



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA SOBRE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS NO BLOCO OPERATÓRIO

Sofia Marlene Sampaio de Castro



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Sofia Marlene Sampaio de Castro

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem
Médico-cirúrgica sobre notificação de incidentes e eventos
adversos no Bloco Operatório**

Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Clementina Fernandes de Sousa

Março, 2024

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular - Estágio de Natureza Profissional (ENP), do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEMC), realizado num serviço de Bloco Operatório (BO) de um Hospital da Região Norte do país. Procura evidenciar, através da descrição e análise crítica, as ações desenvolvidas em contexto da prática clínica e os seus contributos para o processo de aprendizagem e crescimento profissional.

Para o desenvolvimento de competências diferenciadas procurou-se reunir o máximo de experiências e basear a *praxis* clínica em evidência científica, abarcando as dimensões da prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica, da formação, da gestão e da investigação. Nesse sentido, surgiu a problemática de investigação na área da notificação pelos enfermeiros de incidentes e eventos adversos no BO.

A pertinência do estudo de investigação decorreu do facto de a realidade da notificação de incidentes e eventos adversos ser pouco frequente nos contextos clínicos, apesar de essencial para a gestão do risco, segurança do doente e melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Assim, definiu-se como objetivo geral conhecer as perceções dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC) de um BO quanto à notificação de incidentes e eventos adversos.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de corte transversal, com abordagem qualitativa e colheita de dados por entrevista semiestruturada. Participaram 10 EEEMC, uma amostra não probabilística e de conveniência. Foi possível avaliar várias dimensões que influenciam a perceção dos EEEMC e perceber como se posicionam face à problemática da notificação. Os resultados evidenciaram um consenso global quanto à importância da comunicação de incidentes e eventos adversos, contudo subsiste o receio de consequências da comunicação, sendo considerado um dos principais obstáculos. A maioria dos participantes concorda com a utilidade e obrigatoriedade do sistema nacional de notificação, considerando-o ser uma ferramenta útil na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. De forma a potenciar a consciência da notificação, os EEEMC sugerem como estratégias de mudança incentivar e promover a formação sobre segurança do doente, investir em sistemas

de notificação mais robustos e incrementar uma cultura não punitiva, de incentivo à notificação. Pretende-se, assim, divulgar os resultados a nível organizacional para que se conheça a situação atual, possam ser implementadas medidas corretivas e reforço dos pontos fortes.

Da experiência do estágio, salienta-se o papel preponderante do EEEMC num ambiente tão singular como o BO, na promoção da aprendizagem no seio da equipa multidisciplinar, na diferenciação e na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Do ponto de vista individual, destaca-se o papel da formação especializada em enfermagem no aprofundamento de competências, num *continuum* de aprendizagem ao longo da vida, no saber agir em ambientes altamente complexos e na valorização da profissão.

Palavras-Chave: Enfermagem médico-cirúrgica; Segurança do paciente; Eventos adversos; Notificação

ABSTRACT

The present report arises within the scope of the Curricular Unit - Professional Internship of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of critically ill patient, carried out in an operating room service at a hospital in the northern region of the country. It aims to highlight the description and critical analysis of actions developed in the context of clinical practice and their contributions to the process of learning and professional growth.

To develop differentiated skills, efforts were made to gather maximum experiences and base clinical practice on scientific evidence, encompassing dimensions of providing care to individuals and families in critical situations, education, management, and research. In this context, the research issue arose regarding nurses' notification of incidents and adverse events in the operating room.

The relevance of the research study stemmed from the fact that the reality of notifying incidents and adverse events is infrequent in clinical contexts, despite being essential for risk management, patient safety, and continuous improvement in the quality of care. Therefore, the general objective was defined as understanding the perceptions of specialist nurse in medical-surgical nursing in the operating room regarding the notification of incidents and adverse events.

It is an exploratory descriptive study, cross-sectional, with a qualitative approach, and data collection through interviews. The sample is non-probabilistic by convenience, consisting of ten specialist nurses in medical-surgical nursing. It was possible to evaluate various dimensions influencing the perceptions of them and understand their stance on the notification issue. Results showed a general consensus on the importance of communicating incidents and adverse events, yet the fear of consequences remained a significant obstacle. The majority of participants agree on the usefulness and mandatory nature of a national notification system, considering it a valuable tool for improving healthcare quality. To increase notifications and consequently patient safety, the participants suggest strategies such as promoting education on patient safety, investing in more practical and comprehensive notification systems, and fostering a non-punitive culture that encourages notification. The intention is to disseminate the results at the organizational level, allowing

for an understanding of the current situation and the implementation of corrective measures for identified weaknesses and reinforcement of strengths.

From the internship experience, the crucial role of specialist nurses in such a unique environment as the operating room is emphasized. They play a pivotal role in promoting learning within the multidisciplinary team and in the differentiation and continuous improvement of nursing care. From an individual perspective, the role of specialized nursing training is highlighted in deepening skills throughout a lifelong learning continuum, in knowing how to act in highly unpredictable and complex environments, and in valuing the profession.

Keywords: Medical-surgical nursing; Patient safety; Adverse events; Notification

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Clementina Sousa por ter aceitado o meu convite na orientação deste trabalho, pela paciência, disponibilidade e acima de tudo nunca ter desistido de mim nestes avanços e recuos, o meu mais sincero muito obrigada. À minha coorientadora Enfermeira Especialista Florbela Costa, pela generosidade e disponibilidade de me receber e acolher ao longo deste trabalho.

À instituição pela oportunidade que me permitiu desenvolver este projeto.

Às irmãs e irmãos que a vida me foi dando ao longo destes anos e que fizeram de mim uma pessoa melhor.

Às minhas meninas afilhadas Íris, Matilde, Laura e Júlia e aos dois de coração João Marques e Mariana Marques.

Ao meu Marido pelo apoio incondicional neste percurso, que sempre acreditou que era possível.

À minha mãe que ao longo da sua vida lutou, acreditou e amou incondicionalmente para que eu hoje fosse esta pessoa em que me tornei.

Aos meus enfermeiros de referência e exemplo Raul Marques e Joaquim Andrade

Por fim a todas as pessoas, em especial à Sara, que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, seja com palavras de encorajamento ou auxílio nas atividades práticas.

A todos, o meu mais sincero agradecimento.

*Errar é humano, encobrir é indesculpável e não aprender
com os erros é imperdoável*

Sir Liam Donaldson

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	IX
ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS	X
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - BLOCO OPERATÓRIO: CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	6
1.1. Caracterização do local de estágio: Bloco Operatório	7
1.2. O cuidado especializado da PSC no Bloco Operatório	9
1.3. Reflexão crítica do processo formativo em contexto clínico: desenvolvimento de competências específicas e comuns do enfermeiro especialista.....	11
1.3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	12
1.3.2. Competências específicas: área do cuidado à pessoa em situação crítica.	22
CAPÍTULO 2 - PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA SOBRE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS NO BLOCO OPERATÓRIO E SEGURANÇA DO DOENTE	32
2.1. Enquadramento teórico.....	34
2.1.1. Qualidade em saúde	34
2.1.2. Segurança do doente	36
2.1.3. Segurança do doente no Bloco Operatório	38
2.1.4. Gestão do Risco	39
2.1.5. Notificação de incidentes e eventos adversos	42
2.2. Metodologia.....	44
2.2.1. Justificação da problemática e questão de investigação	44
2.2.2. Objetivos e finalidade do estudo	45
2.2.3. Tipo de estudo.....	46
2.2.4. Contexto, população e participantes	47
2.2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados.....	48
2.2.6. Tratamento de dados	49
2.3. Procedimentos éticos.....	51
2.4. Análise de dados e discussão de resultados.....	52
2.5. Conclusões do estudo e perspetivas futuras	69
CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

ANEXOS	86
ANEXO I – Protocolos de dor ligeira, moderada e severa.....	87
ANEXO II – Consulta de Enfermagem pré-operatória	91
ANEXO III – Protocolo de emergência intra-hospitalar	93
APÊNDICES	99
APÊNDICE I – Ficha de Ação de Formação	100
APÊNDICE II – Consentimento informado, livre e esclarecido.....	103
APÊNDICE III – Guião da Entrevista.....	106
APÊNDICE IV– Parecer da Comissão de Ética.....	109
APÊNDICE V – Matriz de análise de conteúdo das entrevistas por área temática, categorias e subcategorias	111

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AESOP	Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
BIS	Índice Bispectral (avaliação do nível de consciência)
BO	Bloco Operatório
DGS	Direção-Geral da Saúde
DQS	Departamento da Qualidade em Saúde
ECG	Eletrocardiograma
EE	Enfermeiro Especialista
EEEMC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEEMCPSC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica
EEMCPSC	Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica
ENP	Estágio de Natureza Profissional
IACS	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
ICN	<i>Internacional Council of Nurses</i>
MEMC	Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
MEMCPSC	Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEC	Plano de Emergência e Catástrofe
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doente
PQCEEPSC	Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
PSC	Pessoa em Situação Crítica
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCPA	Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figuras

Figura 1 - Situações passíveis de serem notificadas como incidentes ou eventos adversos: categorias e subcategorias	56
Figura 2 - Prática dos EEEMC quanto à notificação de incidentes e ou eventos adversos: categorias	58
Figura 3 - Contributos da existência de um sistema de notificação de incidentes e ou eventos adversos: categorias	61
Figura 4. Importância do anonimato na notificação de incidentes e ou eventos adversos: categorias	62
Figura 5. Percepção quanto à obrigatoriedade da notificação de incidentes e ou eventos adversos: categorias e subcategorias	64
Figura 6. Condicionantes da comunicação/notificação de incidentes e ou eventos adversos: categorias e subcategorias	66
Figura 7. Sugestões de melhoria quanto à comunicação/notificação de incidentes e ou eventos adversos: categorias e subcategorias	68

Quadros

Quadro 1 Matriz de análise por áreas temáticas, categorias e subcategorias	53
--	----

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde são cada vez mais complexos e exigentes, tanto do ponto de vista tecnológico como humano, tornando-se necessário o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais por parte dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros. Desta forma, é premente dotá-los de conhecimentos e competências que lhes permitam assumir responsabilidades acrescidas, desenvolver estratégias para tomar decisões mais complexas e assegurar uma prestação de cuidados mais eficazes com qualidade (Lopes [et al.], 2018). No que aos enfermeiros diz respeito, seguindo os mesmos autores, a especialização dos profissionais, assume especial relevância, uma vez que permite reconhecer-lhes competências comuns e específicas que, por sua vez, viabilizam o desempenho de atividades de domínio mais complexo.

A Enfermagem, enquanto profissão do cuidar humano, está em constante evolução, de modo a adaptar os seus cuidados às populações em mudança e a novos e mais complexos problemas de saúde/doença, necessitando de uma constante atualização de saberes num *continuum* ao longo da vida.

Para corporizar a excelência do exercício profissional, torna-se fundamental alicerçar a *praxis* na melhor e mais atual evidência científica, para que a qualificação profissional especializada se traduza em cuidados diferenciados (Regulamento n.º140/2019, 2019). Esta premissa também está consignada no artigo 109.º do Código Deontológico, em que o enfermeiro é incentivado a “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015, p. 86).

Na Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, área da Pessoa em Situação Crítica¹ (EEMCPSC), tomam-se como foco, as estratégias que visem o desenvolvimento e aquisição de níveis elevados de conhecimento, habilidades e competências que promovam o

¹ Ao longo deste relatório pode utilizar-se também os termos doente ou utente como forma de referir a “pessoa em situação crítica” que é alvo dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

pensamento crítico para a tomada de decisão, com o propósito da excelência nos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC) e sua família.

Em referência aos cuidados de enfermagem especializados à PSC, cita-se o Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19362 que os define como “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”. Assim, o compromisso do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Pessoa em Situação Crítica (EEEMCPSC) assenta no exercício profissional competente, diferenciador, alicerçado na evidência atual, no sentido de antecipar situações de saúde críticas e imprevisíveis na pessoa doente, tendo como centro a prevenção, a minimização da sua gravidade e das possíveis complicações.

Para tal, no âmbito da unidade curricular ENP, inserida no plano de estudos do MEMC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, realizou-se um estágio num serviço de BO de um Hospital da Região Norte. A escolha do próprio contexto profissional revelou-se uma mais-valia, pois, no ambiente de trabalho conhecido permitiu a consolidação de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais bem como a mobilização de abordagens diferenciadoras de cuidados da componente teórica do curso. Por outro lado, possibilitou refletir, avaliar as necessidades e a oportunidade de intervir sobre elas, através de um outro olhar em contexto de formação especializada. Proporcionou também a consciencialização da importância do EEEMCPSC no BO, contexto onde frequentemente ocorrem situações de risco imediato de vida.

Nesta perspetiva, o presente relatório pretende evidenciar a descrição, análise crítica/reflexiva das ações desenvolvidas em contexto da prática clínica e contribuir para o processo individual de aprendizagem e crescimento profissional, bem como para o contexto de melhoria institucional quanto à qualidade dos cuidados. Ele documenta, igualmente, o estudo de investigação desenvolvido no âmbito da problemática “a notificação pelos enfermeiros de incidentes e eventos adversos no BO”.

O EEEMCPSC, na construção da excelência do seu exercício, deve ter em consideração os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (PQCEEPSC), nomeadamente a satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a

prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados especializados, assim como, a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (OE, 2017).

Além das competências no âmbito do processo de cuidar, torna-se nuclear a aquisição de habilidades de carácter científico. Este exercício assenta numa procura constante do conhecimento, de forma a promover mudanças positivas individuais e dos contextos de saúde. Desta forma, o enfermeiro baseia a sua prática de cuidados em evidências, apoia a tomada de decisão na investigação científica, proporcionando uma maior eficiência na assistência, maior qualidade no serviço prestado e melhor segurança para a pessoa alvo de cuidados.

A segurança do doente assume cada vez mais destaque nos contextos de saúde, dado ser considerada elemento fulcral e um indicador de qualidade em saúde. Ela diminui a probabilidade do risco, tendo em conta o conhecimento existente, os recursos disponíveis e o contexto em que ocorre a prestação dos cuidados, em oposição ao risco do não tratamento ou da seleção de outro tratamento (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2009a). Contudo, a ocorrência de eventos adversos devido à falta de segurança aquando da prestação dos cuidados é seguramente uma das 10 principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo (OMS, 2019), sendo fundamental a promoção de uma cultura de segurança.

A notificação de incidentes e eventos adversos, apesar da reconhecida importância, ainda é pouco frequente em diversos contextos clínicos. Sendo uma estratégia fundamental para a gestão do risco e para a segurança do doente, torna-se necessário perceber as razões da pouca adesão dos profissionais (OMS, 2020a). Da observação da prática e das conversas informais com o enfermeiro gestor do serviço, foi possível perceber que a realidade da notificação no contexto do local de estágio era praticamente nula. Neste sentido, este tema suscitou uma profunda reflexão pessoal sobre as práticas implementadas, tendo emergido a necessidade de trabalhar esta temática, uma vez que a notificação de incidentes e eventos adversos, como anteriormente referido, é essencial para a gestão do risco, para a segurança do doente e para melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Assim, foi desenvolvido um projeto de investigação com a finalidade de inquietar e motivar os EEEMC para a notificação de incidentes e eventos adversos, de modo a, também eles, se constituírem referência e agentes de mudança junto da restante equipa. Com base nestas

premissas, definimos como objetivo geral deste trabalho, conhecer as perceções dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Médico-cirúrgica do Bloco Operatório quanto à importância da notificação de incidentes e eventos adversos.

Atendendo aos objetivos inscritos no plano de estudos conducente ao grau de Mestre do curso de MEMC e as esplanadas no protocolo do ENP (Sousa, 2021) para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEMCPSC, pretende-se, também, dar resposta aos seguintes objetivos pessoais:

- Desenvolver competências no cuidar a PSC e antecipar focos de instabilidade e/ou risco de falência orgânica num BO, numa prática profissional ética e legal;
- Aprofundar competências no âmbito da prevenção e controlo da infeção associados aos cuidados de saúde da PSC;
- Refletir sobre o modelo de conceção e prestação de cuidados adotado no local de estágio;
- Participar ativamente na organização e gestão dos serviços ao nível de recursos materiais, humanos e cuidados de enfermagem, reconhecendo a importância do trabalho em equipa;
- Conceber e colaborar nos programas de melhoria contínua do serviço;
- Desenvolver aprendizagens profissionais, nomeadamente, no diagnóstico de necessidades formativas, gestão da formação em serviço e intervenção direta na execução das ações de formação;
- Fortalecer competências na prática de investigação;
- Articular e consolidar conhecimentos adquiridos ao longo do MEMC, numa *praxis* clínica sustentada na melhor evidência científica.

O presente relatório encontra-se organizado em dois capítulos. No primeiro, explica-se o percurso desenvolvido durante o ENP, que inclui a caracterização do contexto do local de estágio, uma breve referência sobre o Cuidar e a PSC no BO, e finaliza com a reflexão sobre as atividades e intervenções relativas ao desenvolvimento de competências especializadas no cuidar a PSC, com base nos domínios das competências comuns e específicas do EEEMCPSC. No segundo capítulo, apresentam-se as etapas percorridas no processo de investigação. Posteriormente, apresenta-se a conclusão com a síntese dos aspetos mais relevantes do relatório e o balanço do trabalho desenvolvido, considerando os objetivos

delineados, o percurso realizado e as limitações encontradas. Reflete-se por fim sobre o contributo do percurso para o desenvolvimento pessoal, profissional e perspetivas futuras.

Este documento foi redigido de acordo com as normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Graça [et al.], 2021) e segue as normas da *American Psychological Association*, 7ª edição, para referenciação bibliográfica.

CAPÍTULO 1 - BLOCO OPERATÓRIO: CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Neste capítulo pretende-se, sobretudo, fazer uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à PSC, adquiridas no decurso do ENP. Será feita uma breve caracterização do local de estágio, seguindo-se uma abordagem ao cuidar especializado, que engloba as competências comuns e específicas, descrevendo as atividades realizadas e a aquisição de competências, numa perspetiva reflexiva e fundamentada.

1.1. Caracterização do local de estágio: Bloco Operatório

O ENP decorreu no serviço de BO inserido num hospital do Norte do país que se rege pela missão de assegurar cuidados de saúde hospitalares, com o objetivo de promover a autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa num processo de saúde-doença, mediante um processo contínuo de prevenção, diagnóstico, intervenção, reabilitação, readaptação, reinserção social e familiar (*website*). Além disso, tem como valores: a humanização dos cuidados, ética assistencial, qualidade e eficiência, envolvimento da família, rigor, transparência e responsabilização. Apresenta diversos serviços clínicos, nomeadamente, serviço de imagiologia, serviço de consulta externa, unidade de ambulatório de gastroenterologia, unidade de oftalmologia, unidade de medicina física e de reabilitação serviço de BO, entre outros.

Dado o acordo de cooperação que o hospital detém com a Administração Regional de Saúde do Norte para utentes do Serviço Nacional de Saúde, a sua área de influência abarca os Agrupamentos de Centros de Saúde do Ave – Famalicão, Alto Ave – Guimarães, Fafe, Vizela e Terras de basto, Grande Porto III – Santo Tirso/Trofa, Grande Porto I – Maia/Valongo, Cávado I – Braga. Para prestações de cuidados a utentes com subsistemas de saúde, seguros de saúde e outra atividade social, a sua área de influência é aberta a todo o território nacional, de acordo com o livre e universal acesso aos cuidados de saúde e a vontade individual dos utilizadores.

O serviço do BO deste hospital encontra-se no piso 2 do quinto edifício, numa área isolada de circulação geral. Dá resposta a diversas áreas cirúrgicas, nomeadamente, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, ginecologia, neurocirurgia, ortopedia,

otorrinolaringologia, urologia e oftalmologia. É dotado de equipas multidisciplinares especializadas, bem como, equipamento diferenciado, tecnologia de ponta, encontrando-se adaptado a todas as necessidades específicas de cada cirurgia, num ambiente cirúrgico seguro e de qualidade. Segundo o seu regulamento interno, a missão passa por atender às necessidades cirúrgicas da pessoa, promovendo a satisfação dos utentes e profissionais.

Relativamente à sua estrutura física, é constituído por três salas operatórias mais duas salas de indução anestésica e uma de recobro, dois gabinetes médicos, um gabinete de enfermagem, uma sala de refeições e dois vestiários. O BO detém ainda mais duas salas operatórias comunicantes entre si para uso exclusivo por oftalmologia noutro edifício hospitalar. Possui área própria para armazenamento de material de uso clínico e outro espaço de armazenamento de equipamentos de apoio cirúrgico. Dispõe ainda de central de esterilização, que serve também as restantes necessidades hospitalares, com uma sala de desinfeção de material, outra de empacotamento de material para esterilizar e armazém de esterilizados. Tal como já referido, as salas operatórias dispõem de equipamento específico de alta tecnologia, o que permite a realização de procedimentos cirúrgicos nas valências acima explanadas.

No que concerne à equipa multidisciplinar, elemento nuclear no bom funcionamento, articulação e harmonia do serviço, esta é constituída por pessoal médico, de enfermagem, administrativo, auxiliar de ação médica e técnico de diagnóstico e terapêutica. Todos estes profissionais, durante o exercício das suas funções, devem respeitar o regulamento interno e todas as disposições legais estabelecidas. Detalhadamente, a constituição da equipa cirúrgica depende da especialidade em causa, mas em traços gerais contempla um cirurgião principal, um ajudante, um anestesista, um enfermeiro de instrumentação, um enfermeiro de anestesia, um enfermeiro circulante e um auxiliar de ação médica. Esta equipa é suportada, quando necessário, por um técnico de diagnóstico e terapêutica da área da radiologia.

A equipa de enfermagem do BO é constituída por cerca de 30 enfermeiros entre EEEMC e enfermeiros de cuidados gerais. O seu exercício de funções está definido pelo Código Deontológico e pelo Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) (OE, 2015), ambos republicados pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Além disso, reforçado no regulamento interno deste serviço, os seus deveres passam também por:

- i) participar no trabalho das equipas cirúrgicas, de acordo com o plano de distribuição de trabalho;

- ii) cumprir as regras gerais para a assepsia no BO;
- iii) assegurar que o equipamento e material em uso estão aptos para a sua imediata utilização;
- iv) conhecer a composição e a localização do material operatório;
- v) reunir o material utilizado e providenciar a sua correta esterilização;
- vi) colaborar com a equipa de anestesia na transferência inter-hospitalar dos utentes, quando necessário;
- vii) supervisionar atividades dos assistentes operacionais;
- viii) cumprir normas e políticas institucionais;
- ix) efetuar o registo de ocorrências e encaminhar para o Enfermeiro Gestor do BO.

Compete aos enfermeiros, na preparação do ato cirúrgico, a organização e testagem dos equipamentos e material necessário à cirurgia, com a devida antecedência. Previamente à indução anestésica, compete ao enfermeiro de anestesia verificar e preencher a *checklist* de verificação pré-operatória.

1.2. O cuidado especializado da PSC no Bloco Operatório

Pode-se considerar o BO uma unidade orgânico-funcional que integra um conjunto de meios humanos, físicos, técnicos e tecnológicos, com vista à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requerem elevado nível de qualidade (Gomes [et al.], 2019), sendo considerado um dos mais complexos serviços de prestação de cuidados de saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Ao contrário do que acontece noutros contextos, em que a evolução tecnológica substitui significativamente a intervenção humana, no setor da saúde, embora tirando vantagens desse progresso, é através do conhecimento e das competências dos profissionais de saúde que os cuidados são assegurados (Lopes [et al.], 2018). Por isto, torna-se cada vez mais urgente dotar os profissionais de conhecimentos, competências e ferramentas que lhes permitam assumir responsabilidades acrescidas, tomar decisões progressivamente mais complexas e prestar cuidados de saúde mais eficazes. Os enfermeiros encontram-se em grande número nas equipas de saúde e apresentam grande importância na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Justifica-se, assim, o investimento na sua qualificação (Lopes [et al.], 2018). Os mesmos autores reforçam que esse investimento deve ser assegurado através da

especialização dos enfermeiros, com ganhos em saúde, tanto para os utentes como para as instituições. Os resultados refletirão melhores indicadores de gestão, de eficiência e melhoria dos índices de satisfação pessoal e profissional.

A OE, como órgão regulador da prática profissional, tem como preocupação a clarificação do espaço de intervenção dos enfermeiros no âmbito do exercício profissional. Considera também que a especialização apresenta um impacto positivo na prestação de cuidados de saúde (Lopes [et al.], 2018; Parecer n.º 10/2017, 2017). Este parecer assume que o Enfermeiro Especialista (EE) é aquele que evidencia um aprofundamento das competências de cuidados gerais e um conhecimento diferenciado num domínio específico, assim como elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, tendo em conta as necessidades em saúde das pessoas, nos seus processos de vida.

Por conseguinte, o estatuto da OE identificou os títulos de EE passíveis de serem atribuídos, determinando as áreas que permitem a sua atribuição, nomeadamente em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Dado que a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica possui uma grande abrangência na prestação de cuidados especializados em diversas áreas emergentes, com contextos de intervenção díspares, no mesmo regulamento são identificadas diferentes áreas, nomeadamente, Enfermagem Médico-Cirúrgica à PSC.

Prestar cuidados de enfermagem à PSC revela importância máxima, no sentido em que a sua vida se encontra “ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, 2011, p. 8656). Exigem-se, assim, a avaliação diagnóstica e monitorização constantes, com vista a conhecer continuamente a situação clínica da pessoa, prevendo e detetando precocemente complicações e assegurando uma intervenção eficiente e em tempo útil (Parecer n.º 10/2017, 2017).

No contexto do BO, os cuidados de enfermagem têm vindo a desvincular-se da intervenção predominantemente técnica, para uma abordagem cada vez mais holística, no sentido em que a pessoa e a satisfação das suas necessidades são o cerne da intervenção dos enfermeiros. Assim, cuidados de enfermagem especializados, altamente diferenciados e qualificados são prementes neste contexto. O EE deve ser capaz de observar a pessoa na sua globalidade e

prestar cuidados especializados consoante as suas necessidades (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O EEEMCPSC é um elemento-chave na prestação de cuidados à PSC e à sua família/pessoa significativa, mobilizando conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, face a processos médicos e/ou cirúrgicos complexos (Regulamento n.º 429/2018, 2018). De igual forma, tem um papel preponderante na resposta à necessidade de cuidados seguros da PSC, visando uma cultura de segurança, tal como é reconhecido nos PQCEEPSC (OE, 2017).

Estas premissas vão ao encontro do modelo conceptual de enfermagem para os cuidados perioperatórios, o *Perioperative Patient Focused Model* (Rothrock & Smith, 2000), que assume a segurança do doente como um dos seus quatro domínios (segurança do doente; respostas fisiológicas; respostas comportamentais; sistema de saúde). O destaque dado à dimensão da segurança do doente reflete os riscos, a complexidade que envolve a prestação de cuidados no contexto perioperatório e a consequente vulnerabilidade do doente neste contexto. Além disso, tal como o seu nome indica, coloca a pessoa no centro dos cuidados, que de forma clara representa os cuidados prestados em BO.

A especialidade médico-cirúrgica em todas as suas áreas apresenta competências comuns com as restantes, para além das suas competências específicas. No subcapítulo seguinte será feita a reflexão sobre o desenvolvimento das mesmas no âmbito do ENP.

1.3. Reflexão crítica do processo formativo em contexto clínico: desenvolvimento de competências específicas e comuns do enfermeiro especialista

A realização de um ENP permite a mobilização e integração de conhecimentos e o desenvolvimento de pensamento crítico, que, por sua vez, fomentam um exercício profissional autónomo, responsável, de qualidade com práticas seguras e fundamentadas. A aquisição de competências desenvolve-se através da aprendizagem em contextos reais de cuidados, articulando os conhecimentos científico e tecnológico. Em simultâneo, a reflexão sobre a aprendizagem contribui para um aperfeiçoamento da prática clínica (Benner, 2001).

Por conseguinte, este subcapítulo acomoda uma reflexão crítica sobre as atividades realizadas, competências adquiridas e mobilizadas, tendo em conta as competências comuns e específicas do EEEMC, durante o ENP, período rico em oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal.

1.3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

O enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialidade, partilha competências que se elencam na elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, que irão fazer suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Essas competências encontram-se agrupadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019), que serão abordados em detalhe nos pontos seguintes.

a) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O presente domínio engloba duas competências principais, nomeadamente, a promoção de intervenções de enfermagem que respeitem os direitos humanos, as responsabilidades profissionais e o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, tendo por base as normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional (Nunes, 2014; Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Seguindo as mesmas fontes, em contextos específicos, onde podem ocorrer situações potencialmente comprometedoras para a saúde das pessoas, como o BO, o EE assume um papel crucial na proteção dos direitos humanos, designadamente o direito da pessoa no acesso à informação, à confidencialidade, à privacidade, à escolha e autodeterminação e ao respeito pelos seus valores e crenças. Do mesmo modo, o EE deve garantir a gestão de uma prática de cuidados baseada na segurança, na privacidade e dignidade, através da implementação de medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. Também deve adotar uma conduta antecipatória e de acompanhamento de eventuais incidentes de práticas inseguras de forma a evitar recorrências.

Este percurso foi pautado pela procura de práticas diferenciadoras e pela implementação de estratégias para dar resposta aos problemas das pessoas, suportadas num juízo clínico

diferenciador. Sempre que possível em parceria com essas mesmas pessoas, selecionando em cada momento as opções mais equilibradas dentro das diversas possibilidades. Neste processo esteve implícita uma análise e uma reflexão das tomadas de decisão com base nos resultados obtidos. Todas as tomadas de decisão decorreram na observância da deontologia profissional, com o intuito da promoção de um exercício profissional de excelência. As intervenções de enfermagem englobam um conjunto de valores universais, como a verdade, a autonomia, a igualdade, a liberdade de escolha tendo em conta o bem comum, a privacidade, o altruísmo, a justiça e a solidariedade. Desta forma, esta competência comum do EE evidencia que os cuidados de enfermagem e as tomadas de decisão devem ser cada vez mais humanizados, respeitando os direitos humanos, as responsabilidades profissionais, assim como a promoção de uma prática de cuidados segura.

Neste sentido, o consentimento informado livre e esclarecido é um direito da pessoa e um dever do enfermeiro garantir o seu cumprimento. Durante o ENP e aquando da admissão do doente no BO, ao realizar o seu acolhimento, foi sempre verificada a existência de proposta cirúrgica, bem como do consentimento informado devidamente preenchido e assinado. Procurou-se informar a pessoa sobre todos os procedimentos de enfermagem com vista à obtenção do seu consentimento com integral respeito pelo direito à autodeterminação, liberdade individual, escolha pessoal e vontade esclarecida. Foi também assegurada a adaptação do vocabulário à capacidade linguística e ao nível de alfabetização da pessoa. No caso do consentimento informado referente ao procedimento cirúrgico e anestésico não se encontrar devidamente preenchido e assinado, existiu sempre uma preocupação em esclarecer o utente e completar os dados em falta.

Toda a prática de cuidados foi desenvolvida com base no Código Deontológico (OE, 2015) que, alicerçada nos princípios da moral e do direito, estabelece que as intervenções de enfermagem devem procurar a defesa e a liberdade da dignidade da pessoa humana e do próprio enfermeiro. No estabelecimento da relação profissional esteve subjacente a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo, assim como o respeito pela intimidade e privacidade da pessoa.

Aquando da hospitalização para uma intervenção cirúrgica, a pessoa poderá experienciar perda de autonomia e invasão da sua privacidade devido à inevitável proximidade física que alguns procedimentos acarretam. De forma a superar este sentimento, procurou-se envolver a pessoa no seu plano terapêutico, para que esta se sentisse integrada e respeitada. Dado os

enfermeiros estarem em contacto com a pessoa é imprescindível que manifestem respeito pela mesma através das suas atitudes e palavras, com vista ao estabelecimento de uma relação de confiança.

Durante o ENP, existiu cuidado e preocupação em salvaguardar a intimidade e integridade dos utentes. Apesar de muitas vezes, durante a intervenção cirúrgica, ser necessário expor uma área corporal, houve sempre o cuidado de proteger a restante, de forma a evitar a exposição excessiva e desnecessária.

Inevitavelmente, ao falarmos de privacidade não nos podemos desvincular da confidencialidade. O respeito pelo sigilo é importante para salvaguardar o bem-estar do utente e garantir a sua confiança nos profissionais de saúde. No BO, devido à estrutura física, constatou-se que o acolhimento da pessoa era realizado na entrada do serviço, o que comprometia de alguma forma a privacidade. Contudo após reflexão com a equipa passou o acolhimento a ser efetuado a um utente de cada vez e zelou-se para que não estivessem presentes outros utentes ou prestadores de cuidados no local.

Ao longo do ENP foi possível observar que alguns utentes apresentavam ideias pré-concebidas sobre os diferentes tipos de abordagem anestésicas que, em muitas situações, não se pautavam pelo rigor e que não lhes foram previamente esclarecidas. Foi, então, necessário potenciar sinergias entre anestesista e enfermeiro de anestesia de forma a informarem e esclarecerem o utente sobre os procedimentos disponíveis, possibilitando à pessoa uma tomada de decisão livre e esclarecida.

Outra das lacunas identificadas foi a inexistência de uma pessoa de referência para o utente submetido a intervenção cirúrgica. Assim a cada utente admitido no BO passou a ser-lhe solicitado a identificação de uma pessoa significativa a quem poderia ser fornecida informação relevante. Foram também criadas condições entre os profissionais no sentido de maior envolvimento da pessoa de referência na partilha de informação e estado clínico em cada momento. No caso de crianças ou pessoas com necessidades especiais foram melhoradas as condições de acompanhamento, pela pessoa de referência, em algumas áreas do BO até então interditas, como sejam na área da indução anestésica e recobro ao acordar.

b) Domínio da melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento de aprendizagens profissionais

A prestação de cuidados de qualidade representa um grande desafio para os profissionais de saúde. O EE, no âmbito deste domínio, garante um papel dinamizador quer no desenvolvimento, quer no suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, colaborando desde a conceção à operacionalização de projetos na instituição. Reconhece ainda que a melhoria da qualidade dos cuidados implica a avaliação das práticas e dos seus resultados, integrando a eventual revisão das mesmas, planeando e implementando programas de melhoria com soluções mais eficazes e eficientes, para que seja garantido um ambiente terapêutico seguro, condição imprescindível para a prevenção de incidentes e gestão do risco (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Seguindo o mesmo regulamento, o domínio da melhoria contínua da qualidade do EE tem por base três competências: i) desenvolvimento de práticas de qualidade, com a gestão e colaboração em programas de melhoria contínua; ii) adoção de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; e, por último, iii) assegurar um ambiente terapêutico e seguro. Assim, assume a responsabilidade de aproximar o seu exercício profissional aos padrões de excelência definidos, contribuindo, não só para a satisfação da população alvo de cuidados, mas também para o crescimento e reconhecimento da sua profissão (Joint Commission International, 2014).

O primeiro passo para a melhoria da qualidade dos cuidados centra-se na segurança dos doentes, sendo esta uma componente essencial na qualidade da prestação de cuidados e na gestão em saúde, constituindo um dos maiores desafios para as instituições. A segurança diz respeito a um conjunto de ações de melhoria do desempenho, gestão do risco e segurança ambiental, que inclui o controlo de infeções, a segurança na administração de medicamentos, na prática clínica, no equipamento, assim como no ambiente envolvente à prestação de cuidados (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

O BO onde decorreu o ENP, sendo um serviço que se encontra integrado numa unidade hospitalar acreditada pela *Agência de Calidad Sanitaria de Andalucia* e pela Direção-Geral da Saúde (DGS), dispõe de protocolos e normas de atuação bem definidos, baseados em

evidência científica, que ajudam a sustentar a prestação dos cuidados. É de extrema importância um conhecimento apropriado, por forma a facilitar e uniformizar tomadas de decisão, contribuindo assim para a qualidade dos cuidados e para os ganhos em saúde para o doente, família, profissionais e serviço. No entanto, sendo o conhecimento científico dinâmico, deve manter-se uma atitude crítico construtiva perante as evidências atuais. Isto origina uma necessidade constante de atualização documental. Ao longo do estágio consultaram-se os referenciais instituídos no serviço de modo a adequar e robustecer a melhor prática clínica, uniformizada, segura e de qualidade.

Em parceria com a equipa de anestesiologia e com a enfermeira gestora, no que ao controlo da dor diz respeito, houve a necessidade de melhorar alguns protocolos existentes, tendo colaborado na revisão e atualização dos mesmos, nomeadamente os protocolos da dor ligeira, moderada e severa (anexo I).

Além disso no período que decorreu o estágio foi implementada pela Direção de Enfermagem, com a equipa da consulta externa, uma consulta de enfermagem pré-operatória a todos os utentes a ser submetidos a cirurgia. Em concordância com os enfermeiros da consulta externa passaram a ser avaliados um conjunto de parâmetros antropomórficos úteis para o decurso da cirurgia bem como o esclarecimento de dúvidas e ensinamentos pré-operatórios. Dessa forma passou a ser mais equilibrada a gestão de expectativas da pessoa, melhor informação sobre os procedimentos e melhor recuperação do utente no pós-operatório. Houve assim uma contribuição significativa para o guião construído para a consulta pré-operatória e para todos os documentos informativos criados no âmbito desta consulta (Anexo II).

No dia da cirurgia, durante a avaliação anestésica executada pelo anestesista em conjunto com o enfermeiro de anestesia foram efetuadas abordagens detalhadas com os utentes para avaliação do seu histórico de dor, tolerância, expectativas para o pós-operatório e de que forma a dor seria tratada ao longo da sua permanência no BO e no internamento. Foram fornecidas orientações sobre o uso de analgésicos, técnicas de alívio de dor não farmacológicas e sinais e sintomas de eventuais complicações. Na avaliação pós-operatória, à saída do BO, foi possível a obtenção do *feedback* do doente e dos profissionais envolvidos para identificar áreas de melhoria. A implementação eficaz destes procedimentos contribuiu para uma melhor recuperação e a satisfação geral do utente.

Tal como anteriormente abordado é reconhecida por todos a importância da formação especializada dos enfermeiros para a qualidade dos cuidados de saúde. Os avanços tecnológicos, o progresso das ciências da saúde, mas também as complexidades crescentes dos problemas desafiam uma prática clínica diferenciada e baseada na melhor evidência científica. Tal como plasmado no Regulamento n.º 140/2019, espera-se que o EE alicerce os seus processos de tomada de decisão em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

No BO, a monitorização sistematizada, contínua e minuciosa permite acompanhar a evolução do estado do doente, prevenindo e detetando precocemente alterações. O BO é dotado de um elevado suporte tecnológico, que proporciona um ambiente controlado, onde o cuidar requer uma intervenção multidisciplinar. Durante este período de estágio foram surgindo múltiplas ocasiões, propiciadoras da identificação de necessidades, lacunas e oportunidades relevantes de investigação e de aprendizagem. Um desses exemplos foi na colaboração com a equipa para a revisão do protocolo de emergência intra-hospitalar (Anexo III), recorrendo à pesquisa bibliográfica, de forma a contribuir para o conhecimento pessoal e melhoria dos cuidados.

Em diversos momentos ocorreram reflexões conjuntas com a enfermeira gestora e restantes enfermeiros da equipa, que se revelaram de extrema importância para a assimilação e consolidação de conhecimentos, bem como para a adequação e aplicabilidade prática de cuidados em contexto real. Estas reflexões também se revelaram frutíferas na difusão de ações mais seguras e eficazes aquando de situações de *stress*, assim como no melhorar das estratégias de *coping*, que permitiram garantir respostas mais eficientes.

Na Enfermagem, como noutra disciplina, a aquisição de aprendizagens profissionais deverá ser um processo contínuo, com enfoque na melhoria do conhecimento e na atualização técnico-científica. Essa foi sem dúvida uma das aprendizagens principais deste ENP.

c) Domínio da gestão dos cuidados

O domínio da gestão dos cuidados é nuclear para a manutenção de um elevado padrão de qualidade dos cuidados prestados pelo EE (Magalhães, 2017). Tal como enunciado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019), o presente domínio assenta em duas competências necessárias, sendo elas: i) a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação

com a equipa multidisciplinar; e ii) a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Além disso, o EE deverá ter em conta a gestão do ambiente centrado na pessoa, sendo imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes.

Em contexto de BO, ao longo da prestação de cuidados procurou-se manter um ambiente terapêutico seguro para o doente e restante equipa. No que diz respeito à terapêutica, foram cumpridos os protocolos instituídos, nomeadamente no registo de estupefacientes, com registo de segurança e uso adequado. Ao nível da organização dos cuidados foram desenvolvidas e aperfeiçoadas competências, na gestão dos recursos existentes de forma adequada e eficiente, sem nunca negligenciar ganhos em saúde. É indispensável que o EE saiba realizar esta adequada gestão dos recursos existentes, no sentido de maximizar a qualidade com o menor consumo de recursos.

Ainda no domínio da gestão de cuidados, no que concerne à prestação cuidados de enfermagem com qualidade e segurança, é deveras importante assegurar dotações seguras. O número de elementos no serviço, por turno e por sala, deverá ser em quantidade adequadas à prestação de cuidados em segurança (Regulamento n.º 743/2019, 2019). No BO, é de extrema importância atender às dotações seguras recomendadas, uma vez que os doentes cirúrgicos requerem cuidados altamente especializados. Ao longo do ENP verificou-se o integral cumprimento das dotações preconizadas, encontrando-se sempre alocados três enfermeiros (um de anestesia, um circulante e um na instrumentação) para cada sala operatória. Destacam-se, ainda, as auditorias a cada sala operatória, assim como à UCPA. Através de uma *checklist* de verificação, no início de cada turno, com vista a verificar as conformidades e a antecipar a existência de problemas potenciais que poderão vir a comprometer os cuidados a prestar ao utente.

Garantir a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem implica também uma otimização da resposta da equipa de enfermagem e a sua articulação com as restantes equipas multidisciplinares. O EE realiza esta gestão e otimização de respostas, pela potencialização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e pela supervisão das tarefas delegadas. Para tal, torna-se fundamental a adaptação da liderança e gestão dos recursos às situações e ao contexto com o intuito final de garantir a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Durante o ENP, o acompanhamento da enfermeira gestora e do enfermeiro responsável de turno no seu papel de gestão e organização do serviço, permitiu perceber o trabalho imprescindível e minucioso por detrás do bom funcionamento do serviço com tamanha complexidade. Permitiu também colaborar na elaboração dos planos de trabalho semanais tanto da equipa de enfermagem como da de auxiliares de ação médica, na monitorização e supervisão do trabalho desenvolvido por ambas as equipas e na gestão de recursos materiais. Foi possível, então, a consciencialização para a importância dos métodos de organização e trabalho apropriados, da gestão eficiente de recursos humanos e materiais e da promoção de um ambiente de trabalho positivo. Este ambiente positivo demonstra elevado benefício pois reconhece os papéis e funções dos diferentes elementos da equipa e motiva-os para um melhor e mais diferenciado desempenho.

As áreas da boa liderança e da comunicação eficaz foram sendo evidenciadas ao longo deste trajeto. É sobejamente reconhecido que, no estabelecimento da relação da equipa com o utente e família, se proporcione uma comunicação verdadeiramente eficaz, que se oiça e se seja ouvido. Considera-se que esta comunicação aliada ao superior conhecimento técnico-científico, à responsabilidade profissional, ética e legal são pilares fundamentais para uma prestação de cuidados de excelência.

No que concerne à boa liderança, é entendido por todos que uma liderança de enfermagem eficiente tem sido associada a menor número de eventos adversos, erros de medicação, menor mortalidade, taxas mais baixas de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS), menor taxa de úlceras por pressão e melhorias no ambiente da prática de cuidados (Mota [et al.], 2022). Ao longo do ENP, foi possível perceber que o modelo de liderança adotado, pela enfermeira gestora, assenta no modelo dos objetivos racionais. Este modelo integra os papéis de diretor e produtor, em que o líder define metas, planifica e estabelece objetivos, toma iniciativas e delega funções de forma eficaz. Sob este modelo os gestores são motivados e motivam os liderados à proatividade, a aceitarem responsabilidades e manterem uma produtividade elevada (Mota [et al.], 2022). Considera-se ser este modelo adotado no serviço o adequado, uma vez que a enfermeira gestora, elencada neste paradigma demonstrou sempre impulso na equipa para a prossecução dos objetivos. Tem definidas áreas de responsabilidade para cada profissional da equipa e assegura continuamente que todos sabem qual o seu papel no serviço, na equipa e na prestação de cuidados de qualidade.

Concluindo, os enfermeiros gestores deverão ser detentores de competências aos níveis da gestão, liderança, motivação e comunicação, no sentido de organizarem e coordenarem equipas de forma eficaz. Devem ser elos inspiradores aos outros para melhor atingir os objetivos delineados, com motivação constante para a prestação de cuidados seguros e de excelência, perante todas as situações que assim o exigem (Potra, 2015).

d) Domínio da formação de equipas de saúde

A enfermagem, num universo por vezes impiedoso e imprevisível, dada a evolução tecnológica, científica e a complexidade crescente dos cuidados, exige a procura de respostas eficazes e de qualidade às necessidades de saúde das populações. É imperativo o investimento na aprendizagem ao longo da vida (Lopes [et al.], 2018). Nesse alinhamento, o EE deve desde logo ser responsável, tanto pela sua atualização sistemática, como também contribuir para a formação e crescimento constante dos seus pares, na procura da qualidade dos cuidados e na dignificação da profissão.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), a formação consiste numa forma de desenvolvimento pessoal e profissional, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados, assim como um dever dos enfermeiros, no sentido de uma maior dignificação da profissão. Além disso, trata-se de uma componente essencial para o desenvolvimento de competências, baseadas na reflexão crítica, capacitando o enfermeiro para dar resposta aos problemas do quotidiano, com recurso a fundamentação teórica e técnica.

Partindo desta afirmação, o EE tem um papel preponderante na implementação e desenvolvimento de padrões de qualidade e excelência dos cuidados de enfermagem. Este deve ser o “suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação” e “agente facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho” (Regulamento 140/2019, 2019, p. 4749). Deve ajudar a incutir na equipa o conceito de aprendizagem ao longo da vida e o raciocínio crítico, fundamentais para a prática baseada na evidência.

Para que tal seja possível, também as instituições de saúde devem criar as devidas condições, promovendo espaços de formação em contexto de trabalho, numa perspetiva de partilha de conhecimento entre pares. Só assim poderá contribuir também para aprimorar competências pessoais e profissionais dos seus colaboradores, fomentar a produção e renovação contínua o corpo de conhecimentos para melhorar a prestação de cuidados. Cuidados de qualidade, face às novas necessidades das pessoas e dos novos desafios que se impõem. A formação

em serviço surge como uma estratégia de atualização de saberes, que envolve todos os intervenientes, apelando ao conhecimento na ação, à reflexão sobre a ação e o seu sucesso depende de estratégias de motivação e planeamento do formador (Relvas, 2018). Em concordância com o mesmo autor, num contexto complexo e em constante mudança como o BO, a formação em serviço constitui-se um imperativo e um espaço privilegiado para a atualização de conhecimentos, reflexão sobre as práticas e satisfação das necessidades sentidas pelos profissionais. Esta sendo uma área de cuidados da PSC tornam-se mais prementes pelo ecossistema multidisciplinar e pela complexidade das situações e problemas abordados.

Durante o ENP, no âmbito da formação em serviço pode-se verificar a existência de um plano de formação organizado e, por parte de todos os enfermeiros, uma atitude e um espírito sensível e favorável à formação contínua. Com vista ao desenvolvimento de competências de formação, para perceber as necessidades e prioridades de formação da equipa, foi realizado um diagnóstico de situação com as enfermeiras orientadora e gestora. Através da auscultação individual e informal da equipa, foi considerado pertinente abordar a área da gestão do risco, particularmente a notificação de incidentes e eventos adversos no BO.

A formação designada *Gestão de Risco – Notificações* foi preparada e levada a efeito em formato *online*, seguindo o plano incorporado em anexo (Apêndice I). Considerou-se que a realização desta ação formativa foi essencial para o reforço do corpo de conhecimentos da equipa de enfermagem, contribuiu para uma maior cultura de segurança e para melhorar a qualidade dos cuidados. Estes resultados foram mesmo reportados oralmente pelos participantes no final da atividade formativa. De igual forma, a possibilidade de planear e implementar uma ação de formação permitiu o desenvolvimento de competências comunicacionais e de organização, assim como, a consolidação/aprofundamento de conhecimentos na área.

Pelo interesse demonstrado e inquietação em torno desta matéria, desenvolveu-se de seguida uma investigação à qual dedicamos o Capítulo 2. Os resultados vieram também demonstrar a necessidade de continuidade de trabalho neste âmbito.

1.3.2. Competências específicas: área do cuidado à pessoa em situação crítica

Além das competências comuns, previamente abordadas, os enfermeiros especialistas, de acordo com a sua especialidade, detêm competências que lhes permitem a prestação de cuidados diferenciados em domínios específicos. A especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica não é exceção e tal como já referido, apresenta diferentes áreas, sendo que será dado principal destaque à EEMCPSC, dado o desenvolvimento das abordagens em contexto teórico do mestrado, a área de eleição da mestranda e o ambiente clínico do ENP.

Os cuidados neste âmbito de intervenção são altamente qualificados, prestados de uma forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, permitindo manter as funções básicas de vida, prever complicações e limitar incapacidades, promovendo a sua melhor recuperação. Assim, é fundamental que por meio da observação, colheita e procura contínua de dados, o EEEMCPSC conheça continuamente a situação da pessoa e família de forma a prevenir e detetar precocemente complicações e a assegurar uma resposta precisa, concreta e eficiente (Regulamento n.º 429/2018, 2018). O mesmo regulamento designa como unidades de competências específicas do EEEMCPSC as seguintes:

- a) Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamizar da conceção à ação, resposta em situações de emergência e catástrofe;
- c) Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos junto da PSC e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Abordaremos de seguida, de forma detalhada e reflexiva, cada uma delas e as oportunidades do seu desenvolvimento no decurso do ENP.

a) Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

A prestação de cuidados à PSC implica tomadas de decisão baseadas no juízo crítico e em informação científica relevante, sendo necessário mobilizar antecipadamente protocolos de intervenção complexos, com vista a obter os melhores resultados, tendo em conta as possíveis consequências de cada intervenção e os recursos necessários. Assim, atendendo à diversidade e complexidade da PSC, o EEEMCPSC deve responder eficazmente aos

cuidados necessários, mobilizando diferentes conhecimentos e habilidades nas intervenções especializadas, em tempo útil e de forma holística (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

É também responsabilidade do EEEMCPSC intervir na prevenção de infeção, no controlo da dor, na manutenção da temperatura corporal, assim como comunicar eficazmente com o doente/família e equipa interdisciplinar, mantendo a segurança do ambiente terapêutico e do doente. Essas funções passam por: i) prevenir, reduzir e controlar a ocorrência de situações de risco, pelo facto do doente estar sob o efeito de terapêutica sedativa, com diminuição dos reflexos e sonolência; ii) garantir o bem-estar físico e psicológico; iii) verificar e preparar criteriosamente os materiais e equipamentos, de acordo com a situação cirúrgica e os protocolos instituídos, para evitar fatores de risco acrescido, pela possibilidade da ocorrência de falhas na previsão dos mesmos; iv) colaborar eficaz e eficientemente em todos os procedimentos e manobras anestésicas; e v) promover um ambiente terapêutico seguro (Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, [AESOP], 2006).

No contexto do ENP, os doentes são acolhidos na sala contígua à sala operatória onde decorrerá a intervenção cirúrgica e são informados e esclarecidos do procedimento anestésico, encontrando-se presentes médico e enfermeiro de apoio à anestesia. A admissão ao BO é um momento importante para o utente, por se encontrar vulnerável e num ambiente totalmente desconhecido. O comportamento e atitude do enfermeiro é também decisivo para que o doente se possa sentir mais tranquilo, seguro e confiante. Por norma o enfermeiro é o primeiro elemento da equipa a ter contacto com o doente.

Durante o ENP procurou-se, no acolhimento, estabelecer uma relação de empatia dando atenção às preocupações do utente e da sua pessoa significativa. Foi sempre realizado um período de esclarecimento de dúvidas e de reforço das informações partilhadas na consulta de enfermagem pré-operatória. Foi dada especial atenção à preservação do respeito e da privacidade da pessoa, respondendo de forma clara e entendível a todas as questões do utente, dentro da área de competência e de conhecimento do EEEMCPSC.

A administração de terapêutica é uma das responsabilidades do enfermeiro, pelo que, ao longo do estágio, apostou-se numa contínua aquisição de conhecimentos de farmacologia para contribuir na maior segurança terapêutica do doente. Foi possibilitada a manipulação de vários equipamentos tecnológicos específicos, como monitor de ECG (5 derivações), desfibrilhador, ventilador, monitor de BIS, material de entubação difícil, entre outros.

Promoveu-se a segurança do doente durante todo o procedimento cirúrgico através da otimização dos equipamentos (sistema de ventilação, de aspiração, monitores de sinais vitais e de BIS), disponibilização e verificação de todo o material necessário para as intervenções cirúrgicas e preparação de fármacos anestésicos, segundo prescrições do anestesista da sala operatória. Neste âmbito de prestação de cuidados, de forma a efetuar uma melhor gestão, surgiu a oportunidade de, numa doente, se proceder à interpretação de valores gasométricos de maneira a realizar uma avaliação precisa do seu estado hemodinâmico. Assim, anteciparam-se situações de deterioração ou agravamento do estado clínico através de uma identificação precoce de potenciais complicações.

Além disso, foi possibilitada a prestação direta de cuidados no âmbito da anestesiologia, como enfermeira circulante e de instrumentação. Ao acompanhar a enfermeira tutora nas diferentes abordagens ao doente foi possível ter uma perceção diferente e direta dos cuidados, antecipando situações de agravamento clínico.

No que à anestesia diz respeito, antes do ato cirúrgico é efetuada uma última avaliação do doente, por revisão do processo clínico, dos antecedentes pessoais e da história de alergias. Garante-se que todos os meios complementares de diagnóstico estão em conformidade para o ato cirúrgico e colabora-se com o anestesista na elaboração do plano anestésico, de forma a que a administração de terapêutica seja em conformidade com o previamente delineado. No período intraoperatório mantém-se vigilância da monitorização contínua dos parâmetros vitais e do nível de consciência do utente, que se prolonga até à alta para o internamento, permitindo assim antecipar complicações inerentes ao processo cirúrgico e anestésico. Na sala de recobro, período pós-operatório, além da monitorização contínua, é dada especial importância ao acordar do utente, ao controlo da dor nas suas vertentes farmacológicas e não farmacológicas, ao controlo da temperatura corporal, aos posicionamentos assim como a outros cuidados de manutenção e bem-estar.

No que concerne às competências do enfermeiro circulante houve a oportunidade de proceder à preparação da sala cirúrgica garantindo que os equipamentos existentes se encontravam em conformidade, à dupla verificação da identificação do doente e do procedimento cirúrgico proposto. Durante o período intraoperatório é feito um controlo de acesso à sala, são registados todos os eventos ocorridos, bem como, o fornecimento de materiais adicionais conforme necessidade da equipa cirúrgica e vigilância sistemática de todo o meio envolvente para garantir um ambiente estéril durante todo o procedimento.

Posteriormente, no período pós-operatório é efetuada a transferência do doente e passagem da documentação clínica para a UCPA e respetivo enfermeiro responsável.

Relativamente às competências do enfermeiro de instrumentação, foi também facultada a oportunidade de fazer parte da equipa cirúrgica. Pôde-se assim observar as suas competências específicas na preparação e organização dos instrumentos cirúrgicos inclusive a sua funcionalidade e esterilidade. Durante o ato cirúrgico o enfermeiro de instrumentação tem um papel nuclear, no auxílio constante ao cirurgião, na identificação e manipulação dos instrumentos e nas contagens rigorosas de todos os materiais, consumíveis e instrumentos antes, durante e após a cirurgia, inclusive nas compressas utilizadas. Para este último procedimento conta com o auxílio do enfermeiro circulante. A assepsia do local cirúrgico, dos instrumentos e do meio envolvente é criteriosamente mantida durante todo o procedimento (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Em todas estas áreas de atuação a pessoa operada foi colocada no centro dos cuidados, o que vai ao encontro do *Perioperative Patient Focused Model* (Rothrock & Smith, 2000), que apesar de não fazer parte da dinâmica do BO onde decorreu o ENP, considera-se ser o modelo mais adequado à prática de cuidados de enfermagem neste contexto. Este modelo retrata a relação existente entre o utente, a família e os cuidados de enfermagem prestados em BO.

Na fase pré-operatória, como já vimos, o EE promove a capacitação do doente e família para a gestão da experiência cirúrgica. Com recurso a múltiplas estratégias, por exemplo, estabelecimento de uma relação de ajuda e utilização de uma comunicação eficaz, deve saber preparar a pessoa para potenciais alterações da autoimagem ou diminuição de capacidades, decorrente do processo cirúrgico. Durante o procedimento cirúrgico, já o utente anestesiado, o EE desempenha um papel importante na sua defesa e supervisão dos cuidados prestados. Deve responsabilizar-se pelo conforto, integridade, privacidade e o cumprimento da vontade expressa da pessoa, até que a mesma tenha capacidade para os continuar a assegurar (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Além disso, tal como já referido, o modelo supracitado apresenta quatro domínios: segurança do doente; respostas fisiológicas; respostas comportamentais; e sistema de saúde. Os três primeiros são centrados no doente e incorporam elementos essenciais de cuidado. O domínio sistema de saúde concentra-se em elementos estruturais que descrevem o ambiente em que

são prestados os cuidados de enfermagem (Van Wicklin, 2020). Elementos que se consideram essenciais para uma prestação de cuidados de qualidade. O modelo preconiza ainda que os enfermeiros nos cuidados à pessoas em situação peri operatória realizem uma avaliação do doente cirúrgico com foco nos resultados. Isto contribui para a identificação de diagnósticos de enfermagem e para a seleção de intervenções de enfermagem individualizadas para cada doente, refletindo a tónica colocada na sistematização do processo de trabalho de enfermagem (Rothrock & Smith, 2000; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Ademais, durante o percurso do ENP, foi possível observar que os procedimentos foram realizados sempre segundo as normas de boas práticas recomendadas. Considera-se assim pertinente a realização do ENP neste contexto, dado abarcar diversas especialidades cirúrgicas, com elevado número de intervenções diárias, permitindo desenvolver competências específicas da área de enfermagem especializada.

O EEEMCPSC deve ainda ser capaz de gerir uma comunicação interpessoal que fundamente a relação terapêutica eficaz e adequada ao doente crítico, demonstrando capacidades em técnicas de comunicação, que envolvam todos os intervenientes, apoiando-os no processo de transição e adaptação decorrentes de processos complexos de doença (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

No processo de cuidar, em todo o ciclo vital, a comunicação é essencial para todas as pessoas. Não ser capaz de comunicar efetivamente pode apresentar um impacto negativo no bem-estar físico e mental do outro. O cenário torna-se pior quando a pessoa é incapaz de comunicar verbalmente em consequência da sua condição de saúde (Ariffin [et al.], 2020). É fácil compreender que a comunicação em saúde é elementar, uma vez que está na base da relação e interação com a pessoa e família. Segundo Sequeira (2016), os enfermeiros devem possuir um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes com tónica no respeito, na escuta ativa, na aceitação e na empatia, conhecendo o significado das mensagens transmitidas, assim como as expressas pela pessoa, de modo que o plano de cuidados seja efetivo, em função das suas necessidades.

Durante o ENP foram vários os doentes que apresentaram comunicação comprometida, quer por défices mentais ou cognitivos, quer por se encontrarem anestesiados ou ventilados mecanicamente. Como tal, sabendo da dificuldade em transmitir sentimentos, percepções ou

necessidades, foram utilizadas estratégias de comunicação como a saudação, o contato visual, a explicação, o toque e o uso de reafirmações verbais de solicitude de forma a promover a comunicação efetiva. Por recurso a estratégias de adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa foi possível estabelecer relações terapêuticas mais próximas, fundamentais neste cuidar de alta complexidade.

A comunicação com a família tem igual importância. Estes vivenciam, muitas vezes, problemas emocionais e psicológicos decorrentes do estado crítico ou grave da pessoa doente. As inúmeras incertezas face ao momento cirúrgico, ao resultado da cirurgia, ao futuro e ao medo da morte conduzem à vivência de momentos dolorosos, de ansiedade, raiva e frustração (Ramos [et al.], 2018). Assente nestes pressupostos, tendo em conta que a família é também alvo de cuidados do EEEMCPSC, acolheu-se e envolveu-se a mesma como foco e empatia nessas preocupações. Numa perspetiva mais humanista do cuidar foram desenvolvidas ações para identificar precocemente sentimentos e preocupações em relação à situação e de ajudar a melhor gerir as expectativas relativamente à evolução do estado de saúde do familiar.

Deste modo, considera-se ter atingido as competências específicas que garantem a administração de protocolos terapêuticos complexos, otimizando as respostas, a prestação de cuidados à PSC, a gestão da comunicação terapêutica com a pessoa e família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde. Também se considera ter solidificado conhecimentos aprofundados em técnicas e estratégias de comunicação e adaptação da comunicação aos intervenientes. Por fim, entende-se ter demonstrado uma tomada de decisão segundo os princípios, valores e normas deontológicas, promovendo o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional na equipa de enfermagem.

b) Dinamizar, da conceção à ação, a resposta em situações de emergência e catástrofe

É imprescindível que qualquer serviço se encontre preparado para a possibilidade de intervir numa situação de catástrofe com multivítimas, apresentando como objetivo primordial, reduzir ou eliminar as baixas humanas, a diminuição da saúde e os efeitos físicos e psicológicos que daí poderão advir. Neste sentido, a DGS (2010), de acordo com a sua norma 007/2010, recomenda que todas as instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tenham delineado um plano de emergência e catástrofe de modo a que, na eventualidade de uma ocorrência desta magnitude, independentemente da origem, se possa implementar uma

resposta rápida e eficiente. As unidades de saúde têm a responsabilidade de elaborar planos de emergência que avaliem os riscos e os meios de reação perante uma situação de crise, definindo com clareza as regras ou normas de atuação.

Cada unidade de saúde deverá, assim, assegurar o seu plano de emergência, garantido a gestão do risco através de uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição em situação de crise. Cada profissional deve identificar o seu papel, conhecer a sua missão e o seu domínio de competências. Segundo o International Council of Nurses (ICN) (2009), existem três etapas para a qualificação do enfermeiro em situações de catástrofe. A primeira concentra-se no período pré-evento, que permite que tenham conhecimento e habilidades suficientes para identificar riscos, redigir planos de recuperação de desastres apropriados e preparar-se para todos os desastres antes que eles ocorram. Em segundo lugar, os enfermeiros devem, de forma holística e competente, prestar cuidados físicos e psicológicos ao indivíduo, família e comunidade, bem como a populações de especial fragilidade, como crianças e idosos, durante a catástrofe. Finalmente, desempenham um papel importante no resgate e reconstrução pós-catástrofe. Neste sentido, os enfermeiros devem ter conhecimentos e competências suficientes para prestar cuidados em todas as fases e a todos os indivíduos afetados.

Por sua vez, o EEEMCPSC é considerado habilitado a atuar de forma sistematizada, eficaz e eficiente no planeamento e gestão da resposta a situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (Regulamento n.º 429/2018, 2018). No entanto, em situação de catástrofe, onde os recursos não suprimem as necessidades, todos os profissionais serão necessários, independentemente da sua especialidade ou área de competência.

Durante o ENP foi possível consultar e discutir o Plano de Emergência e Catástrofe (PEC) da instituição, conhecendo a metodologia de atuação das estruturas internas e externas que permitem a gestão eficaz dos esforços, rapidez de intervenção e limitação das consequências para os sinistrados, focalizando sobretudo na organização e atuação perante uma emergência, a nível interno ou externo, e a sua resposta. A colaboração na revisão do plano não foi possível, dado não estar em período de revisão, no entanto interiorizaram-se os princípios de atuação nestas situações, estabelecendo-se prioridades e sistematizando as ações a desenvolver no âmbito da prevenção/mitigação, preparação, resposta e recuperação.

De referir que, ao longo do ENP, não surgiu nenhuma situação que convergisse no sentido de ativar o PEC na instituição.

e) Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos junto da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica

Na procura pela excelência, o EEEMCPSC deve ser detentor de competências no âmbito do controlo da infeção, demonstrando conhecimentos profundos e fundamentados, constituindo-se com referência pela sua atuação tanto na equipa pluridisciplinar, como na orientação/supervisão dos seus pares.

Ao longo dos anos tem-se verificado um aumento do risco de infeção, sendo que tal se deve ao aumento da esperança média de vida, à disposição de tecnologias cada vez mais invasivas e avançadas, novos agentes infecciosos e de um maior número de doentes com terapêutica imunossupressora. A IACS é uma consequência proveniente dos cuidados e procedimentos prestados aos doentes. Este problema não é novo, contudo assume particular relevância na PSC, uma vez que esta é submetida a uma panóplia de procedimentos invasivos, assim como terapêutica que lhes aumenta o risco de infeção (OE, 2017).

A prevenção e o controlo da transmissão de infeção devem ser otimizadas de modo a interromper o ciclo, na medida em que este contribui para o aumento das taxas de mortalidade e morbilidade, tempo de internamento, taxas de ocupação e custos em saúde (Maziero [et al.], 2012). A ocorrência de infeção é influenciada por diversos fatores, tais como o agente infeccioso, a fonte de infeção, a via de transmissão, o meio ambiente e a suscetibilidade do hospedeiro (Aguiar [et al.], 2008).

De acordo com os PQCEEPSC, o EE, na procura permanente da excelência do exercício profissional, deve maximizar a sua intervenção de forma a prevenir e controlar a infeção, face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de diversas medidas invasivas (OE, 2017). A prevenção da IACS é da responsabilidade de todos os profissionais e serviços que prestam cuidados de saúde, sendo que devem trabalhar em cooperação com o objetivo de prevenir e reduzir o risco de infeção no doente e nos profissionais (DGS, 2017). Deste modo, a prestação de cuidados ao doente crítico implica uma preocupação constante com a prevenção e controlo de infeção, dada a

sua suscetibilidade, pela instabilidade hemodinâmica e pela necessidade de rapidez e eficácia na sua abordagem, muitas vezes em ambientes de *life-saving*, onde nem sempre são cumpridas as normas de controlo de infeção recomendadas (Liang [et al.], 2014).

Durante o ENP existiu uma preocupação constante com a prevenção e controlo da infeção, especialmente a IACS no intraoperatório. Atuou-se sempre em linha com os protocolos de serviço elaborados com base na melhor evidência científica e nas boas práticas recomendadas pela AESOP (2013) e pela DGS (2015, 2017). O risco de IACS hospitalar no procedimento cirúrgico invasivo obriga a um conhecimento amplo de todo o ambiente operatório. O objetivo primordial passa por obter um nível de assepsia elevado na zona da incisão cirúrgica, de modo a minimizar o risco de infeção. As infeções do local cirúrgico ocorrem com frequência, afetando até um terço dos utentes, sendo o segundo tipo de infeção mais frequente na Europa e nos Estados Unidos da América. A sua prevenção passa pela adoção de medidas preventivas no período peri-operatório, de forma a reduzir os fatores predisponentes à infeção (DGS, 2022).

Medidas como a profilaxia antibiótica prévia à incisão cirúrgica, o banho pré-operatório na véspera e dia da cirurgia, a preparação da pele do local cirúrgico, a desinfeção frequente das mãos dos profissionais que intervêm na cirurgia, a manutenção da temperatura corporal normal (normoterapia) com o uso de dispositivos de aquecimento (corporal e de fluidoterapia) durante o ato anestésico/cirúrgico, o uso de protocolos no peri operatório para controlo intensivo dos níveis de glicemia capilar, a gestão intraoperatória dos fluidos (normovolemia), entre outros, fazem parte do “Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção de local cirúrgico (DGS, 2022). Em conjunto, podem garantir só por si a redução em 50 % da infeção do local cirúrgico. Foi possível observar e participar na aplicação de todas estas medidas no decurso do ENP.

Com o ENP solidificou-se a ideia que o EE detém responsabilidades acrescidas no âmbito da prevenção e controlo da infeção, não apenas a seguir normas recomendadas, mas também pela sua ação pedagógica junto dos pares e da restante equipa multidisciplinar, contribuindo assim para a melhoria global dos cuidados prestados. Os EE possuem competências e capacidades para cumprir e fazer cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção, monitorizando, registando e avaliando as medidas implementadas.

Em síntese pode-se afirmar que o objetivo nuclear deste domínio é o de contribuir de forma diferenciadora e positiva para a segurança do utente e dos profissionais. Compreende-se a importância da atuação do EE nesta dimensão, julgando-se assim ter existido a aquisição de competências neste domínio.

**CAPÍTULO 2 - PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO: PERCEÇÃO
DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA SOBRE NOTIFICAÇÃO DE
INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS NO BLOCO
OPERATÓRIO E SEGURANÇA DO DOENTE**

A melhoria contínua da formação científica dos profissionais irá traduzir-se, no caso dos enfermeiros, na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Exige aos profissionais o domínio dos conceitos teóricos da área e requer familiaridade dos processos geradores de novos conhecimentos. Aqui, a investigação é crucial, no sentido em que permite uma aproximação e compreensão sobre os fenómenos e acontecimentos, que, por sua vez, permitem produzir, refutar e desenvolver conhecimento científico (Vilelas, 2022).

Pode-se assim afirmar que este trabalho de investigação contribuirá oportunamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, pois compreende a perceção dos EEEMC quanto à notificação de incidentes e eventos adversos, no contexto do BO. A pertinência do tema escolhido deve-se ao facto de a notificação de incidentes e eventos adversos ser pouco frequente nos contextos clínicos, apesar de ser essencial para a gestão do risco, para a segurança do doente e para melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OMS, 2020b).

O presente estudo tem como objetivo geral conhecer as perceções dos EEEMC de um BO de uma instituição hospitalar da região norte do país quanto à notificação de incidentes e eventos adversos. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de corte transversal, com abordagem qualitativa e colheita de dados através de entrevista. A amostra é não probabilística por conveniência, sendo constituída por dez EEEMC que exerciam funções no contexto do estudo e que aceitaram participar.

Neste capítulo é apresentado, o enquadramento teórico da temática em estudo, seguindo-se a descrição detalhada da metodologia de investigação utilizada, os resultados obtidos, a sua discussão e as principais conclusões do estudo.

2.1. Enquadramento teórico

Um processo de investigação tem como principal finalidade a produção de conhecimento, contudo o investigador nunca parte do zero. Este recorre a um corpo de conhecimento determinado por outros investigadores, sendo este um importante meio para planificar, implementar e interpretar os resultados do processo de investigação a que pretende dar início (Coutinho, 2020).

De forma a conhecer o estado da arte sobre notificação de incidentes e eventos adversos no BO foi executada uma pesquisa em bases de dados científicas, repositórios, livros e artigos de revistas científicas. Após a leitura das fontes de informação selecionadas, também foram consultadas as referências bibliográficas dos artigos considerados mais relevantes. Ao longo da pesquisa foram encontrados múltiplos estudos com o objetivo de avaliar a qualidade em saúde, a segurança do doente e a gestão do risco. No entanto, são escassos os estudos que avaliam a problemática da notificação de incidentes e eventos adversos, principalmente no que diz respeito à perceção dos enfermeiros do BO sobre a mesma.

De seguida explanar-se-á uma breve revisão do estado da arte, desde a qualidade em saúde e segurança do doente até à notificação de incidentes e eventos adversos no BO.

2.1.1. Qualidade em saúde

O conceito de qualidade em saúde tem vindo, ao longo da história, a ser definido com base nas expectativas e exigências de quem o define (Ribeiro [et al.], 2017). Contudo, e apesar de ainda hoje não existir uma definição universalmente aceite, há consenso no que diz respeito a conceitos básicos e dimensões da definição (OMS, 2020a).

Donabedian (2003) teve um papel de destaque neste âmbito, quando, nos anos 60, elaborou uma definição concreta de qualidade em saúde. Do seu ponto de vista, basicamente traduz-se na obtenção de maiores benefícios, assumindo os menores riscos. Por benefícios entende-se aquilo que se poderá alcançar, tendo em conta os recursos disponíveis e os valores sociais existentes, no sentido em que é necessário ter em linha de pensamento o contexto onde ocorre a prestação de cuidados. Em simultâneo, a autora estabeleceu três dimensões que integram a definição de qualidade em saúde:

- i) Dimensão técnica, que se reflete na aplicação de conhecimentos técnicos e científicos, no sentido de resolver o problema de saúde da pessoa;
- ii) Dimensão interpessoal, que consiste no estabelecimento de uma relação empática entre o profissional de saúde e a pessoa, durante a prestação de cuidados;
- iii) Dimensão ambiental, que diz respeito ao contexto onde a pessoa se encontra, nomeadamente as suas condições físicas.

Com base nos trabalhos desenvolvidos pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América, que definiu como principal objetivo da qualidade em saúde influenciar positivamente os resultados em saúde, atribuindo especial importância à evidência científica e aos conhecimentos dos profissionais, a OMS em 2006, declarou que os cuidados de saúde devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, centrados no doente, aceitáveis, equitativos e seguros (OMS, 2020a).

Em Portugal, um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (DGS, 2023) consiste em garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade para todos e em todas as idades, em qualquer momento e em todos os níveis de prestação, sendo um direito fundamental da pessoa, a quem é dada toda a legitimidade para exigir que os cuidados de saúde sejam de excelência. De igual forma, as instituições devem pugnar por uma cultura de qualidade, no sentido em que a sua melhoria contínua deve estar presente nas suas missões (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Em maio de 2009, a própria DGS criou o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), com a missão de promover a melhoria contínua da qualidade nas instituições prestadoras de cuidados, dando ênfase à satisfação dos clientes (DGS, 2021). Para cumprimento desta missão o DQS tem desenvolvido um conjunto de ações como a elaboração e divulgação de orientações e normas de boas práticas, a implementação do Observatório Nacional da Segurança do Doente, o Programa Nacional de Acreditação em Saúde e o Sistema Nacional de Notificação e Incidentes (NOTIFICA) (Antunes, 2015), que mais adiante será abordado em detalhe.

Por sua vez, a OE, desde muito cedo, tem vindo a atribuir um carácter prioritário à qualidade nos cuidados, considerando importante a definição de um conjunto de padrões de qualidade. Estes visam a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados aos cidadãos, funcionando como instrumentos orientadores de boa prática e permitem robustecer o papel

dos enfermeiros, nomeadamente na construção de políticas de saúde. Além disso, enuncia que a qualidade em saúde é uma responsabilidade multiprofissional, mas que o exercício profissional dos enfermeiros não deve ser ignorado. Pelo contrário, é necessário haver um envolvimento dos enfermeiros no planeamento e implementação de estratégias que procurem a melhoria contínua da qualidade (OE, 2001).

Mais recentemente, a OE desenvolveu os PQCEEPSC, no sentido de os mesmos servirem como pilares norteadores de uma prática de cuidados especializados de qualidade. Neste contexto, foi definido mais um enunciado descritivo comparativamente com os padrões de qualidade dos enfermeiros de cuidados gerais. Neste novo enunciado, para além da satisfação do utente, da promoção da saúde, da prevenção de complicações, do bem-estar e autocuidado, da readaptação funcional e da organização dos cuidados, o EE deve maximizar a sua intervenção na prevenção e controlo de infeção. Reforçando abordagens anteriores, dada a complexidade crescente das problemáticas de saúde e em simultâneo uma maior exigência da qualidade na prestação de cuidados, o EEEMCPSC é reconhecido como elemento-chave na resposta à premência de cuidados seguros prestados à pessoa em estado crítico e família (Regulamento n.º 361/2015, 2015).

Em suma, tanto as organizações de saúde como os seus profissionais têm responsabilidades e papéis preponderantes na implantação de uma cultura de qualidade para e com as pessoas e populações. As pessoas/famílias/comunidades devem ser envolvidas no planeamento, gestão, prestação e avaliação dos serviços de saúde, com vista a que os cuidados sejam de acordo com as suas necessidades, devendo ser colocadas no centro dos esforços para qualidade dos cuidados (OMS, 2020a).

2.1.2. Segurança do doente

A segurança do doente é considerada trave mestra na qualidade em saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015), na medida em que se trata de um ponto de acesso dos esforços para melhorar a qualidade dos cuidados (OMS, 2020a).

Segundo a Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (OMS, 2009a, p. 14), esta é definida como a “redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável”, ou seja, a diminuição da probabilidade do risco, tendo em conta o conhecimento, os recursos

disponíveis e o contexto em que ocorre a prestação dos cuidados, em oposição ao risco do não tratamento ou da seleção de outro tratamento.

Por falta de segurança, a ocorrência de eventos adversos na prestação de cuidados é seguramente uma das 10 principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo (OMS, 2019), sendo fundamental que seja promovida uma verdadeira cultura de segurança. Esta, por sua vez, requer um esforço contínuo, sistematizado de todas as partes interessadas, que seja sustentada por uma lógica não punitiva e de melhoria contínua (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Ao nível do SNS, foi desenvolvido o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD), que, entre 2015 e 2020, procurou impulsionar a segurança do doente com a incorporação das metas internacionais de segurança: da correta identificação do utente, da cirurgia segura, da prevenção de úlceras por pressão, da segurança da medicação e sua administração, entre outros. As melhorias apresentadas foram preponderantes para a conceção do novo PNSD 2021-2026 que, entretanto, compreende o conhecimento mais atualizado no domínio desta matéria e apela à mobilização dos diferentes atores na saúde, desde decisores políticos, profissionais de saúde, doentes/famílias/cuidadores (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Neste despacho é consignado que o PNSD 2021-2026 pretende promover a segurança do doente em contextos cada vez mais complexos e próprios dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar a cultura de segurança, a comunicação e a prestação de cuidados de saúde seguros. Para isso, está assente em cinco pilares: i) cultura de segurança; ii) liderança e governação; iii) comunicação; iv) prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; e v) práticas seguras em ambientes seguros.

A ocorrência de incidentes e eventos adversos é uma realidade nos sistemas de saúde modernos, visto que o desempenho impecável e a perfeição individual esperados dos profissionais de saúde são irrealis, principalmente em contextos de elevado *stress* e complexidade. Posto isto, torna-se cada vez mais necessária a implementação de políticas e estratégias que reduzam esses incidentes muitas vezes evitáveis (Despacho n.º 9390/2021, 2021; OMS, 2019).

Também aqui os enfermeiros apresentam um papel fundamental, pois encontram-se em posição central para resposta a desafios, cada vez mais complexos, em diversos contextos de prestação de cuidados de saúde (Silva, 2022). A OE reconhece a importância dos

enfermeiros neste âmbito, na medida em que estes têm como deveres a excelência dos cuidados e o de promover e garantir segurança e ambientes seguros. Na sua prática profissional, os enfermeiros assumem a responsabilidade pelas decisões que tomam e pelos atos que praticam ou delegam, com especial destaque para a identificação e antecipação de situações de risco e sua resolução, com vista à prevenção de possíveis prejuízos para a segurança das pessoas e para a excelência dos cuidados (OE, 2006).

De igual forma, considerando a diversidade e complexidade dos processos de saúde-doença com que se depara, o EEEMC assume elevada responsabilidade na promoção da segurança e qualidade dos cuidados, no sentido em que é capaz de mobilizar conhecimentos e habilidades para a adoção da melhor prática especializada junto das pessoas com doença aguda ou crónica e suas famílias (OE, 2018).

2.1.3. Segurança do doente no Bloco Operatório

A complexidade inerente à atividade cirúrgica apresenta grandes desafios à segurança do doente no BO, dada a interação de uma equipa interdisciplinar num ambiente marcado pela pressão e pelo *stress* associado ao risco, onde a mais simples intervenção pode afetar a segurança do doente (Mota [et al.], 2021). Os procedimentos mais simples implicam sempre múltiplas etapas, apresentando cada uma delas possibilidades de erro e de danos para o doente, desde a identificação inequívoca do doente e do local da cirurgia até ao cumprimento de todos os passos de segurança anestésica, fulcrais para uma cirurgia segura (OMS, 2009b).

As complicações cirúrgicas são a causa de uma grande percentagem de lesões e mortes a nível mundial, estimando-se que cerca de sete milhões de doentes terão complicações cirúrgicas significativas a cada ano e que um milhão deles morrerá durante ou após o ato cirúrgico (OMS, 2009b).

Pelo Despacho n.º 1400-A/2015 (2015), a OMS definiu a segurança cirúrgica como Segundo Desafio Global da Segurança do Doente, tendo desenvolvido, em 2007, o projeto “Cirurgia Segura Salva Vidas”, que teve como principal objetivo melhorar a segurança dos cuidados cirúrgicos mundialmente, através da definição de um conjunto de normas como a promoção da identificação correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico, a prevenção da infeção do local cirúrgico, o incentivo ao trabalho em equipa e à melhoria da comunicação

entre os profissionais, entre outros. Neste sentido, promoveu a “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica” como estratégia para diminuir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e incentivar a adoção de práticas seguras, sendo necessário a implementação de uma cultura de segurança.

No contexto do BO, os enfermeiros constituem o grupo profissional residente mais numeroso, assim como aquele que mais tempo permanece no contexto cirúrgico, o que lhes permite ter uma compreensão global dos cuidados prestados e a sua atuação apresenta forte impacto sobre a segurança do doente (Mota, 2021; Mota [et al.], 2022). Neste sentido, a OE (2004) reforça que a manutenção da segurança do doente e de um ambiente cirúrgico seguro é apenas e só da responsabilidade dos enfermeiros, com vista à proteção da pessoa que é submetida a procedimento anestésico ou cirurgia invasiva.

Além disso, definiu nas competências específicas do EEEMC no âmbito dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação peri-operatória, que estes “são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença” (Regulamento n.º 429/2018, 2018 p. 19366).

Como áreas de intervenção, o EEEMC à pessoa em situação peri-operatória apresenta a promoção de uma cultura de segurança para o doente e profissionais, a garantia de dotações seguras, visto que a dotação adequada de enfermeiros é um fator essencial para obter níveis de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde (Regulamento n.º 743/2019, 2019). O Regulamento n.º 429/2018, acrescenta-lhe a gestão do risco, que abordaremos no próximo subcapítulo, e a consequente aplicação de medidas corretivas e preventivas.

2.1.4. Gestão do Risco

Todos os serviços de saúde apresentam um elevado grau de complexidade, instabilidade e imprevisibilidade, logo uma forte suscetibilidade ao risco. Isto requer uma capacidade extensa de adaptação e de gestão, que se ambiciona ser inovadora e atenta aos inúmeros aspetos humanos, técnicos e organizacionais, que exercem influência sobre a prestação dos

cuidados (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). A gestão do risco é, assim, fundamental para promover a qualidade em saúde e para a segurança do doente.

Na promoção da melhoria contínua dos cuidados em saúde, a gestão do risco deve assentar na identificação, avaliação e hierarquização dos riscos, no sentido de nomear as medidas a serem tomadas para a sua prevenção ou correção. Dito de outra forma a gestão do risco tem como objetivos prevenir a ocorrência de incidentes e garantir que, quando ocorrem, se tomam medidas para minimizar as suas consequências (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

A prevenção de erros ou incidentes deve assentar na pesquisa das causas, no incentivo à tomada de consciência e reflexão dos profissionais e na evidência da notificação, de modo que seja possível a sua análise, quantificação e identificação de padrões de ocorrência. Só assim será possível planear e colocar em prática estratégias que previnam novas ocorrências (Fragata & Martins, 2008).

No que concerne à gestão do risco, esta é da responsabilidade de todos os envolvidos, embora, para que seja dinâmica e abrangente, se torne indispensável a criação de uma equipa de gestão do risco. Tem como principal função a operacionalização de políticas de gestão do risco em colaboração com todos os responsáveis dos serviços e profissionais em geral (Ramos & Trindade, 2011). Portanto, a gestão do risco é um processo coletivo, que objetiva garantir a maior segurança possível para os doentes, evitando a ocorrência de incidentes, na sua maioria evitáveis, suscetíveis de comprometer a qualidade do SNS (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

As causas dos incidentes e eventos adversos podem ser variadas, estando frequentemente relacionadas com falha humana ou com questões de índole organizacional. Segundo Reason (2000), existem duas formas possíveis de abordar o erro: a abordagem individual ou a abordagem do sistema. Na perspetiva da abordagem individual, deve ser responsabilizada somente a pessoa que cometeu o erro, podendo essa ter errado por esquecimento, falta de atenção, negligência ou falta de motivação. Para este autor, nestes casos, as medidas corretivas são unicamente do âmbito disciplinar. Em relação à abordagem do sistema, os erros consistem em consequências e não em causas, uma vez que estão subjacentes ao sistema, em que até o mais complexo apresenta falhas. Nesta perspetiva não se valoriza apenas quem errou, mas sim as circunstâncias em que o erro aconteceu.

Fragata e Martins (2008) afirmam que a causa dos incidentes não tem unicamente origem individual, pois, além de poderem decorrer da falta de conhecimento e competências por parte do profissional de saúde, podem conjuntamente, integrar outras causas associadas ao próprio ambiente organizacional. De igual forma, o Ministério da Saúde assume que a causa dos incidentes raramente está relacionada com a falta de competência técnica dos profissionais, mas sim, pode estar associada a defeitos de organização, de coordenação e de comunicação, manifestando-se numa inexistente cultura de segurança (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

Assim, é importante reforçar que a ocorrência de incidentes ou eventos adversos permite a aprendizagem, sendo necessário que as instituições façam uma análise pró-ativa e não punitiva e envolvam todos os profissionais no desenvolvimento e na implementação de estratégias preventivas (Alves [et al.], 2019). É recomendado que as equipas de gestão das unidades de saúde possibilitem a partilha de opiniões sobre cultura de segurança, o que irá conduzir à implementação de mudanças que propiciam a segurança e a qualidade dos cuidados (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015).

No BO, a ocorrência de incidentes é relativamente frequente, dada a complexidade do ambiente, dos recursos e dos procedimentos muito dependente da atuação individual de alguns profissionais e do trabalho em equipa (Gutierrez [et al.], 2018). Vários estudos demonstram uma taxa de incidência elevada de incidentes e eventos adversos no doente cirúrgico, sendo mais frequentemente evitáveis em relação aos que ocorrem noutros contextos. Têm origem diversa, sendo os mais comuns os incidentes relacionados com infeções, hemorragias, lesões por causa mecânica, física ou química, comunicação, equipamentos, administração de medicação e hemoderivados (Heideveld-Chevalking et al, 2014; Zegers [et al.], 2011).

Torna-se, assim, importante a criação de estratégias para minimizar a ocorrência de incidentes/eventos adversos, promover a melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados. Uma delas passa pela notificação sistemática, tema que será abordado de seguida.

2.1.5. Notificação de incidentes e eventos adversos

O PNSD 2015-2020, no seu objetivo estratégico n.º 8, identifica múltiplas estratégias (reuniões com profissionais de saúde, análise de registos clínicos, auditorias internas, entre outras) que devem ser estabelecidas por parte das organizações para que as suas vulnerabilidades, suscetíveis de causar incidentes, possam ser proactivamente identificadas e reduzidas. Além disso, considera a notificação de incidentes e eventos adversos como um recurso para identificar riscos e perigos de uma organização, possibilitando a aprendizagem com o erro e execução de ações de melhoria (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

De igual forma, a OMS e a Comissão Europeia têm vindo a reunir esforços na recomendação do “desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, de melhoria contínua e de proteção do notificador”, sendo este o âmbito do quarto pilar do PSND 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021 p. 101).

Nas últimas duas décadas, tem sido notória uma maior consciencialização para o problema e um progresso na implementação e uso de sistemas de notificação (OMS, 2020b). Em Portugal, como anteriormente referido, o Departamento de Qualidade em Saúde da DGS criou o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes, vulgarmente conhecido por NOTIFICA (Norma 015/2014, 2014).

O NOTIFICA é uma aplicação informatizada, acessível a todos através do *site* da DGS na internet, destinado à notificação e gestão de incidentes ocorridos em todo o SNS. Profissionais e cidadãos podem registar os incidentes relacionados com a segurança do doente, durante a prestação de cuidados de saúde. Tem carácter voluntário, confidencial, anónimo, gratuito, não punitivo e objetiva promover a aprendizagem com o erro e a implementação de ações de melhoria, dado que a notificação de um incidente exige a aplicação de medidas corretivas por parte da organização prestadora de cuidados de saúde, com vista a evitar situações causadoras de dano, real ou potencial (Norma 017/2022, 2022).

Na norma anteriormente enunciada é descrito que após a notificação, a análise do incidente deve ser feita no seio interno da instituição onde o mesmo ocorreu, por uma equipa de gestão do risco. Esta equipa tem como principais funções gerir e analisar os incidentes, implementar medidas corretivas ou preventivas, promover uma cultura de segurança e incentivar a notificação de incidentes para que, sem punição, seja possível aprender com os mesmos.

Contudo, e apesar de todos os esforços desenvolvidos, a subnotificação é uma realidade nacional e internacional, o que não permite a partilha e o acesso a informações detalhadas e relevantes sobre os problemas de segurança, sendo necessário valorizar junto das instituições prestadoras de cuidados, uma cultura de notificação e de aprendizagem com o erro (Despacho 1400-A/2015, 2015), assim como junto dos cidadãos. Estes têm cada vez mais acesso a informação sobre os seus direitos e deveres, o que os capacita para maior exigência em qualidade e segurança dos serviços de saúde, assim como, para assumirem maior responsabilidade pela sua saúde e pela cultura de segurança que reivindicam (Fragata & Martins, 2008). As instituições de saúde devem, assim, incentivar à notificação, disponibilizando informação necessária para esse fim, tanto para os cidadãos como para os seus profissionais.

Múltiplos estudos têm identificado possíveis barreiras para a não notificação, concluindo que o tempo exigido para notificar, o medo das consequências, a falta de retorno da sua notificação, a incerteza sobre o que notificar e o facto de muitas vezes a notificação não apresentar qualquer mudança positiva, são fatores que comprometem a notificação de incidentes e consequente aprendizagem (Alves [et al.], 2019; Mira [et al.], 2013; Pfeiffer [et al.], 2010; Yu [et al.], 2016). Do mesmo modo, estudos realizados com enfermeiros mostram que outro obstáculo à notificação é o receio das consequências que possam surgir como, por exemplo, advertências, processos judiciais/disciplinares e/ou a culpabilização pelo erro (Lima, 2011; Raimundo & Ribeiro, 2012).

Tal como referido, a subnotificação é uma realidade nos serviços de saúde e no BO não é exceção. Pelas suas características específicas e pela complexidade dos cuidados prestados, este é o local onde ocorrem a maioria dos incidentes, contudo, e apesar de os profissionais identificarem incidentes, nem sempre manifestam vontade de os notificar (Bohomol & Tartali, 2013). Matias (2021), no seu estudo, concluiu que quase metade dos participantes raramente notificam, subsistindo a falta de uma cultura justa de responsabilização. Isto indica que o investimento numa cultura de notificação no BO é tão ou mais necessário quanto noutros contextos.

Por fim, se o erro faz parte da condição humana então também deveria ser natural o seu reconhecimento e partilha, de modo a mudar comportamentos e atitudes que levem à minimização da sua recorrência (Santos [et al.], 2010). Urge quebrar o paradigma da

culpabilização individual e reforçar a intenção da aprendizagem coletiva com o erro, tirando o foco do notificador (Duffy, 2017; Matias, 2021).

Sabendo-se que a notificação de incidentes e eventos adversos apresenta elevada importância na construção de cuidados mais seguros e de qualidade, torna-se cada vez mais imprescindível a promoção de uma cultura de notificação não punitiva e construtiva, com vista à excelência dos cuidados de saúde.

2.2. Metodologia

A investigação consiste num processo sistemático, flexível e preciso, que nos permite observar, explorar, conhecer e compreender melhor os significados de um determinado problema ou conduta (Campenhoudt [et al.], 2019; Coutinho, 2020), através de diferentes métodos. Neste subcapítulo, pretende-se expor a metodologia adotada no presente estudo, sendo abordados a questão de investigação, finalidades e objetivos, o tipo de estudo, contexto de pesquisa, população e amostra, os instrumentos de recolha de dados, tratamento dos dados e, por fim, as considerações éticas subjacentes.

2.2.1. Justificação da problemática e questão de investigação

A notificação de incidentes e eventos adversos, apesar de lhe ser reconhecida importância, ainda é pouco frequente nos contextos clínicos. Sendo uma estratégia fundamental para a gestão do risco e para a segurança do doente, torna-se necessário perceber as razões da pouca adesão dos profissionais (OMS, 2020b).

A prestação de cuidados de saúde é cada vez mais complexa, principalmente no que diz respeito à prestação de cuidados em BO. Este contexto, dadas as suas características específicas como a concentração de alta tecnologia, ambiente fechado e o estado crítico de doentes que recebe, é, indubitavelmente, um local complexo e que apresenta múltiplos riscos clínicos e não clínicos (Nobre, 2017; Sousa & Mendes, 2019).

Ao longo do ENP, foi possível perceber que a realidade da notificação de incidentes e eventos adversos, no contexto em estudo, era praticamente nula. Nos anos de 2021 e 2022

decorreram cerca de 12000 cirurgias neste BO e durante esse período não houve nenhuma notificação de incidentes ou eventos adversos por parte dos seus profissionais. Assim, através da observação atenta, da reflexão pessoal sobre as práticas do serviço e das conversas exploratórias com o enfermeiro gestor, emergiu a necessidade de trabalhar esta temática. Quando abordado este tema com a equipa de enfermagem compreendemos que seria pertinente trabalhá-lo, uma vez que a notificação de incidentes e eventos adversos é essencial para a gestão do risco, para a segurança do doente e para melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Determinada a problemática, foi necessário definir uma questão de partida para que o investigador se aproxime do objeto de estudo, sendo importante que a mesma apresente três características: clareza, viabilidade e pertinência, de modo que, através dela, seja possível definir claramente os objetivos a alcançar (Campenhoudt, [et al.], 2019). Além disso, permite organizar o processo de investigação, dando-lhe direção e coerência e aponta para os dados que serão necessários obter, delimitando o estudo (Coutinho, 2020).

Com base nas abordagens exploratórias efetuadas no terreno e na literatura consultada sobre a temática, enunciamos a seguinte questão: *Qual a percepção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica de um Bloco Operatório quanto à notificação de incidentes e eventos adversos?*

2.2.2. Objetivos e finalidade do estudo

Formulada a questão de partida, tornou-se relevante descrever o que se pretende atingir com esta investigação, através da formulação de objetivos. Assim, o seu objetivo geral consiste em: conhecer as percepções dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Médico-Cirúrgica de um Bloco Operatório quanto à notificação de incidentes e eventos adversos.

Na sequência do objetivo geral, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar situações de possível notificação como incidentes e/ou eventos adversos;
- Enunciar as práticas dos EEEMC quanto à notificação de incidentes e eventos adversos;

- Descrever a importância atribuída pelos EEEMC à notificação de incidentes e eventos adversos;
- Perceber os condicionantes à notificação de incidentes e eventos adversos;
- Recolher sugestões para minorar dificuldades/constrangimentos na notificação de incidentes e eventos adversos.

Pretende-se com esta pesquisa contribuir para a consciencialização dos EEEMC para a necessidade da notificação de incidentes e eventos adversos, que sendo uma boa prática, é importante para a promoção da segurança dos doentes. Por outro lado, que estes sejam referência e agentes de mudança junto da restante equipa do BO.

2.2.3. Tipo de estudo

Dado o problema em análise e os objetivos definidos, optamos por um estudo exploratório descritivo, de corte transversal, inscrito na abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa propõe-se a aprofundar a forma como cada um vive e sente um determinado fenómeno, assim como cada um o interpreta e o significado que lhe atribui, ou seja, o seu propósito resume-se a “compreender os fenómenos na sua totalidade e no contexto em que ocorrem” (Coutinho, 2020, p. 329). Ao contrário do paradigma quantitativo, em que é possível haver uma mensuração rigorosa, nas metodologias qualitativas estão presentes a subjetividade, a descoberta e a lógica indutiva. O investigador assume uma participação ativa, explorando o meio onde decorre o fenómeno, e os dados recolhidos são descritivos e interativos (Coutinho, 2020; Silva & Dixe, 2020).

Trata-se de um estudo exploratório porque pretende analisar uma temática pouco conhecida, com vista à formação de conceitos e ideias, capazes de tornar os problemas mais precisos e de formular hipóteses para estudos posteriores. Além disso, é um estudo descritivo, pois procura conhecer as características de uma determinada população, no sentido de aumentar os conhecimentos sobre a dimensão de um problema, obtendo-se uma visão mais completa (Vilelas, 2022). Esta investigação caracteriza-se também por ser um estudo transversal, pelo facto de examinar, num só momento da investigação, um grupo de indivíduos relativamente a um fenómeno (Fortin [et al.], 2009).

2.2.4. Contexto, população e participantes

O presente estudo tem como população os enfermeiros que trabalham em bloco operatório. Por não ser praticável incluir todos os enfermeiros, foi considerada apenas a população acessível ou população-alvo, que consiste na fração da população onde a pesquisa incide (Fortin [et al.], 2009). Seguindo a mesma autora, a amostra ou participantes compreende um conjunto de pessoas da população acessível, que cumprem os critérios de inclusão previamente definidos. Assim, para constituir a amostra, apenas foram selecionados EEEMC a exercer funções em BO. Quanto ao método de seleção da amostra foi utilizado o de amostragem não probabilística do tipo intencional porque os participantes não foram escolhidos ao acaso, sendo selecionados pelo investigador a partir de critérios específicos, exigindo efetivamente deste, um conhecimento do grupo nomeado (Coutinho, 2020). Por outro lado, aproximou-se à amostragem não probabilística, por conveniência, que consiste na escolha de indivíduos facilmente acessíveis, ou seja, que estão presentes num determinado local e momento, desde que cumpram os critérios de inclusão (Fortin [et al.], 2009).

Então, para a seleção dos participantes definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- a) Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Médico-Cirúrgica;
- b) Exercer funções no bloco operatório do hospital selecionado, independentemente do vínculo à instituição;
- c) Não ser gestor do serviço ou desempenhar funções de chefia.

Como território da pesquisa selecionou-se um hospital do norte do país. A escolha da instituição foi condicionada pelo local onde decorreu o ENP, sendo que a temática a estudar derivou das preocupações e interesses da equipa e os resultados podem auxiliar em estratégias de intervenção durante este percurso formativo.

De forma a garantir a qualidade dos resultados, a opção relativamente ao número de participantes, foi a saturação teórica de dados, ou seja, quando a informação recolhida não acrescenta nada à compreensão de um fenómeno (Gauthier, 2003). Neste sentido, participaram dez EEEMC que exercem funções no contexto do ENP e que aceitaram ser incluídos no estudo.

2.2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

Uma vez encontrado o objeto de estudo e definida a amostra, torna-se obrigatório definir o método de recolha de dados a utilizar. Dado o tipo de estudo, os seus objetivos, a informação desejada e o tipo de análise a realizar, optamos pelo recurso à entrevista semiestruturada. Esta técnica permite a obtenção de dados por meio de questões (abertas, fechadas ou ambas) que são colocadas ao participante, minimizando a ausência de resposta e maximizando a qualidade da informação obtida (Coutinho, 2020; Gonçalves [et al.], 2021). O objetivo desta técnica é “sempre o de explicar o ponto de vista dos participantes, como pensam, interpretam ou explicam o seu comportamento no contexto natural em estudo” (Coutinho, 2020, p. 332).

Previamente à realização das entrevistas foram obtidas as autorizações necessárias e foi efetuado o contacto com os participantes, no sentido de explicar o estudo, os seus objetivos e solicitar a sua colaboração. No caso de aceitação, agendou-se com cada um o local, a data e a hora que mais lhes conviesse. Foi solicitada autorização para utilizar uma sala na própria instituição, onde foi possível assegurar um ambiente calmo e acolhedor, evitando interrupções e quebras na interação entre entrevistado e investigador. Na fase inicial de cada entrevista foi apresentada aos participantes uma breve descrição do estudo, solicitado o consentimento informado, livre e esclarecido de participação assinado por ambas as partes e autorização para gravação da entrevista (Apêndice II).

Para orientar a recolha de dados e sem querer criar um instrumento rígido e limitativo do pensamento foi criado um guião (Apêndice III), que contempla questões de caracterização socioprofissional e questões orientadoras, tendo em conta os objetivos específicos.

O tempo médio da duração das entrevistas foi de 30 minutos, tendo sido gravadas em áudio, após consentimento dos participantes. Tratou-se de um momento de reflexão em que os enfermeiros, sob questões orientadoras da investigadora, explanaram as suas opiniões sobre a temática, proporcionando informação que de outra forma seria impossível obter, uma vez que foram colocadas questões adicionais para elucidar aspetos que não ficaram claros ou para retomar o contexto da entrevista (Vilelas, 2022).

Posteriormente, a investigadora procedeu à transcrição das entrevistas para documento de texto. Este processo permitiu a descodificação da linguagem verbal para o texto escrito. Com

características próprias, a linguagem verbal nem sempre segue as mesmas regras do texto escrito, dado o recurso a termos onomatopéuticos, à repetição, à interrupção de frases, entre outros. Por isso, a transcrição consiste num processo minucioso e moroso, exigindo várias audições das gravações para evitar o risco de distorções sobre o que foi dito (Vilelas, 2022). Procurou-se, assim, transcrever e analisar as entrevistas tão próximo quanto possível da sua realização, para que fosse garantida uma transcrição fidedigna. De seguida, foi solicitado a cada um dos participantes que lesse e validasse a sua entrevista, com o objetivo de confrontar o que tinham dito com o que foi transcrito, tendo sido todas validadas.

2.2.6. Tratamento de dados

A análise dos dados começa em simultâneo com a sua recolha, podendo o investigador acrescentar questões ou direcionar a entrevista para outros temas. Contudo, terminada a colheita dos dados há a necessidade de os analisar e interpretar, podendo recorrer à análise do conteúdo (Bardin, 2011; Vilelas, 2022).

Segundo Vilelas (2022, p. 432), sustentado por Bardin (2011), “a análise de conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens”, ou seja, consiste num aglomerado de técnicas de interpretação da comunicação que visam obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção dessas mensagens. Trata-se de uma técnica de investigação que objetiva ultrapassar o senso comum e o subjetivismo na interpretação, procurando atingir uma vigilância crítica em relação ao conteúdo escrito de entrevistas, documentos, entre outros.

Além disso, permite quantificar a ocorrência de palavras/frases/temas considerados ‘chave’ que possibilitem uma comparação posterior (Coutinho, 2020). Apesar de não poder ser desenvolvida com base num modelo exato, a análise de conteúdo, para a sua operacionalização, exige o cumprimento de algumas regras, realizadas em três etapas diferentes: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Bardin, 2011; Vilelas, 2022).

A fase de pré-análise consiste na organização e sistematização das ideias e engloba cinco etapas: i) leitura flutuante, em que se estabelece contacto com o material de análise; ii) escolha dos documentos ou constituição do *corpus*, em que se seleciona o material através de regras como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência; iii) formulação de objetivos que permitam a emergência de hipóteses a partir de procedimentos exploratórios; iv) referenciação dos índices e elaboração dos indicadores a serem adotados na análise; e v) preparação do material reunido, e em alguns casos, edição ou preparação formal. Por sua vez, a fase de exploração do material consiste essencialmente em operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas, com o objetivo de estudar os dados brutos até alcançar o núcleo da compreensão do texto. Por último, na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos são tratados, através de operações estatísticas, de modo a serem significativos e válidos, e evidenciarem as informações fornecidas pela análise, o que irá permitir ao investigador fazer as suas inferências e interpretações, de acordo com o quadro teórico e os objetivos propostos, podendo também identificar novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material (Bardin, 2011; Vilelas, 2022).

Dependendo especificamente do tipo de investigação, do problema de pesquisa, do corpo teórico adotado pelo investigador, assim como do tipo de comunicações a analisar, existem diferentes técnicas desenvolvidas para análise de conteúdo que atuam com vista ao alcance e compreensão dos significados manifestos e latentes no material da comunicação, como por exemplo a análise temática ou categorial, a análise da validação ou representacional, a análise da expressão, entre outros (Bardin, 2011; Vilelas, 2022). No presente estudo foi selecionada a primeira técnica, que será detalhada de seguida.

A categorização determina as dimensões que serão analisadas dentro de uma grande quantidade de informação obtida, que, por sua vez, precisa de ser organizada e reduzida de modo a ser interpretada, emergindo as categorias, baseadas em padrões comuns de pensamento ou comportamento (Coutinho, 2020; Vilelas, 2022), ou seja, a categorização permite a redução do texto, no qual as muitas palavras e expressões são transformadas em poucas categorias, sendo estas “as rubricas significativas em função das quais o conteúdo será classificado e eventualmente quantificado” (Vilelas, 2022, p. 440).

A escolha das categorias é fundamental para a análise de conteúdo, pois estas permitem fazer a ligação entre os objetivos da pesquisa e os seus resultados. Esse processo deve atender às

seguintes regras: i) exclusão mútua, ou seja, cada elemento não pode existir em mais de uma divisão; ii) homogeneidade, no sentido em que um único princípio de classificação deve orientar a sua organização; iii) a pertinência, devem refletir as intenções da investigação, as questões do investigador e/ou corresponder às características das mensagens; iv) a objetividade e a fidelidade, pois cada análise de conteúdo deverá ter características claras, permitindo o uso por diferentes investigadores no mesmo texto; e a v) produtividade, com vista a produzir resultados férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exatos (Bardin, 2011; Vilelas, 2022).

De seguida, é necessário definir as unidades de análise, no sentido em que o conteúdo de um texto pode ser analisado de diferentes maneiras, de acordo com as unidades de análise escolhidas. Estas podem ser classificadas como unidades de registo, consistindo em segmentos específicos do conteúdo com sentido completo e pertinente para o objetivo do estudo. Por último, surge a quantificação que visa permitir o relacionamento das características dos textos, combinadas com o universo estudado, ou seja, é possível inferir e interpretar os dados obtidos, no sentido de verificar a sua relação com a fundamentação teórica (Bardin, 2011; Vilelas, 2022).

2.3. Procedimentos éticos

A investigação em enfermagem, pela dimensão humana que apresenta, exige o cumprimento de princípios éticos ao longo de todo o processo, uma vez que é imprescindível que haja uma preocupação adicional com o bem-estar dos participantes, respeitando os direitos e a integralidade dos mesmos (Nunes, 2013).

Para a realização do presente estudo foi pedida autorização à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração da instituição hospitalar. Após parecer favorável e autorização (Apêndice IV) foi, numa fase inicial dado conhecimento aos participantes a natureza do estudo, os seus objetivos e a forma de participação no mesmo, providenciando consentimento livre e esclarecido a cada participante. Além disso, foi demonstrada disponibilidade para o esclarecimento de quaisquer dúvidas e esclarecido o cariz facultativo do estudo, de forma a que cada participante se sentisse livre de aceitar ou recusar a sua participação, em qualquer fase do estudo, sem quaisquer danos ou penalizações. Igualmente, foi partilhada a relação risco/benefício, não sendo previstos quaisquer riscos.

De salientar que ao longo de todo o estudo foram assegurados a proteção, o anonimato e a confidencialidade dos dados, que foram tratados e analisados com rigor e de forma isenta, não sendo possível identificar nenhum participante (Fortin [et al.], 2009; Streubert & Carpenter, 2013; Vilelas, 2022).

Aquando da colheita de dados, foi solicitada autorização aos entrevistados para gravar as entrevistas, que serão mantidas na posse e sob a responsabilidade da investigadora, até à divulgação dos resultados. Para a transcrição das entrevistas, foram atribuídos números a cada participante, de modo a não revelar informação que o possa identificar, mantendo assim a confidencialidade. Para a divulgação dos resultados obteve-se permissão dos participantes para utilizar citações diretas da entrevista, assegurando o anonimato.

A finalizar, também de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), foram assegurados os deveres de informação, sigilo e respeito pela intimidade.

2.4. Análise de dados e discussão de resultados

Neste subcapítulo apresenta-se a análise de dados e discussão dos resultados obtidos através das entrevistas realizadas aos EEEMC em contexto de BO, onde decorreu o estudo, de acordo com os objetivos definidos, confrontada com a literatura e com as perceções da investigadora.

No que diz respeito às características sociodemográficas dos participantes, a média de idades é 43,2 anos e a maioria é do género feminino (70%). Segundo os dados estatísticos emitidos pela OE (2023) relativos à distribuição dos enfermeiros em território nacional, existem 5466 EEEMC, sendo 4206 do género feminino e 1260 do género masculino.

A média do tempo de serviço profissional é de 20,7 anos, variando entre 12 e 37 anos, e de serviço em BO é de 13,5 anos, variando entre 5 e 28 anos.

No contexto do BO, os enfermeiros constituem o grupo profissional que maioritariamente permanece no contexto cirúrgico e a sua atuação apresenta forte impacto sobre a segurança do doente (Mota, 2021; Mota [et al.], 2022). A ocorrência de incidentes e eventos adversos no doente cirúrgico é elevada, sendo mais frequentemente evitáveis em relação aos que ocorrem noutros contextos (Heideveld-Chevalking et al, 2014; Zegers [et al.], 2011).

Contudo, a notificação de incidentes e eventos adversos é uma realidade pouco frequente (Antunes, 2015; Brunsveld-Reinders [et al.], 2016; Matias, 2021). Daí a importância de auscultar a perceção dos EEEMC que desempenham funções no BO, quanto à notificação de incidentes e eventos adversos, estratégia que contribui para segurança do doente e para a melhoria da qualidade em saúde (Despacho n.º 1400-A/2015).

Em conformidade com os objetivos delineados, emergiram da análise dos dados sobre a perceção dos EEEMC de um BO da região norte de Portugal quanto à notificação de incidentes e eventos adversos, sete áreas temáticas, divididas em categorias, subcategorias e unidades de enumeração, conforme pode ser observado no quadro seguinte.

Quadro 1 Matriz de análise por áreas temáticas, categorias e subcategorias

Área temática	Categoria	Subcategoria	Un. En.
a) Situações passíveis de serem notificadas como incidentes e eventos adversos	• Situações que constituem dano para o doente	• Úlceras por pressão • Reações alérgicas • Contenção mecânica • Quedas • Erros de administração de medicação • Erros na identificação do doente • Erros na identificação do local cirúrgico	1 1 1 2 4 1 2
	• Situações que constituem dano para os profissionais	• Sobrecarga de trabalho • Conflitos interpessoais • Condições de instalações e equipamentos	1 1 3
b) Prática dos EEEMC quanto à notificação de incidentes e eventos adversos	• Postura proativa • Situações de dano real ou potencial para o doente		1 4
c) Contributos da existência de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos	• Aplicação de medidas corretivas		1
	• Resolução de problemas		2
	• Prevenção do erro		3
	• Partilha de informação		1
	• Reflexão sobre incidentes e eventos adversos		1
	• Aprendizagem com o erro		1
	• Melhoria contínua		4
	• Promoção de uma cultura de segurança		2
	• Comunicação aberta e transparente		1

d) Importância do anonimato na notificação de incidentes e eventos adversos	• Essencial para proteção do profissional		2
	• Inexistência de medo de sanção disciplinar ou represália		4
	• Desnecessário, numa lógica de resolução de problemas		2
e) Percepção quanto à obrigatoriedade da notificação de incidentes e eventos adversos	• Condição primordial para a prevenção do erro		1
	• Promove a notificação		1
	• Permite a melhoria contínua		1
	• Permite um retrato real das instituições		1
	• Permite aprendizagem	• Aos profissionais	1
		• À instituição	1
f) Condicionantes da comunicação/notificação de incidentes e eventos adversos	• Facilitadores	• Anonimato	2
		• Facilidade de acesso à plataforma de notificação	2
		• Consciencialização do dever de cultura de segurança	2
	• Inibidores	• Falta de disponibilidade dos enfermeiros	2
		• Plataforma de notificação demorada e pouco intuitiva	3
		• Cultura institucional punitiva	5
g) Sugestões de melhoria quanto à notificação de incidentes e eventos adversos	• Melhorar a funcionalidade dos sistemas de notificação	• Maior rapidez, uniformização e interoperabilidade entre as instituições do SNS	2
	• Apoio/orientação dos profissionais envolvidos em eventos adversos complexos		1
	• Criação de direitos protetores do notificador		1
	• Incentivo dos gestores institucionais para a sua utilização		2
	• Criação de incentivos para as instituições com mais e melhores notificações		1
	• Desenvolver projetos de melhoria contínua orientados para a segurança de doentes e dos profissionais		1
	• Formação dos profissionais	• Sensibilizar para a existência do sistema de notificação	4
		• Desmistificar cultura punitiva e defensiva	1

De seguida será abordada a descrição, análise e discussão dos resultados que emergiram em cada área temática, por categorias, subcategorias e unidades de enumeração, representadas em figuras. Por sua vez, o quadro com os resultados da análise de conteúdo encontra-se no Apêndice V.

a) Situações passíveis de serem notificadas como incidentes e ou eventos adversos

No âmbito desta área temática emergiram duas categorias: **Situações que constituem dano para o doente; Situações que constituem dano para o profissional**, que se dividem em subcategorias que se apresentam na figura 1.

Os principais incidentes e eventos adversos referidos são os que constituem dano para o doente, em que os erros de administração de medicação foram os mais mencionados, como se constata pelos seguintes excertos:

“Erros na administração de terapêutica. Práticas de cuidados pouco seguras.” E3

“Todas as situações que possam de alguma maneira contribuir para uma diminuição da segurança dos utentes e dos profissionais...Por exemplo: erros de medicação” E4

“Erros de medicação, tanto prescrição como administração” E6

“A prescrição e administração de medicação...nomeadamente erros de prescrição (...)” E9

Os erros na identificação do local cirúrgico e as quedas foram mencionadas por dois participantes cada:

“Todas as situações que possam de alguma maneira contribuir para uma diminuição da segurança dos utentes (...). Por exemplo: (...) cirurgia segura (...)” E4

“(…) cirurgia errada (...) local cirúrgico errado” E9

“Todos eventos que notifiquei até ao momento, estão relacionados com situações que efetivamente constituíram dano para o doente...por exemplo (...), quedas” E6

“Incidentes ou eventos adversos relacionados com (...) quedas” E9

As úlceras por pressão, as reações alérgicas, a contenção mecânica e erros na identificação do doente foram também mencionadas como situações que ocorrem durante a cirurgia e provocam dano no doente, devendo ser notificadas.

“Todos eventos que notifiquei até ao momento, estão relacionados com situações que efetivamente constituíram dano para o doente (...) por exemplo úlceras por pressão, reações alérgicas, necessidade de contenção mecânica” E6

“A não correta e inequívoca identificação dos doentes (...), por exemplo doente errado” E9

No presente estudo, os participantes relatam também situações ou condições que podem ser adversas para os profissionais, em contexto do BO. As condições de instalações e equipamentos foram as mais citadas, mas também a sobrecarga de trabalho e os conflitos interpessoais, como se observa nos seguintes registos:

- “(…) uso inadequado ou falha no uso de equipamentos (….) E3
 “(…) condições das instalações e equipamentos (….)” E4
 “(…) Sobrecarga de trabalho.” E3
 “(…) Conflitos interpessoais.” E3

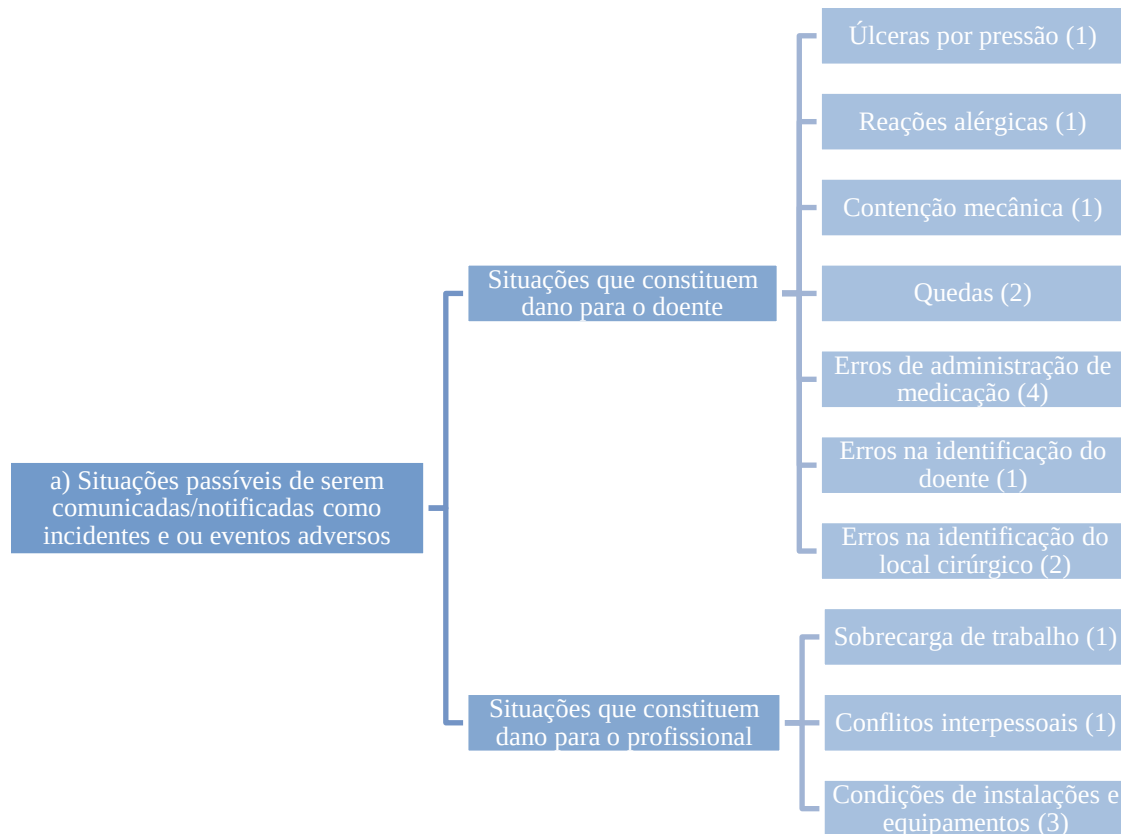


Figura 1. Situações passíveis de serem notificadas como incidentes ou eventos adversos: categorias e subcategorias

Quanto aos tipos de incidentes mais comuns, sobre os quais se deve prestar maior atenção, a *Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente* agrupa-os, de modo a contribuir para uma melhor prestação de cuidados, em treze grupos: acidentes do doente (quedas, úlceras por pressão, entre outros.); comportamento (tanto da parte dos profissionais de saúde, como do doente); dieta/alimentação; dispositivos/equipamento médico; documentação (registos médicos ou de enfermagem, relatórios clínicos, entre outros); infeção associada aos cuidados de saúde; infraestrutura/edifício/instalações; medicação/fluídos intravenosos (dose, preparação, entre outros); oxigénio/gás/vapor; processo/procedimento clínico

(diagnóstico, avaliação, procedimento/tratamento, entre outros); processo administrativo (admissão, marcação, referenciação, entre outros); recursos/gestão organizacional e sangue/hemoderivados (OMS, 2009a). Segundo a OMS (2017), estes incidentes podem ocorrer em todo o espectro de cuidados, mas são mais comumente associados a procedimentos cirúrgicos (27%), erros de medicação (18,3%) e IACS (12,2%).

Como se pode constatar, praticamente todos os tipos de incidentes que podem ocorrer, foram mencionados pelos participantes. Estes resultados vão ao encontro das conclusões do estudo de Lima (2011), que revelou que as falhas de comunicação, o rácio enfermeiro/doente, a carência de recursos humanos no hospital e a sobrecarga horária foram os fatores mais pontuados como causa da ocorrência de incidentes e eventos adversos.

Relativamente aos cuidados cirúrgicos, dada a complexidade da segurança cirúrgica, a OMS (2009b) agregou um conjunto de boas práticas na *Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica*, no sentido de diminuir os incidentes no BO relacionados com a prevenção da cirurgia no doente errado, no lado errado ou procedimento errado, com a retenção inadvertida de corpos estranhos no doente, com a hemorragia e a infeção do local cirúrgico, bem como a promoção de práticas anestésicas seguras.

Neste âmbito, o ICN (2006) defende que a implementação de dotações seguras em enfermagem influencia diretamente a eficácia e a excelência organizacional, no que concerne à adequada gestão de recursos humanos e financeiros, à segurança do doente, à ocorrência e notificação de eventos adversos, à promoção da saúde, entre outros. A OMS (2020c) afirma, também, que os enfermeiros podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a segurança do doente, através da prevenção de incidentes associados aos cuidados, porém este contributo só é possível quando não existe sobrecarga de trabalho, as equipas são coesas e existe um bom ambiente no local de trabalho.

b) Prática dos EEEMC quanto à notificação de incidentes e ou eventos adversos

Na presente área temática, os relatos dos participantes agregaram-se em duas categorias: **Situações de dano real ou potencial para o doente; Postura proativa**, tal como mostra a figura 2.

Ao contrário do que afirmam, na questão anterior, ser a boa prática, a maioria regista apenas as situações que causam real ou potencial dano ao doente, como enunciam nas seguintes declarações:

- “Comunico sempre as situações que colocam ou podem causar danos aos doentes” E1
“Sempre que deteto uma situação que me parece risco notifico e faço-o sem anonimato” E2
“Todas as [situações] que coloquem em risco os doentes” E5
“Eventos adversos e situações passíveis de pôr em causa a segurança do utente” E7.

Os enfermeiros são o grupo profissional que se encontra em maior número dentro das equipas multidisciplinares (OMS, 2020c) e aquele que mais tempo passa com os doentes, por isso devem assumir uma atitude proativa e dinâmica na identificação e notificação de incidentes e eventos adversos, como se depreende das palavras de um participante:

- “Procuro ter uma postura proativa e dinâmica (...) não só na identificação e notificação da ocorrência (...) mas procuro entender as causas através de uma análise de raiz causa/efeito para dessa forma melhorar a minha prática profissional.”, E4

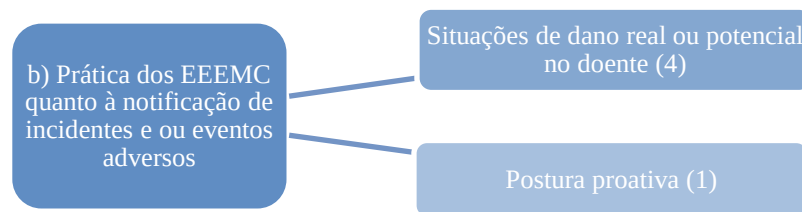


Figura 2. Prática dos EEEMC quanto à notificação de incidentes e ou eventos adversos: categorias

A evidência científica demonstra que os enfermeiros têm três vezes mais probabilidade de notificar um evento quando comparados com os médicos (Polisena [et al.], 2015). No entanto, as chefias de enfermagem devem ser elementos incentivadores do uso de sistemas de notificação, visto que, o seu diagnóstico poderá promover ações de gestão e de assistência que levem à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, da segurança do doente (Moreira [et al.], 2021). Uma liderança de enfermagem efetiva tem sido associada a um menor número de eventos adversos, como erros de medicação, menor taxa de úlceras por pressão e de quedas, assim como taxas mais baixas de IACS (Boamah [et al.], 2018; Ducharme [et al.], 2017).

Contudo, a ocorrência de incidentes e eventos adversos pode trazer implicações para a relação profissional de saúde/doente. Este último usualmente deseja receber informações

sobre os incidentes ocorridos durante os seus cuidados e tem direito a recebê-las. No entanto, os profissionais de saúde preocupam-se com os riscos dessa divulgação, como por exemplo, a perda de confiança por parte do doente ou o medo das consequências que possam surgir para a sua reputação ou carreira (O'Connor [et al.], 2010).

Um estudo qualitativo com enfermeiros reporta que, por norma, os mesmos informam os seus doentes sobre os incidentes de segurança que estão sob o seu controlo e responsabilidade, como por exemplo, o atraso ou falha de tratamentos, falhas na coordenação dos cuidados ou falhas na comunicação entre enfermeiros. Todavia, no que diz respeito a incidentes ou eventos adversos que envolvem graves danos para o doente ou que resultam de ações de outros elementos da equipa multidisciplinar, os enfermeiros sentem-se reticentes em informar o doente, acreditando que deve ser o médico o responsável por essa divulgação (Shannon [et al.], 2009).

Da análise das entrevistas fica patente que o incidente ou evento adverso deve ser sempre comunicado independentemente da presença de consequências para o doente. Porém, sabe-se que a gravidade do dano provocado ao doente aumenta a frequência de notificação, no sentido de minimizar as consequências do mesmo (Bruno, 2010; Lima, 2011).

c) Contributos da existência de um sistema de notificação de incidentes e ou eventos adversos

Nesta área temática agrupamos nove categorias como se observa na figura 3: **Aplicação de medidas corretivas; Resolução de problemas; Prevenção do erro; Partilha de informação; Reflexão sobre incidentes e eventos adversos; Aprendizagem com o erro; Melhoria contínua; Promoção de uma cultura de segurança; Comunicação aberta e transparente.**

Todos os participantes concordaram quanto à utilidade de um sistema de notificação, assim como os seus contributos e vantagens. A melhoria contínua e a prevenção do erro foram os contributos mais mencionados. Vejamos algumas transcrições:

“São fundamentais para a melhoria das políticas e práticas das instituições de saúde (...)” E3

“Se funcionar em pleno e sendo totalmente compreendido o seu valor e contributo tem uma utilidade extrema (...) porque funciona como que um alerta para que os mesmos eventos adversos não ocorram com tanta frequência ou até que não voltem a acontecer.” E5

“Contribuem para a melhoria dos cuidados (...)” E6

“(...) potencia a melhoria contínua e maturidade de todos...tanto ao nível individual como organizacional (...)” E8

“Contribui para a melhoria de situações identificadas.” E10

A resolução de problemas e a promoção de uma cultura de segurança também foram apontadas por vários participantes como contributos e vantagens de um sistema de notificação de incidentes e ou eventos adversos.

“Penso que se podem resolver problemas (...)” E1

“(...) garantia da segurança do utente e profissionais” E3

“(...) resolução de problemas (...)” E4

“Contribui para a promoção de uma cultura de segurança e compromisso com a qualidade dos cuidados prestados” E7

Outros contributos foram realçados, como a partilha de informação, a aplicação de medidas corretivas, a reflexão sobre incidentes e eventos adversos, a aprendizagem com o erro e uma comunicação aberta e transparente, como se pode constatar através dos seguintes registos.

“(...) a partilha de informação quer a nível das organizações, do sistema de saúde e até a nível internacional” E2

“Permite detetar riscos e aplicar medidas corretivas” E2

“(...) permitindo às equipas refletir sobre os eventos que foram notificados...assim como identificar comportamentos a mudar.” E6

“Aprendizagem através do erro (...)” E9

“Potencia a filosofia de uma comunicação aberta e transparente (...)” E8

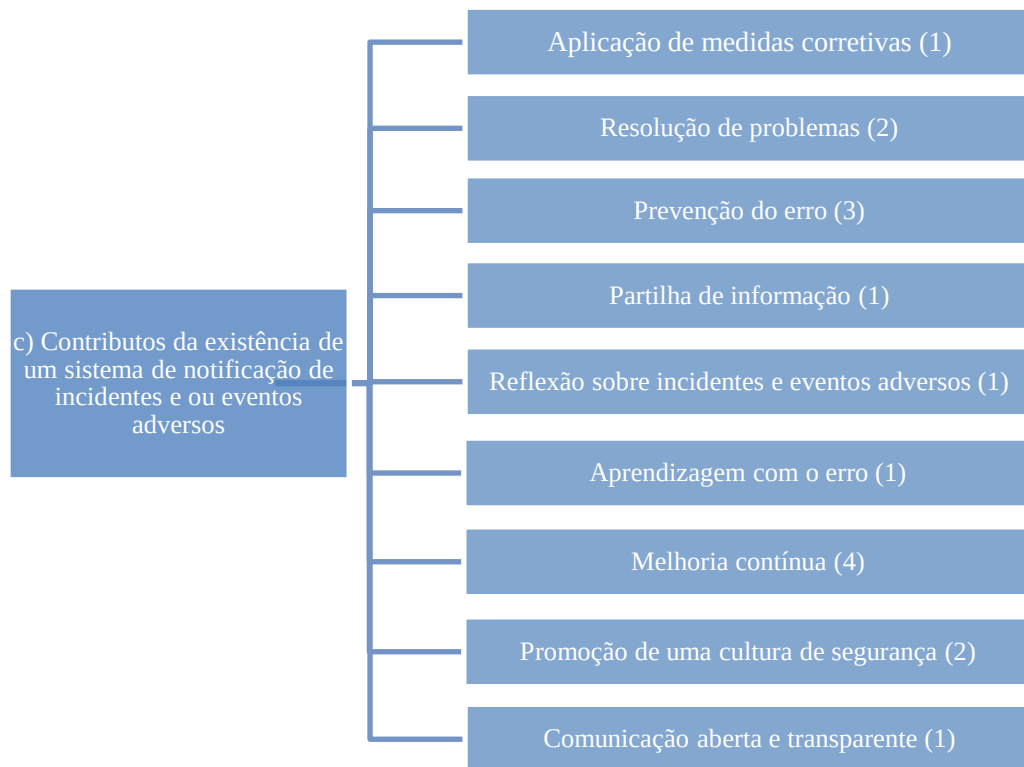


Figura 3. Contributos da existência de um sistema de notificação de incidentes e ou eventos adversos: categorias

Sendo a notificação de incidentes e eventos adversos considerada um recurso para identificar os riscos e perigos de uma organização, possibilitando a aprendizagem com o erro e consequente implementação de ações de melhoria (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015), a utilização de sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos tem sido uma das estratégias utilizadas por diversos países e organizações de saúde como fundamentais para melhorar a segurança do doente (Alves [et al.], 2019).

Para Wachter (2013), um sistema de notificação de eventos adversos tem como principais vantagens: a aprendizagem com o erro, a deteção de potenciais futuros erros e a possibilidade de dar *feedback* sobre o ocorrido. Do mesmo modo, todos os participantes deste estudo concordaram com a utilidade e os contributos de um sistema de notificação, acreditando ser um meio essencial para a melhoria contínua e para a aprendizagem.

O desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem com o erro, mesmo que não afete negativamente a saúde das pessoas, é, desde há muito tempo, uma recomendação às autoridades nacionais (Comissão Europeia, 2005), na medida em que só é possível prevenir a ocorrência do erro se as suas causas forem conhecidas e para que tal aconteça é fundamental a sua comunicação.

d) Importância do anonimato na notificação de incidentes e ou eventos adversos

Da presente área temática emergiram três categorias: **Essencial para proteção do profissional**; **Inexistência de medo de sanção disciplinar ou represália**; **Desnecessário numa lógica de resolução de problemas** (Figura 4).

Quando questionados sobre a importância do anonimato na notificação de incidentes e ou eventos adversos, grande parte dos participantes considerou ser importante na medida em que permite a inexistência de medo de sanção disciplinar ou represália.

“Anónimo o profissional sente-se mais à vontade a notificar. Sem receio de represálias” E3

“O anonimato garante a possibilidade de qualquer profissional notificar sem medo de qualquer sanção disciplinar ou represália intrínseca ao problema notificado” E4

“Considero pertinente, pois ainda há uma cultura punitiva na maior parte dos serviços” E5

“O anonimato ajuda no medo de juízos de valores...” E10

Outra vantagem do anonimato elencada por dois participantes é a proteção que concede ao profissional que notifica, como se pode constatar pelas seguintes afirmações.

“O anonimato é essencial para que os profissionais não se sintam intimidados na hora de notificar” E2

“Condições primordiais e básicas, para que o profissional não fique prejudicado.” E8

Por outro lado, dois participantes consideram que o anonimato é desnecessário numa lógica de resolução de problemas.

“As notificações não deviam ser anónimas para que problemas se resolvam sem medos.” E7

“Não concordo com o anonimato, mas sim confidencialidade.” E9

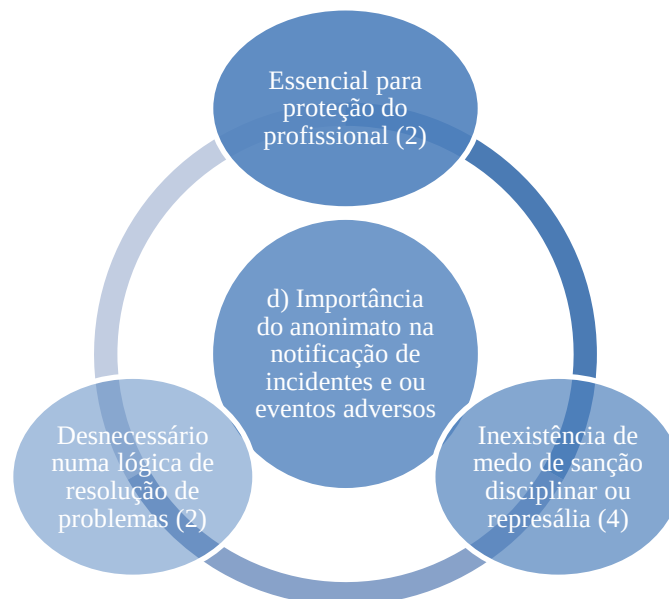


Figura 4. Importância do anonimato na notificação de incidentes e ou eventos adversos: categorias

A maioria dos participantes concorda com o anonimato, o que está relacionado com o receio da identificação de quem faz a notificação. A presença de uma cultura punitiva ainda se observa nas organizações de saúde a nível global, especialmente em contexto hospitalar (Eiras [et al.], 2014; Hefner [et al.], 2017). Caracteriza-se pela tendência de culpar o indivíduo pela ocorrência de um erro ou incidente de segurança e representa um fator dificultador na identificação de problemas, pois ao temer ser punido ou culpabilizado, o profissional não será encorajado a notificar os incidentes e eventos adversos que presenciou. Daí a necessidade do anonimato, sendo visto como um fator facilitador da notificação (Sousa & Mendes, 2019).

Todavia, dois participantes deste estudo consideram que a notificação não devia ser anónima, dada a necessidade da responsabilização pelo ato cometido. Segundo Watcher (2013), alguns erros exigem responsabilização. Se, por um lado, a cultura punitiva compromete a evolução de uma cultura de segurança, por outro a não punitiva, embora adequada para a maior parte dos incidentes, não o é para todas as situações com base no nível de gravidade. Por exemplo, indivíduos que cometem erros frequentes e descuidados, que comparecem ao trabalho alcoolizados ou optam por ignorar normas de segurança, adotando comportamentos disruptivos.

Por isso nos serviços de saúde, torna-se necessário promover uma cultura de segurança, uma vez que possibilita identificar e gerir potenciais fatores de risco, conduzir ações de melhoria na prestação de cuidados e evitar que o erro volte a acontecer, a fim de garantir a segurança do doente (Moraes & Aguiar, 2020).

e) Perceção quanto à obrigatoriedade da notificação de incidentes e ou eventos adversos

No que diz respeito à perceção quando à obrigatoriedade da notificação de incidentes e ou eventos adversos, emergiram as seguintes categorias: **Condição primordial para prevenção do erro; Promove a notificação; Permite a melhoria contínua; Permite um retrato real das instituições; Permite a aprendizagem** (Figura 5).

Há concordância dos participantes, quanto à existência de obrigatoriedade, como condição primordial para a prevenção do erro, como se pode confirmar através do seguinte enunciado:

“Permite detetar situações de risco e corrigi-las, evitando possíveis danos” E2

De igual forma, os participantes consideram a obrigatoriedade essencial, pois promove a notificação, permite a melhoria contínua e permite um retrato real das instituições.

“De outra forma a taxa de comunicação de eventos adversos ou potencialmente adversos seria ainda mais baixa” E6

“Faz com que a instituição possa olhar para os seus problemas numa lógica de melhoria contínua (...)” E4

“(...) permite ainda um retrato mais real das instituições nacionais aos contextos de práticas internacionais, uma vez que não temos ainda uma verdadeira cultura de segurança implementada.” E4

Além disso, um participante considera que a obrigatoriedade permite a aprendizagem tanto aos profissionais, como à instituição, como podemos observar no seguinte registo:

“Aprender com os erros torna as pessoas e as instituições mais robustas” E4

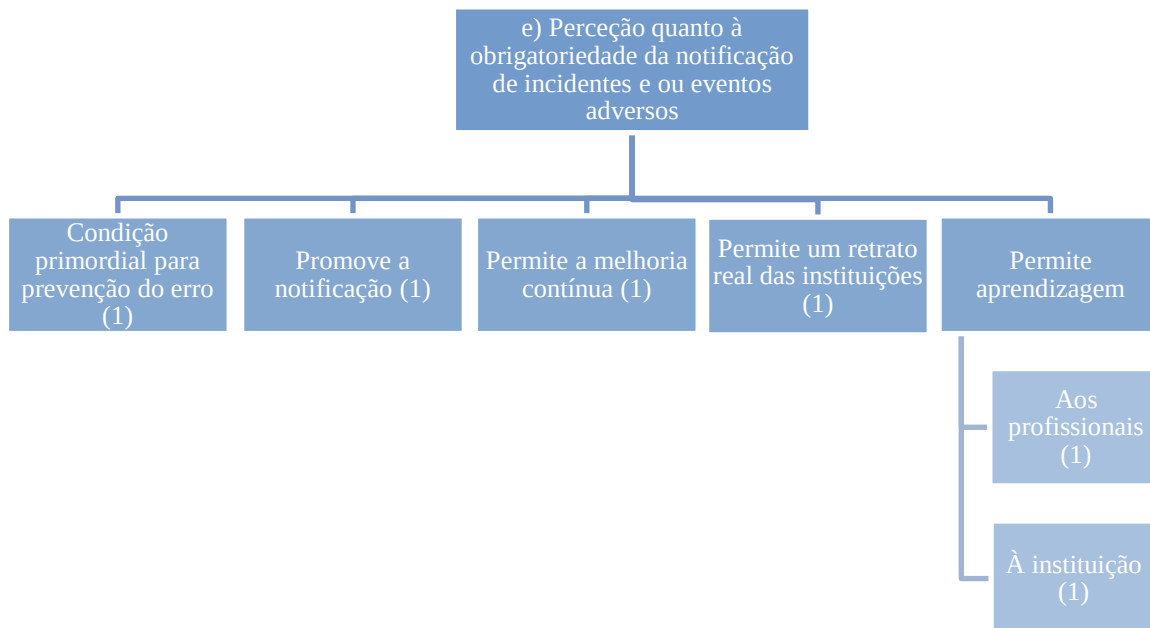


Figura 5. Percepção quanto à obrigatoriedade da notificação de incidentes e ou eventos adversos: categorias e subcategorias

f) Condicionantes da comunicação/notificação de incidentes e ou eventos adversos

Na tentativa de perceber melhor as razões da subnotificação num contexto onde ocorre a maioria dos incidentes e com maior grau de gravidade (Zegers [et al.], 2011), foi solicitado aos EEEMC que identificassem condicionantes da comunicação/notificação de incidentes e ou eventos adversos. Estas distribuem-se pelas categorias **fatores facilitadores** e **fatores inibidores** e subcategorias como se observa na figura 6.

No que concerne aos fatores facilitadores, o anonimato e a facilidade de acesso à plataforma de notificação foram os mais referidos.

“Facilita o anonimato (...)” E2

“Facilita o facto de poder ser anónimo” E10

“(...) o fácil acesso à plataforma de notificação” E2

“A existência de mecanismos próprios e anónimos para que eu possa proceder às notificações, como o portal NOTIFICA ou os impressos em suporte de papel totalmente anonimizados” E4

Igualmente, dois participantes referiram a consciencialização do dever de cultura de segurança por parte dos profissionais como fator facilitador.

“Facilita uma maior sensibilização da restante equipa para a importância da notificação.” E3

“Considero facilitador o meu dever de cultura de segurança e a vontade de contribuir para a melhoria contínua” E4

Quanto aos fatores inibidores, o mais reportado é a existência de uma cultura institucional punitiva, como podemos validar através das seguintes declarações:

“Outra dificuldade... a pressão das chefias intermédias para que não aconteçam (...)” E2

“Um fator dificultador é o sentimento de desconfiança dos outros perante a notificação (...) e existir alguma cultura institucional enraizada de procurar saber quem notificou” E4

“As notificações ainda são encaradas como uma reprimenda (...)” E5

“O que dificulta a notificação de incidentes e eventos adversos (...) relaciona-se frequentemente com a necessidade maior de identificar quem foi responsável pelo incidente ou evento adverso (...) do que refletir sobre os fatores que levaram ao incidente (...) esta pressão sobre o profissional leva, a meu ver, a ocultar ou evitar a notificação.” E6

“Um fator que dificulta é o medo do profissional por achar que ao notificar poderá sofrer represálias (...) quer da chefia quer dos pares e também o escrutínio público, prováveis problemas judiciais ou a penalização (...)” E9

Estudos internacionais apontam o tempo exigido para notificar e o medo das consequências da sua notificação, como principais barreiras (Larizgoitia [et al.], 2013; Yu [et al.], 2016). À semelhança, neste estudo, a falta de disponibilidade dos enfermeiros e a plataforma de notificação demorada e pouco intuitiva foram considerados elementos dificultadores da notificação, como podemos observar nas seguintes declarações.

“Acho que o que dificulta mesmo é a falta de disponibilidade devido à sobrecarga de trabalho” E1

“Atendendo ao número de atividades que um profissional executa num turno, acaba por ser moroso o seu preenchimento [sistema de notificação], levando à não notificação” E6

- “A plataforma é demorada e pouco intuitiva, o que a meu ver dificulta.” E2
 “Os sistemas de notificação a nível organizacional são dotados de muita burocracia” E6
 “A plataforma devia ser mais fácil de preencher.” E7

Além disso, dois participantes consideram a falta de confiança nas chefias, um fator inibidor da prática de notificação.

- “Muitos gestores encaram a notificação como um castigo” E5
 “Não acreditar nem confiar nos gestores (...)” E8

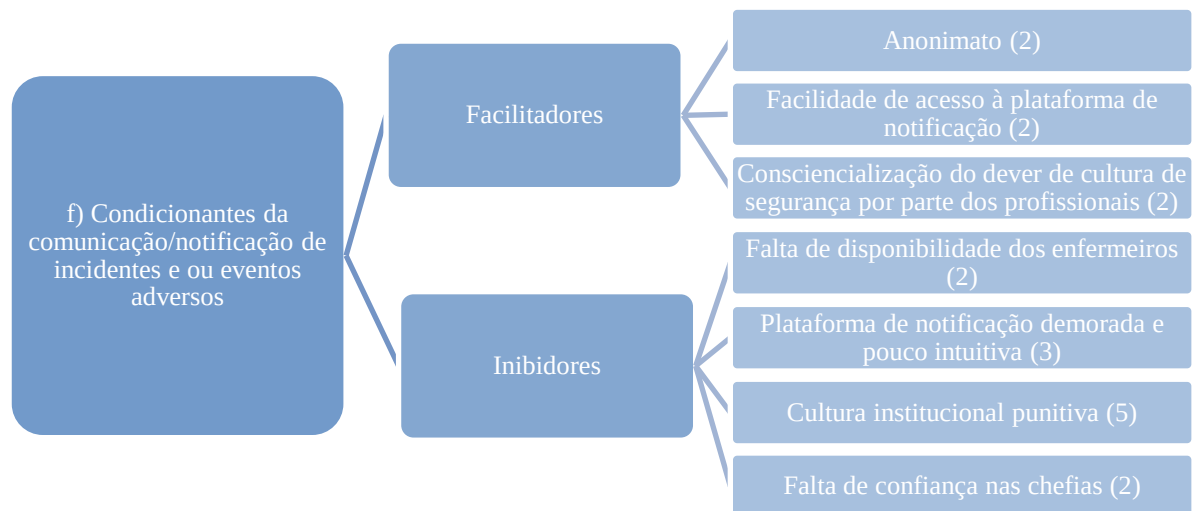


Figura 6. Condicionantes da comunicação/notificação de incidentes e ou eventos adversos: categorias e subcategorias

g) Sugestões de melhoria quanto à comunicação/notificação de incidentes e ou eventos adversos.

Segundo o PNSD 2021-2026, no âmbito do pilar da liderança e governança, delineia-se que, no sentido de obter uma cultura de segurança, os profissionais de saúde devem ser envolvidos e ter abertura para discutir e antecipar as fragilidades do sistema (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Nesse sentido, no presente estudo, os participantes foram incentivados a sugerir ações de melhoria no domínio da notificação, o que deu origem à última área temática, que se encontra representada na figura 7.

A sugestão mais vezes referida pelos participantes é a **formação dos profissionais**, com dois objetivos distintos, sensibilizar para a existência do sistema de notificação e para desmistificar cultura punitiva e defensiva, o que se confirma através dos seguintes relatos.

“Sensibilização dos profissionais para a existência do sistema de notificação (...)” E10

“Fazer formação a todos os profissionais sobre como fazer e a importância do mesmo.” E5

“Sugiro o investimento na formação das classes profissionais sobre a importância da notificação... desmistificar e esclarecer o seu propósito e o que todos podemos ganhar com uma política de notificação” E8

“Formação obrigatória do topo para as bases” E9

“Sugiro que as instituições invistam na formação dos profissionais nesta área...de modo a desmistificar esta cultura punitiva (...)” E3

Melhorar a funcionalidade dos sistemas de notificação, com vista a uma maior rapidez, uniformização e interoperabilidade entre as instituições do SNS, foi outra sugestão dada pelos participantes.

“Melhorar a funcionalidade (...) e uniformizar as plataformas de notificação, de forma a que este procedimento seja mais célere e uniforme nas várias instituições de saúde.” E2

“Considero que se devia investir em sistemas de notificação de fácil preenchimento e uniformizá-los em todas as instituições.” E3

Outras sugestões como a **criação dos direitos protetores do notificador; apoio/orientação dos profissionais envolvidos em eventos adversos complexos; criação de incentivos para as instituições com mais e melhores notificações** também foram referidas pelos participantes.

“Criar legislação dos direitos do notificador, numa ótica da sua proteção (...)” E8

“Que sejam criados meios ou formas de apoio psicológico e orientação aos profissionais, em particular aos envolvidos em eventos adversos” E3

“E ainda, a nível macro, a política de notificação fazer parte da contratualização interna e externa das instituições, com atribuição de incentivos para aquelas que mais e melhor notifiquem (...)” E8

Na mesma linha de pensamento, surgiu a sugestão de **desenvolver projetos de melhoria contínua orientados para a segurança dos doentes e dos profissionais**, como se pode constatar através da seguinte declaração:

“(...) e que em virtude dessas notificações desenvolvam projetos de melhoria contínua tendo em vista a segurança de doentes e dos profissionais.” E8

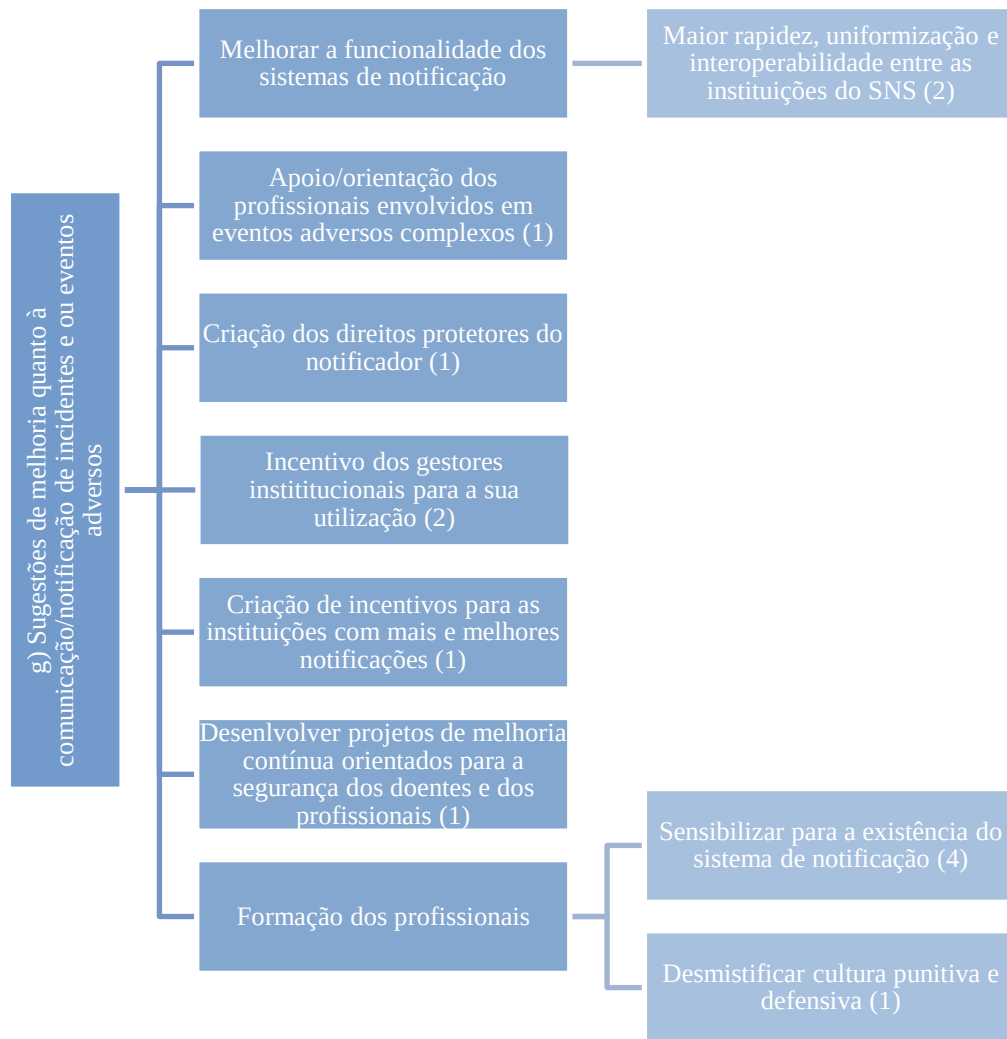


Figura 7. Sugestões de melhoria quanto à comunicação/notificação de incidentes e ou eventos adversos: categorias e subcategorias

Com a criação do sistema NOTIFICA a DGS procurou disponibilizar um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos de âmbito nacional, de fácil acesso e que permitisse uniformizar a informação reportada, assim como a sua análise, gestão e a monitorização do incidente ou evento adverso de modo transversal, levando à implementação de medidas de melhoria ou corretivas (Norma 017/2022, 2022).

Araujo [et al.] (2016) concluíram, através do seu estudo, que a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre segurança do doente, sobre eventos adversos e tudo o que envolve a sua notificação é um fator importante que contribui para a subnotificação. Entretanto, um dos objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026 passa por promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente, definindo como principais ações, o desenvolvimento de cursos na área da segurança do doente e da

notificação de incidentes de segurança, bem como nos domínios da promoção do envolvimento do doente e da sua família/cuidador. Além disso, assume noutro objetivo estratégico aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes e eventos adversos no sistema NOTIFICA, recorrendo para isso a ações de formação e à disponibilização de instrumentos facilitadores (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Com o intuito de preencher lacunas no conhecimento, promover maior compromisso na identificação e diminuição da ocorrência de erros na prática profissional, além de enfrentar os desafios da comunicação de incidentes e eventos adversos, torna-se fundamental que as equipas de gestão reforcem a sua cultura de segurança. Isto pode ser conseguido mediante uma liderança comunicativa, uma postura não punitiva e o incentivo ao desenvolvimento pessoal (Siman [et al.], 2017; Yu [et al.], 2016; Zhao [et al.], 2022).

Por fim, dada a complexidade crescente dos cuidados de saúde, urge investir na disseminação de uma cultura de segurança, com ênfase na educação e comunicação, na adoção de condutas baseadas em protocolos e *guidelines*, reforçando o conhecimento em segurança, sempre com vista à melhoria contínua. Para isso é imperioso ter em conta a realidade da instituição e também os significados e os valores que os profissionais atribuem à segurança do doente (Siman [et al.], 2017). Aqui, o EEEMC, pela natureza das suas funções, formação académica, contacto permanente e próximo que estabelece com os doentes, assume um papel fulcral, tendo em conta as competências comuns e específicas que detém (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018).

2.5. Conclusões do estudo e perspetivas futuras

A segurança do doente, fator importante para a qualidade em saúde, tem vindo a ganhar protagonismo a nível mundial, sendo considerada uma preocupação das organizações de saúde, associada a contextos cada vez mais complexos. Promover uma cultura positiva que permita que os erros sejam comunicados e discutidos de uma forma aberta não punitiva, com vista à aprendizagem e à melhoria contínua e, consequentemente, facilite a responsabilização das equipas de saúde pelos cuidados prestados, é uma das formas de fomentar a segurança do doente.

A notificação de incidentes e eventos adversos também assume particular importância na prestação de cuidados de saúde mais seguros, contudo a subnotificação é uma realidade

significativa nos serviços de saúde. Os enfermeiros, por serem o grupo profissional em maior número nas equipas de saúde, nomeadamente os EEEMC pelas competências específicas que possuem, apresentam um papel primordial neste domínio, relevando-se a importância de conhecer a sua perceção quanto à notificação de incidentes e eventos adversos. Para tal, recorreu-se à realização de entrevistas semiestruturadas a dez EEEMC que trabalham num BO de um hospital da região norte do país. Com este estudo foi possível avaliar várias dimensões que influenciam a sua perceção e perceber como os entrevistados se posicionam face à problemática da notificação e da segurança do doente.

A investigação efetuada permitiu enunciar as seguintes conclusões:

- Os EEEMC concordam com a comunicação de incidentes e eventos adversos, mas subsiste o receio das consequências da comunicação;
- Os incidentes de segurança mais frequentes relacionam-se com administração de medicação, condições de instalações e equipamentos, a cirurgia errada no doente errado, quedas, assim como sobrecarga de trabalho e conflitos interpessoais;
- A maioria dos participantes concorda com a utilidade e obrigatoriedade de um sistema nacional de notificação, considerando-a uma ferramenta útil para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde;
- Para os participantes, todos os incidentes, com ou sem consequências tanto para o doente como para os profissionais de saúde, devem ser notificados;
- O receio das consequências, de punição e a cultura de culpa são os principais obstáculos à notificação do erro;
- O anonimato foi o fator apontado com maior expressão como facilitador da notificação, assim como o dever dos profissionais de contribuírem para uma cultura de segurança;
- As estratégias de mudança propostas pelos participantes do estudo, com vista ao aumento das notificações e consequentemente da segurança do doente, passam por incentivar e promover a formação, investir em sistemas de notificação mais práticos e transversais e incrementar uma cultura não punitiva e de incentivo à notificação.

Os resultados obtidos revestem-se de um cariz importante e de alguma forma inovador na organização em causa, podendo servir como fonte de ignição de um processo de crescimento necessário, desejável e contínuo. Embora não acrescente novos conhecimentos à evidência científica, o estudo permitiu caraterizar esta população de EEEMC relativamente à

notificação e segurança do doente no contexto específico da organização em que foi desenvolvido. Pela pertinência pretende-se divulgar os resultados a nível organizacional para que se conheça a situação atual e se possam implementar reforço dos pontos fortes e medidas corretivas dos pontos fracos identificados.

Reforçou-se a necessidade de informação e formação sobre segurança do doente e particularmente sobre o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos NOTIFICA. Além disso, e dada a elevada preocupação manifestada com as consequências da comunicação do erro, é urgente adotar políticas de apoio aos elementos envolvidos nas ocorrências, suportadas por uma comunicação aberta, dirigida para a melhoria contínua da qualidade e segurança do doente.

Ademais, o presente estudo realça várias reflexões sobre a investigação, sobre a melhoria contínua da qualidade e sobre a prática de cuidados de enfermagem. A investigação é fundamental para a obtenção de novos conhecimentos, para o desenvolvimento científico dos profissionais e para o reforço do caminho da qualidade em saúde. Os EEEMC pautam-se pela prestação de cuidados de elevada complexidade, tendo em consideração os recursos disponíveis, usando-os de forma adequada e eficiente para maior satisfação do utente. A prática de cuidados de enfermagem especializada distingue-se hoje pela formação, conhecimento e experiência que, de forma assertiva, contribui para a solidificação da melhoria da qualidade.

A realização deste estudo foi de extrema importância, pois permitiu desenvolver investigação numa área necessária. Os resultados obtidos serão divulgados na comunidade científica, no sentido de verificar se existe transversalidade com outras realidades. Para tal, será também preparada a publicação de um artigo científico com a divulgação dos resultados. Sugerem-se ser implementadas os aportes de melhoria referidos pelos participantes para obtenção da melhoria contínua da qualidade, reforçando a excelência da prestação de cuidados de enfermagem e da cultura de segurança da organização.

Como principais limitações deste estudo, salientamos a circunscrição do terreno de pesquisa a um BO, a opção pelo estudo apenas dos EEEMC, dado que podem ocorrer, com todos os enfermeiros do BO. A inexperiência da investigadora e a pouca adesão inicial dos participantes fez com que essa etapa do processo investigativo levasse mais tempo, contudo sem prejuízo na concretização do mesmo.

Finaliza-se com um conjunto de sugestões para futuras investigações que emergiram do trabalho efetuado:

- Estudar formas de minimizar a cultura de punição instituída;
- Estudar formas de incrementação da cultura da segurança organizacional;
- Avaliar a perceção dos doentes e familiares sobre a comunicação de incidentes de segurança.

CONCLUSÃO

Dada a evolução da sociedade, do conhecimento e da tecnologia, a prestação de cuidados em enfermagem enfrenta uma realidade cada vez mais complexa e diferenciada. Além disso, exige uma intervenção centrada em cada pessoa, situação e contexto, o que requer o desenvolvimento contínuo de competências e habilidades. Para isso, os enfermeiros devem assumir uma atitude reflexiva e procurar o conhecimento, permitindo assim exercer uma prática profissional mais complexa e especializada.

A realização do ENP proporcionou momentos de aprendizagem e de desenvolvimento de competências nas mais variadas vertentes da enfermagem especializada, nomeadamente na área da pessoa em situação crítica, pelo contato direto com doentes em situações vulneráveis e complexas. Permitiu, igualmente, fomentar uma atitude crítico-reflexiva nas diferentes abordagens desenvolvidas, conduzindo a uma maior abertura para novas iniciativas e a uma mudança construtiva de adaptação de comportamentos. Além disso, viabilizou o desenvolvimento de competências de formação, de gestão e de investigação, tomadas de decisão mais conscientes, fundamentadas, seguras e a incorporação de métodos equilibrados de liderança, na base de profissionais mais motivados, confiantes e habilitados.

Pode concluir-se que se adquiriram e desenvolveram competências de mestre/especialista em enfermagem na área de intervenção à pessoa em situação crítica, através da antecipação de necessidades de cuidados, articulação harmoniosa com toda a equipa multiprofissional e mobilização de conhecimentos diferenciadores com base na melhor evidência. Esteve, também presente a reflexão sobre situações de emergência, exceção e catástrofe, estratégias inerentes de atuação, assim como se adotaram medidas de prevenção / controlo da infeção e resistência a antimicrobianos. Nunca se deixou de ter um olhar atento à complexidade das situações e à diferenciação de cuidados exigidos à pessoa. Na base de todo o processo esteve presente a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento individual das aprendizagens profissionais.

Aliar a investigação à prática contribuiu em grande escala para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro e da enfermagem enquanto ciência e profissão, tendo sido a consecução do projeto de investigação preponderante neste sentido. Permitiu uma maior sensibilização e consciencialização, quer da investigadora, quer da equipa de

enfermagem onde decorreu o ENP. A temática da notificação de incidentes e eventos adversos assume extrema importância para a segurança do doente e para a qualidade em saúde, mas continua também um tema atual e um bem maior no desenvolvimento de competências de investigação.

Por isso, com o trabalho desenvolvido, pensa-se ter sido possível contribuir de forma válida para criar soluções no âmbito desta problemática, por meio de uma abordagem que valoriza a aprendizagem com o erro e o desenvolvimento de uma verdadeira cultura de segurança. Considera-se, portanto, a necessidade de promover a investigação como forma de vincular a prática de cuidados às mais recentes evidências e ampliar o conhecimento científico, promovendo o *empowerment* dos enfermeiros e contribuindo para cuidados mais eficazes, seguros e de qualidade.

O presente relatório representa o culminar de um percurso de aprendizagem e de enriquecimento que permitiu a análise e reflexão do caminho percorrido com vista à melhoria das práticas, fundamentadas no conhecimento científico e, também, o desenvolvimento de competências clínicas especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica. Desta forma, faz-se um balanço positivo desta trajetória e considera-se terem sido cumpridos os objetivos previamente definidos.

Todavia, é importante referir dificuldades encontradas ao longo do ENP, como a gestão do tempo na conciliação do estágio com a atividade profissional, pessoal e familiar, ultrapassada pela determinação pessoal e pelo apoio contínuo de todos os que se cruzaram no caminho. Outra dificuldade passou pela identificação de temáticas que pudessem ser desenvolvidas e que constituíssem contributos válidos para o contexto de estágio, o que, com ajuda da equipa de enfermagem, e em especial, da enfermeira orientadora, se acredita ter superado.

Por fim, a prática de cuidados de excelência é um caminho de conhecimento e desenvolvimento que se constrói e se sedimenta ao longo do tempo. Desta forma, e enquanto futura EEEMC assume-se o compromisso de prosseguir diariamente na procura contínua da excelência dos cuidados de enfermagem e na dignificação da profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, D., Lima, A. & Santos, R. (2008). Uso das precauções-padrão na assistência de enfermagem: um estudo retrospectivo. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 12(3), 571-575. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300027>
- Alves, M., Carvalho, D. & Albuquerque, G. (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. DOI: 10.1590/1413-81232018248.23912017
- Antunes, N. (2015). *Notificação de Incidentes e Segurança do Doente: Perceção dos Enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3239/1/NelsonSerranoAntunes%20DM.pdf>
- Araujo, J. S., Nascimento, H. M., Farre, A. G. M. D. C., Brito, R. D. O., Santos, J. P. D. A., & Vasconcelos, T. T. S. (2016). Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso os desafios para a sua notificação. *Cogitare Enfermagem*, 21(4). <https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.45404>
- Ariffin, S. M., Ludin, S. M., & Arifin, S. R. M. (2020). Being voiceless: A review on patient communication in intensive care unit. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(12), 1328–1333. <https://doi.org/10.31838/srp.2020.12.195>
- AESOP. (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.
- AESOP. (2013). *Práticas recomendadas para Bloco Operatório*. 3.^a Edição. AESOP.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*, 5^a ed. Lisboa; Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Boamah, S.A., Laschinger, H.K.S., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing outlook*, 66 (2), 180-189. doi <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
- Bohomol, E., & Tartali, J. D. A. (2013). Eventos adversos em pacientes cirúrgicos:

- conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(4), 376-381. <https://www.scielo.br/j/ape/a/SjW3W7TTFJh6hQnRJRJF9cy/?lang=pt&format=pdf>
- Bruno, P. (2010). *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal*. Coimbra Editora.
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., De Vos, R., & De Jonge, E. (2016). Incident and error reporting systems in intensive care: a systematic review of the literature. *Int J Qual Health Care*, 28(1), 2-13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv100>
- Campenhoudt, L., Marquet, J. & Quivy, R. (2019). *Manual de Investigação em Ciências Sociais. Reformulado, Complementado e Atualizado. (1.ª Ed.)*. Gradiva.
- Comissão Europeia. (2005). *Patient Safety – Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety*. http://ec.europa.eu/health/patient_safety/key_documents/index_en.htm
- Coutinho, C. (2020). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática (2.ª Ed.)*. Almedina.
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II série, n.º 28. <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II série, n.º 187. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- DGS. (2010). *Orientação 007/2010. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- DGS. (2015). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacionalde-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
- DGS. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. DGS. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- DGS. (2021). *Política da Qualidade do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS)*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/politica-da-qualidade-do-dqs.aspx>
- DGS (2022). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*.

- DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- DGS (2023). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. DGS. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University. Press. ISBN 0-19-515809-1.
- Ducharme, M.P., Bernhardt, J.M., Padula, C.A., & Adams, J.M. (2017). Leader Influence, the Professional Practice Environment, and Nurse Engagement in Essential Nursing Practice. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 47 (7/8), 367-375. doi:10.1097/NNA.0000000000000497
- Duffy, W. (2017). Improving patient safety by practicing in a just culture. *AORN Journal*, 106(1), 66-68. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.05.005>
- Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I.M., & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: instrument validity and reliability. *Int J Health Care Qual Assur*. 27(2):111-22. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24745137/>
- Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Fragata, J. & Martins, L. (2008). *O erro em medicina: perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Edições Almedina. ISBN 972-40-2347-8.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. (3.ª Ed.). Lusociência.
- Gonçalves, S., Gonçalves, J. & Marques, C. (2021). *Manual de Investigação Qualitativa – Conceção, Análise e Aplicações*. PACTOR. ISBN: 978-989-693-114-8
- Gomes, J., Martins, M., Tronchin, D. & Fernandes, C. (2019). Perceção dos enfermeiros sobre a qualidade em saúde no bloco operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19053. doi: 10.12707/RIV19053
- Graça, L., Marques, M., Viana, M., Calvino, M., Cerqueira, M. & Sousa, S. (2021). *Normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos*. https://www.ipvc.pt/ess/wp-content/uploads/sites/6/2022/05/Proposta-normas_trabalhos.-rev.-14-04-2022.pdf
- Gutierrez, L.S, Santos, J.L.G., Peiter, C.C., Menegon, F.H.A., Sebold, L.F. & Erdmann, A.L.

- (2018). Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Rev Bras Enferm*, 71(6):2775-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>
- Hefner, J. L., Hilligoss, B., Knupp, A., Bournique, J., Sullivan, J., Adkins, E., & Moffatt-Bruce, S. D. (2017). Cultural Transformation After Implementation of Crew Resource Management: Is It Really Possible? *Am J Med Qual*, 32(4), 384-390. <https://doi.org/10.1177/1062860616655424>
- Heideveld-Chevalking, A., Calsbeek, H., Damen, J., Gooszen, H. & Wolff, A. (2014). The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: a single center experience on 2,563 'near-misses' and adverse events. *Patient Saf Surg*, 8(46). <https://doi.org/10.1186/s13037-014-0046-1>
- ICN. (2006). Dotações seguras salvam vidas. Instrumentos de Informação e Acção. ICN. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf
- ICN. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies* <http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>
- Joint Commission International. (2014). *Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais*. https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf
- Larizgoitia, I., Bouesseau, M.C., & Kelley, E. (2013). WHO Efforts to Promote Reporting of Adverse Events and Global Learning. *J. Public Health Res*, 2(3),168-174.
- Liang, S., Theodoro, D., Schuur, J. & Marschall, J. (2014). Infection Prevention in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 64(3), 299-313. doi:10.1016/j.annemergmed.2014.02.024
- Lima, S. S. (2011). *Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a melhoria da segurança do doente*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Universidade Nova. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9417/3/RUN%20-%20Disserta%3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Lima.pdf>
- Lopes, M., Gomes, S. & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Ordem dos enfermeiros.

- https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Magalhães, C. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados*. [Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa do Porto]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20PÓS%20DEFESA.pdf>.
- Matias, A. (2021). *Avaliação da Cultura de Segurança de uma Unidade de Cirurgia Ambulatória*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>.
- Maziero, V., Vannuchi, M., Vituri, D., Haddad, M. & Tada, C. (2012). Precauções universais em isolamento de pacientes em hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2). <https://doi.org/10.1590/SO103-21002012000900018>.
- Mira, J.J., Cho, M., Montserrat, D., Rodríguez, J. & Santacruz, J. (2013). Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 33(1), 1-7. http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v52n2/v52n2_a03.pdf
- Moraes, C.C.M. & Aguiar, R.S. (2020). A notificação de eventos adversos e suas lacunas no processo da segurança do paciente. *Revista Nursing*, 23 (271), 5025-5032. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p5025-5040>
- Moreira, I.A., Bezerra, A.L., Teixeira, C.C., Braga, Q.P., Costa, A.A., & Rocha, J.P. (2021). Percepção de enfermeiros sobre notificação de incidentes para promoção da segurança do paciente hospitalizado. *Enferm Foco*, 12(5), 894-900. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4345>
- Mota, A.S. (2021). *Segurança do doente no bloco operatório: contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem*. [Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/140139>
- Mota, A.S., Castilho, A. & Martins, M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, V(6), e20134. <https://doi.org/10.12707/RV20134>
- Mota, A.S., Castilho, A. & Martins, M. (2022). Papéis de liderança em enfermagem preditores da segurança do doente no bloco operatório. *Rev baiana enferm*, 36:e46571. DOI 10.18471/rbe.v36.46571.

- Nobre, P. (2017). *Riscos no Bloco Operatório: Implicações para a Gestão*. [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da Universidade da Beira Interior. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/9570/1/5640_11613.pdf
- Norma 015/2014 da Direção Geral da Saúde. *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA*. Departamento da Qualidade na Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistema-nacional-de-notificacao-de-incidentes_notifica.pdf
- Norma 017/2022 da Direção Geral da Saúde. *Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*. Departamento da Qualidade na Saúde. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum Instituto Politécnico de Setúbal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>
- Nunes, L. (2014). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*. In *Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20%20profissional%20%C3%A9tica%20e%20legal_LN.pdf
- O'Connor, E., Coates, H., Yardley, I., & Wu, A. (2010). Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(5), 371–379. DOI: 10.1093/intqhc/mzq042
- OE. (2001). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE. (2004). *Enfermagem em Bloco Operatório. Orientações relativas às atribuições do enfermeiro circulante*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf
- OE. (2006). *Tomada de Posição sobre a Segurança do Doente*. OE.

- https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- OE. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- OE. (2017). *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados*. OE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- OE. (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem medicocirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. OE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5966/8regulamento_comptcespecfmedicocirurgica.pdf
- OE. (2023). *Anuário Estatístico 2023*. OE.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- OMS. (2009a). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Direção Geral da Saúde.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf
- OMS. (2009b). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas*. Direção Geral da Saúde.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8
- OMS. (2017). *Patient safety: making health care safer*. OMS.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf>
- OMS. (2019). *Patient Safety*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- OMS. (2020a). *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>
- OMS. (2020b). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde*:

- uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.* OMS. ISBN 978-92-4-000570-9
- OMS. (2020c). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs :and leadership.* ISBN 978-92-4-000327-9 (electronic version). OMS. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf?sequence=1>
- Parecer n.º 10/2017 da Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de Urgência.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf
- Pfeiffer, Y., Manser, T. & Wehner, T. (2010). Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework. *BMJ Qual. Saf.*, 19(6), 1-10. <http://doi.org/10.1136/qshc.2008.030445>
- Polisena, J., Gagliardi, A., Urbach, D., Clifford, T. & Fiander, M. (2015). Factors that influence the recognition, reporting and resolution of incidents related to medical devices and other healthcare technologies: a systematic review. *Syst Rev.*, 4: e37.
- Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem.* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644_td_Teresa_Potra.pdf
- Raimundo, H. A. & Ribeiro, O. P. (2012). *Relato de erros de medicação: Perceções dos enfermeiros.* Repositório Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1634/1/RAIMUNDO%20Hugo%20Alexandre%20Silva%20-%20Relato%20de%20erros%20de%20medica%c3%a7%c3%a3o.pdf>
- Ramos, S. & Trindade, L. (2011). Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospital*, 48, 16-20. <https://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1597/1/SusanaRamos.pdf>
- Ramos, R., Coelho, S., Ferreira, M., & Oliveira, J. (2018). Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde*, 10(2), 5–10. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7230>
- Reason, J. (2000), Human error: models and management. *BMJ*, 320. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>.
- Regulamento n.º 124/2011 da Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República: II série,

- n.º 35. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento-124_2011_competenciasespecificenfessoasituacaocritica.pdf
- Regulamento n.º 361/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II série, n.º 123. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8109/regulamento_361_2015_padroesqualidadecuidadosespenfessoasituacaocritica.pdf
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 135. <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 26. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 184. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Relvas, R. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF Salus*. [Relatório de Estágio Final, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23528/1/ESSTFC620.pdf>
- Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2017). Nursing care quality: a study carried out in Portuguese hospitals. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14). <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Rothorck, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN journal*, 71(5), 1030-1037.
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, p. 47-57. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3120/1/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20e%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de ajuda*. Lidel
- Shannon, S. E., Foglia, M. B., Hardy, M., & Gallagher, T. H. (2009). Disclosing errors to patients: perspectives of registered nurses. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 35(1), 5-12. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(09\)35002-3](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(09)35002-3)
- Silva, S. & Dixe, M.A. (2020). *Sebenta de apoio à Unidade Curricular de Investigação II. Conteúdo Programático P3 - Investigação Qualitativa*. Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

- https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/5250/1/Manual%20de%20apoio_Investigativa%20a7%20c3%a3o%20II_Qualitativa_Silvia_silva_FINAL_alunos_29.09.2020.pdf
- Silva, T. (2022). *Gestão do risco de incidentes terapêuticos na Pessoa em Situação Crítica: melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho]. Repositório Institucional da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/81380/1/Telma%20Iolanda%20Benido%20Silva.pdf>
- Siman, A.G., Cunha, S.G.S., & Brito, M.J. (2017). A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP*, 51:e03243. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>
- Sousa, C. (2021). *UC – Estágio de Natureza Profissional 2.º ano*. Protocolo. Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Sousa, P., Sousa, A. & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10): 89-95.
- Sousa, P. & Mendes, W. (2019). *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras (2.ª Ed.)*. Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575416426>.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. (5.ª Ed.)*. Ludodidacta.
- Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 100083. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação: O processo de Construção do Conhecimento. (3.ª Ed.)*. Edições Sílabo.
- Wachter, R. (2013). *Compreendendo a Segurança do Paciente. (2.ª Ed.)*. Mc Graw Hill.
- Yu, A., Flott, K., Chainani, N., Fontana, G. & Darzi, A. (2016). *Patient Safety 2030*. National Institute for Health Research, Imperial Patient Safety Translational Research Center. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf>
- Zhao, X., Shi, C., & Zhao, L. (2022). Nurses' Intentions, Awareness and Barriers in Reporting Adverse Events: A Cross-Sectional Survey in Tertiary Hospitals in China. *Risk Manag Healthc Policy*, 15, 1987-1997. <https://doi.org/10.2147/rmhp.s386458>
- Zegers, M., de Bruijne, M. C., de Keizer, B., Merten, H., Groenewegen, P. P., van der Wal,

G. & Wagner, C. (2011). The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient safety in surgery*, 5(1), 1-11. doi: <https://doi.org/10.1186/1754-9493-5-13>

ANEXOS

ANEXO I – Protocolos de dor ligeira, moderada e severa

Protocolo Dor Aguda	Nº Processo Único:	
	Nome:	<i>Etiqueta de Identificação</i>
	Data de Nascimento:	

PROTOCOLO 1 – DOR LIGEIRA

Protocolo válido para 48h

Data: _ / _ / _

Hora de início: _ : _

Médico prescriptor _____

Paracetamol 1g 6/6h ev
(passa a oral quando iniciar alimentação)

Resgate (SOS)

- ☐ Parecoxibe 40mg, até 12/12h ev
- ☐ Cetorolac 30mg, até 8/8h, ev
- ☐ Diclofenac 75 mg, até 12/12h, im
- ☐ Tramadol 100 mg, até 8/8h, ev (se contra-indicação para AINE) + metoclopramida 10 mg até 8/8h ev.

Nota Doses recomendadas:

ADULTOS

Paracetamol 1 gr 6/6h ev ou po
Parecoxibe 20-40mg 12/12h ev
Cetorolac 15-30mg 8/8h ou 12/12h ev
Tramadol 100mg 8/8h ev
Metoclopramida 10mg 8/8h ev
Ondansetron 4mg até 8/8h ev

CRIANÇAS

Paracetamol 15 mg/Kg 6/6h ev
Cetorolac 0,5 mg/Kg (dose única) (maiores 2 anos)
Tramadol 1mg/Kg 8/8h ev
Metoclopramida 0,1mg/Kg 8/8h ev
Ondansetron 0,1 mg/kg até 8/8h ev



Nº Processo:

Nome:

Data Nascimento:

Colar etiqueta de
Identificação

PROTOCOLO – DOR MODERADA

Protocolo válido para 48h

Data: _/ _/ _

Hora de início: __: __

Médico prescriptor _____

Paracetamol 1g 6/6h ev
(passa a oral quando iniciar alimentação)

+

☐

Sem AINE

☐

Parecoxibe 40mg 12/12h ev

☐

Cetorolac 30mg, 8/8h, ev

☐

Diclofenac 75 mg 12/12h, im

Resgate (SOS) - Tramadol 100 mg ev + metoclopramida 10 mg ev, em SOS (máx. 8/8h)
(diluir em 100 ml de SF e perfundir em 15min.)

- Ondansetron 4mg até 8/8h, se náuseas ou vômitos.

Nota Doses recomendadas:

ADULTOS

Paracetamol 1 gr 6/6h ev ou po
Parecoxibe 20-40mg 12/12h ev
Cetorolac 15-30mg 8/8h ou 12/12h ev
Tramadol 100mg 8/8h ev
Metoclopramida 10mg 8/8h ev
Ondansetron 4mg até 8/8h ev

CRIANÇAS

Paracetamol 15 mg/Kg 6/6h ev
Cetorolac 0,5 mg/Kg (dose
única) (maiores 2 anos)
Tramadol 1mg/Kg 8/8h ev
Metoclopramida 0,1mg/Kg 8/8h ev
Ondansetron 0,1 mg/kg até 8/8h ev



Nº Processo:

Nome:

Data Nascimento:

Colar etiqueta de
Identificação

PROTOCOLO - DOR SEVERA

Protocolo válido para 48h

Data: _/ _/ _

Hora de início: _: _

Médico prescriptor _____

Paracetamol 1g 6/6h, ev
(passa a por os quando iniciar dieta oral)

+

Tramadol 100 mg 8/8h ev

+

Metoclopramida 10mg 8/8h ev

+

☐ Sem AINE

☐ Parecoxibe 40mg 12/12h,

☐ Cetorolac 30mg, 8/8h, ev

☐ Diclofenac 75 mg 12/12h, im

Resgate (SOS) - Petidina 20 mg ev, de 20 em 20 minutos (máximo de 100mg).

(segundo avaliação por enfermagem; avaliar eficácia da analgesia após cada administração; só voltar a administrar, se EVA se mantiver superior a 3). Pode repetir-se de 6/6h.

- Ondansetron 4mg até 8/8h, se náuseas ou vômitos.

Procedimento:

Avaliar a dor (Escala Visual Analógica) de 4/4h e 8/8h após a estabilização em EVA < 3 (habitualmente, após as 24h).

Nota Doses recomendadas:

ADULTOS

Paracetamol 1 gr 6/6h ev ou po
Parecoxibe 20-40mg 12/12h ev
Cetorolac 15-30mg 8/8h, 12/12h, ev
Tramadol 100mg 8/8h ev
Petidina 0,5 a 2 mg/kg ev
Metoclopramida 10mg 8/8h ev
Ondansetron 4mg até 8/8h ev

CRIANÇAS

Paracetamol 15 mg/Kg 6/6h ev
Cetorolac 0,5 a 1 mg/Kg, dose
única, > 2 anos)
Tramadol 1mg/Kg 8/8h ev
Petidina 0,5-1,5 mg/kg ev
Metoclopramida 0,1mg/Kg 8/8h ev
Ondansetron 0,1 mg/kg até 8/8h ev

ANEXO II – Consulta de Enfermagem pré-operatória



Consulta Enfermagem Pré-Operatória

Deverá comparecer no Serviço de Internamento Cirúrgico no dia ____/____/____ às ____

Jejum a partir das _____ de ____/____/____

Preparação para cirurgia:

- Banho na véspera da cirurgia à noite com a esponja de Clorohexidina (evitar o rosto e couro cabeludo);
- Não aplicar cremes/desodorizante/maquilhagem após o banho;
- Deverá dormir com pijama e roupa da cama lavados;
- Remover verniz/gel;
- Efetuar tricotomia da área a operar com máquina ou creme depilatório.

Deve trazer:

- Pijama ou camisa de dormir, robe e chinelos;
- Roupa interior;
- Toalha;
- Artigos de higiene pessoal (pente ou escova de cabelo, copo e escova de dentes, pasta dentífrica, etc.);
- Documentos de identificação;
- Medicação habitual (dentro das respectivas caixas);
- Exames pré-operatórios realizados;
- Canedianas (no caso de cirurgias ortopédicas).

Evitar trazer:

- Objetos de valor (anéis, pulseiras, brincos, relógios, entre outros);
- Bebidas e alimentos.

ANEXO III – Protocolo de emergência intra-hospitalar

Emergência Intra Hospitalar

1. Título e Referência

Norma da Emergência Intra Hospitalar

2. Objetivos

Garantir a rápida e adequada assistência ao doente crítico ou agudizado nas instalações do

3. Destinatários

Todos os Colaboradores

4. Definições

EEMI – Equipa de Emergência Intra Hospitalar (1 Médico + 1 Enfermeiro do SAP/UB, com competências em abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação)

SAP/UB – Serviço de Atendimento Permanente/Urgência Básica

PCR – Paragem Cardio Respiratória

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

TDT – Técnico de diagnóstico e Terapêutica

Doente Crítico – Todo o doente em Paragem Respiratória, PCR ou algum dos critérios previstos pela Circular Normativa n.º 15 da DGS de 06/2010

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)

5. Política / Procedimento

5.1 – LINHA DE AÇIONAMENTO, CRITÉRIOS PARA AÇIONAMENTO E CONSTITUIÇÃO DA EQUIPA

A EEMI do deve ser ativada via extensão telefónica interna, 5112, com resposta imediata para:

- Paragem Respiratória e PCR;
- Situações de significativa deterioração fisiológica aguda de acordo com a Circular Normativa n.º 15 da DGS de 06/2010, os critérios para ativação da EEMI são os seguintes:

Sinais Vitais e Nível de Consciência ¹ :
• Compromisso da via aérea
• Paragem respiratória
• Frequência respiratória <6 ou> 35 ciclos/minuto
• SaO2 <85% com oxigénio suplementar
• Paragem cardio-respiratória (PCR)
• Frequência circulatoria <40 ou> 140 batimentos/minuto
• Pressão arterial sistólica <90 mmHg
• Escala de Coma de Glasgow – diminuição> 2 pontos
• Crise convulsiva prolongada ou repetida
• Perda súbita de consciência

Emergência Intra Hospitalar

O H [REDACTED] de acordo com a sua organização interna e os recursos disponíveis assegura em continuidade, 24 horas por dia, 365 dias/ano, uma EEMI alocada ao Serviço de Urgência (Médico e Enfermeiro).

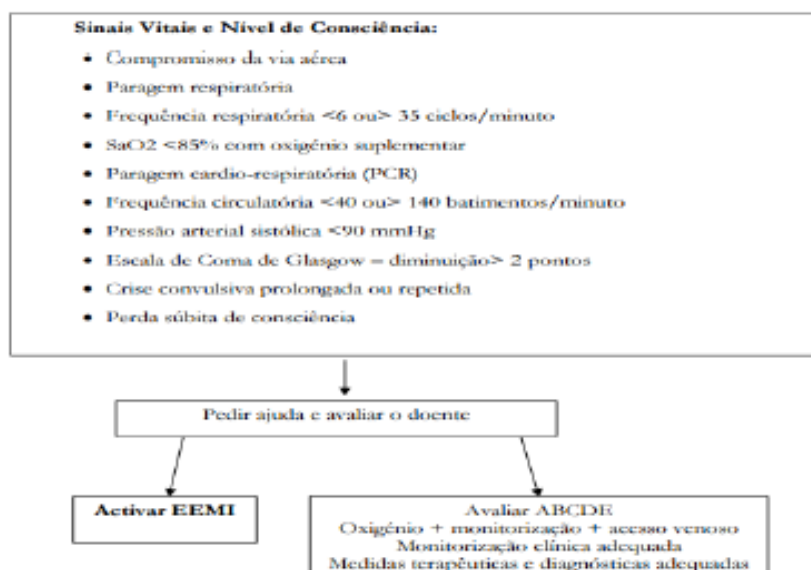
O sistema de Emergência Intra Hospitalar com a EEMI assegura também resposta a toda a população da Instituição, incluindo, além dos doentes internados, utentes das consultas externas, visitantes e restantes profissionais do Hospital.

Para um cabal cumprimento destas tarefas, nomeadamente para que a ativação do sistema aconteça nas melhores condições, é necessário e imprescindível manter um plano atualizado de formação e informação a todos os profissionais da instituição, áreas clínicas e não clínicas, em suporte básico de vida, critérios de ativação da EEMI e no seu papel individual para o sucesso no funcionamento de todo o sistema. Em complemento é desenvolvido um plano de formação em DAE especificamente para todos os Enfermeiros e TDT, tornando desta forma a desfibrilhação precoce mais acessível e segura a todos os intervenientes.

5.1 – PROCEDIMENTOS A ADOTAR PELOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL

Os profissionais de saúde das áreas de internamento que verificam a deterioração clínica de algum dos utentes ou utilizadores devem, de imediato, proceder da seguinte forma:

1. Assegurar as devidas condições de segurança;
2. Verificar se o doente responde ou está consciente;
3. Se o doente está consciente devem promover:
 - i. Avaliação inicial eficiente. Se necessário iniciar oxigenoterapia, monitorizar e cateterizar veia periférica.
 - ii. Iniciar outras medidas diagnósticas e terapêuticas adequadas ao estado do doente e à sua patologia.
 - iii. Manter nível de monitorização adequado ao estado clínico.
 - iv. Chamar o médico residente/residência interna, quando existir.
 - v. Se necessário acionar a EEMI via 5112
4. Se o utente está inconsciente devem:
 - i. Pedir ajuda e assegurar que a EEMI é ativada via 5112
 - ii. Cumprir Algoritmo de Suporte Básico de Vida até chegada da EEMI
 - iii. Iniciar oxigenoterapia, monitorizar e cateterizar veia periférica.



Emergência Intra Hospitalar

Todas as áreas de internamento têm "Carro de Emergência", com Desfibrilhador Manual, de acesso fácil e imediato ao equipamento, material e fármacos de emergência, devidamente organizado e acondicionado de forma padronizada. Nesta situação deverá ser uma preocupação imediata de todos os profissionais a deslocação deste carro para junto da vítima.

Em todas as restantes áreas do Hospital existe um plano global de DAE, onde é seguido o plano de Suporte Básico de Vida com recurso a DAE. Todos os Enfermeiros e TDT fazem formação e treino específico para uma resposta rápida ao doente em PCR, até à chegada da EEMI.

5.2 – ESPECIFICIDADES A TER EM CONTA

A EEMI, apesar de responsável pela abordagem global, decisão sobre o transporte inter-hospitalar ao doente crítico em todas as áreas da Instituição, está sujeita às normativas legais ou acordadas e aos procedimentos previamente instituídos, que pela sua especificidade carecem especial atenção:

- o UCCI - Unidade de Cuidados Continuados - após abordagem e estabilização do doente crítico e caso se verifique necessidade de transferência inter-hospitalar, é obrigatório contacto com o CODU via 112 de modo a que sejam acionados os meios necessários para o transporte do utente. Assim sendo este transporte obedecerá às indicações fornecidas por este organismo, uma vez que se encontra previsto por lei esta sua responsabilidade.
- o SIM - Serviço de Internamento Médico – Neste Serviço estão internados doentes acordados com o Hospital de Guimaraes em regime de camas convencionadas. Estes doentes estão com o seu processo de internamento ativo no Hospital de Guimaraes, pelo que em caso de necessidade de transporte urgente inter-hospitalar, será o transporte assegurado pela instituição e acompanhados estes utentes pela EEMI consoante a necessidade calculada com base "escala de *Extrebarria*".

Solicita-se especial atenção que a estes utentes, ao dar entrada no Hospital de Guimaraes, não poderá ser feita inscrição no Serviço de Urgência uma vez que para os devidos efeitos o seu internamento lá continua ativo. O utente será entregue diretamente à Equipa de Medicina Interna de urgência, sem sequer parar na Triage de prioridades. As boas práticas obrigam a um contacto telefónico prévio da EEMI com o médico de Medicina Interna de urgência do Hospital de Guimaraes informando-o previamente da transferência e motivos clínicos.

- o SIC - Serviço de Internamento Cirúrgico - Compete à EEMI a abordagem e estabilização inicial do doente crítico. Preferencialmente, as situações de peri paragem deverão incluir o médico assistente ou anestesista se disponível presencial ou telefonicamente.

Em caso de necessidade de transporte inter-hospitalar pode ser efetuada comunicação ao CODU via 112 para disponibilização de meios e recursos para o transporte. Em caso de recusa de transporte pelo CODU o acompanhamento é responsabilidade da EEMI.

A necessidade de acompanhamento será mais uma vez calculada com base "escala de *Extrebarria*". Caso seja necessário o transporte inter-hospitalar a EEMI assume o acompanhamento;

- o SAP/UB - Serviço de Atendimento Permanente/Urgência Básica, em caso de necessidade de transporte inter-hospitalar após a estabilização do doente crítico, compete à EEMI assegurar o transporte, sempre com base no cálculo do score da Escala de *Etxebarria*;

O pedido de auxílio ao CODU via 112 para estabilização e transporte de doentes, será utilizado em todos os doentes com suspeita de Enfarte Agudo do Miocárdio, conforme procedimento já em vigor. Nas restantes situações críticas pode ser efetuada comunicação ao CODU via 112 para disponibilização de



00187_Nor_DT

Página 4 de 5

Ed.01 – Fev. 2023

Emergência Intra Hospitalar

meios e recursos para o transporte. Em caso de recusa de transporte pelo CODU o acompanhamento é responsabilidade da EEMI.

5.3 – EXCEÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DOS UTENTES POR ENFERMEIROS

No período noturno (00:00H - 08:00H) o SAP/UB tem uma dotação residente de profissionais 2 Médicos + 1 Enfermeiro. Atendendo a uma eficiente e equilibrada gestão dos recursos humanos disponíveis, a EEMI funcionará nos mesmos moldes anteriormente descritos (Médico e Enfermeiro), quanto à abordagem inicial e estabilização do Doente Crítico.

Após estabilização do doente crítico, observada necessidade de transporte inter-hospitalar e calculado o score da Escala de Etzebarria, o acompanhamento com ou por enfermeiro será assegurado e da responsabilidade do profissional de Enfermagem do serviço de origem, enquanto esta dotação de enfermeiros para o Serviço de Urgência prevalecer e não for possível melhorar.

5.4 – ESCALA DE EXTREBARRIA PARA AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE ACOMPANHAMENTO

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATORIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR < 10 / min ou FR > 35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow = 15 Escala de Glasgow > 8 e < 14 Escala de Glasgow ≤ 8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteróides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente estável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		
		TOTAL ...	

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat. O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Nos locais com transportes frequentes, o material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

* Adaptado de Etzebarria et al., Eur J Emerg Med, 1998.



00187_Nor_DT

Página 5 de 5

Ed.01 – Fev. 2023

Emergência Intra Hospitalar

6.Anexos

7.Referencias

Edições ou Revisões

Edição/Revisão	Elaborado/Revisito	Aprovação	Homologação	Data
1				10-02-2023
Próxima Revisão		3 anos após Homologação		

APÊNDICES

APÊNDICE I – Ficha de Ação de Formação

Ação de Formação Nº _____	Gestão do Risco - Notificações
Fundamentação	A segurança do utente é um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde e responsabilidade dos vários envolvidos no processo de cuidados. Face ao problema da segurança do doente, importa prevenir ou controlar o risco através da implementação de uma cultura de segurança. É necessário o incentivo dos profissionais de saúde na notificação de incidentes, de modo a quantificá-los e verificar padrões de ocorrência. A notificação de incidentes permite criar uma visão sobre segurança do doente, aprendizagem através do erro e a criação de locais mais seguros.
Objetivos Gerais	Apresentação dos princípios básicos da Gestão do Risco e a sua importância na segurança do utente.
Objetivos Específicos	• Sensibilização para a necessidade de utilizar as ferramentas da Gestão do Risco de forma efetiva e proativa; • Breve apresentação dos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde para o período 2015 – 2020 relativo à Segurança dos Doentes; • Apresentação sumária de algumas ferramentas disponíveis para esta área de intervenção; • Principais erros das organizações de prestação de cuidados de saúde e suas repercussões; • Operacionalização da Gestão do Risco; • Sistema de Notificações.
Resultados Esperados	Aumentar a consciência dos profissionais da importância da colaboração de todos na área da gestão do risco.
Metodologia	Expositiva; participativa.
Avaliação	Não se aplica
Destinatários	Todos os colaboradores _____
Conteúdo Programático	Apresentação Relação entre a qualidade e segurança e o risco clínico e não clínico; Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015/2020); Norma da DGS 15/2014 – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes; Classificação Internacional sobre Segurança do Doente da OMS; Taxas de incidência de Eventos Adversos relacionados com a prestação de cuidados de saúde em vários países; Principais causas de Eventos Sentinela; Grupo de Gestão do Risco do HNF e qual o seu papel; Fatores contribuintes para uma Cultura de Segurança nas organizações de saúde; Matriz de Risco "tipo"; Sistema de Notificação da DGS; Conclusões.
Horário	Início: _____ Fim: _____ 01/07/2023 – 18:30h / 19:30h; 02/07/2023 – 14:30h / 15:30h



Ficha de Ação de Formação

FORMADORES		
	N.º Formadores	Horas de Formação
Formadores Internos	1	
Formadores Externos	0	
Total	1	

APÊNDICE II – Consentimento informado, livre e esclarecido

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Perceção Dos Enfermeiros Quanto à Notificação de Incidentes e Eventos Adversos no Bloco Operatório.

Enquadramento: No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, inserido na Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional, foi-me proposto desenvolver um projeto de investigação. Este estágio decorreu No Bloco Operatório do [REDACTED], contando com a orientação da Professora Dra. Clementina Sousa.

Explicação do estudo: O método definido será a pesquisa exploratória descritiva, com recurso a uma entrevista semiestruturada para colheita, análise e interpretação de dados à luz dos conceitos éticos profissionais.

Tem como Objetivo Geral Conhecer as percepções dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Médico-Cirúrgica de um Bloco Operatório de uma instituição hospitalar da região norte do país quanto à notificação de incidentes e eventos adversos.

A amostra do presente estudo será por conveniência e a população em estudo serão os enfermeiros especialistas que desempenham funções no bloco operatório.

Todas as entrevistas, serão realizadas pelo mesmo investigador, gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. Resultarão apenas de um encontro previamente agendado entre entrevistador/entrevistado, no hospital onde os participantes desempenham funções. A duração de cada entrevista será cerca de 30min.

Condições e financiamento: A realização do estudo é de caráter voluntário. A sua aplicação não acarreta qualquer despesa ao [REDACTED] nem aos participantes do estudo.

A decisão de participar no estudo é de caráter voluntária bem como a respetiva autorização de gravação da entrevista. O participante tem total liberdade de recusar a sua participação, desistir em qualquer momento da entrevista ou a possibilidade de não responder a alguma das questões colocadas.

A realização deste estudo tem parecer favorável da Comissão de Ética do [REDACTED]

Confidencialidade e anonimato: As entrevistas a realizar aos enfermeiros pretendem acautelar todos os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo. Não constam qualquer elemento identificativo ou identificável dos respetivos participantes.

Durante o projeto será assegurada a proteção dos direitos e liberdade dos enfermeiros que participam nas entrevistas. Serão garantidos os seus direitos, nomeadamente a proteção de dados, o anonimato e a confidencialidade.

A gravação das entrevistas será apagada após as suas transcrições, que, por sua vez, serão guardadas em computador privado do investigador com palavra-passe e posteriormente destruídas após a conclusão do trabalho de investigação, que tem data limite de entrega em junho de 2023.

Investigadora: Sofia Castro, Enfermeira, a desempenhar funções no Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães (Telem: 963156220; Email: sofiamcastro32gmail.com)

Assinatura/s:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados par esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data:/...../.....

APÊNDICE III – Guião da Entrevista

Guião da Entrevista

Tema: Percepção Dos Enfermeiros Quanto à Notificação de Incidentes e Eventos Adversos no Bloco Operatório

	Perguntas Centrais	Perguntas Orientadoras
1 - Início da Entrevista	1.1- Apresentação do investigador e Estudo	Apresentação do Investigador Explicação do Estudo, caracterização do contexto e sua finalidade Clarificação dos procedimentos éticos a serem adotados na investigação Solicitação para utilização do gravador e respetiva autorização
	1.2- Caracterização sociodemográfica e profissional	- Idade (anos) _____ - Género: Feminino ☐ Masculino ☐ - Formação académica: ☐ Especialidade em _____ ☐ Mestrado em _____ ☐ Doutoramento _____ ☐ Pós-graduação em _____ - TE profissional (anos) _____ - TE profissional no BO (anos) _____

2 - Objetivos específicos/Questões orientadoras	2.1. Descrever as vivências e o significado atribuído pelos EEEMC à importância da divulgação e notificação de incidentes e eventos adversos 2.2. Identificar fatores facilitadores e/ou dificultadores que interferem na comunicação/notificação de incidentes e eventos adversos 2.3. Perceber a utilidade de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos 2.4. Identificar as oportunidades de melhoria que permitam otimizar a intervenção da comunicação notificação de incidentes e eventos adversos	Alguma vez teve situações passíveis de ser notificada? O que pensa em relação ao anonimato e obrigatoriedade de um sistema de notificação? Qual a sua postura nesta situação? Quais as situações justificam a notificação? No último ano quantas situações notificou? Ou se teve alguma passível de notificação e optou por não notificar. Qual a razão? Na sua opinião o que facilita ou dificulta a comunicação/notificação de incidentes e eventos adversos, quer a nível pessoal, quer da parte da instituição? Porquê? O que pensa sobre os contributos/vantagens da existência de um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos? Que sugestões para melhorar a comunicação notificação de incidentes e eventos adversos?
3 - Conclusão e Agradecimentos		- Agradecer a colaboração e referir a importância da sua participação no estudo - Resumir/validar com o entrevistado os aspetos essenciais abordados durante a entrevista - Dar oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por abordar na entrevista

APÊNDICE IV– Parecer da Comissão de Ética

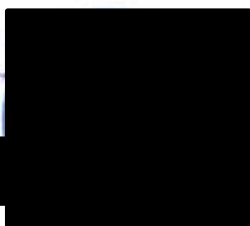
PARECER

Apos leitura e análise do projeto apresentado a esta Comissão pela investigadora Enfermeira Sofia Castro denominado "Percepção dos Enfermeiros quanto á notificação de incidentes e Eventos Adversos no Bloco Operatório", considera esta Comissão estarem reunidos os princípios éticos necessários para a sua realização.

Face ao exposto a CES emite parecer "FAVORAVEL" para a execução do projeto, com referência  - 010/2023.

 17 de Fevereiro de 2023

21 A Comissão Ética (CES)

A presidente 


APÊNDICE V – Matriz de análise de conteúdo das entrevistas por área
temática, categorias e subcategorias

Quadro - Matriz de análise de conteúdo das entrevistas por áreas temáticas, categorias e subcategorias

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Situações passíveis de serem comunicadas/notificadas como incidentes e ou eventos adversos	• Situações que constituem dano para o doente	• Úlceras por pressão (1)	“Todos eventos que notifiquei até ao momento, estão relacionados com situações que efetivamente constituíram dano para o doente...por exemplo úlceras por pressão” E6
		• Reações alérgicas (1)	“Todos eventos que notifiquei até ao momento, estão relacionados com situações que efetivamente constituíram dano para o doente...por exemplo (...), reações alérgicas...” E6
		• Contenção mecânica (1)	“Todos eventos que notifiquei até ao momento, estão relacionados com situações que efetivamente constituíram dano para o doente...por exemplo (...), necessidade de contenção mecânica” E6
		• Quedas (2)	“Todos eventos que notifiquei até ao momento, estão relacionados com situações que efetivamente constituíram dano para o doente...por exemplo (...), quedas” E6 “Incidentes ou eventos adversos relacionados com (...) quedas” E9

		• Erros de administração de medicação (4)	“Erros na administração de terapêutica. Práticas de cuidados pouco seguras.” E3 “Todas as situações que possam contribuir para uma diminuição da segurança dos utentes e dos profissionais...Por exemplo: erros de medicação” E4 “Erros de medicação, tanto prescrição como administração” E6 “(.) a prescrição e a administração de medicação...nomeadamente erros de prescrição...” E9
		• Erros na identificação do doente (1)	“A não correta e inequívoca identificação dos doentes (.), por exemplo...doente errado” E9
		• Erros na identificação do local cirúrgico (2)	“(...) cirurgia segura...” E4 “(...) cirurgia errada...local cirúrgico errado,” E9
	• Situações que constituem dano para os profissionais	• Sobrecarga de trabalho (1)	“(...) Sobrecarga de trabalho.” E3
		• Conflitos interpessoais (1)	“(...) Conflitos interpessoais.” E3
		• Condições de instalações e equipamentos (3)	“(...) uso inadequado ou falha no uso de equipamentos (...)” E3 “(...) condições das instalações e equipamentos (...)” E4

			“Equipamentos médicos que não apresentem condições de segurança ou que apresentem algum problema... etc.” E9
Prática dos enfermeiros EEEMC quanto à notificação de incidentes e ou eventos adversos	• Situações de dano real ou potencial no doente (3)		“Comunico sempre as situações que colocam ou potencialmente podem causar danos aos doentes” E1 “Eventos adversos e situações de que sejam passíveis de pôr em causa a segurança do utente” E5 “Todas as que coloquem em risco os doentes” E7
Contributos da existência de um sistema de notificação de incidentes e ou eventos adversos	• Aplicação de medidas corretivas (1)		“Permitem detetar riscos e aplicar medidas corretivas” E2
	• Resolução de problemas (2)		“Penso que podem resolver problemas” E1 “(…) resolução de problemas (…)” E4
	• Prevenção do erro (3)		“(…) e podemos todos evitar essas situações no futuro.” E1 “(…) permite evitar danos (…)” E2 “Se funcionar em pleno e sendo totalmente compreendido o seu valor e contributo tem uma utilidade extrema...porque funciona como que um alerta para que os mesmos eventos adversos não ocorram com tanta frequência ou até que não voltem a acontecer.” E5

	• Partilha de informação (1)		“e ainda...a partilha de informação quer a nível das organizações, do sistema de saúde e até a nível internacional” E2
	• Reflexão sobre incidentes e eventos adversos (1)		“(...) permitindo às equipas refletir sobre os eventos que foram notificados...assim como identificar comportamentos a mudar.” E6
	• Aprendizagem com o erro (1)		“Aprendizagem através do erro...” E9
	• Melhoria contínua (4)		“Fundamentais para a melhoria das políticas e práticas das instituições de saúde (...)” E3 “Contribuem para melhoria dos cuidados (...)” E6 “(...) potencia a melhoria contínua e maturidade de todos...tanto ao nível individual como organizacional...” E8 “Contribui para a melhoria de situações identificadas.” E10
	• Promoção de uma cultura de segurança (2)		“(...) garantia da segurança do utente e profissionais” E3 “Contribui para a promoção de uma cultura de segurança e compromisso com a qualidade dos cuidados prestados” E7
	• Comunicação aberta e transparente (1)		“Potencia a filosofia de uma comunicação aberta e transparente...” E8

Importância do anonimato na notificação de incidentes e ou eventos adversos	• Essencial para proteção do profissional (2)		“O anonimato é essencial para que os profissionais não se sintam intimidados na hora de notificar” E2 “Condições primordiais e básicas, para que o profissional não fique prejudicado.” E8
	• Inexistência de medo de sanção disciplinar ou represália (4)		“Sendo anónimo o profissional sente-se mais à vontade para notificar. Sem receio de represálias” E3 “O anonimato garante, à partida, a possibilidade de qualquer profissional notificar sem medo de qualquer sanção disciplinar ou represália que possa estar intrínseca ao problema notificado” E4 “Considero pertinente, pois ainda há uma cultura punitiva na maior parte dos serviços” E5 “O anonimato ajuda no medo de juízos de valores...” E10
	• Desnecessário, numa lógica de resolução de problemas (2)		“Penso que as notificações não deviam ser anónimas...para que os problemas se resolvam sem medos.” E7 “Não concordo com o anonimato, mas sim confidencialidade.” E9
Perceção quanto à obrigatoriedade	• Condição primordial para a prevenção do erro (1)		“Permite detetar situações de risco e corrigi-las, evitando possíveis danos” E2

notificação de incidentes e ou eventos adversos	• Promove a notificação (1)		“De outra forma a taxa de comunicação de eventos adversos ou potencialmente adversos seria ainda mais baixa” E6
	• Permite a melhoria contínua (1)		“Faz com que a instituição possa olhar para os seus problemas numa lógica de melhoria contínua...” E4
	• Permite um retrato real das instituições (1)		“(...) permite ainda um retrato mais real das instituições nacionais aos contextos de práticas internacionais, uma vez que não temos ainda uma verdadeira cultura de segurança implementada.” E4
	• Permite aprendizagem	• Aos profissionais (1)	“Aprender com os erros torna as pessoas (...) mais robustas” E4
		• À instituição (1)	Aprender com os erros torna (...) as instituições mais robustas” E4
Condicionantes da comunicação notificação de incidentes e ou eventos adversos	• Facilitadores	• Anonimato (2)	“Facilita o anonimato (...)” E2 “Facilita o facto de poder ser anónimo” E10
		• Facilidade de acesso à plataforma de notificação (2)	“(...) o fácil acesso à plataforma de notificação” E2 “A existência de mecanismos próprios e anónimos para que eu possa proceder às notificações, como o portal NOTIFICA ou os impressos em suporte de papel totalmente anonimizados” E4

		• Conscientização do dever por parte dos profissionais (1)	“Facilita uma maior sensibilização da restante equipa para a importância da notificação.” E3
		• Dever de cultura de segurança por parte dos profissionais (1)	“Considero facilitador o meu dever de cultura de segurança e a vontade de contribuir para a melhoria contínua” E4
	• Inibidores	• Falta de disponibilidade dos enfermeiros (2)	“Acho que o que dificulta mesmo é a falta de disponibilidade devido à sobrecarga de trabalho” E1 “Atendendo ao número de atividades que um profissional executa num turno, acaba por ser moroso o seu preenchimento [sistema de notificação], levando à não notificação” E6
		• Plataforma de notificação demorada e pouco intuitiva (3)	“A plataforma é demorada e pouco intuitiva, o que a meu ver dificulta.” E2 “Os sistemas de notificação a nível organizacional são dotados de muita burocracia...” E6 “A plataforma devia ser mais fácil de preencher.” E7
		• Cultura institucional punitiva (5)	“Outra dificuldade... é a pressão a nível das chefias intermédias para que as notificações não aconteçam...” E2 “Um fator dificultador é o sentimento de desconfiança dos outros perante a notificação (...) e existir alguma cultura

			institucional enraizada de procurar saber quem notificou” E4 “As notificações ainda são encaradas como uma reprimenda...” E5 “O que dificulta a notificação de incidentes e eventos adversos...relaciona-se frequentemente com a necessidade maior de identificar quem foi responsável pelo incidente ou evento adverso...do que refletir sobre os fatores que levaram ao incidente...esta pressão sobre o profissional leva, a meu ver, a ocultar ou evitar a notificação.” E6 “Um fator que dificulta é o medo do profissional por achar que ao notificar poderá sofrer represálias...quer da chefia quer dos pares e também o escrutínio público, prováveis problemas judiciais ou a penalização...” E9
		• Falta de confiança nas chefias (2)	“Muitos gestores encaram a notificação como um castigo” E5 “Não acreditar nem confiar nos gestores...” E8
Sugestões de melhoria quanto à comunicação/notificação de incidentes e ou eventos adversos	• Melhorar a funcionalidade dos sistemas de notificação	• Maior rapidez, uniformização e interoperabilidade entre as instituições de saúde do SNS (2)	“Melhorar a funcionalidade...e uniformizar as plataformas de notificação, de forma a que este procedimento seja mais célere e uniforme nas várias instituições de saúde.” E2

			“Considero que se devia investir em sistemas de notificação de fácil preenchimento e uniformizá-los em todas as instituições.” E3
	• Apoio/orientação dos profissionais envolvidos em eventos adversos complexos (1)		“Que sejam criados meios ou formas de apoio psicológico e orientação aos profissionais, em particular aos envolvidos em eventos adversos” E3
	• Criação de direitos protetores do notificador (1)		“Criar legislação dos direitos do notificador, numa ótica da sua proteção...” E8
	• Incentivo dos gestores institucionais para a sua utilização (2)		“Incentivo constante à notificação das ocorrências e eventos adversos” E6 “(...) incentivo por parte da gestão para que os enfermeiros o utilizem.” E10
	• Criação de incentivos para as instituições com mais e melhores notificações (1)		“E ainda, a nível macro, a política de notificação fazer parte da contratualização interna e externa das instituições, com atribuição de incentivos para aquelas que mais e melhor notifiquem...” E8

	• Desenvolver projetos de melhoria contínua orientados para a segurança de doentes e dos profissionais (1)		“(…) e que em virtude dessas notificações desenvolvam projetos de melhoria contínua tendo em vista a segurança de doentes e dos profissionais.” E8
	• Formação dos profissionais	• Sensibilizar para a existência do sistema de notificação (4)	“Sensibilização dos profissionais para a existência do sistema de notificação...” E10 “Formação aos profissionais sobre como fazer e a importância do mesmo.” E5 “Investimento na formação sobre a importância da notificação... desmistificar e esclarecer o seu propósito e o que podemos ganhar com uma política de notificação” E8 “Formação obrigatória do topo para as bases” E9
		• Desmistificar cultura punitiva e defensiva (1)	“Sugiro que as instituições invistam na formação dos profissionais nesta área...de modo a desmistificar esta cultura punitiva...” E3

