinadas, minimizando os riscos e promovendo a segurança de todos (Feth et al., 2023). A existência de *checklists* é útil para melhorar a segurança no transporte do doente crítico (Williams et al., 2020) e estavam presentes, quer no local da nossa prática profissional quer no contexto do primeiro estágio.

Aliado a esta obrigatoriedade de domínio de competências na prestação de cuidados, procedimentos e técnicas habituais em contexto profissional em UCI, tendo sempre como premissa a procura de cuidados baseados na evidência, realizámos o curso COVID19 – *Skills Preparation Course* (C19_SPACE) promovido pela *European Society of Intensive Care Medicine*, em contexto pandémico por SARS-CoV-2 de forma a conseguirmos dar a melhor resposta à pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica com este tipo de patologia.

Desta forma, o primeiro estágio em UCI constituiu fundamentalmente um exercício de adaptação a novas dinâmicas de cuidados e reflexão acerca dos mesmos à luz da mais recente evidência. O facto de alguns dispositivos médicos, tais como ventiladores portáteis e máquinas de circulação extracorporeal para realização de plasmaferese, serem distintos dos que conhecíamos da nossa prática profissional, provocou um sentimento de insegurança e algum receio, mas também um sentimento desafiador de aquisição de novos conhecimentos. Para dar resposta às necessidades sentidas e aos objetivos a que nos propusemos no estágio, realizámos a leitura de normas e protocolos existentes no serviço, de *guidelines*, efetuámos pesquisas bibliográficas dirigidas e apoiámo-nos nas explicações da enfermeira orientadora. Através destas estratégias sentimos um progressivo desenvolvimento de aptidões, uma maior segurança na utilização destes dispositivos e o cumprimento dos protocolos terapêuticos complexos. Ou seja, o desenvolvimento de competências está associado ao saber desenvolver um conjunto de intervenções técnicas, acompanhadas de conhecimento e capacidade de recolha e análise de informação, que orientam a tomada de decisão e a prática (Martins, 2017).

Ao longo do estágio tivemos oportunidade de colaborar também, numa broncofibroscopia com colheita de lavado broncoalveolar e na realização de uma traqueotomia percutânea a um doente com cerca de catorze dias de entubação orotraqueal. Apesar de serem técnicas familiares à nossa prática profissional, consistiram em momentos de aprendizagem em ambiente multidisciplinar e reflexão e confirmação sobre a importância do enfermeiro durante os procedimentos, quer no planeamento das etapas a realizar durante a técnica, como na monitorização do doente e na antecipação de possíveis complicações. Uma vez que a EEMI faz parte da UCI, tivemos a oportunidade de realizar uma saída com a nossa orientadora clínica, após uma chamada para o espaço comum para avaliar uma grávida de cerca de 16 semanas que sofreu uma lipotimia na entrada do hospital. Esta característica polivalente da EEMI foi bastante desafiante, motivando uma reflexão sobre as áreas do doente crítico onde sentíamos maior fragilidade, o que foi essencial para direcionarmos a procura e atualização de conhecimentos e

a revisão de protocolos de atuação na área do doente crítico. Tendo em consideração que o EF iria ser em contexto de urgência/emergência onde esta versatilidade de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica está bem presente, e onde teríamos de responder de forma célere a situações emergentes, antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica, prolongámos esta reflexão. Foi possível perceber que as áreas do doente crítico onde sentíamos maior fragilidade e necessitávamos de aprofundar conhecimentos, e rever protocolos de atuação seriam a área do trauma e da ressuscitação materna. Portanto, com o intuito de executar cuidados técnicos de alta complexidade em tempo útil e antecipar focos de instabilidade, beneficiámos largamente com a realização do curso do *International Trauma Life Support* e com a atualização de conhecimentos em Suporte Avançado de Vida da *European Resuscitation Council*. Durante o EF, tivemos a possibilidade de admitir diversas situações de trauma na SR, tais como a situação de um homem de 50 anos encontrado caído à porta do prédio, após aparente queda do primeiro andar, com Glasgow Coma Score (GCS) 15 no local, porém com descida para 13 na SR e confirmação de hematoma subdural bilateral com fratura da calote craniana após TC crânio. Foi fundamental sabermos a importância da avaliação sistemática do estado de consciência (com avaliação pupilar), a rigorosa monitorização da Tensão Arterial (evitando a hipotensão, mantendo sistólicas de 110 - 120 mmHg para assegurar perfusão cerebral), a elevação da cabeceira a 30 graus e a proteção da via aérea através da intubação orotraqueal, enquanto se agilizava a referenciação do doente para um centro neurocirúrgico.

Outra situação foi a de um ciclista de 70 anos, atropelado por um veículo ligeiro, que deu entrada com dor intensa no hemitórax direito, saturações periféricas de 88%, com o diagnóstico de pneumotórax à direita. Foi colocada drenagem torácica à direita, otimizada analgesia e feita vigilância dos sinais vitais (sobretudo tensão arterial, padrão respiratório e saturações periféricas).

Poderíamos descrever muitas outras situações de trauma vivenciadas durante o estágio, porém fazemos questão de referir uma que pelo seu desfecho trágico nos marcou. Um jovem de 20 anos, vítima de trauma abdominal perfurante com arma branca. Deu entrada na SR com um GCS 15, com acentuada palidez cutânea, com trauma abdominal penetrante com evisceração, coberta com gaze húmida. Segundo informação dos profissionais do pré-hospitalar sem perdas hemáticas relevantes no local. Após passagem para a maca da SR, doente em paraplegia confirmada pela monitorização, com reversão após aplicação de murro precordial. Canalizado segundo acesso venoso em menos de 1 minuto e iniciada ressuscitação volémica com alvo de hipotensão permissiva e ida emergente para o BO, após confirmação com a

cirurgia. O doente acaba por falecer no BO em choque hipovolémico, por impossibilidade técnica em controlar foco hemorrágico com provável laceração de grande vaso. Esta situação originou uma profunda reflexão com o enfermeiro orientador clínico. Realizámos um *debriefing* da situação e houve espaço para a partilha de perspetivas e sentimentos. Esta situação surgiu naturalmente, mas foi essencial como estratégia de *coping* (Zheng et al., 2018).

Tendo em conta o panorama relativo ao encerramento das urgências de obstetrícia na região de Lisboa e Vale do Tejo e a possibilidade de receber uma grávida no SU, sentimos que precisávamos de adquirir conhecimentos sobre as principais emergências obstétricas e relembrar as considerações especiais na ressuscitação da grávida. Neste contexto, organizámos uma sessão de formação teórico-prática para a equipa multidisciplinar do SU, em colaboração com quatro colegas do SU com uma pós-graduação de emergências obstétricas. Como resultado, elaborámos um poster com os principais aspetos a ter em conta durante a ressuscitação materna que ficou afixado na SR (APÊNDICE XIII).

As patologias mais frequentes na UCI foram o choque séptico e/ou distributivo e infeções respiratórias com necessidade de ventilação mecânica invasiva, ou seja, situações que conduzem muitas vezes a situações de instabilidade hemodinâmica. A experiência resultante da nossa prática profissional foi sem dúvida uma mais-valia para prever antecipadamente o desenvolvimento de situações de instabilidade, permitindo uma prestação de cuidados célere e assertiva com o objetivo do melhor *outcome* possível para o doente. Em suma, prestámos cuidados à pessoa em situação emergente em ambos os contextos de estágio, identificando rapidamente focos de instabilidade através da demonstração de conhecimentos e habilidades de suporte avançado de vida e trauma, executando cuidados técnicos de alta complexidade.

Quer em ambos os estágios, quer na nossa prática profissional pudemos também, garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos, frequentemente suportados por normas e procedimentos de enfermagem que permitem aos enfermeiros prestarem cuidados baseados em evidência, de uma forma autónoma e uniformizada. São exemplos disso os algoritmos de SAV e os diferentes protocolos de atuação em trauma.

A literatura mostra que existe uma correlação positiva entre vários anos de experiência clínica e a tendência para seguir protocolos de orientação da prática clínica, com o objetivo de prestar cuidados de melhor qualidade (Bloomer et al., 2018).

No primeiro estágio em UCI utilizámos frequentemente o protocolo de nutrição entérica, o protocolo de controlo de glicémia e administração de insulina, assim como o protocolo de técnica de hemodiálise venovenosa contínua utilizando anticoagulação regional do circuito

extracorporal com solução de Citrato de Sódio a 4% e o protocolo de plasmaferese. No EF tivemos a oportunidade de utilizar o esquema de soroterapia e insulina num caso de cetoacidose diabética, o protocolo de administração de terapêutica Fibrinolítica (Alteplase e Tenecteplase) em situações de Acidente Vascular Cerebral isquémico (AVC), assim como o protocolo do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) antes de entrar na sala de hemodinâmica e o protocolo de administração de Acetilcisteína em casos de intoxicação por paracetamol. Gostaríamos de referir que tivemos a oportunidade de acompanhar um doente com EAM com supradesnivelamento do segmento ST á sala de hemodinâmica e permanecer durante o procedimento junto ao enfermeiro da sala, que explicou todas as etapas do mesmo.

Face à complexidade das situações vivenciadas pelo doente crítico, o controlo da dor e do sofrimento é mandatório. Assim, destacamos a necessidade mantida ao longo da nossa prática profissional e dos estágios, de uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, através de medidas farmacológicas e não-farmacológicas. Reconhecida como o 5.º sinal vital desde a circular normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003 (DGS, 2003), o controlo e a gestão da dor são processos complexos pela natureza individual e ampla variabilidade de início, perceção e tolerância (Devlin et al., 2018). Portanto, a dor em doentes com alterações do estado de consciência, comunicação comprometida, padrões de sono alterados, imobilidade prolongada ou procedimentos efetuados e dispositivos invasivos colocados, constitui um desafio ainda maior (Devlin et al., 2018) e deverá ser avaliada subjetivamente através de comportamentos. Quer durante a nossa prática profissional, quer durante o estágio em UCI, utilizámos frequentemente a *Behavioural Pain Scale* (BPS) para avaliar a dor e o desconforto dos doentes, de forma a otimizar o seu conforto (Payen et al., 2001). A dor era avaliada a cada 2h ou sempre que se justificasse, e os doentes com pontuação igual ou inferior a cinco eram considerados com um adequado controlo analgésico. Caso houvesse presença de dor eram aplicadas medidas farmacológicas de analgesia multimodal (Devlin et al., 2018), através de mudança de dosagem, ou introdução de analgésicos comuns como o paracetamol ou coadjuvantes como a gabapentina. A reavaliação era efetuada 10 a 15 minutos após o resgate, até a uma pontuação inferior a cinco.

No doente crítico as medidas não farmacológicas podem adquirir um papel secundário (Devlin et al., 2018), porém podem complementar a abordagem farmacológica multimodal e ser uma alternativa de baixo risco e custos (Golino et al., 2019). Relembremos uma situação de uma doente internada na UCI, no pós-operatório de uma laparotomia exploradora por peritonite com difícil desmame de sedoanalgesia, apresentando agitação psicomotora e fácies

de dor e a importância que a musicoterapia teve durante a realização dos cuidados de higiene e durante os posicionamentos. As intervenções não farmacológicas, por exemplo através da música, podem beneficiar os doentes internados em UCI, reduzindo a dor, ansiedade, frequência cardíaca e respiratória (Golino et al., 2019).

A dor está sempre presente no SU (Giusti et al., 2018), sendo que cerca de 70% dos episódios que levam uma pessoa ao SU estão relacionados com dor (Cordell et al., 2002), portanto a preocupação com o seu controlo e o bem-estar dos doentes esteve presente também durante o EF. Relembramos a importância da avaliação sistemática da dor e o seu controlo farmacológico, numa situação de trauma da bacia, num homem com história de uma queda de pé, de vários metros, com uma fratura instável da bacia. Nesta situação em conjunto com a equipa médica, foi otimizada a terapêutica analgésica recorrendo à avaliação sistemática da dor segundo a escala numérica, uma vez que o senhor tinha um GCS 15 e administrada analgesia de resgate para controlo sintomático, com posterior avaliação. Existe uma dificuldade real na gestão da dor num SU, porém é fundamental reconhecer a importância de uma avaliação correta para o seu adequado controlo (Giusti et al., 2018). Por último, salientamos a importância de realizar um registo rigoroso das avaliações da dor e das medidas de controlo farmacológicas e não farmacológicas, no processo de gestão da dor.

A comunicação é um dos princípios que sustenta a qualidade da prestação de cuidados em enfermagem (Pereira et al., 2013). Sendo o instrumento principal para a criação e manutenção de uma relação terapêutica entre enfermeiro-doente, assente num vínculo de empatia e confiança que traz valor à prestação de cuidados (Phaneuf, 2005), especialmente em situações que existe risco de vida.

Uma comunicação eficaz, com significado e intenção entre doentes, família/pessoa significativa e profissionais de saúde é uma característica imperativa e pragmática para uma experiência positiva do doente (Blackburn et al., 2019) e na construção de uma relação terapêutica. Em contexto de UCI, muitas vezes a comunicação dos doentes está comprometida, sendo necessário adaptar estratégias de comunicação com o mesmo, através de mimica, figuras e letras ou da escrita. Importa salientar que previamente à realização de qualquer intervenção ou procedimento, informámos sempre o doente do que iria ser realizado esperando o seu consentimento. Informar devidamente os doentes sobre a sua condição de saúde e os cuidados de saúde planeados pode ser um desafio em ambientes exigentes e com pressão de tempo, como é o caso do SU (Blackburn et al., 2019; Leventhal & Schreyer, 2020). A gestão da comunicação no SU não é perfeita (Leventhal & Schreyer, 2020), porém por termos essa consciência

procurámos investir e adequar estratégias alternativas e facilitadoras da comunicação, como por exemplo promovendo um espaço para as questões que o doente tivesse relativamente à sua situação e às próximas etapas de tratamento e o envolvimento da família no processo assistencial, sempre que possível. Sempre que a família se encontrava presente, fazíamos questão de informar sobre a situação clínica do doente, protegendo sempre o seu direito à privacidade, informando também a existência do gabinete de apoio ao utente e o seu horário de funcionamento. Concluímos que em ambos os contextos, o envolvimento da família nos cuidados (presencial ou remotamente através de videochamada) foi sempre uma mais-valia, quer na gestão da ansiedade e medo vividos pela pessoa, família/pessoa significativa quer no estabelecimento da relação terapêutica. Uma comunicação eficaz com a família/pessoa significativa promove o seu envolvimento no processo de cuidados do doente, facilitam a sua capacidade de tomada de decisão e a sua interação com os profissionais de saúde, assim como uma melhor compreensão da situação clínica do doente e redução do desenvolvimento de sintomas relacionados com o stress pós-traumático (Kynoch et al., 2016).

As situações de fim de vida infelizmente são frequentes em contextos como uma UCI e um SU. E nestes casos, a comunicação e o estabelecimento de uma relação terapêutica ainda ganham mais importância.

Os cuidados em fim de vida são uma área de especialização que tem vindo a ganhar peso na área do doente crítico e que exigem o mesmo nível elevado de conhecimento e competências que todas as outras áreas da prática. Deverão ser cuidados centrados no doente e na sua família/pessoa significativa, enfatizando a importância da estrutura social na qual os doentes se encontram inseridos e que deverão continuar mesmo após a morte (Truog et al., 2008). A importância da prestação de cuidados paliativos numa UCI é reconhecida por várias investigações, como forma de aliviar sintomas físicos provocados por tratamentos invasivos, para definir objetivos de cuidados centrados no doente e para prestar cuidados de fim de vida (Ito et al., 2022). Estes cuidados centrados no doente, exigem um envolvimento do enfermeiro através de uma comunicação interdisciplinar (Griffiths, 2019), e a qualidade e eficácia desta comunicação está diretamente relacionada com os resultados dos cuidados prestados ao doente e família/pessoa significativa (Truog et al., 2008) em situações de fim de vida. Como exemplo sobre a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, relembremos a situação de uma senhora com cerca de 50 anos, internada na UCI após AVC e que foi declarada morte cerebral após provas, sendo uma possível dadora de coração, rins e fígado. Desde a entrada da senhora, tendo em conta o seu prognóstico reservado, foram

realizadas várias reuniões com a família (mãe, companheiro e filhos) informando de forma simples, mas detalhada a condição clínica da mesma. Fomos avaliando as necessidades da família, prestando cuidados à mesma dando espaço e oportunidade para exprimirem sentimentos e questões, assim como disponibilizámos apoio espiritual e psicológico. Regra geral a família recorre aos profissionais mais próximos de si, normalmente os enfermeiros, pedindo ajuda para compreender a situação do seu familiar doente, demonstrando vontade de se envolver nas tomadas de decisões e conduzir o suporte necessário ao doente (Phaneuf, 2005).

Pelo ambiente caótico e escassos recursos físicos, o envolvimento da família na atividade assistencial foi um desafio maior no SU. O apoio emocional à família foi realizado muitas vezes numa sala de triagem, quando esta se encontrava vazia. Caso a sala de triagem estivesse ocupada, procurávamos o local mais reservado e com maior privacidade disponível na altura (gabinetes médicos, gabinete de apoio ao utente). Alguns estudos demonstram perspetivas muito distintas entre os profissionais de saúde e as pessoas recetoras de más notícias no SU, nomeadamente em relação a questões relacionadas às emoções, ao convite e à privacidade (Toutin-Dias et al., 2018). Pela dinâmica do SU, sentimos necessidade de apoiar a nossa prática na evidência, como forma de orientação relativamente à gestão da relação terapêutica e de assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica. Assim, revimos o protocolo SPIKES (Baile et al., 2000), e fizemos recurso ao mesmo para nos orientar durante o processo de comunicação, nomeadamente de transmissão de más notícias quer ao doente quer à sua família.

Este protocolo cujo nome é um acrónimo para (S) *Setting up*, (P) *Perception*, (I) *Invitation*, (K) *Knowledge*, (E) *Emotions*, (S) *Strategy and Summary*, que consistem em seis etapas que apoiam o profissional de saúde na comunicação de más notícias. Nem todos os episódios de más notícias exigem o cumprimento de todos os passos do SPIKES, porém, deve cumprir-se o sentido da sequência dos mesmos (Baile et al., 2000): (S) preparar o encontro, (P) perceber o doente/família, (I) convidar para o diálogo, transmitir informações, expressar emoções e por fim, (S) fazer um resumo do que foi dito e delinear estratégias. Após todos os momentos em que enfatizámos com a situação do doente/família a vivenciar situações críticas e em que demos informações que mudaram a vida daquelas pessoas, sentimos a necessidade de realizar um *debriefing* com o orientador clínico, como forma estratégia de *coping* e também de reflexão para melhorar estas unidades de competência.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC (DRE, Regulamento n.º 429/2018, p. 19363 - 19364):

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

Competências de Mestre em Enfermagem (UE, 2015, p.27):

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

É papel do enfermeiro especialista criar, planear e gerir a resposta de forma imediata e sistematizada no sentido da sua eficácia e eficiência perante situações de emergência, exceção ou catástrofe, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime DRE, Regulamento n.º 429/2018).

Uma catástrofe pode ser definida como um ou uma sucessão de “acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional” (DRE, Lei n.º 80/2015, p. 5316). Um dos sintomas das catástrofes passa pelas necessidades imediatas da comunidade afetada excederem os recursos disponíveis, sendo por isso, fundamental gerir os recursos de forma a obter os melhores resultados para a população (Bazyar et al., 2019).

Os enfermeiros têm demonstrado o seu valor em diversas situações de exceção e catástrofe, possuindo conhecimentos, competências e capacidades que sustentam ações humanitárias, contribuindo positivamente para uma resposta a catástrofes (ICN & WHO, 2009). Uma prática de enfermagem eficaz durante uma situação de exceção e catástrofe requer princípios utilitaristas para além da competência clínica, ou seja, fazer o maior bem ao maior número, com o menor número de danos. Os enfermeiros numa situação de exceção e catástrofe têm competências para atuar em vários níveis de ação, desde o planeamento, à triagem, à gestão e coordenação de equipas de primeira intervenção, à garantia condições de segurança, à comunicação e às etapas de recuperação após o evento (ICN, 2019).

Os conteúdos abordados durante a UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 3 onde abordámos a resposta a situações de exceção e catástrofe, conceptualização de planos de emergência, exceção e catástrofe e atendimento à pessoa vítima de violência, maus-tratos e negligência foram fulcrais para desenvolver competências sobre como atuar e a importância do papel do EEMC – PSC nestas situações. Neste contexto foi possível elaborar um poster sobre

triagem em situações de exceção e catástrofe, nomeadamente a abordagem START, acrónimo para *Simple Triage And Rapid Treatment*. O título do poster foi “Precisão da Abordagem START em situações de Exceção e Catástrofe” (APÊNDICE XIV), que foi apresentado no 1^a Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (ANEXO XIII). Para a realização deste trabalho foi essencial a leitura sobre os vários artigos sobre os diferentes tipos de triagem, vantagens e desvantagens, assim como a reflexão sobre a importância da triagem num cenário multivítimas.

Durante o estágio na UCI, realizámos uma pesquisa sobre a elaboração de planos de emergência e catástrofe em unidade de saúde e tivemos contacto com os planos de emergência interna e externa da UCI. Está recomendado que todas as unidades de saúde do SNS criem um plano de emergência, que deverá ser revisto periodicamente. Os procedimentos inseridos no plano devem ser simples e eficazes, assentes em quatro pilares: organização e gestão, recursos humanos, prestação de cuidados e recursos gerais (DGS, 2010b). O planeamento da resposta a situações de exceção e catástrofe, sabendo que praticamente quase todas as formas imagináveis de situações de emergência, exceção e catástrofe já aconteceram, deve ser baseado em bancos de informação e dados robustos (WHO, 2007).

Foi no EF, no SU que tivemos oportunidade de desenvolver os domínios desta competência com maior imersão. Um profissional de saúde, em especial um enfermeiro a exercer funções num SU deve estar preparado para dar resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe. Pudemos acompanhar o enfermeiro orientador clínico na realização de triagem de Manchester, onde foi possível perceber o algoritmo de triagem e as suas condicionantes. Tal como já foi dito, o SU é um local com sobrelotação de doentes e com escassez de recursos materiais e humanos, sendo essencial uma gestão adequada de prioridades e uma avaliação sistematizada para uma abordagem precoce à PSC. Este exercício de equilíbrio entre necessidades maiores que os recursos existentes, permite uma preparação para situações de exceção.

Durante o estágio recebemos duas vítimas de trauma por arma branca, onde foi possível colaborar na colheita, preservação e documentação de provas.

Grande parte dos profissionais do SU é muito jovem e desconhece o plano de emergência externa. Como estratégia de desenvolvimento de competências neste domínio, mas também de promoção e divulgação do plano de emergência externo no SU, realizámos um fluxograma do plano de emergência externa do CH num poster A0 (APÊNDICE XV) e um vídeo (APÊNDICE XVI) explicando os diferentes níveis de alerta, assim como a organização das diferentes áreas, da distribuição de doentes, profissionais e materiais.

As várias atividades desenvolvidas permitiram reunir e desenvolver as competências sobre como atuar em situações de catástrofe e multivítimas, desde a conceção à possibilidade de ação.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC (DRE, Regulamento n.º 429/2018, p. 19364):

3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de 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.

Competências de Mestre em Enfermagem (UE, 2015, p.27):

7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

O EEMC – PSC deverá responder de forma eficaz na prevenção, controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos face ao risco de infeção oriundo de múltiplos contextos de atuação, complexidade de situação e diferenciação de cuidados exigidos pela necessidade de recurso a medidas de diagnóstico/terapêuticas invasivas para a manutenção da vida da PSC (DRE, Regulamento n.º 429/2018).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) podem ser definidas como infeções adquiridas pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde e que podem, em simultâneo, afetar os profissionais durante o exercício da sua atividade (WHO, 2011). Estas infeções são um dos principais problemas associados à segurança do doente e têm consequências como o aumento da morbimortalidade, do tempo de internamento, resistência aos antimicrobianos e sobrecarga financeira para os sistemas de saúde, doente/família (Allegranzi et al., 2011; Costa & Madureira, 2020; Haque et al., 2020; Lotfinejad et al., 2021; WHO, 2011).

Uma infeção é considerada uma IACS quando um doente é admitido sem qualquer sinal de infeção e a desenvolve, após pelo menos 48 horas de permanência na instituição de saúde (Monegro et al., 2021; WHO, 2011).

O aumento de IACS está associado ao uso de dispositivos invasivos (cateter venoso central, cateter vesical, tubo endotraqueal) (WHO, 2011). Porém, a sua origem está relacionado também com diversos fatores, tais como idade acima dos 65 anos, admissões emergentes e/ou em UCI, tempo de internamento médio superior a sete dias, cirurgia, imunossupressão induzida pelo trauma, neutropenia, doença fatal ou rapidamente progressiva, e por fim, estado de

compromisso funcional ou coma (*European Centre for Disease Prevention and Control* [ECDC], 2019; Ferreira et al., 2017; Li et al., 2019; Stewart et al., 2021; WHO, 2011). Tal como referimos, as IACS são uma importante fonte de morbilidade e mortalidade e são a segunda causa de morte mais prevalente (Haque et al., 2020).

Segundo a WHO (2009), um incidente durante a prestação de cuidados que provoque algum tipo de dano ao doente é um evento adverso (EA) ou *harmful incident*. As IACS são EA com bastante expressão durante a prestação de cuidados. Estima-se que cerca de 6,5% dos doentes internados na Europa são afetados por pelo menos uma IACS (Kärki et al., 2019). Só no ano de 2019, cerca de 7% dos doentes internados em UCI por mais de dois dias, adquiriram uma IACS (ECDC, 2023). No Inquérito de Prevalência Pontual de IACS e utilização de agentes microbianos em hospitais europeus de cuidados agudos de 2016-2017 está descrito uma taxa de prevalência de IACS de aproximadamente 6% nos hospitais europeus. Portugal está em segundo lugar no ranking com uma representatividade ótima na sua amostra, com cerca de 9% de prevalência de IACS (ECDC, 2019).

Durante a nossa prática profissional houve sempre a preocupação em maximizar de forma interventiva a prevenção de infeção relacionadas com a prestação de cuidados, quer na prestação e cuidados cumprindo as orientações de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados, quer como elemento do grupo de dinamizadores do PPCIRA do CH. Tendo oportunidade de participar nas reuniões e formações de interlocutores do PPCIRA - CH; aprofundar conhecimentos científicos, com base na evidência sempre que surgiam questões ou desafios da prevenção da infeção durante a prática; colaborar na transmissão de novas *guidelines* à equipa multidisciplinar da UCI onde exercíamos funções; envolver os elementos da equipa multidisciplinar na melhoria de indicadores de qualidade, nomeadamente durante a realização de auditorias (manutenção do ambiente, higiene das mãos, uso adequado de luvas nas unidades, Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), manuseamento e remoção de corto-perfurantes, descontaminação de material e equipamento e colheita de dados sobre infeções nosocomiais associadas à corrente sanguínea), apresentando posteriormente, quando possível, os resultados de forma a refletirmos sobre a prestação de cuidados; colaborar nos inquéritos de prevalência de infeção e utilização de antimicrobianos; definir estratégias para a melhoria dos indicadores e metas propostas pelo GCL – PPCIRA/DGS; e realizar o relatório anual de atividades e a agenda de atividades para o ano seguinte.

Uma vez que Portugal teria uma das piores taxas europeias de infeção associadas aos cuidados, em 2015 foi criado o Projeto STOP! – Infeção Hospitalar (Fundação Calouste

Gulbenkian/*Institute for Healthcare Improvement*), do qual fizemos parte desde novembro de 2016 (ANEXO XIV). Foram alcançados resultados sem precedentes a nível nacional e, graças ao método de trabalho e dedicação de todos, foram reduzidas em mais de 50%, quatro tipos de infeções associadas aos cuidados (Fundação Calouste Gulbenkian, 2022).

A par disto, os fundamentos lecionados na UC de Enfermagem Médico-Cirúrgica 5 foram também enriquecedores, assim como a realização do trabalho final sobre Pneumonia Associada à Intubação (PAI).

Durante o primeiro estágio em UCI através de uma entrevista não estruturada com o elo dinamizador do PPCIRA da UCI e da realização de *benchmarking* entre os dados de incidência da PAI da UCI e os dados nacionais, tal como defende Larrabee (2009), verificámos que a taxa de incidência de PAI na UCI por 1000 dias de intubação (7,1%) era superior ao panorama nacional desde 2015, sendo também superior aos últimos resultados da vigilância epidemiológica de 2020 (5%) (DGS, 2021).

Por não serem indicadores de excelência, tivemos a oportunidade de potenciar uma mudança na prática, com base na evidência, e com o foco na melhoria dos cuidados prestados (Larrabee, 2009). Através de algumas entrevistas não estruturadas com a equipa de enfermagem, pudemos verificar que existiam algumas dúvidas, nomeadamente no que dizia respeito ao cumprimento dos feixes de intervenção ou *bundles* relacionados com a prevenção e controlo da PAI, assim como desconhecimento das taxas de PAI da UCI entre outras dúvidas. Deste modo, pela sua relevância e necessidade na uniformização de melhores práticas sustentadas pela evidência científica, considerámos este tema importante, permitindo rever conceitos e *guidelines* de boas praticas à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva.

Em Portugal, a implementação dos feixes de intervenção ou *bundles* passou a ser obrigatória em 2015, após normalização dos procedimentos publicados pela DGS em normas de orientação. Os feixes de intervenções têm como objetivo assegurar que os doentes recebem tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência, de uma forma consistente (Alecrim et al., 2019; DGS, 2017b). Assim, realizámos então um poster científico realizando uma revisão da mais recente evidência, tendo por base as *bundles* de prevenção da PAI, que foi apresentado à equipa multidisciplinar na UCI. Este poster foi também apresentado nas VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva em Lisboa.

No SU, contexto onde realizámos o EF, tal como já referimos é caracterizado por um ritmo de cuidados acelerado, sobrelotação de doentes e escassos recursos. A sobrecarga de trabalho, o cansaço e a sensação de falta de tempo são fatores percecionados pelos profissionais de saúde,

que condicionam a prevenção de IACS, por exemplo através da correta higienização das mãos e uso de luvas. As situações de emergência, foram também identificadas como momentos em que a prevenção e o controlo de infeção durante a prestação de cuidados podem ficar comprometidos (Haque et al., 2020). Assim, no EF colaborámos nas auditorias de Higienização das Mãos e Uso de Luvas no SU “contribuindo para melhoria da literacia e do conhecimento em prevenção e controlo de infeção e de resistências a antimicrobianos” (ANEXO XV) (DRE, Despacho n.º 10901/2022, p. 99).

Em ambos os estágios, tivemos sempre em conta as normas de controlo de infeção, adequando-as a cada situação de cuidados. Os momentos da visita dos familiares foram importantes para promover a educação para a saúde e elucidar acerca das precauções a tomar, justificando-as de forma perceptível, validando sempre a informação com os familiares.

Por fim, podemos referir que a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados será um dos focos da notificação de incidentes de segurança, uma vez que as IACS são EA com bastante expressão durante a prestação de cuidados. Estima-se que um dos EA mais frequentes em doentes internados sejam as IACS (Schwendimann et al., 2018; Sikora & Zahra, 2023). As IACS afetam cerca de 3% de todos os doentes internados nos Estados Unidos e aproximadamente 6,5% na União Europeia, sendo que a sua prevalência mundial ainda é desconhecida, mas será provavelmente muito maior (Magill et al., 2018; Suetens et al., 2018).

Em 24 horas, um em cada quinze doentes adquire pelo menos uma IACS, sendo que mais de metade das IACS foram consideradas evitáveis (ECDC, 2018). Assim, consideramos que a implementação do PIP e a promoção da notificação de incidentes, nomeadamente relacionados com a prevenção e controlo de IACS, contribuem para maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção na PSC. Portanto, julgamos ter desenvolvido as competências deste domínio.

CONCLUSÃO

A elaboração deste RE possibilitou a organização, análise e revisão das atividades desenvolvidas ao longo dos estágios desenvolvidos durante este ciclo de estudos, com maior foco no EF e no PIP, explicando qual o seu contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República Eletrónico [DRE], Regulamento n.º 140/2019), competências específicas do EEMC – PSC (DRE, Regulamento n.º 429/2018) e por fim, de competências que outorgam o grau de mestre mapeadas na apresentação de novo ciclo de estudos apresentado à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior e enquadradas inicialmente no Decreto-Lei n.º 74/2006 (UE, 2015) atualmente revisto no Decreto-Lei n.º 65/2018 (DRE, Decreto-Lei n.º 65/2018), através de uma metodologia reflexiva devidamente fundamentada através de um referencial teórico. Este referencial foi o Modelo para a Mudança da Prática Baseada em Evidências de June Larrabee (2009), mostrando-se um modelo perfeitamente adaptável e adequado para este fim, uma vez que requeria a combinação entre a identificação de necessidades de mudança através de uma análise da prática de cuidados, uma busca de evidência científica, a experiência e julgamento clínico e a defesa dos valores e preferências do doente.

Esta aprendizagem e desenvolvimento de conhecimentos e aptidões, proporcionaram diretamente não só um crescimento profissional, mas também pessoal, aspeto essencial na facilitação do desenvolvimento de todo o nosso potencial profissional através do autoconhecimento (Phaneuf, 2005). O que sustentou e sustentará uma prestação de cuidados à PSC com maior qualidade, pautada por valores ético-deontológicos e pela evidência científica mais robusta e recente. A versatilidade com que o EEMC – PSC pode acrescentar valor a diversos contextos profissionais com situações complexas, críticas e/ou emergentes através de uma gestão precoce e diligente é imensurável. E é essencial, por este motivo, desenvolver de forma consistente e contínua, competências através da reflexão crítica da *praxis* e da vivência de experiências balizadas quer pelo enquadramento normativo, quer pela evidência científica.

Assim, tendo em conta a pluralidade de situações e experiências vividas nos estágios, nomeadamente no EF em contexto de urgência, sentimos a necessidade de nos apoiar

frequentemente na reflexão, orientada pelo enfermeiro orientador clínico e pela mais recente evidência, com o objetivo de: melhorar a capacidade de resposta holística em tempo útil às situações complexas de doença crítica e/ou falência orgânica da pessoa e sua família/pessoa significativa; e na capacidade de tomada de decisões devidamente fundamentadas de forma célere, gerindo ambientes complexos de forma mais eficaz através da liderança de equipas, assegurando uma prestação de cuidados com qualidade e segurança. Podemos acrescentar que os momentos de *debriefing* e o recurso ao raciocínio crítico foram estratégias extremamente úteis no desenvolvimento e aquisição de competências, tendo um impacto direto na prática de cuidados de enfermagem e no aperfeiçoamento de competências eminentemente de carácter profissional.

A caracterização dos contextos de estágio foi também importante para conhecer e refletir sobre os serviços onde os estágios se desenrolaram. Através do reconhecimento da gestão de produção de cuidados, da sua estrutura organizacional e de recursos humanos, materiais e físicos, assim como da própria unidade hospitalar em que estavam inseridos, foi explanado o potencial formativo de ambos os contextos e a pertinência do PIP na aquisição e desenvolvimento de competências, contando com a presença física de diversas especialidades médicas e com protocolos de tratamento instituídos, nomeadamente nas áreas da via verde AVC e Coronária, constituindo o hospital de referência para uma população alargada.

Orientado pela metodologia de projeto e assente numa mudança da prática com base na mais recente evidência científica, tal como defende o modelo de June Larrabee, o PIP assumiu um papel extremamente importante na aquisição e desenvolvimento de competências, através da criação de etapas e adequação de recursos na implementação de mudanças da prática para uma prestação de cuidados de enfermagem mais seguros e com maior qualidade. Sabendo que a notificação de incidentes de segurança é um dos pilares para assegurar cuidados seguros, após o diagnóstico de situação foi possível perceber que a realidade de notificação de incidentes de segurança no SU tinha algumas fragilidades e era subvalorizada. Desta forma, após definirmos os objetivos do PIP, delineámos atividades e estratégias rumo à concretização dos indicadores de avaliação previamente estabelecidos e aquisição dos melhores *outcomes* para uma prestação de cuidados mais segura através da promoção da cultura de segurança entre os profissionais. Inerente a este processo complexo de implementação do PIP e orientado pelo MMPBE, foram realizadas diversas adaptações necessárias ao longo do mesmo. Este processo dinâmico poderá ser prolongado no tempo, através de um ciclo de melhoria da qualidade, nomeadamente desta temática.

Podemos ainda acrescentar que a elaboração de um artigo científico foi um exercício complementar que enriqueceu este percurso através do desenvolvimento de competências de investigação, essenciais para uma prática baseada em evidência.

Estamos convictos de ter atingido os objetivos planeados no presente documento, e de forma sucinta, podemos afirmar que este percurso académico foi um desafio em diversos níveis, porém a motivação e o estímulo com origem na aprendizagem e no desenvolvimento de competências foram capazes de sustentar o mesmo. Todo o trabalho desenvolvido foi de forma clara, responsável por um crescimento individual e profissional que culmina com o reforço da importância inequívoca da evidência científica numa prática de excelência e de qualidade. Esperamos poder relembrar sempre que haverá aprendizagens em todo o lado, basta olhar da forma correta.

Temos a convicção de ter atingido os objetivos planeados no presente documento, esperando demonstrar com eficácia os ganhos até aqui desenvolvidos através de provas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaronson, E. L., Brown, D., Benzer, T., Natsui, S., & Mort, E. (2019). Incident Reporting in Emergency Medicine: A Thematic Analysis of Events. *Journal of patient safety*, 15(4), e60–e63. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000399>.

Administração Central dos Serviços de Saúde [ACSS]. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf.

Administração Central dos Serviços de Saúde [ACSS]. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Urgencias_2015.pdf.

Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]. (2019). *Patient Safety 101*. Patient safety network: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services. <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/42/patient-safety-101>.

Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]. (2022). *What Is Patient Safety Culture?*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>

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>.

Alecrim, R. X., Taminato, M., Belasco, A., Longo, M. C. B., Kusahara, D. M., & Fram, D. (2019). Strategies for preventing ventilator-associated pneumonia: an integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(2), 521–530. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0473>.

Allegranzi, B., Nejad, S. B., Combescure, C., Graafmans, W., Attar, H., Donaldson, L., & Pittet, D. (2011). Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 377(9761), 228–241. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61458-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61458-4).

Alves, M. F. T., Carvalho, D. S., & Albuquerque, G. S. C. (2019). Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciência & saúde coletiva*, 24(8), 2895–2908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>.

Alzahrani, N., Jones, R., & Abdel-Latif, M. E. (2018). Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals. *BMC health services research*, 18(1), 736. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3542-7>.

American Psychological Association [APA]. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). American Psychological Association.

Aouicha, W., Tlili, M. A., Sahli, J., Dhiab, M. B., Chelbi, S., Mtiraoui, A., Latiri, H. S., Ajmi, T., Zedini, C., Ben Rejeb, M., & Mallouli, M. (2021). Exploring patient safety culture in emergency departments: A Tunisian perspective. *International emergency nursing*, 54, 100941. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100941>.

Archer, S., Hull, L., Soukup, T., Mayer, E., Athanasiou, T., Sevdalis, N., & Darzi, A. (2017). Development of a theoretical framework of factors affecting patient safety incident reporting: a theoretical review of the literature. *BMJ open*, 7(12), e017155. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017155>

Assembleia da República. (1996). “Decreto-Lei n.º 161/96”. *Diário da República Eletrónico [DRE]* n.º 205/1996, I-A Série, 4 (setembro): 2959 – 2962. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>.

Assembleia da República. (2002). “Despacho Normativo n.º 11/2002”. *Diário da República* n.º 55/2002, I Série B, 6 (março): 1865 – 1866. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho-normativo/11-2002-252420>.

Assembleia da República. (2005). “Despacho n.º 19124/2005”. *Diário da República* n.º 169/2005, II Série, 2 (setembro): 12834 – 12834 <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/19124-2005-1962401>.

Assembleia da República. (2005). “Decreto-Lei n.º 233/2005”. *Diário da República Eletrónico [DRE]* n.º 249/2005, I- A Série, 29 (dezembro): 7323 – 7333. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/233-2005-469067>.

Assembleia da República. (2006). “Decreto-Lei n.º 74/2006”. *Diário da República Eletrónico [DRE]* n.º 60/2006, I Série, 24 (março): 2242 – 2257. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>.

Assembleia da República. (2009). “Lei n.º 24/2009”. *Diário da República Eletrónico* [DRE] n.º 104/2009, I Série, 29 (maio): 3343-3344. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/24-2009-494178>.

Assembleia da República. (2009). “Lei n.º 33/2009”. *Diário da República Eletrónico* [DRE] n.º 134/2009, I Série, 14 (julho): 4467 - 4467. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/33-2009-492408>.

Assembleia da República. (2014). “Despacho n.º 10319/2014”. *Diário da República* n.º 153/2014, II Série, 11 (agosto): páginas 20673 - 20678. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>.

Assembleia da República. (2015). “Despacho n.º 5613/2015”. *Diário da República Eletrónico* [DRE] n.º 102/2015, II Série, 27 (maio): 13550 – 13553. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>.

Assembleia da República. (2015). “Regulamento 361/2015”. *Diário da República Eletrónico* [DRE] n.º 123/2015, II Série, 16 (junho): 17240-17243. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>.

Assembleia da República. (2015). “Lei n.º 80/2015”. *Diário da República Eletrónico* [DRE] n.º 149/2015, I Série, 3 (agosto): 5311 - 5326. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/80-2015-69927759>.

Assembleia da República. (2015). “Lei n.º 156/2015”. *Diário da República Eletrónico* [DRE] n.º 181/2015, I Série, 16 (setembro): 8059 – 8105. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>.

Assembleia da República. (2015). “Regulamento n.º 190/2015”. *Diário da República Eletrónico* [DRE] n.º 79/2015, II Série, 23 (abril): 10087 – 10090. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>.

Assembleia da República. (2015). “Despacho n.º 13427/2015”. *Diário da República* n.º 228/2015, II Série, 20 (novembro): páginas 33814 – 33816. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/13427-2015-71066231>.

Assembleia da República. (2018). “Regulamento n.º 76/2018”. *Diário de República Eletrónico* [DRE] n.º 21/2018, II Série, 30 (janeiro): 3478 – 3487. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>.

Assembleia da República. (2018). “Regulamento n.º 429/2018”. *Diário da República Eletrónico* [DRE] n.º 135/2018, II Série, 16 (julho): 19354-19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.

Assembleia da República. (2018). “Decreto-Lei n.º 65/2018”. *Diário da República Eletrónico* [DRE] n.º157/2018, I Série, 16 (agosto): 4147-4182. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>.

Assembleia da República. (2019). “Regulamento n.º 140/2019”. *Diário da República Eletrónico* [DRE] n.º 26/2019, II Série, 6 (fevereiro): 4744 – 4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.

Assembleia da República. (2019). “Lei n.º 95/2019”. *Diário da República Eletrónico* [DRE] n.º 169/2019, I Série, 4 (setembro): 55-66. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>.

Assembleia da República. (2019). “Regulamento n.º 743/2019”. *Diário da República Eletrónico* [DRE] n.º 184/2019, II Série, 25 (setembro): 128-155. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>.

Assembleia da República. (2022). “Despacho n.º 1091/2022”. *Diário da República Eletrónico* [DRE] n.º 174/2022, II Série, 8 (setembro): 93 - 99. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>.

Arco, A. R., Arco, H. R., Lucindo, I. M. & Martins M. O. (2018). *Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos. (Versão 2)*. (Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre). Escola Superior de Saúde de Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre. https://ess.ipportalegre.pt/media/filer_public/2a/e9/2ae9fe53-2bc0-41df-83b1-bbda19ab3f94/normas_de_elaboracao_de_trabalhos_escritos_v2.pdf.

Azeredo, T. R., Guedes, H. M., Rebelo de Almeida, R. A., Chianca, T. C., & Martins, J. C. (2015). Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *International emergency nursing*, 23(2), 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.001>.

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>.

Baptista, F. (2007). *Métodos, Técnicas Pedagógicas e Suportes Didáticos em Contexto Real de Trabalho - Manual do Formando*. Delta Consultores e Perfil. https://elearning.iefp.pt/plugin-file.php/49590/mod_resource/content/0/A4/MN_FCT_Mod-A4.pdf

Bazyar, J., Farrokhi, M., & Khankeh, H. (2019). Triage Systems in Mass Casualty Incidents and Disasters: A Review Study with A Worldwide Approach. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 7(3), 482–494. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.119>.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora.

Bigatello, L. M., & George, E. (2002). Hemodynamic monitoring. *Minerva anestesiologica*, 68(4), 219–225.

Blackburn, J., Ousey, K., & Goodwin, E. (2019). Information and communication in the emergency department. *International emergency nursing*, 42, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.002>.

Blais, R., Bruno, D, Bartlett, G., Tamblyn, R. (2008). Can we use incident reports to detect hospital adverse events?. *Journal of Patient Safety*, 4(1): 9–12. https://www.researchgate.net/publication/232120587_Can_We_Use_Incident_Reports_to_Detect_Hospital_Adverse_Events

Bloomer, M. J., Clarke, A. B., & Morphet, J. (2018). Nurses' prioritization of enteral nutrition in intensive care units: a national survey. *Nursing in critical care*, 23(3), 152–158. <https://doi.org/10.1111/nicc.12284>.

Burlison, J. D., Quillivan, R. R., Kath, L. M., Zhou, Y., Courtney, S. C., Cheng, C., & Hoffman, J. M. (2020). A Multilevel Analysis of U.S. Hospital Patient Safety Culture Relationships with Perceptions of Voluntary Event Reporting. *Journal of patient safety*, 16(3), 187–193. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000336>.

Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (Eds.). (2019). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. World Health Organization - Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327356>.

Carneiro, A. V. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 3-10.

Castro, L., & Ricardo, M. (1993). *Gerir o Trabalho de Projecto: Um Manual para Professores e Formadores*. (2ª ed). Lisboa: Texto Editora.

Centro Hospitalar [CH]. (2016). *Plano de Contingência Geral*. CH - intranet: http://srv-setsep/Qualidade/Manual%20de%20Políticas%20e%20Procedimentos%20do%20CHS/PLANOS/PL.GRI.01_Plano%20de%20Contingencia%20Global%20do%20CHS.pdf.

Centro Hospitalar [CH]. (2021). *Plano de ação Serviço de Urgência Geral*. CH – Intranet. http://srvsetsep/Qualidade/Planos%20de%20Ação-Organogramas/URGR_PA_2021.pdf.

Centro Hospitalar [CH]. (2023). *Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – Hospital São Bernardo*. <https://www.chs.min-saude.pt/setubal/centro-hospitalar-de-setubal/>.

Chun, J., & Bafford, A. C. (2014). History and background of quality measurement. *Clinics in colon and rectal surgery*, 27(1), 5–9. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1366912>.

Chiang, H. Y., Lee, H. F., Lin, S. Y., & Ma, S. C. (2019). Factors contributing to voluntariness of incident reporting among hospital nurses. *Journal of nursing management*, 27(4), 806–814. <https://doi.org/10.1111/jonm.12744>.

Classen, D., Resar, R., Griffin, F., Federico, F., & Frankel, T. (2011). Global trigger tool shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health affairs*, 30, 581-589.

Codman E.A. (1918). *A Study in Hospital Efficiency: as demonstrated by the case report of the first five years of a private hospital*. Thomas Todd Co.

Cordell, W. H., Keene, K. K., Giles, B. K., Jones, J. B., Jones, J. H., & Brizendine, E. J. (2002). The high prevalence of pain in emergency medical care. *The American journal of emergency medicine*, 20(3), 165–169. <https://doi.org/10.1053/ajem.2002.32643>.

Costa, P., & Madureira, M. (2020). Estratégias promotoras para a adesão das recomendações internacionais para a prevenção da pneumonia associada à ventilação: revisão sistemática da literatura. *Cadernos De Saúde*, 12(2), 20-27. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosde-saude/article/view/8800>.

Cross, K. P. (1981). *Adults as learners*. Jossey-Bass.

Dervishaj, O., Wright, K. E., Saber, A. A., & Pappas, P. J. (2015). Ernest Amory Codman and the End-result System. *The American surgeon*, 81(1), 12–15. <https://doi.org/10.1177/000313481508100109>.

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Joffe, A. M., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor - Circular Normativa nº 9/DGCG*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2010a). *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intrahospitalar (EEMI) - Circular Normativa nº 15/DQS/DQCO*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/?cr=16312>.

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

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório Técnico Final*. Organização Mundial de Saúde – traduzido pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?sequence=4.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Direção Geral da Saúde. http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20132.pdf

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2015a). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito: Norma 015/2013*. A Enfermagem e as Leis. <http://www.aenfermagemas-leis.pt/wp/wp-content/uploads/2015/11/Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-20151.pdf>.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2015b). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020*. Direção Geral da Saúde. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017a). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde - Norma n.º 001/2017*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017b). *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação - Norma n.º 021/2015 atualizada*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212015-de-16122015-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2020). *Norma nº 5/2018 atualizada: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2021). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2021*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2022). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>.

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2023). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - Segurança do Doente*. Notifica – DGS. <https://notifica.dgs.min-saude.pt/>

Dhamanti, I., Leggat, S., Barraclough, S., & Rachman, T. (2021). Factors contributing to under-reporting of patient safety incidents in Indonesia: leaders' perspectives. *F1000Research*, 10, 367. <https://doi.org/10.12688/f1000research.51912.2>.

Donaldson, L. (2000). *An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. Stationery Office.

Eduniversal. (n.d.). *Eduniversal Best master's Ranking worldwide 2021*. <https://eduniversal-ranking.com/search.html>.

Eizaga Rebollar, R., García Palacios, M. V., Fernández Mangas, M. D. C., Arroyo Fernández, F. J., Márquez Rodríguez, C. M., Carnota Martín, A. I., Morales Guerrero, J., & Torres Morera, L. M. (2020). Strengths-Weaknesses-Opportunities-Threats Analysis for a Pediatric Anesthesia Program. *Pediatric quality & safety*, 5(1), e254. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000254>.

Esteves, L. S. F., Cunha, I. C. K. O., Bohomol, E., & Negri, E. C. (2018). Supervised internship in undergraduate education in nursing: integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(suppl 4), 1740–1750. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>.

Estorninho, M. J. & Macieirinha, T. (2014). *Direito da Saúde*. Universidade Católica Editora.

European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (November 2018). *Infographic: Healthcare-associated infections – a threat to patient safety in Europe*. ECDC. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infographic-healthcare-associated-infections-threat-patient-safety-europe>.

European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2019). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2016-2017: ECDC PPS validation protocol version 3.1.2*. ECDC. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/PPS-HAI-AMR-protocol.pdf>

European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2023). *Annual Epidemiological Report for 2019 – Healthcare associated infections acquired in intensive care units: ECDC Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe*. ECDC <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-infections-intensive-care-units-annual-epidemiological-report-2019.pdf>

Evans, S. M., Berry, J. G., Smith, B. J., Esterman, A., Selim, P., O'Shaughnessy, J., & DeWit, M. (2006). Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. *Quality & safety in health care*, 15(1), 39–43. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.012559>.

Ferreira, E., Pina, E., Sousa-Uva, M., & Sousa-Uva, A. (2017). Risk factors for health care-associated infections: From better knowledge to better prevention. *American journal of infection control*, 45(10), e103–e107. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.03.036>.

Feth, M., Zeiner, C., Danziger, G., Eimer, C., Mang, S., Kühn, S., Villalobos, N., Muellenbach, R. M., Hörsch, S. I., & Lepper, P. M. (2023). Interhospitaler Intensivtransport [Interhospital critical care transport]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 118(1), 73–83. <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00973-x>.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lusociência

Fortin, M. F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lidel-Zamboni.

Fragata, J., & Martins, L. (2004). *O Erro em medicina*. Almedina.

Fuente, G. A. C., Albendín-García, L., R Cañadas, G., San Luis-Costas, C., Ortega-Campos, E., & de la Fuente-Solana, E. I. (2018). Nurse burnout in critical care units and emergency departments: intensity and associated factors. Factores asociados con los niveles de burnout en enfermeros de urgencias y cuidados críticos. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 30(5), 328–331.

Fundação Calouste Gulbenkian. (2022). Stop Infecção Hospitalar 2021-2022. Fundação Calouste Gulbenkian. <https://gulbenkian.pt/projects/stop-infecao-hospitalar-2021-2022/>

Giusti, G. D., Reitano, B., & Gili, A. (2018). Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(4-S), 64–70. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7055>.

Golino, A. J., Leone, R., Gollenberg, A., Christopher, C., Stanger, D., Davis, T. M., Meadows, A., Zhang, Z., & Friesen, M. A. (2019). Impact of an Active Music Therapy Intervention on Intensive Care Patients. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 28(1), 48–55. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019792>.

Gomes, M. J. (2013). *Cultura de segurança do doente no bloco operatório*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Goodman, J. C., Villarreal, P., & Jones, B. (2011). The social cost of adverse medical events, and what we can do about it. *Health affairs (Project Hope)*, 30(4), 590–595. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.1256>.

Griffiths I. (2019). What are the challenges for nurses when providing end-of-life care in intensive care units?. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 28(16), 1047–1052. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.16.1047>.

Groene, O., Klazinga, N., Wagner, C., Arah, O. A., Thompson, A., Bruneau, C., & Suñol, R. (2010). Investigating organizational quality improvement systems, patient empowerment, organizational culture, professional involvement and the quality of care in European hospitals: the Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE) project. *BMC health services research*, 10, 281.

Grupo Português de Triagem. (maio, 2023). Protocolo de Triagem de Manchester. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>.

Guerra, F., Guzzo, A. S., La Rosa, P., Miatto, I., Vergati, D., Miredi, F., Gasparini, N., Guerra, F., Raimondi, L., Corridore, D., Nardi, G. M., Mazur, M., La Torre, G., & Ottolenghi, L. (2021). Risk management and Healthcare responsibility. How to guarantee legal protection in Medicine. *La Clinica terapeutica*, 171(1), e63–e66. <https://doi.org/10.7417/CT.2021.2285>.

Haque, M., McKimm, J., Sartelli, M., Dhingra, S., Labricciosa, F. M., Islam, S., Jahan, D., Nusrat, T., Chowdhury, T. S., Coccolini, F., Iskandar, K., Catena, F., & Charan, J. (2020). Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections: A Narrative Overview. *Risk management and healthcare policy*, 13, 1765–1780. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S269315>.

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B., Gawande, A. A., & Safe Surgery Saves Lives Study Group (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England journal of medicine*, 360(5), 491–499. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>.

Institute of Medicine (US) Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety, & Page, A. (Eds.). (2004). *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. National Academies Press (US).

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). *CENSOS 2021 - Resultados Preliminares*. https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html.

International Council of Nurses [ICN] & World Health Organization [WHO]. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. International Council of Nurses. <http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>.

International Council of Nurses [ICN]. (2012). *Closing the gap: From evidence to action*. International Council of Nurses. <https://www.nursingworld.org/~4aff6a/globalassets/practiceandpolicy/innovation--evidence/ind-kit-2012-for-nnas.pdf>.

International Council of Nurses [ICN]. (maio, 2021). *Closer to You (Mais Próximo de Ti) – The voice of nurses in the innovation of caring, Portugal*. <https://www.icn.ch/news/closer-you-mais-proximo-de-ti-voice-nurses-innovation-caring-portugal>.

International Council of Nurses [ICN]. (2019). *Core competencies in disaster nursing: version 2.0*. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/system/files/documents/2019-11/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB_final.pdf.

Instituto Português do Sangue e da Transplantação [IPST]. (maio, 2022). *Doação e Transplantação de Órgãos, Tecidos e Células: Atividade Nacional Anual - 2021*. https://www.ipst.pt/files/TRANSPLANTACAO/DOACAOETTRANSPLANTACAO/Dados_Anuais_Atividade_Doacao_Transplantacao2021.pdf.

Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário Lisboa [ICSTE-IUL]. (n.d.). *Mestrado Gestão de Serviços de Saúde*. ISCTE-IUL. <https://www.iscte-iul.pt/curso/272/mestrado-gestao-de-servicos-de-saude>

Ito, K., George, N., Wilson, J., Bowman, J., Aaronson, E., & Ouchi, K. (2022). Primary palliative care recommendations for critical care clinicians. *Journal of intensive care*, 10(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s40560-022-00612-9>.

Jawad, I., Rashan, S., Sigera, C., Salluh, J., Dondorp, A. M., Haniffa, R., & Beane, A. (2021). A scoping review of registry captured indicators for evaluating quality of critical care in ICU. *Journal of intensive care*, 9(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s40560-021-00556-6>.

Joint Commission Resources [JCR]. (2023a). *High Reliability: Safety Culture Program*. Joint Commission Resources. <https://www.jcrinc.com/products-and-services/high-reliability/safety-culture/>.

Joint Commission International [JCI]. (2023). Update 2023: Sentinel event policy [PDF]. Joint Commission International. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-policy/update-2023-camh_24_se_all_current.pdf.

Jordan, Z., Lockwood, C., Munn, Z., & Aromataris, E. (2019). The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International journal of evidence-based healthcare*, 17(1), 58–71. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155>.

Jylhä, V., Oikarainen, A., Perälä, M.-L., & Holopainen, A. (2017). *Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region*. Organização Mundial de Saúde. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2017-5314-45078-64291>.

Kärki, T., Plachouras, D., Cassini, A., & Suetens, C. (2019). Burden of healthcare-associated infections in European acute care hospitals. *Wiener medizinische Wochenschrift (1946)*, 169(Suppl 1), 3–5. <https://doi.org/10.1007/s10354-018-0679-2>.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human - Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America - Institute of Medicine.

Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, 22 (1), 94-104. <https://doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011>.

Kudzma E. C. (2006). Florence Nightingale and healthcare reform. *Nursing science quarterly*, 19(1), 61–64. <https://doi.org/10.1177/0894318405283556>.

Kynoch, K., Chang, A., Coyer, F., & McArdle, A. (2016). The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBIS database of systematic reviews and implementation reports*, 14(3), 181–234. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-2477>.

Lark, M. E., Kirkpatrick, K., & Chung, K. C. (2018). Patient Safety Movement: History and Future Directions. *The Journal of hand surgery*, 43(2), 174–178. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.11.006>.

Larrabee, J. H. (2009). *Nurse to Nurse: Evidence-based practice*. McGraw-Hill Medical eBooks. Edição. DOI: 10.1036/0071493727.

Le Boterf, G. (2000). *Compétence et navigation professionnelle*. Éditions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2008). *Repenser la compétence*. Éditions d'Organisation.

Lee, W. H., Zhang, E., Chiang, C. Y., Yen, Y. L., Chen, L. L., Liu, M. H., Kung, C. T., & Hung, S. C. (2019). Comparing the Outcomes of Reporting and Trigger Tool Methods to Capture Adverse Events in the Emergency Department. *Journal of patient safety*, 15(1), 61–68. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000341>

Leventhal, E. L., & Schreyer, K. E. (2020). Information Management in the Emergency Department. *Emergency medicine clinics of North America*, 38(3), 681–691. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.03.004>.

Li, F., Song, M., Xu, L., Deng, B., Zhu, S., & Li, X. (2019). Risk factors for catheter-associated urinary tract infection among hospitalized patients: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of advanced nursing*, 75(3), 517–527. <https://doi.org/10.1111/jan.13863>.

Lima, C., Tavares, O., Freitas, S., Espíndula, B., & Prado, L. (2011). A enfermagem no atendimento emergencial: Riscos e medidas preventivas de infecção. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição, Goiás*, 3(3), 1-16.

Lotfinejad, N., Peters, A., Tartari, E., Fankhauser-Rodriguez, C., Pires, D., & Pittet, D. (2021). Hand hygiene in health care: 20 years of ongoing advances and perspectives. *The Lancet. Infectious diseases*, 21(8), e209–e221. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00383-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00383-2)

Macedo, R., Dias, A. M., Cunha, M., Costa, P., Sardo, P., & Macedo, M. (2021). Nursing activities score: adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. *Servir*, 2 (01), 19 – 30. <https://doi.org/10.48492/servir0201.23763>.

Magill, S. S., O'Leary, E., Janelle, S. J., Thompson, D. L., Dumyati, G., Nadle, J., Wilson, L. E., Kainer, M. A., Lynfield, R., Greissman, S., Ray, S. M., Beldavs, Z., Gross, C., Bamberg, W., Sievers, M., Concannon, C., Buhr, N., Warnke, L., Maloney, M., Ocampo, V., ... Emerging Infections Program Hospital Prevalence Survey Team (2018). Changes in Prevalence of Health Care-Associated Infections in U.S. Hospitals. *The New England journal of medicine*, 379(18), 1732–1744. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1801550>

Malak, M. Z., Salouk, J., Al-Shawawreh, R., Al-Kamiseh, H., & Ayed, A. (2022). Perceptions of patient safety culture among emergency room nurses in Jordanian accredited hospitals. *Journal of nursing management*, 30(7), 3131–3138. <https://doi.org/10.1111/jonm.13729>

Mallianis, A. P., Phillips, J., Bakerjian, D. (2021). *Nursing and Patient Safety*. Patient Safety Network: Agency for Healthcare Research and Quality - Department of Health and Human Services. <https://psnet.ahrq.gov/primer/nursing-and-patient-safety>.

Mão-de-Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Colibri.

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

Martins, J. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (12), 155-162. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16074>.

Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5.^a ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Melnyk, B. M. (2017). Models to guide the implementation and sustainability of evidence-based practice: A call to action for further use and research. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14 (4), 255-256. Doi: <https://doi.org/10.1111/wvn.12246>.

Ministério da Saúde [MS]. (2015). *Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos – Relatório Final*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>.

Ministério da Saúde [MS]. (2020). *Atualização da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Medicina Intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/08/Atualização-da-RNMI-Aprovado-MS.pdf>.

Miranda, D. R., Nap, R., Rijk, A. d., Schaufeli, W., & Lapichino, G. (2003). Nursing Activities Score. *Critical Care Medicine*, Vol 31, nº2, pp. 374-382.

Mitchell, I., Schuster, A., Smith, K., Pronovost, P., & Wu, A. (2016). Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ quality & safety*, 25(2), 92–99. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004405>.

Mohammed, F., Taddele, M., & Gualu, T. (2021). Patient safety culture and associated factors among health care professionals at public hospitals in Dessie town, northeast Ethiopia, 2019. *PloS one*, 16(2), e0245966. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245966>.

Monegro, A. F., Muppidi, V., & Regunath, H. (2023). Hospital-Acquired Infections. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Moreira, M. A., & Masini, E. A. F. S. (2009). *Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. Centauro.

Naessens, J., Campbell, C., & Huddelstone, J. (2009). Comparison of hospital adverse events identified by three widely used detection methods. *Int J Qual Health Care*, 21, 301–7.

National Patient Safety Agency. (2007). *Healthcare Risk Assessment Made Easy*. National Health Service. https://rcc-uk.org/wp-content/uploads/2014/03/0555_Healthcare-risk-assessment-made-easy.pdf.

Ngo, J., Lau, D., Ploquin, J., Receveur, T., Stassen, K., & Del Castilho, C. (2022). Improving incident reporting among physicians at south health campus hospital. *BMJ open quality*, 11(4), e001945. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-001945>.

Nightingale, F. (1858). *Mortality of the British Army at home, at home and abroad, and during the Russian War, as compared with the mortality of the civil population in England*. Harrison and Sons. <https://iiif.wellcomecollection.org/pdf/b20452433>.

Nielsen Norman Group [NNG]. (2016). *Website Forms Usability: Top 10 Recommendations*. Nielsen Norman Group. <https://www.nngroup.com/articles/web-form-design/>

Nielsen Norman Group [NNG]. (2018). *Form Design 101 - Fundamentals for Designing Usable and Effective Forms*. Nielsen Norman Group. <https://www.nngroup.com/1-hour-talks/fundamentals-designing-usable-and-effective-forms/>

Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Lusodidacta.

Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Lusociência.

Oliveira, A., Portela, S., Ramos, S. (2017). *Deteção de eventos adversos no doente internado: relato de incidentes versus "Global Trigger Tool" - uma abordagem*. (Dissertação de mestrado, Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa, Portugal). Repositório do ISCTE-IUL. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/16350>.

Oliveira, A., Barroso, F., Ramos, S. (2021). Global Trigger Tool. In F. Barroso, L. Sales & S. Ramos (Eds.), *Guia Prático para a segurança do doente* (pp. 173-184). Lidel.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2006). *Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros – mandato de 2008 a 2011. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>.

Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., Lavagne, P., & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical care medicine*, 29(12), 2258–2263. <https://doi.org/10.1097/00003246-200112000-00004>.

Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação De Más Notícias: Artigo Revisão Sistemática Da Literatura. *Revista de Enfermagem UFPE on-Line*, 7(1), 227–235. <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>.

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. *Lusociência*.

Phillips, K., Knowlton, M., & Riseden, J. (2022). Emergency Department Nursing Burnout and Resilience. *Advanced emergency nursing journal*, 44(1), 54–62. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000391>.

Pimenta, L. C. (2013). *Avaliação da cultura de segurança do doente e propostas de melhoria*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa]. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2929>.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Rev. Port. Saúde Pública*, 10, 27-39.

Pinto, J. (2003). *Psicologia da aprendizagem: concepções, teorias e processos*: Instituto do Emprego e Formação Profissional.

Queijo, A. F., & Padilha, K. G. (2009). Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, vº43; recuperado de www.ee.usp.br/reeusp, p. 1009:1017.

Raja, S., & Litle, V. R. (2021). The critical role of learning from investigating and debriefing adverse events. *Journal of thoracic disease*, 13 (Suppl 1), S3–S7. <https://doi.org/10.21037/jtd-2020-epts-01>.

Ramos, S. & Trindade, L. (2011). Gestão do Risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *TecnoHospital*, pp. 16-20. <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>

Ramos, S., & Trindade, L. (2013). Incidentes de Segurança do Doente. Porquê Relatar? *Tecno Hospital*, 60, 10-16. <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/1662>.

Rasheed, S. P., Sundus, A., Younas, A., Fakhar, J., & Inayat, S. (2020). Development and Testing of a Measure of Self-awareness Among Nurses. *Western journal of nursing research*, 43(1), 36–44. <https://doi.org/10.1177/0193945920923079>.

Rasheed, S. P., Younas, A., & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 28(5-6), 762–774. <https://doi.org/10.1111/jocn.14708>.

Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge university press.

Reason J. (2000). Human error: models and management. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>.

Reznek, M. A., & Barton, B. A. (2014). Improved incident reporting following the implementation of a standardized emergency department peer review process. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 26(3), 278–286. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu045>.

Roberts, K., Thom, O., Hocking, J., Bernard, A., & Doyle, T. (2022). Clinical incidents in the emergency department: is there an association with emergency nursing shift patterns? A retrospective observational study. *BMJ Open Quality*, 11(3), e001785. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2021-001785>.

Rocheta, J. (2018). *Indicadores de Qualidade em Unidade de Cuidados Intensivos* [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa], Repositório Escola Nacional de Saúde. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/68138/1/RUN%20%20Dissera%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Rocheta.pdf>.

Rodrigues, R. & Cardoso, D. (2022). Prática Baseada na Evidência. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem* (pp. 227-244). Lidel.

Rosswurm, M. A., & Larrabee, J. H. (1999). A model for change to evidence-based practice. *Image--the journal of nursing scholarship*, 31(4), 317–322. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>.

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Saraiva, D. M. R. F., Almeida A. A. (2017). Tradução e adaptação cultural do Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 para Portugal. *Portuguese Journal of Public Health*, 35(3), 145-154. doi:10.1159/000486015.

Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S., Simon, M., & Ausserhofer, D. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review. *BMC health services research*, 18(1), 521. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3335-z>.

Scrivens, E. (2005). *Quality, risk and control in health care*. Open University Press.

Severino, R., Saiote, E., Martinez, A. P., Deodato, S., & Nunes, L. (2010). Nursing Activities Score: Índice de avaliação da carga de trabalho de Enfermagem na UCI. *Percursos*, 16 (2), 3 – 13. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9208>.

Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R., & Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC health services research*, 6, 44. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-44>.

Shaw C. D. (2000). External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. External Peer Review Techniques. European Foundation for Quality Management. International Organization for Standardization. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 12(3), 169–175. <https://doi.org/10.1093/intqhc/12.3.169>.

Sikora, A., & Zahra, F. (2023). Nosocomial Infections. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (n.d.). Centro Hospitalar de Setúbal, EPE. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-de-setubal-epe/>.

Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (janeiro, 2023). *Monitorização do SNS – Benchmarking Hospitais*. Administração Central do Sistema de Saúde – Serviço Nacional de Saúde. https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard.

Sousa, L. M. M.; José, H. M. G.; Novo, A. F. M.P. (2022). Investigação em Enfermagem: Das Prioridades aos Reptos. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem* (pp. 227-244). Lidel.

Sousa, P., Uva, A. S., & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista portuguesa de saúde pública*, 10, 89-95. - <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98699/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico10a10%20-%20p89-95.pdf>.

Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Leite, E. S., & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - UL. <https://novaresearch.unl.pt/en/publications/seguran%C3%A7a-do-doente-eventos-adversos-em-hospitais-portugueses-est>.

Stewart, S., Robertson, C., Pan, J., Kennedy, S., Dancer, S., Haahr, L., Manoukian, S., Mason, H., Kavanagh, K., Cook, B., & Reilly, J. (2021). Epidemiology of healthcare-associated infection reported from a hospital-wide incidence study: considerations for infection prevention and control planning. *The Journal of hospital infection*, 114, 10–22. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2021.03.031>.

Stone, P. W., Hughes, R., & Dailey, M. (2008). Creating a Safe and High-Quality Health Care Environment. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2634/pdf/Bookshelf_NBK2634.pdf.

Suetens, C., Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., Moro, M. L., Jans, B., Hopkins, S., Hansen, S., Lyytikäinen, O., Reilly, J., Deptula, A., Zingg, W., Plachouras, D., Monnet, D.

L., & Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group (2018). Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro surveillance: bulletin European sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*, 23(46), 1800516. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>.

Torrente, G., & Barbosa, S. F. F. (2021). Questionnaire for assessing patient safety culture in emergency services: an integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 74 (2), e20190693. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0693>

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.^a ed.). Lusociência.

Toutin-Dias, G., Daglius-Dias, R., & Scalabrini-Neto, A. (2018). Breaking bad news in the emergency department: a comparative analysis among residents, patients and family members' perceptions. *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine*, 25(1), 71–76. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000404>.

Truog, R. D., Campbell, M. L., Curtis, J. R., Haas, C. E., Luce, J. M., Rubenfeld, G. D., Rush-ton, C. H., Kaufman, D. C., & American Academy of Critical Care Medicine (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Critical care medicine*, 36(3), 953–963. <https://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3181659096>.

Universidade de Évora. (2015). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido –

Novo ciclo de estudos. [https://www.ess.ips.pt/files/Apre-senta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ci-clo%20de%20estudos.pdf](https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf).

Uva, A. S., Sousa, P., & Serranheira, F. (2010). A Segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico: editorial. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1-2.

Vincent, C., Neale, G., & Woloshynowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal*, 517-519.

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

Waring J. J. (2004). A qualitative study of the intra-hospital variations in incident reporting. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 16(5), 347–352. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh068>.

Watcher, R. & Gupta K. (2008). *Understanding Patient Safety*. McGrawHill.

Williams, P., Karuppiyah, S., Greentree, K., & Darvall, J. (2020). A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 33(1), 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.004>.

Wong, S. Y., Fu, A. C. L., Han, J., Lin, J., & Lau, M. C. (2021). Effectiveness of customised safety intervention programmes to increase the safety culture of hospital staff. *BMJ open quality*, 10(4), e000962. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2020-000962>.

Woo, M. W. J., & Avery, M. J. (2021). Nurses' experiences in voluntary error reporting: An integrative literature review. *International journal of nursing sciences*, 8(4), 453–469. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.07.004>.

World Health Organization [WHO]. (2004). *World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9241592443>.

World Health Organization [WHO]. (2005). *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems - from information to action*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3>.

World Health Organization [WHO]. (2007). *Mass casualty management systems : strategies and guidelines for building health sector capacity*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43804/9789241596053_eng.pdf

World Health Organization [WHO]. (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf.

World Health Organization [WHO]. (2011). *Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide*. World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data. <https://www.who.int/publications/i/item/report-on-the-burden-of-endemic-health-care-associated-infection-worldwide>.

World Health Organization [WHO]. (2018). *Patient safety: global action on patient safety: report by the Director-General*. Institutional Repository for Information Sharing: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327526>.

World Health Organization [WHO]. (2019). *Fact sheet: Patient Safety*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.

World Health Organization [WHO]. (2020a). *Fact sheet: Quality health services*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.

World Health Organization [WHO]. (2020b). *Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>.

World Health Organization [WHO]. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>.

Yalew, Z. M., & Yitayew, Y. A. (2021). Clinical incident reporting behaviors and associated factors among health professionals in Dessie comprehensive specialized hospital, Amhara Region, Ethiopia: a mixed method study. *BMC health services research*, 21(1), 1331. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07350-y>.

Zheng, R., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2018). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e39–e49. <https://doi.org/10.1111/jocn.13975>.

Zhou, L., Li, L., Xiao, S., & Yang, N. (2022). Concern for Patient Safety Culture of ECMO Team in Emergency Department: A Cross-Sectional Survey. *Inquiry: a journal of medical care*

organization, provision and financing, 59, 469580221129168.
<https://doi.org/10.1177/00469580221129168>.

APÊNDICES

Apêndice I - *Safety Attitudes Questionnaire – Short Form* aplicado aos enfermeiros do SU através da aplicação Microsoft Forms®

3. Safety Attitudes Questionnaire (1-10).

Por favor, responda aos itens seguintes relativamente ao seu serviço. Selecione as suas respostas utilizando a seguinte escala.

A – Discordo Totalmente

B – Discordo Parcialmente

C – Indiferente

D – Concordo Parcialmente

E – Concordo Totalmente

X – Não aplicável

	Discordo Totalmente (A)	Discordo Parcialment e (B)	Indiferente (C)	Concordo Parcialment e (D)	Concordo Totalmente (E)	Não aplicável (X)
1. As sugestões dos(as) enfermeiros(as) são bem recebidas neste serviço.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Neste serviço é difícil falar livremente se me aperceber de um problema na prestação de cuidados ao doente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. As divergências neste serviço são resolvidas adequadamente (i.é, não se trata de quem está certo, mas do que é melhor para o doente).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tenho o apoio de que necessito por parte de outros	☐	☐	☐	☐	☐	☐

profissionais
na prestação
de cuidados
ao doente.

5. É fácil para
os
profissionais
que atuam
neste serviço
colocarem
questões
quando não
compreende
m algo.

☐☐☐☐☐☐

6. Os
médicos(as) e
enfermeiros(a
s) deste
serviço
trabalham em
conjunto
como uma
equipa bem
coordenada.

☐☐☐☐☐☐

7. Sentir-me-
ia seguro
caso fosse
tratado aqui
como doente.

☐☐☐☐☐☐

8. Os erros
dos
profissionais
são tratados
de forma
adequada
neste serviço.

☐☐☐☐☐☐

9. Conheço
os meios
adequados
para
encaminhar
questões
relacionadas
com a
segurança do
doente neste
serviço.

☐☐☐☐☐☐

10. Recebo
feedback
adequado
acerca do
meu
desempenho.

☐☐☐☐☐☐

4. Safety Attitudes Questionnaire (11-20).

	Discordo Totalmente (A)	Discordo Parcialment e (B)	Indiferente (C)	Concordo Parcialment e (D)	Concordo Totalmente (E)	Não aplicável (X)
11. Neste serviço é difícil discutir os erros.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sou encorajado pelos meus colegas a reportar qualquer preocupação que possa ter com a segurança do doente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. A cultura neste serviço faz com que seja fácil aprender com os erros dos outros.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. As minhas sugestões acerca da segurança seriam postas em prática caso as expressasse à Administração.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Gosto do meu trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Este é um bom local para trabalhar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Tenho orgulho em trabalhar neste serviço.

☐☐☐☐☐☐

19. A moral neste serviço é alta.

☐☐☐☐☐☐

20. Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é prejudicado.

☐☐☐☐☐☐

5. Safety Attitudes Questionnaire (21-28).

	Discordo Totalmente (A)	Discordo Parcialment e (B)	Indiferente (C)	Concordo Parcialment e (D)	Concordo Totalmente (E)	Não aplicável (X)
21. Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. A fadiga influencia o meu desempenho em situações de emergência (por ex.: reanimação cardiorespiratória, convulsões).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24.1 A Administração do Serviço apoia os meus esforços diários	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24.2 A Administração do Hospital apoia os meus esforços diários	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25.1 A Administração do Serviço não compromete de forma	☐	☐	☐	☐	☐	☐

consciente a
segurança do
doente

25.2 A
Administraçã
o do Hospital
não
compromete
de forma
consciente a
segurança do
doente

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

26.1 A
Administraçã
o do Serviço
está a realizar
um bom
trabalho

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

26.2 A
Administraçã
o do Hospital
está a realizar
um bom
trabalho

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

27.1
Profissionais
problemático
s são tratados
de forma
construtiva
pela
Administraçã
o do Serviço

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

27.2
Profissionais
problemático
s são tratados
de forma
construtiva
pela
Administraçã
o do Hospital

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

28.1 Recebo
informações
adequadas e
oportunas
sobre
eventos que
podem afetar
o meu
trabalho pela
Administraçã
o do Serviço

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

28.2 Recebo
informações
adequadas e
oportunas
sobre
eventos que
podem afetar
o meu
trabalho pela
Administraçã
o do Hospital



6. Safety Attitudes Questionnaire (29-36).

	Discordo Totalmente (A)	Discordo Parcialment e (B)	Indiferente (C)	Concordo Parcialment e (D)	Concordo Totalmente (E)	Não aplicável (X)
29 O número de profissionais deste serviço é suficiente para tratar o número de doentes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Este hospital realiza um bom trabalho na formação de novos profissionais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Toda a informação necessária para as decisões diagnósticas e terapêuticas é-me disponibilizada de forma sistemática.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Os estagiários da minha profissão são adequadamente supervisionados.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Vivencio boa colaboração com os(as) enfermeiros(as) neste serviço.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Vivencio boa colaboração com os(as)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

medicos(as)
neste serviço.

35. Vivencio
boa
colaboração
com os(as)
farmacêuticos
(as) neste
serviço.

☐☐☐☐☐☐

36. São
comuns
falhas de
comunicação
que levam a
atrasos na
prestação de
cuidados.

☐☐☐☐☐☐

Apêndice II - Quatro questões fechadas sobre a experiência de notificação de incidentes no SU

Informação Adicional

7. Já preencheu este formulário anteriormente?

☐ Sim

☐ Não

8. Idade *

☐ 20-30 anos

☐ 31-40 anos

☐ 41-50 anos

☐ > 50 anos

9. Género *

☐ Masculino

☐ Feminino

10. Anos no SUG *

- ☐ < 6 meses
- ☐ 6-11 meses
- ☐ 1-2 anos
- ☐ 3-4 anos
- ☐ 5-10 anos
- ☐ 11-20 anos
- ☐ > 20 anos

11. Tempo de Exercício Profissional *

- ☐ < 1 ano
- ☐ 1-3 anos
- ☐ 4-6 anos
- ☐ 7-9 anos
- ☐ > 10 anos

12. Já fez algum relato de incidente? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

13. **Se sim**, quantos relatos? *

- ☐ 1
- ☐ 2-4
- ☐ > 5

14. Demorou quanto tempo no preenchimento? *

- ☐ 5-10 minutos
- ☐ > 15 minutos
- ☐ 60 minutos
- ☐ > 60 minutos

15. Sentiu dúvidas durante o processo de relato de incidentes? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

16. **Se sim, quais? ***

- ☐ Preenchimento do formulário
- ☐ Encaminhamento/envio do relato
- ☐ Localização do formulário
- ☐ Impacto da resposta/feedback
- ☐ Outro

17. **Se não, porquê? ***

- ☐ Medo de represália
- ☐ Falta de tempo
- ☐ Sensação de perda de tempo
- ☐ Outro

18. Obrigado por preencher o questionário - agradeço profundamente o seu tempo e a sua participação. Caso queira adicionar uma sugestão ou comentário use a caixa de texto em baixo.

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

Apêndice III - **Pedido de submissão da proposta do PIP**



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RISQUED & DEVELOPMENT OFFICE

DOCUMENTOS DE SUBMISSÃO



LISTA DE DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA E REQUISITOS

Lista de Documentação Necessária e Requisitos	Verificação pelo GID
1. Carta de pedido de autorização ao CA – PS GIND 001_Mod011	☐
2. Carta de pedido de parecer ao presidente da CES – PS GIND 001_Mod012	☐
3. Termo de responsabilidade do Investigador Principal e do Investigador Responsável no CHS ¹ PS GIND 001_Mod013	☐
4. Declaração de conflito de interesses do Investigador Principal PS GIND 001_Mod015	☐
5. Autorização do Diretor de Serviço – PS GIND 001_Mod017	☐
6. Autorização do Enfermeiro-chefe / Técnico-coordenador (se aplicável) ² PS GIND 001_Mod018/019	☐
7. Folha de rosto – PS GIND 001_Mod020	☐
8. Protocolo datado e assinado	☐
9. Case Report Form (CRF)	☐
10. Seguro	☐
11. Consentimento Informado (se aplicável)	☐
12. CV do Investigador Principal/ Responsável (se aplicável) e Sub-Investigadores	☐
13. Declaração da Instituição de Ensino (se estudo atribuidor de grau)	☐
14. Parecer da CES	☐
15. Autorização da CNPD (se aplicável)	☐
16. Autorização ao Encarregado de Proteção de Dados (EPD) (se aplicável) anexo - PS GIND 001_Mod021	☐
17. Outros (se aplicável) ³ – anexo	☐

Verificação / validação do dossier de submissão pelo GID:			
Data de receção do dossier		Data de validação	
Assinatura			

¹ Se o Investigador Principal não for um profissional do GID, deve ser designado um Investigador Responsável na Instituição. No caso de estudos orientados por profissionais do GID e/ou Instituições de Ensino, o(s) orientador(es) deve(m) assinar também o Modelo próprio.

² No caso de estudos clínicos das áreas de enfermagem ou de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

³ Ex: questionários.



PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CA PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO

Título do Estudo: Promoção da cultura de segurança do doente no Serviço de Urgência: importância da notificação de incidentes

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo no Serviço de Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar 

Setúbal, 25 de outubro de 2022

O Investigador Principal,

Ana Filipa de Sousa Oliveira



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

PEDIDO DE PARECER AO PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO

Título do Estudo: Promoção da cultura de segurança do doente no Serviço de Urgência: Importância da Notificação de Incidentes

Classificação do Estudo			
Estudo Clínico	☐	Não conferidor de grau	☐
		Conferidor de grau	Licenciatura ☐
			Mestrado ☐
Projeto de Investigação	☒	Interventivo	Pós graduação ☐
			Doutoramento ☐
		Não interventivo	☐

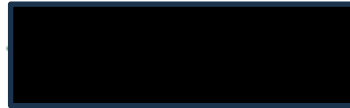
Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo no Serviço de Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de [REDACTED].

Setúbal, 25 de outubro de 2022

O Investigador Principal,

[REDACTED]

Ana Filipa de Sousa Oliveira



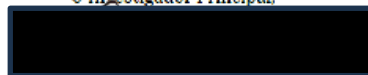
TERMO DE RESPONSABILIDADE INVESTIGADOR PRINCIPAL

Título do Estudo: *Promoção da cultura de segurança do doente no Serviço de Urgência: Importância da Notificação de Incidentes.*

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, declaro assumir a liderança científica do mesmo, de acordo com a legislação em vigor, com o programa e meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição, as quais declaro conhecer.

Setúbal, 25 de outubro de 2022

O Investigador Principal,



Ana Filipa de Sousa Oliveira



DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES Investigador Principal

Título do Estudo: Promoção da cultura de segurança do doente no Serviço de Urgência: Importância da Notificação de Incidentes

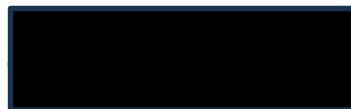
Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do protocolo em epígrafe, a realizar no Serviço de Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de [REDACTED], venho por este meio atestar que não possuo qualquer conflito de interesses na realização deste estudo.

Seníhal, 25 de outubro de 2022

O Investigador Principal,

A black rectangular box used to redact the signature of the Principal Investigator.

Ana Filipa de Sousa Oliveira



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DE SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO

Título do Estudo: Promoção da cultura de segurança do doente no Serviço de Urgência: Importância da Notificação de Incidentes

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo no Serviço de Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de [REDACTED]

O Investigador Principal,

[REDACTED]

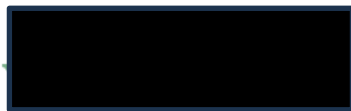
Ana Filipa de Sousa Oliveira

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Diretor do Serviço de Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de [REDACTED], venho por este meio declarar que tomei conhecimento e autorizo a realização do estudo em epígrafe no serviço supra mencionado.

O Diretor do Serviço de Serviço de Urgência Geral

[REDACTED]

Setúbal, 25 de outubro de 2022



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

AUTORIZAÇÃO DO ENFERMEIRO-CHEFE PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO

Título do Estudo: *Promoção da cultura de segurança do doente no Serviço de Urgência: Importância da Notificação de Incidentes*

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo no Serviço de Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de

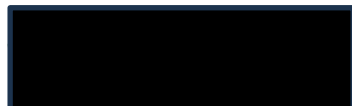
O Investigador Principal,

Ana Filipa de Sousa Oliveira

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Enfermeiro-chefe do Serviço de Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar venho por este meio declarar que tomei conhecimento e autorizo a realização do estudo em epígrafe, no serviço supra-mencionado.

O Enfermeiro-chefe do Serviço de Serviço de Urgência Geral

Setúbal, 25 de outubro de 2022



AUTORIZAÇÃO DO TÉCNICO-COORDENADOR PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO

Título do Estudo: Promoção da cultura de segurança do doente no Serviço de Urgência: Importância da Notificação de Incidentes

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do Estudo em epígrafe, venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo no Serviço de Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar

O Investigador Principal,



Ana Filipa de Sousa Oliveira

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Técnico coordenador do Serviço de Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de , venho por este meio declarar que tomei conhecimento e autorizo a realização do estudo em epígrafe, no serviço supra-mencionado.

O Técnico-Coordenador do Serviço de Serviço de Urgência Geral

Setúbal, 25 de outubro de 2022



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

FOLHA DE ROSTO - SUBMISSÃO DE ESTUDOS CLÍNICOS

Título do Estudo
Promoção da cultura de segurança do doente no Serviço de Urgência: Importância da Notificação de Incidentes

Classificação do Estudo				
Trabalho académico	☐	Não conferidor de grau	☐	
		Conferidor de grau	Licenciatura ☐	Mestrado ☒
			Pós-graduação ☐	Doutoramento ☐
Projeto de Investigação	☒	Interventivo	☒ Promoção da cultura de Segurança do doente no SUG	
		Não interventivo	☐	

Versão			
Novo	☒	Modificação/Adenda	☐
Prolongamento	☐		

Calendarização	
Data prevista de início	1/10/2022
Data prevista de conclusão	27/01/2023
Prazo a cumprir	

Promotor	
Nome	Ana Filipa de Sousa Oliveira
Serviço/Instituição	Serviço de Urgência/Hospital [REDACTED]
E-mail	[REDACTED]@gmail.com
Telemóvel	[REDACTED]

Investigador Principal	
Nome	Ana Filipa de Sousa Oliveira
Serviço	Serviço de Urgência Geral
E-mail	[REDACTED]@gmail.com
Telemóvel	[REDACTED]



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

Equipa de Investigação	
Nome	
Serviço	
E-mail	
Telemóvel	
Nome	
Serviço	
E-mail	
Telemóvel	
Nome	
Serviço	
E-mail	
Telemóvel	
Nome	
Serviço	
E-mail	
Telemóvel	

Orientador do CHS (se aplicável)	
Nome	
Serviço	Serviço de Urgência Geral
E-mail	
Telemóvel	

Orientador da Instituição de Ensino (se aplicável)	
Nome	Maria Antónia Rasa Correia da Costa
Instituição	Instituto Politécnico de Beja/Instituto Politécnico de Setúbal
E-mail	@ipbeja.pt
Telemóvel	

Serviços	
Serviço proponente	Serviço de Urgência Geral
Outros serviços intervenientes	



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

Características do Estudo			
Multinacional	☐	Nacional	☐
Multicêntrico	☐	Unicêntrico	☐
Retrospectivo	☒	Prospetivo	☐
Grupo controlo	Sim ☐	Não	☒
Seleção dos participantes	Aleatória ☐	Não aleatória	☒
Ocultação	Aberto ☐	Cego ☐	Duplamente cego ☐
Estudos observacionais	Caso-controlo ☐	Coorte	☐
Ensaio clínico	Fase I ☐	Fase II ☐	Fase III ☐
Participação de grupos vulneráveis	Não ☒	Sim	☐
	Crianças ☐	Grávidas	☐
		Outros	☐
Convocação de doentes/participantes	Não ☒	Sim	☐
Consentimento informado	Não ☐	Sim	☒ (anexar)
Realização de questionários	Não ☐	Sim	☒ (anexar)
Realização de entrevistas	Não ☒	Sim	☐
Colheita de amostras biológicas	Não ☒	Sim	☐
Armazenamento de amostras biológicas	Não ☐	Sim	☐
Biobanco	Não ☒	Sim	☐
Realização de exames	Não ☒	Sim	☐
Realização de estudos genéticos	Não ☒	Sim	☐
Recolha de dados	Não ☐	Sim	☒
Criação de bases de dados	Não ☐	Sim	☒
Saída para outras instituições	Não ☒	Sim	☐

Orçamento e financiamento (se aplicável)	
Orçamento total	(anexar contrato financeiro)
Entidade(s) financiadora(s)	

Indicadores	
Relatórios de progresso	(indicar periodicidade)
Relatório final	10 de Fevereiro de 2023 (indicar data prevista de entrega)



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

Solicita-se ao Investigador Principal o envio dos resultados do seu trabalho de investigação, p. ex. testes, artigos, posters, comunicações, etc., ao GID através do email gid@alameda.min-saude.pt.

Assinatura do investigador principal:

Data

25 de outubro de 2022

Verificação / validação pelo GID:

Data de receção		Data de validação	
Assinatura			



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

AUTORIZAÇÃO DO ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CLÍNICO

Título do Estudo: *Promoção da cultura de segurança do doente no Serviço de Urgência: Importância da Notificação de Incidentes*

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal do estudo em epígrafe venho por este meio solicitar a V. Exa. a autorização para realizar o mesmo no Serviço de Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar 

O Investigador Principal,

Ana Filipa de Sousa Oliveira

Eu, abaixo-assinado, na qualidade de Encarregado de Proteção de Dados venho por este meio declarar que autorizo a realização do estudo em epígrafe, a realizar no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar 

O Encarregado de Proteção de Dados

Setúbal, 25 de outubro de 2022

Apêndice IV - Consentimento informado para a colaboração nos questionários

Questionário aos Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral do [REDACTED]

Este questionário é confidencial.

É composto por duas secções de perguntas com respostas obrigatórias: o **Safety Attitudes Questionnaire** e **Informação Adicional**.

* Obrigatório

Consentimento Livre e Esclarecido [REDACTED]

Investigador: Ana Filipa de Sousa Oliveira.

Orientadores: Professora Antónia Costa e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica [REDACTED]

Caro(a) Colega,

Eu, Ana Filipa de Sousa Oliveira, enfermeira com a cédula profissional nº 42210 a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar [REDACTED] estudante do 6º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de especialização de Pessoa em Situação Crítica do Instituto Politécnico de Setúbal, estou a desenvolver um projeto de intervenção profissional na área Promoção da Cultura de Segurança do Doente no Serviço de Urgência: Importância da Notificação de Incidentes no Serviço de Urgência Geral do Hospital de [REDACTED], integrado nas Unidades Curriculares do Estágio Final e Relatório.

Com a realização deste projeto pretende-se consolidar competências e conhecimentos, na promoção para uma prática de cuidados segura à pessoa admitida no Serviço de Urgência, assente num dos pilares da segurança do doente, o sistema de notificação de incidentes de segurança. Este projeto decorrerá entre outubro de 2022 e janeiro de 2023 e terá a supervisão e orientação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica [REDACTED], em articulação com a orientação da Professora Antónia Costa.

Com o objetivo de avaliar a cultura de notificação e segurança do doente da equipa de enfermagem do SUG, peço a sua colaboração através do preenchimento do questionário *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) – Short Form* e de algumas questões adicionais sobre a caracterização demográfica e notificação de incidentes. Assim, venho convidá-lo(a) a participar neste estudo, salientando que a sua participação será fundamental, uma vez que será através da sua perspetiva que poderei perceber qual é a cultura de segurança do doente que é vivida no SUG. Ainda que seja voluntária a sua participação, poderá desistir assim que entender e em qualquer momento, sem qualquer tipo de justificação ou penalidade pessoal/profissional.

Salvaguarda-se o direito ao anonimato e confidencialidade dos dados obtidos, não sendo os mesmos utilizados para outros fins que não os descritos neste documento.

Este projeto de investigação foi remetido ao Conselho de Administração e Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do Hospital de [REDACTED]

Agradeço desde já a sua colaboração e solicito que assine a presente autorização, cedendo os direitos das imagens e sons gravados durante a realização do grupo focal.

Caso considere que não está devidamente esclarecido, estarei disponível para esclarecer sobre qualquer dúvida e fornecer as informações que entender necessárias.

Desde já, fica o meu mais sincero agradecimento, pelo seu contributo!

1. Concorda com a colaboração neste estudo? * [REDACTED]

☐ Sim

☐ Não

Página 1 de 2

Estes conteúdos são criados pelo proprietário do formulário. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário. A Microsoft não é responsável pelas práticas de privacidade ou segurança dos seus clientes, incluindo os do proprietário deste formulário. Nunca revele a sua palavra-passe.

Com tecnologia do Microsoft Forms |

O proprietário deste formulário não forneceu uma declaração de privacidade sobre a forma como irá utilizar os seus dados de resposta. Não forneça informações pessoais ou sensíveis.

| [Termos de utilização](#)

Apêndice V - Proposta de novo formulário de Notificações de incidentes de segurança

HOSPITAL
HOSPITAL

FORMULÁRIO DE RELATO DE INCIDENTE



EXCLUSIVO PARA PREENCHIMENTO INFORMÁTICO



N.º de Registo:

Aberta Ação Correctiva/Preventiva:

- ☐ Não
☐ Sim

ACP n.º:

Data:

/ /

Assinatura:

Campo de utilização exclusiva pelo GIARC/CGR

Data do Incidente:

/ /

Hora do Incidente:

:

Serviço/Local onde ocorreu o Incidente?

Tipo de Relato (escolha apenas um)

☐ Clínico

Escolha um tipo de incidente (Clínico)

☐ Não Clínico

Escolha um tipo de incidente (Não Clínico)

Os Acidentes em Trabalho dos Profissionais devem ser notificados aos Recursos Humanos e Saúde Ocupacional (Proced. **SOC.07**)

Descrição do incidente (clara e sucinta)

N.º Processo Clínico (caso haja doente envolvido no incidente)

Houve Queda do Doente?

☐ Não

☐ Sim

Score MORSE antes da queda:

Local da Queda?

Escolha um item

Queda presenciada por um Profissional?

Escolha um item

Especifique as medidas preventivas que se encontravam implementadas no momento do incidente:

HOSPITAL
HOSPITAL

(continuação)

Houve pessoas afetadas?

☐ Não

☐ Sim (especifique)

☐ Doente

☐ Profissional

☐ Outro Qual?

Foi necessário prestar assistência/tratamento?

☐ Não

☐ Sim (especifique)

Que Ações Correctivas/Plano de Ação propõe para evitar a repetição do incidente?

Plano de Ação (se necessário discutir com o Director/Responsável do Serviço e GRC/GRG)	Responsável	Data de Execução



----- Secção a eliminar pelo GIARC/CGR após conclusão do processo de análise -----

A preencher pelo profissional que relata o incidente:

Nome:

Categoria:

Serviço:

Após receção por correio electrónico, o GIARC/CGR enviará ao Director/Responsável de Serviço, uma cópia deste Relato de Incidente.



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO E ENVIO DO FORMULÁRIO

1. Preencha **todos os campos** com o máximo de informação possível.
2. **Guarde uma cópia** do documento no **computador com o nome que julgar adequado** (o Serviço deve ficar com uma cópia arquivada).
3. Envie o Relato **como anexo**, por **correio electrónico para o GIARG ou CGR**.
 - a. Relato de Incidente **Clínico** - GIARC@min-saude.pt
 - b. Relato de Incidente **Não Clínico** - CGR@min-saude.pt

Apêndice VI - Plano de Sessão de Formação sobre a Importância do Relato de Incidentes de Segurança

			Plano de Sessão de Formação em Serviço
Tema: Importância da Notificação de Incidentes de Segurança			
Serviço: Serviço de Urgência Geral (SUG) do Centro Hospitalar			
Formadora: Enfermeira Filipa Oliveira			
Destinatários: Equipa de Enfermagem do SUG			Local: Sala de reuniões (SUG)
Data: 6/01/2023	Hora: 14h30	Duração prevista: 60 minutos	
Objetivos: - o Relembrar principais conceitos sobre Segurança do Doente e sistemas de notificação e incidentes; - o Apresentação da realidade de notificação de incidentes no SUG, através das notificações realizadas pelo sistema de notificação de incidentes voluntário do CH (2017-2022); - o Sensibilizar para a importância de uma adequada cultura de Segurança na Equipa, nomeadamente no que diz respeito à não culpabilização do erro e à sensibilização sobre a importância da notificação de incidentes à equipa de Enfermagem do SUG; - o Apresentação da proposta de novo Formulário de Relato de Incidentes; - o Partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas sobre a notificação de incidentes.			
	Conteúdos	Metodologia	Duração
Introdução	Apresentação da temática e sua pertinência	Expositiva	10'
Desenvolvimento	Definição de conceitos sobre Segurança do doente; Apresentação de dados estatísticos recolhidos; Evidencia de obtenção de ganhos na prática de enfermagem através dos registos/relato de incidentes.	Expositiva	15'
Conclusão	Resumo da temática Pontos chave	Expositiva	10'
Brainstorming	Partilha de experiências	Discussão interpares	25'
Avaliação	Avaliação da sessão e formadora	Preenchimento da escala de Likert	
Meios a utilizar: Computador, Software Power Point® e Zoom®			

Apêndice VII – Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação sobre a Importância do Relato de Incidentes de Segurança

Formação em Serviço
IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA



Hospital [REDACTED]
Serviço de Urgência Geral

Data: **6 de janeiro**
Hora: **14h30 – 15h30**
Local: **Sala de Reuniões**
Presencial e online (link de acesso [aqui](#))
Duração: **60 min**

Formadora
Filipa Oliveira
Com o Apoio dos elos do GIARC - SUG

Apêndice VIII - Sessão de Formação em Serviço sobre a Importância do Relato de Incidentes de Segurança

Link para apresentação da sessão de formação - Importância da Notificação de Incidentes:

<https://1drv.ms/b/s!ApvgOAcX017Chcl6EAeEb7ORsbFeig?e=s5rZ8J>



Projeto de Intervenção Profissional

PROMOÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Ana Filipa Oliveira

Serviço de Urgência Geral do Hospital de [REDACTED]

Com o apoio e colaboração dos elos dinamizadores do GIARC do SUG

Janeiro 2023

Orientador: Enf. Especialista [REDACTED]
Docente: Professora Maria Antónia Costa

Apêndice IX - Vídeo da gravação da Sessão de Formação em Serviço sobre a Importância do Relato de Incidentes de Segurança

Link do Vídeo da Sessão de Formação:

<https://1drv.ms/v/s!ApvgOAcX017Chcl4SLFKgKfySBq6VA?e=JxHBEC>

Mestrado em Enfermagem em Associação

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Escola Superior de Enfermagem
Dr. João de Deus

Escola Superior de Saúde
Dr. João de Deus

IPS
Escola Superior de Saúde
Dr. João de Deus

Escola Superior de Saúde
Dr. João de Deus

Escola Superior de Saúde
Dr. João de Deus

Projeto de Intervenção Profissional

PROMOÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Ana Filipa Oliveira

Serviço de Urgência Geral do Hospital

Com o apoio e colaboração dos elos dinamizadores do GIARC do SUG

Orientador: Enf. Especialista
Docente: Professora Maria Antónia Costa

Janeiro 2023

0:04

49:29

Apêndice X - Resumo do artigo “Fatores influenciam a notificação de incidentes na segurança do doente em contexto hospitalar”

Fatores que Influenciam a Notificação de Incidentes em Contexto Hospitalar

Resumo

Introdução: A gestão do risco constitui um instrumento fundamental para garantir a segurança do doente e um dos seus principais pilares são os sistemas de notificação de incidentes. Porém a subnotificação ameaça a utilidade destes sistemas.

Objetivo: Identificar os fatores que influenciam o processo da notificação de incidentes de segurança do doente em contexto hospitalar.

Métodos: Desenvolveu-se uma revisão sistemática da literatura, com recurso à base de dados científica da Medline (PubMed). Consideraram-se os primeiros 60 artigos representados com a ordenação por melhor correspondência, sendo a seleção realizada exclusivamente através a leitura do título e com data de publicação superior ao *To Err is Human* (2000). Foram identificados 45 artigos e selecionados 13 para análise.

Resultados: O feedback após a notificação (38,46%), uma cultura não-punitiva (38,46%), a liderança (30,77%), fatores organizacionais (30,77%), simplicidade do processo de notificação (69,23%), conhecimento/competências (58,85%) e um ambiente laboral adequado (30,77%), foram os 7 principais fatores identificados.

Discussão/Conclusão: Ao identificarmos os principais aspetos que melhoram a taxa de notificação de incidentes nos hospitais (em quantidade e qualidade), reforçamos as características de um bom sistema de notificação de incidentes (confidencial, não-punitivo, independente, com dados e análises de peritos da área disponíveis em tempo útil e orientado para mudanças nos sistemas e nos processos), como forma de alcançar o seu potencial na segurança do doente.

Palavras-chave: Notificação de incidentes Hospitalares; Notificação voluntária de incidentes de segurança; Notificação de incidentes de segurança do doente; Gestão de risco de saúde.

Abstract

Introduction: Risk management is a key tool to ensure patient safety and one of its main cornerstones is the notification systems. Despite this, under-notification remains a reality that threatens such systems.

Objective: To identify the factors that influence the safety incident notification process in an inpatient setting.

Methods: We developed a systematic review of literature, based on Medline (Pubmed). The first 60 articles presented by “best match” were considered. Only articles published after the year 2000 were included, as it was the date of publication of *To Err is Human*. We identified 45 articles, of which 13 were included.

Results: Feedback after notification (38,46%), non-punitive culture (38,46%), leadership (30,77%), organizational factors (30,77%), simplicity of the notification process (69,23%), knowledge/competence (58,84%) and an adequate work environment (30,77%) were the main 7 factors identified.

Discussion/Conclusion: By identifying the main factors that improve incident notification in hospitals (quantitative and qualitatively), we strengthen the characteristics of an optimal incident report system (confidential, non-punitive, independent, with data and timely data analysis by experts, oriented to changes in systems and processes). This arises as a way to reach full potential of the notification process towards better patient safety.

Keywords: Hospital Incident Reporting; Voluntary Patient Safety Report; Patient safety incident report; Healthcare risk management.

Apêndice XI - Poster Científico sobre Pneumonia Associada à Intubação apresentado no Estágio I – A pessoa em Situação Crítica

IPS Instituto Politécnico de Setúbal

Pneumonia Associada à Intubação: Pneumonia que surge na pessoa com tubo orotraqueal colocado há mais de 48 horas ou em pessoa que foi extubada há menos de 48 horas¹. Os maiores e melhores investimentos são feitos na **prevenção**. É necessário a existência de uma equipe multidisciplinar qualificada para que as mesmas produzam efeito. A conscientização da **equipa** acerca dos seus deveres e capacidades é imprescindível na prevenção e redução de possíveis infecções².

Um estudo de 2014 não demonstrou redução na taxa de PAI após divulgação de guidelines de prevenção³

1	Avaliar diariamente a possibilidade de desmame de sedação ³	2	Avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação ³	3	Manter a cabeceira do leito $\geq 30^{\circ}$ ³
4	Higiene oral com gluconato de clorohexidina a 0.2%, 3x/dia ³	5	Pressão do cuff traqueal entre 20 e 30 cmH ₂ O ³	6	Manter circuitos ventilatórios (substituir apenas quando sujo ou disfuncionantes) ³

Circuitos Ventilatórios

- CDC recomenda que se deve mudar o circuito ventilatório se visivelmente sujo ou com funcionamento comprometido⁴
- Troca de circuitos de acordo com necessidade vs troca por rotina fixa não teve impacto na incidência de PAI mas **diminuiu os custos**^{4,5}
- Mudança de circuitos com intervalo inferior a 7 dias ou a cada 7 dias, não diminui a PAI nem a mortalidade⁶
- **Mudanças frequentes de circuitos não são seguras nem justificadas (aumentam o risco de PAI)**⁷

- Não há diferenças na taxa de PAI entre doentes com e sem filtros respiratórios humidificadores ou bacterianos⁸
- Uso de **filtros bacterianos apenas em doentes com infeções contagiosas**, para diminuir a contaminação dos circuitos⁸
- Um estudo realizado numa Unidade de cirurgia cardíaca, demonstrou que o *timing* ideal para troca de filtros humidificadores seria a **cada 3 dias**, uma vez que estes **doentes apresentam maior quantidade de secreções**⁹

Aplicação de **Clorohexidina** **reduz PAI** em 10 a 30%⁴, particularmente a PAI de início precoce¹⁰ (mas os dados são insuficientes para determinar se tem impacto na duração da ventilação, demora média ou mortalidade)^{11,12}

- **Concentração ideal (0,12% e 2%) ainda não foi definida**, mas clorhexidina 2% parece ser mais eficaz do que 0,12%¹³
- Protocolos de frequência ainda não definidos¹⁴. Recomendação de **pelo menos 2x/dia em doentes que irão ser submetidos a cirurgia cardíaca**^{4,10}.
- Protocolos de **remoção mecânica do biofilme** combinados com clorhexidina oral¹⁵ ou sem clorhexidina¹¹ podem reduzir a incidência de PAI.

A implementação de medidas preventivas como os feixes de intervenções tem um impacto significativo na redução da incidência destas infeções. O cumprimento sustentado de todos os feixes de intervenção por todos os elementos da equipa é fundamental na redução mantida da PAI

Abstract

- 2025 Release in Perpetuity. Published by Wolters Kluwer Health | Wolters Kluwer. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2024.103157>

Apêndice XII - Apresentação da Sessão de Formação sobre Ressuscitação Materna

Link para apresentação da sessão de formação – Ressuscitação Materna:

<https://1drv.ms/b/s!ApvgOAcX017Chcl2295UkU9Etgzcbw?e=WUEm2f>



6 de dezembro de 2022

Obrigada!

Formadores: Ana Filipa Oliveira



Apêndice XIII - Poster sobre Ressuscitação Materna e sua afixação na SR do SU

RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR MATERNA

AJUDA DIFERENCIADA



Chamar ajuda multidisciplinar diferenciada

Envolvimento precoce do anesthesiologista, obstetra e pediatra/neonatologista.

Apoio ecográfico.



DESLOCAMENTO UTERINO



Descompressão grandes vasos abdominais

Inclinação lateral da bacia/abdômen para a esquerda (15°- 30°).

MANOBRAS SBV/SAV



Manter princípios SBV/SAV

Posição das **mãos no esterno** um pouco mais **acima** (após o 3º trimestre).
Maior risco de **insuficiência** do esfíncter
Gastroesofágico versus EOT difícil.
Evitar AV nos MI's.

CAUSAS NA GRÁVIDA



Causas reversíveis

Hemorragia (antes e pós-parto).
Doença Cardiovascular (EAM, cardiomiopatia peri-parto, aneurisma ou disseção da aorta).
Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia.
Embolia Pulmonar.

CESARIANA EMERGENTE



Cesariana Peri-Mortem

> 20 semanas (até 25s): deve **começar cerca de 4'** após a PCR.
30-38 semanas: sobrevivência do recém-nascido é possível mesmo após 5' de PCR materna.

Bibliografia:

Instituto Nacional de Emergência Médica & Departamento de Formação em Emergência Médica (2021). Manual de suporte avançado de vida. Versão 2.0 - 1ª Edição 2020. Madden, A. M., & Meng, M. L. (2020). Cardiopulmonary resuscitation in the pregnant patient. BJA education, 20(8), 252-258. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2020.03.007>.

Realizado por: Ana Filipa Sousa Oliveira (aluna da Especialidade FMG - PSC, IPS), Dezembro de 2022.
Orientação Clínica - Enf. Especialista [Redacted]
Orientação Pedagógica - Prof. Antonia Costa.



Apêndice XIV - Poster sobre a “Precisão da Abordagem START em situações de Exceção e Catástrofe”

PRECISÃO DA ABORDAGEM START EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO E CATÁSTROFE

Ana Filipa Oliveira, Andreia Lopes, Elsa Rodrigues, Liliana Guerreiro, Mariana Pereira

Introdução

As alterações climáticas, as situações de conflitos e terrorismo, são infelizmente realidades cada vez mais presentes no mundo global. É por isso, fundamental que os sistemas de saúde estejam preparados e capacitados para uma atuação célere, imediata, organizada e custo-efetiva, com vista a otimização do prognóstico de potenciais vítimas.

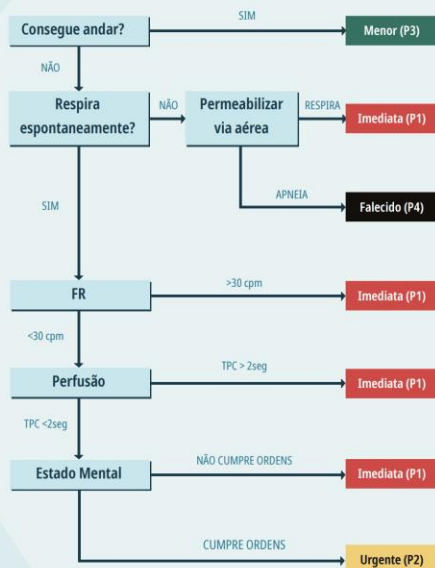
START (*Simple Triage Algorithm and Rapid Treatment*) é um dos métodos de triagem de vítimas mais comuns em situações de exceção e catástrofe (Lin et al., 2021; Fink et al., 2018). Pretendemos conhecer a evidência mais recente sobre o método de triagem START, e comparar a capacidade de discriminação por prioridades [Imediata/Red (P1), Urgente/Yellow (P2), Menor/Green (P3) e Falecido/Black (P4)] do método START com outros protocolos de triagem.

Métodos

A partir da questão "Qual a precisão do método START comparativamente a outros métodos de triagem?", realizámos pesquisa através do método booleano, usando os descritores "START", "Triage", "Mass-Casualty Incidents" e "Emergency department triage" nos motores de busca da PubMed, MEDLINE, Cochrane e CINAHL, com hiato temporal entre 2018-2022.

Dos doze artigos identificados inicialmente, após aplicação dos critérios de inclusão e leitura integral, analisámos cinco. Foi realizada análise descritiva de cada um dos artigos, sistematizando a informação em tabelas, que possibilitaram a interpretação dos resultados em resposta aos objetivos delineados.

Método de Triagem START



Legenda: FR - Frequência Respiratória, TPC - Tempo de Preenchimento Capilar, P1- Prioridade 1, P2 - Prioridade 2, P3 - Prioridade 3, P4 - Prioridade 4

Resultados

Artigos Analisados					
Art.*	Autor	Título	Tipo	Amostra	Objectivo
1	Winesky et al, 2022	A Qualitative Assessment of Studies Evaluating the Classification Accuracy of Personnel Using START in Disaster Triage: A Scoping Review	Revisão	32 artigos	Avaliar a robustez do método START
2	Lin et al, 2022	Simple triage and rapid treatment protocol for emergency department mass casualty incident victim triage	Estudo retrospectivo	47 vítimas	Avaliar a precisão do START na identificação de vítimas emergentes
3	Lin et al, 2020	Comparison between simple triage and rapid treatment and Triage and Acuity Scale for the emergency department triage of victims following an earthquake-related mass casualty incident: a retrospective cohort study	Estudo retrospectivo	105 vítimas	Comparar dois sistemas de triagem
4	Fink et al, 2018	START versus SALT Triage: Which is Preferred by the 21st Century Health Care Students?	Estudo retrospectivo	218 estudantes de saúde	Avaliar preferência por sistema de triagem
5	Malik et al, 2021	The BCD triage sieve outperforms all existing major incident triage tools: Comparative analysis using the UK national trauma registry population	Estudo retrospectivo	195 709 vítimas	Comparar o desempenho de 10 sistemas de triagem

Capacidade Discriminatória

- > Sensibilidade variável, mas especificidade alta
- > Discriminação de doentes graves
- > Taxa de acuidade global de quase 65%

	Subtriagem (%)			Sobretriage (%)			Acuidade (%)		
	12.6			17.8			64.3		
	Sensibilidade (%)			Especificidade (%)			Acuidade (%)		
	2	3	5	2	3	5	2	3	5
Menor (P3)	12.6	82.4	-	51.5	55.0	-	63.8	77.1	-
Urgente (P2)	45.2	-	-	93.8	-	-	63.8	-	-
Imediata (P1)	100	-	45.9-53.7	97.8	-	89.9-90.9	97.9	-	-
Falecido (P4)	100	100	33.3-75.3	100	99.0	85.1-90.3	100	-	-

Aprendizagem

Winesky et al

> Last-minute training

> Melhora capacidade de categorização

> Precisão de 73-94%

> Profissionais sem experiência atingem capacidade de triagem semelhante a peritos

Fink et al

> 43% dos estudantes preferiram o START

> Facilidade de aprendizagem

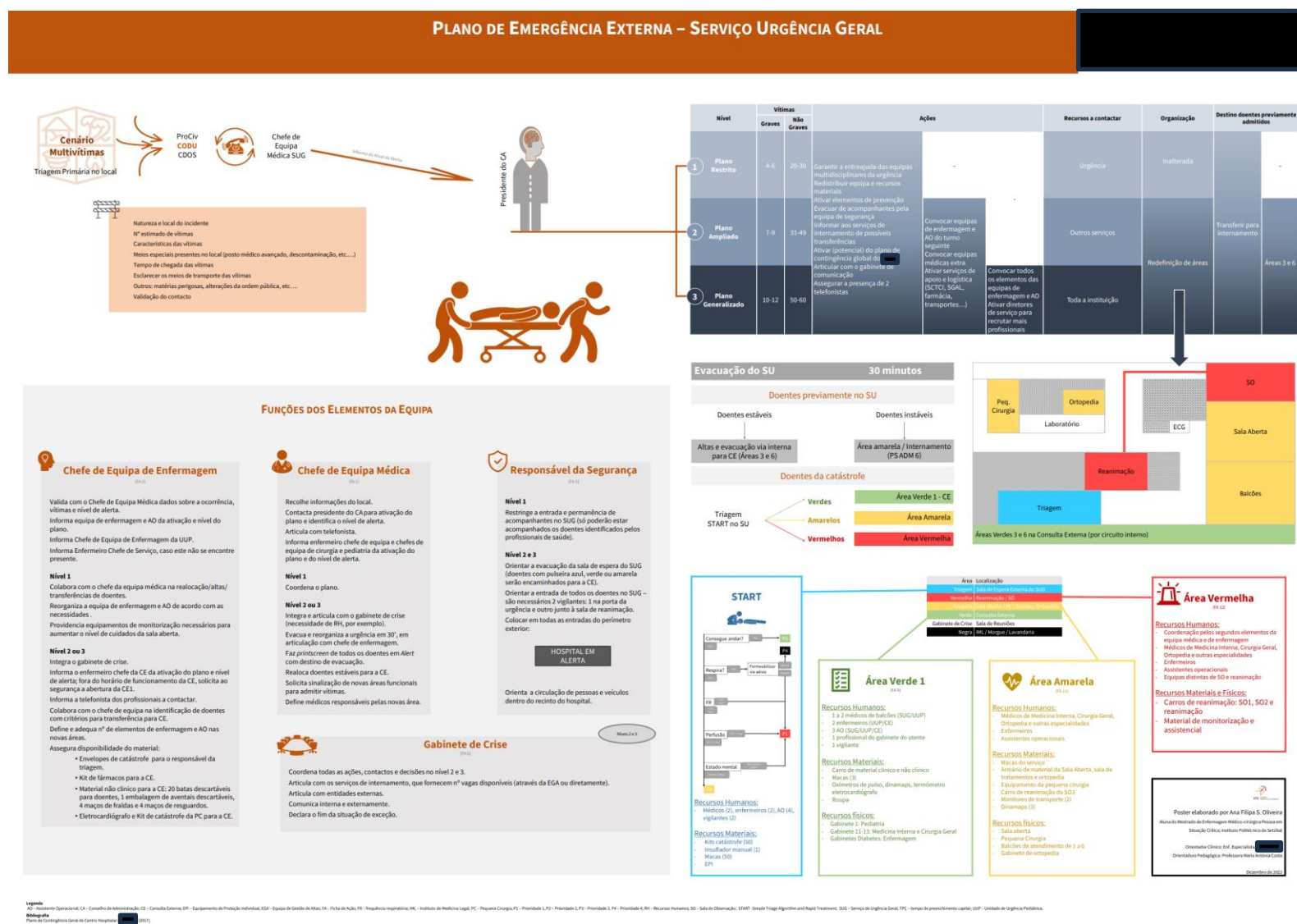
Conclusão

A maioria dos autores concorda que o método START é frequentemente utilizado pela sua simplicidade de aplicação e aprendizagem, assim como um menor tempo despendido no processo de triagem. No entanto, é um método imperfeito com eficácia ainda não comprovada pelas limitações inerentes à investigação em situações de exceção e catástrofe. Existe uma variedade de fatores que impactam o desenvolvimento e implementação de simulações para avaliar o START. Desta forma, é importante definir referenciais e orientações para o desenvolvimento de estudos sobre a eficácia deste método.

Bibliografia:

- Fink, B. R., Rege, P. F., Jones, M. E., & Winesky, C. (2018). START versus SALT Triage: Which is Preferred by the 21st Century Health Care Students? Prehospital and disaster medicine, 33(4), 381-386. <https://doi.org/10.1017/S1042382118000407>
- Lin, Y. F., Chen, K. C., Wang, L. S., & Lin, P. F. (2022). Simple triage and rapid treatment protocol for emergency department mass casualty incident victim triage. The American journal of emergency medicine, 55, 91-93. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.12.037>
- Lin, Y. F., Liu, K. Y., Tsai, C. J., Wang, Y. H., Wang, J. H., & Lin, P. F. (2020). Comparison between simple triage and rapid treatment and Triage and Acuity Scale for the emergency department triage of victims following an earthquake-related mass casualty incident: a retrospective cohort study. World journal of emergency surgery, 15(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s13057-020-0201-2>
- Malik, N. S., Choudhary, S., Ali, Y., Wani, S., Jais, S., Bhat, S. M., Haddad, T., Memon, C. G., Lodi, J. M., Jais, S., Jais, S., & Ghaffar, S. H. (2021). The BCD Triage Sieve outperforms all existing major incident triage tools: Comparative analysis using the UK national trauma registry population. Critical care medicine, 50, 100886. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2021.100886>
- Winesky, C. L., Winesky, B. R., Jones, M. E., & Fink, B. R. (2022). A Qualitative Assessment of Studies Evaluating the Classification Accuracy of Personnel Using START in Disaster Triage: A Scoping Review. Trauma, 33(2), 100-106. <https://doi.org/10.1093/trauma/tiab004>

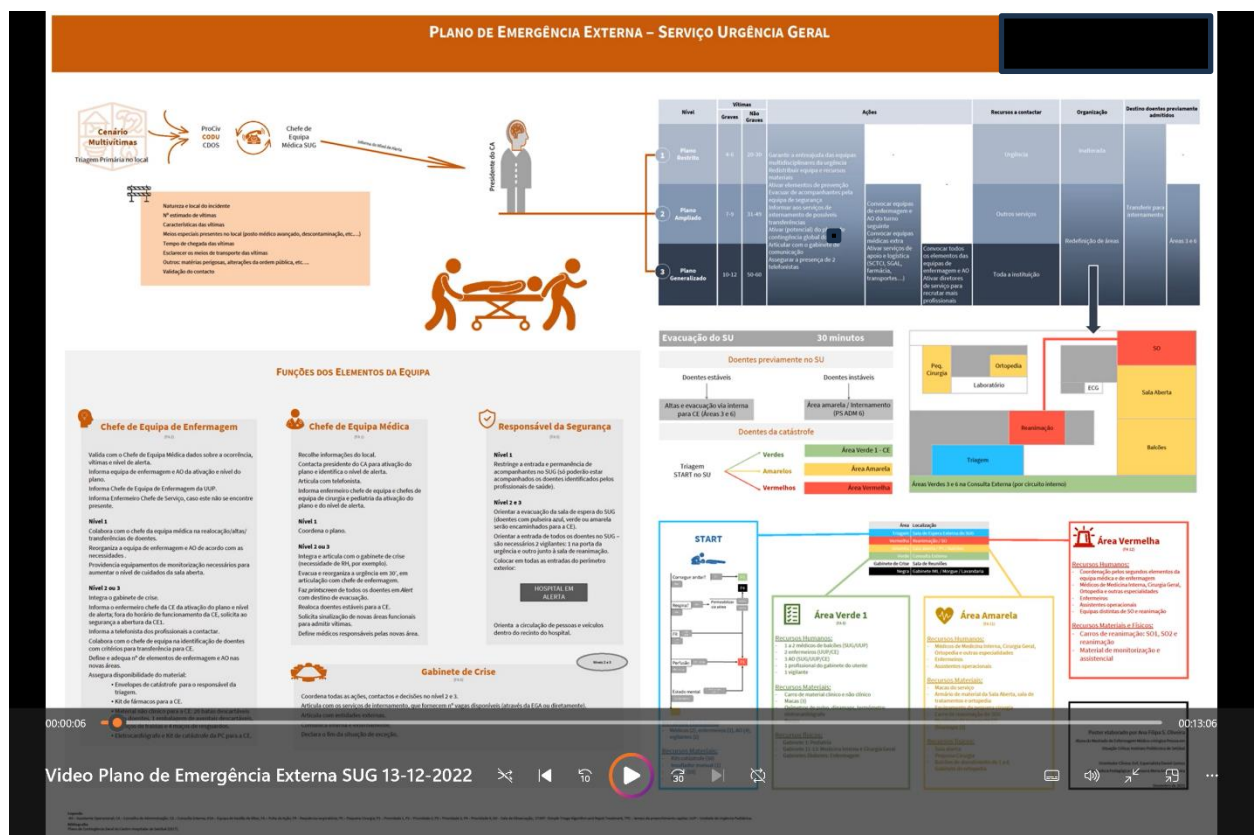
Apêndice XV - Poster do fluxograma de atuação do Plano de Emergência Externa do CH



Apêndice XVI - Vídeo sobre fluxograma de atuação do Plano de Emergência Externa do CH

Link do Vídeo do fluxograma do Plano de Emergência Externa:

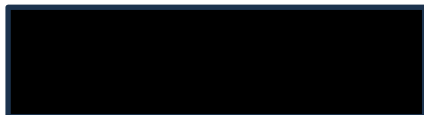
<https://1drv.ms/v/s!ApvgOAcX017Chcl3NzWzoRkRffAc7Q?e=AMTnqR>



ANEXOS

Por ser verdade o descrito em epígrafe, os autores estão inteiramente ao dispor para facultar todos os documentos necessários à sua prova.

Anexo I - Parecer do CA e GID para desenvolvimento do PIP



GABINETE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
RESEARCH & DEVELOPMENT OFFICE

DELIBERAÇÃO:

CA

Autorizado



CENTRO HOSPITALAR
O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

NOTA DE SERVIÇO

PARA: Dra. [REDACTED], Gestora do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

DE: [REDACTED] Secretariado do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

07-11-2022

ASSUNTO: Autorização para realização de questionário sob o título *"Promoção da cultura de segurança do doente no Serviço de Urgência: Importância da Notificação de Incidentes"*, a realizar no Serviço de Urgência Geral (SUG).

No âmbito da investigação académica, Mestrado Associação em Enfermagem – Pessoa em Situação Crítica (PSC), é solicitado autorização para aplicação de um questionário, direccionado aos enfermeiros do SUG, cuja Investigadora Principal é a Enfª Ana Filipa Oliveira, do SUG.

Este projeto tem como objectivos específicos a validação da necessidade de sensibilização da equipa através da avaliação da cultura de segurança do doente na equipa de enfermagem do SUG; aprofundar e desenvolver conhecimento sobre segurança do doente e importância do relato de incidentes de segurança e planear as atividades a desenvolver ao longo do projecto de intervenção no SUG.

O Estudo teve o parecer favorável do Exmo. Sr. Enf. Gestor [REDACTED].

Tratando-se de um questionário a não doentes, não requer análise da Comissão de Ética para a Saúde.

Face ao exposto submete-se à consideração superior,



to secretariado para
remeter à enf. [REDACTED]

16-11-2022

ACTA Nº 47 / 2022

10/11/2022

Contactos GID: gid@ [REDACTED] .min-saude.pt

www [REDACTED] .min-saude.pt

DESPACHO

de
A Exma. Sra.
Enf. Direcção
Saúde - 2
Autorização
para a realiza-
ção do ques-
tionário em
anexo.

08-11-2022

Tomei conhecimento
Nada tendo a opor a
desenvolvimento do
presente projecto.

09.11.2022

de
Informar o IP
do desenvolvimento
do CA.

14-11-2022

Anexo II - Elaboração de relatos de incidentes-padrão do SU

Centro Hospitalar	FORMULÁRIO DE RELATO DE INCIDENTE EXCLUSIVO PARA PREENCHIMENTO INFORMÁTICO	
Campo de UTILIZAÇÃO EXCLUSIVA pelo GIARC/CGR		
N.º de registo:	Aberta Ação Corretiva/Preventiva:	Não ☐ Sim ☐ ACP n.º
Data:	Clique aqui para introduzir uma data. Assinatura:	
Indique o Tipo de Relato		
Data do Incidente (clique para escolher uma data)	Hora do Incidente h: m	Serviço/Local onde ocorreu o Incidente? ☒ - Clínico ☐ - Não Clínico
Tipo de incidente Clínico		Tipo de incidente Não Clínico
Infraestrutural/edifício/instalações		Escolha um item <i>Os Acidentes em trabalho dos Profissionais, devem ser notificados aos Recursos Humanos e Saúde Ocupacional (Proced. SOC.07)</i>
Descrição do incidente (clara e sucinta – Indique o nº processo clínico do doente envolvido):		
X doentes em permanência na zona de ambulatório do SUG há mais de 24h. (Especificar situação individual:internado/a espera de transporte etc...) Situação que leva a: - Segurança do doente comprometida (Queda, úlcera, nutrição, infeção etc...) - Qualidade dos cuidados administrados diminuída. - Privacidade do doente comprometida - Gestão dos recursos dificultada - Limitação do acesso aos acompanhantes - Imagem da instituição afetada		
A Preencher em caso de Queda do Doente - Indique: N.º Proc. Clínico:0 Score MORSE antes da queda Local da Queda?Escolha um item. Queda presenciada por um Profissional?Escolha um item. Especifique as medidas preventivas que se encontravam implementadas no momento do incidente:		
Houve Pessoas afetadas? Não ☒ Sim ☐ »(especifique) Doente ☐ Profissional ☐ Outro ☐ (qual?)		
Foi necessário prestar assistência/tratamento? Não ☐ Sim ☐ (especifique em seguida)		
Que Ações Corretivas/Plano de Ação propõe para evitar a repetição do incidente?		
Plano de Ação (se necessário discutir com Diretor/Responsável do Serviço e GRG/GRG)	Responsável	Data de Execução
- Dinamizar a gestão de vagas no hospital. - Ativação de planos de contingência sempre que necessário. - Implementar sistema de "tempo alvo" para decisão médica - Promover junto da equipa multidisciplinar, dinâmica de sinalização de doentes em situações que comprometem a segurança e qualidade dos cuidados.		
Preenchido por (profissional que relata o incidente): Nome: Categoria: Serviço:		

Anexo 1 – Procedimento de Relato de Incidente (GIN.01_Vs08)

Página 1 de 2

Centro Hospitalar	FORMULÁRIO DE RELATO DE INCIDENTE
Após receção por correio eletrónico, o GIARC / CGR enviará ao Diretor /Responsável de Serviço, uma cópia deste Relato de Incidente	
Instruções de Preenchimento e Envio do Formulário	
1. Preencha todos os campos com o máximo de informação possível. 2. Guarde uma cópia do documento no computador com o nome que julgar adequado (o Serviço deve ficar com uma cópia arquivada.). 3. Envie o Relato como um anexo, por correio eletrónico para o GIARC ou CGR. a. Relato de Incidente Clínico - GIARC@min-saude.pt b. Relato de Incidente Não Clínico - cgr@min-saude.pt	

Centro Hospitalar	FORMULÁRIO DE RELATO DE INCIDENTE EXCLUSIVO PARA PREENCHIMENTO INFORMÁTICO	
Campo de UTILIZAÇÃO EXCLUSIVA pelo GIARC/CGR		
N.º de registo:	Aberta Ação Corretiva/Preventiva:	Não ☐ Sim ☐ ACP n.º
Data: Clique aqui para introduzir uma data.		Assinatura:
Indique o Tipo de Relato		
Data do Incidente (clique para escolher uma data)	Hora do Incidente h: m	Serviço/Local onde ocorreu o Incidente? ☒ - Clínico ☐ - Não Clínico
Tipo de incidente Clínico		Tipo de incidente Não Clínico
Infraestrutural/edifício/instalações		Escolha um item <i>Os Acidentes em trabalho dos Profissionais, devem ser notificados aos Recursos Humanos e Saúde Ocupacional (Proced. SOC.07)</i>
Descrição do incidente (clara e sucinta – Indique o nº processo clínico do doente envolvido):		
X doentes em permanência na zona de ambulatório do SUG há mais de 24h. (Especificar situação individual:internado/a espera de transporte etc...) Situação que leva a: - Segurança do doente comprometida (Queda, úlcera, nutrição, infeção etc...) - Qualidade dos cuidados administrados diminuída. - Privacidade do doente comprometida - Gestão dos recursos dificultada - Limitação do acesso aos acompanhantes - Imagem da instituição afetada		
A Preencher em caso de Queda do Doente - Indique: N.º Proc. Clínico:0 Score MORSE antes da queda Local da Queda?Escolha um item. Queda presenciada por um Profissional?Escolha um item. Especifique as medidas preventivas que se encontravam implementadas no momento do incidente:		
Houve Pessoas afetadas? Não ☒ Sim ☐ »(especifique) Doente ☐ Profissional ☐ Outro ☐ (qual?)		
Foi necessário prestar assistência/tratamento? Não ☐ Sim ☐ (especifique em seguida)		
Que Ações Corretivas/Plano de Ação propõe para evitar a repetição do incidente?		
Plano de Ação (se necessário discutir com Diretor/Responsável do Serviço e GRG/GRG)	Responsável	Data de Execução
- Dinamizar a gestão de vagas no hospital. - Ativação de planos de contingência sempre que necessário. - Implementar sistema de "tempo alvo" para decisão médica - Promover junto da equipa multidisciplinar, dinâmica de sinalização de doentes em situações que comprometem a segurança e qualidade dos cuidados.		
Preenchido por (profissional que relata o incidente): Nome: Categoria: Serviço:		

Anexo 1 – Procedimento de Relato de Incidente (GIN.01_Vs08)

Página 1 de 2

Centro Hospitalar	FORMULÁRIO DE RELATO DE INCIDENTE
Após receção por correio eletrónico, o GIARC / CGR enviará ao Diretor /Responsável de Serviço, uma cópia deste Relato de Incidente	
Instruções de Preenchimento e Envio do Formulário	
1. Preencha todos os campos com o máximo de informação possível. 2. Guarde uma cópia do documento no computador com o nome que julgar adequado (o Serviço deve ficar com uma cópia arquivada.). 3. Envie o Relato como um anexo, por correio eletrónico para o GIARC ou CGR. a. Relato de Incidente Clínico - GIARC@min-saude.pt b. Relato de Incidente Não Clínico - cgr@min-saude.pt	

Anexo III - Comprovativo de Submissão do artigo para publicação em revista

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO



CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Todos

Pesquisar

Pesquisar

- Por Edição
- Por Autor
- Por Título
- Outras revistas

AUTOR

Submissões

- Activo (1)
- Arquivo (0)
- Nova submissão

INFORMAÇÕES

- Para Leitores
- Para Autores
- Para Bibliotecários



CAPA SOBRE

INDEXAÇÕES

Capa > Utilizador > Autor > Submissões Activas

Submissões Activas

ACTIVO ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIAR	SEC	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
615	06-12	ART	Oliveira	FATORES QUE INFLUENCIAM A NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES EM...	EM REVISÃO

Iniciar nova submissão

CLIQUE AQUI para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

Apontamentos

TODOS NOVO ##PLUGINS.GENERIC.REFERRAL.STATUS.ACCEPTED## ##PLUGINS.GENERIC.REFERRAL.STATUS.DECLINED##

DATA DE INCLUSÃO	HITS	URL	ARTIGO	TÍTULO	SITUAÇÃO	AÇÃO
Não há apontamentos.						

UTILIZADOR

Ligado como:

aoliveira

- Minhas Revistas
- Perfil
- Sair do sistema

NOTIFICAÇÕES

- Visualizar
- Gerir

Ajuda do sistema

IDIOMA

Português

TAMANHO DA FONTE

Anexo IV - Questionário de avaliação da formação e satisfação do formando

Ficha de avaliação da formação pelo formando

Designação Ciclo Formativo: Projeto de intervenção profissional no âmbito da especialidade

Designação Ação: Importância da notificação de incidentes

Data: 6 Janeiro 2022

Duração: 1 hora

Modalidade: Presencial e Online

APRECIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO

A sua opinião é importante para garantir a qualidade da formação. Neste contexto, considerando a classificação abaixo indicada, avalie cada item introduzindo o número correspondente.

1 - Insuficiente

2 - Suficiente

3 - Bom

4 - Muito Bom

1. Avaliação da Ação

	1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom
Divulgação da formação	☐	☐	☐	☐
Apoio administrativ o (inscrições e informações)	☐	☐	☐	☐
Utilidade do tema	☐	☐	☐	☐

	1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom
Objetivos da ação	☐	☐	☐	☐
Conteúdos/ Estrutura da ação	☐	☐	☐	☐
Duração da ação	☐	☐	☐	☐
Instalações (espaço físico, mobiliário...)	☐	☐	☐	☐
Equipamento s e meios audiovisuais	☐	☐	☐	☐

2. Avaliação do Formador - Ana Filipa Oliveira

	1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom
Domínio dos conteúdos	☐	☐	☐	☐
Clareza da linguagem	☐	☐	☐	☐
Esclareciment os de dúvidas	☐	☐	☐	☐
Capacidade de motivação	☐	☐	☐	☐

	1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom
Relacioname nto com os formandos	☐	☐	☐	☐
Adequação do método pedagógico	☐	☐	☐	☐
Cumprimento de horários	☐	☐	☐	☐
Documentaçã o de apoio	☐	☐	☐	☐

3. Avaliação do Formador - Elos dinamizadores do GIARC

	1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom
Domínio dos conteúdos	☐	☐	☐	☐
Clareza da linguagem	☐	☐	☐	☐
Esclareciment os de dúvidas	☐	☐	☐	☐
Capacidade de motivação	☐	☐	☐	☐
Relacioname nto com os formandos	☐	☐	☐	☐

	1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom
Adequação do método pedagógico	☐	☐	☐	☐
Cumprimento de horários	☐	☐	☐	☐
Documentaçã o de apoio	☐	☐	☐	☐

4. Apreciação Global

1 2 3 4

5. A ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho?

☐ Sim

☐ Não

6. Justifique

Enter your answer

7. Sugestões/observações

Enter your answer

Never give out your password. [Report abuse](#)

This content is created by the owner of the form. The data you submit will be sent to the form owner. Microsoft is not responsible for the privacy or security practices of its customers, including those of this form owner. Never give out your password.

Powered by Microsoft Forms |

The owner of this form has not provided a privacy statement as to how they will use your response data. Do not provide personal or sensitive information.

| [Terms of use](#)

Anexo V - Comprovativo de participação no projeto “Mais Próximo de Ti”



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que, a **Enfermeira Ana Filipa Sousa Oliveira** do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, integra a Equipa Móvel do Projeto "Mais Próximos de TI" desde julho de 2020.

Esta atividade contribui para a humanização dos cuidados de saúde no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, sendo realizada de forma voluntária e conciliada com a atividade habitual. Este Projeto tem como objetivos, os seguintes:

- Apoiar e promover a comunicação e proximidade entre o doente e os seus familiares através de meios telemáticos;
- Minimizar constrangimentos relativos a limitação de visitas;
- Diminuir a ansiedade do doente e familiares como consequência da limitação das visitas
- Articular com as equipas de saúde na identificação e mobilização de medidas necessárias para satisfazer as necessidades dos doentes e famílias.

Por ser verdade, se passa a presente declaração.

CHULC, 09 de março de 2021

Pl'a Equipa Móvel "Mais Próximos de TI"

Enf. Gestora

Anexo VI - Comprovativo de apresentação do Poster sobre Pneumonia Associada à Intubação nas VI Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva em Lisboa



VII JORNADAS TÉCNICAS DE MEDICINA INTENSIVA



RESSUSCITAÇÃO

Monitorização do doente crítico
em Medicina Intensiva

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o trabalho

PREVENÇÃO E CONTROLO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À INTUBAÇÃO

elaborado por

Ana Filipa de Sousa Oliveira; Patrícia Carvalho; Maria
Antónia Costa

foi apresentado como **Poster** nas **VII Jornadas Técnicas de
Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 03 e 04 de
novembro de 2022, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 04 de novembro de 2022

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LI
CENTRAL



Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas

Anexo VII - Comprovativo do curso de *International Trauma Life Support* (ITLS)



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Ana Filipa de Sousa Oliveira, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date

5/22/2022

course site

Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, INTL
(International)

course director

Dr. Ana Ferreira, MD MD

course coordinator

Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 21-ITLS-F2-0202 CEH Type: Advanced

CAPCE represents that this program has met standards for accreditation and does not endorse the opinions or content presented. For more information, or to register a concern go to:
<https://www.capce.org/CertificateTrouble/Index>

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS
International
Trauma Life Support

348937-48517

Ana Filipa de Sousa Oliveira, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date **5/22/2022** Expiration Date **05/2025**

Course Number **48517**

Course Location **Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, INTL (International)**

Anexo VIII - Comprovativo do curso de Suporte avançado de Vida (SAV - *European Resuscitation Council*)



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL
www.erc.edu

European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Ana Filipa Sousa OLIVEIRA

29/03/1986

Received the ERC qualification
Advanced Life Support (ALS)
Provider

In Setúbal, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO
course director



Date last course: 04/06/2022

The holder of this certificate is responsible for the periodical update of their knowledge, skills and retraining.
To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-042-059864

Anexo IX - Comprovativo do Curso de Nutrição no doente Crítico



Anexo X - Comprovativo do Curso de Técnicas de Circulação Extracorporal



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que **Filipa Oliveira** participou no Curso de Técnicas de Circulação Extra-Corporal realizado no âmbito das VII Jornadas de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, que decorreu em formato B-learning com a classificação final de **18,90** valores.

Lisboa, 28 de Novembro de 2022

A Comissão Organizadora do Curso de Técnicas de Circulação Extra-Corporal



Pedro Eduardo Silva

Filipe Ramos

Anexo XI - Comprovativo do Curso de Neuromonitorização no doente crítico



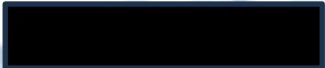
CERTIFICADO

Certifica-se que **Filipa Oliveira** concluiu com sucesso o Curso de Neuromonitorização realizado no âmbito das VII Jornadas de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, que decorreu em formato B-learning e teve a duração total de 20 horas, com a classificação final de 18,00 valores.



Curso de
**Neuro
Monitorização**

Lisboa, 15 de Novembro de 2022


Bruno Maia

Coordenador do Curso de Neuromonitorização

Anexo XII - Comprovativo de participação nas VII Jornadas Técnicas da Medicina Intensiva em Lisboa



**VII JORNADAS TÉCNICAS DE
MEDICINA INTENSIVA**



RESSUSCITAÇÃO

**Monitorização do doente crítico
em Medicina Intensiva**

Patrocínio Científico



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

CERTIFICADO

Certificamos que,

FILIPA OLIVEIRA

esteve presente nas **VII Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 03 e 04 de novembro de 2022, na Faculdade de Medicina Dentária, Lisboa.

Lisboa, 04 de novembro de 2022



Prof. Doutor Luís Bento
Presidente das Jornadas

Anexo XIII - Comprovativo da apresentação do Poster Precisão da Abordagem START em situações de Exceção e Catástrofe e participação no 1^a Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Certificado



Certifica-se que a **Comunicação Livre em formato de e-Poster**, intitulada **PRECISÃO DA ABORDAGEM START EM SITUAÇÕES DE EXCEÇÃO E CATÁSTROFE**, apresentada por Ana Filipa de Sousa Oliveira, cujos autores são Ana Filipa de Sousa Oliveira, Andreia Catarina Soares Paraíba Lopes, Elsa Cristina Prata Rodrigues, Liliana Ramos Palma Guerreiro, Mariana Carolino Pereira integrou o **Programa de Comunicações Livres no 1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de **0,6 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP)**.

Coimbra, 23 maio 2022


Márcio Carvalho
Presidente da Comissão Organizadora


Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC


Rui Gonçalves
Presidente da Comissão Científica

1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DESAFIO EMERGENTE

Centro de Congressos do CHUC
19 e 20 maio 2022

Organização:  **TERTÚLIA EMERGENTE**
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS



Certificado

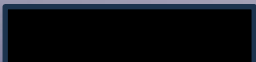


Certifica-se que Ana Filipa de Sousa Oliveira, com o cartão de cidadão nº 12978476, participou como **Congressista** no **1º Congresso de Enfermagem em Urgência e Emergência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, que se realizou no Centro de Congressos do CHUC, nos dias 19 e 20 maio 2022.

Este evento técnico-científico está acreditado pela Ordem dos Enfermeiros, para efeitos de qualificação profissional, com a atribuição de **0,6 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP)**.

Coimbra, 26 maio 2022


Márcio Carvalho
Presidente da Comissão Organizadora


Áurea Andrade
Enfermeira Diretora do CHUC

1º CONGRESSO DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DESAFIO EMERGENTE

Centro de Congressos do CHUC
19 e 20 maio 2022

Organização:  **TERTÚLIA EMERGENTE**
ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS



**Anexo XIV - Comprovativo de participação no Projeto STOP! – Infecção Hospitalar
(Fundação Calouste Gulbenkian/Institute for Healthcare Improvement)**

STOP
infecção hospitalar!

UM DESAFIO GULBENKIAN

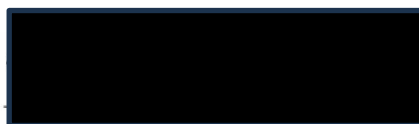


CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que

Ana Filipa Oliveira

participou na terceira Sessão de Aprendizagem Conjunta do **Desafio Gulbenkian Stop Infecção Hospitalar!**, que teve lugar nos dias 26 e 27 de Janeiro de 2017, no Centro de Congressos de Lisboa



Professor Doutor Sérgio Gulbenkian

Lisboa, 27 de Janeiro de 2017.

Anexo XV - Comprovativos de auditorias de observação de higienização das mãos e uso de luvas durante o Estágio Final

