



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

**Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem num
serviço de urgência**

Rui Manuel Ferreira Marcelino Santos Costa

Coimbra, Dezembro de 2017



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem num serviço de urgência

Rui Manuel Ferreira Marcelino Santos Costa

**Orientadora: Professora Doutora Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho,
Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau
de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Coimbra, Dezembro de 2017

“Os velhos invejam a saúde e vigor dos moços, estes não invejam o juízo e a prudência dos velhos: uns conhecem o que perderam, os outros desconhecem o que lhes falta.”

Marquês de Maricá

AGRADECIMENTOS

Obrigado a quem acredita e me fez acreditar.

Ao Professor Doutor José Carlos Martins, pelo desafio, pela amizade e pela sabedoria que emana.

À Professora Doutora Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho, minha orientadora, o constante apoio e disponibilidade ajudaram na construção deste trabalho em tempo record.

A todos os enfermeiros do Serviço de Urgência, pela motivação, pela participação, porque sem a sua colaboração este trabalho não teria sido possível.

À família, desculpem este tempo menos presente, mas sempre atento.

SIGLAS

| | |
|----------|---|
| AHRQ- | Agency for Healthcare Research and Quality |
| ANA- | American Nurses Association |
| DGS- | Direção Geral de Saúde |
| EAs- | Eventos Adversos |
| EAAPE | Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem |
| EPUAP- | European Pressure Ulcer Advisory Panel |
| EPI- | Equipamento de Proteção Individual |
| IACS- | Infeção Associada aos Cuidados de Saúde |
| ICN- | International Council of Nurses |
| IOM- | Institute of Medicine |
| NCCMERP- | National Coordinating Council Medication Error Reporting Prevention |
| NDNQI- | Base de Dados Nacional de Indicadores de Qualidade Enfermagem |
| NFQ- | National Quality Forum |
| NPUAP- | National Pressure Ulcer Advisory Panel |
| OE- | Ordem dos Enfermeiros |
| OMS- | Organização Mundial de Saúde |
| PPPIA- | Pan Pacific Pressure Injury Alliance |
| SNNIEA- | Sistema Nacional de Notificações de Incidentes e EAs |
| SNS- | Serviço Nacional de Saúde |
| SU- | Serviço de Urgência |
| SUB- | Serviço de Urgência Básica |
| SUMC- | Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica |
| SUP- | Serviço de Urgência Polivalente |
| WHO- | World Health Organization |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Consistência interna da subescala de Práticas de Enfermagem e das respectivas dimensões..... | 61 |
| Tabela 2. Consistência interna da subescala de Eventos Adversos e das respectivas dimensões..... | 62 |
| Tabela 3. Características socioprofissionais..... | 66 |
| Tabela 4. Itens da subescala práticas de enfermagem: mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão (n=64) | 68 |
| Tabela 5. Subescala práticas de enfermagem: porcentagem de cada resposta por item e dimensão (n=64) | 72 |
| Tabela 6. Dimensões da subescala práticas de enfermagem: mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão e teste de normalidade (n=64) | 74 |
| Tabela 7. Itens da subescala eventos adversos: mínimo, máximo, média mediana e desvio padrão (n=64) | 75 |
| Tabela 8. Subescala eventos adversos: porcentagem de cada resposta por item e dimensão (n=64)..... | 77 |
| Tabela 9. Dimensões da subescala eventos adversos: mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão e teste de normalidade (n=64)..... | 78 |
| Tabela 10. Correlação de Spearman da subescala de práticas de enfermagem e respectivas dimensões com a idade, o tempo de experiência profissional e o tempo de exercício em SU (n=64) | 79 |
| Tabela 11. Teste U de Mann-Whitney para comparação da subescala de práticas de enfermagem e respectivas dimensões em função do gênero (n=64) | 80 |
| Tabela 12. Teste Kruskal-Wallis para comparação da subescala de práticas de enfermagem e respectivas dimensões em função das habilitações profissionais (n=64)..... | 82 |
| Tabela 13. Correlação de Spearman da subescala de eventos adversos e respectivas dimensões com a idade, o tempo de experiência profissional e tempo de exercício em SU (n=64) | 84 |

| | |
|---|----|
| Tabela 14. Teste U de Mann-Whitney para comparação da subescala de eventos adversos e respectivas dimensões em função do género (n=64) | 84 |
| Tabela 15. Teste Kruskal-Wallis para comparação da subescala de eventos adversos e respectivas dimensões em função das habilitações profissionais (n=64)..... | 85 |
| Tabela 16. Correlação de Spearman da subescala de práticas de enfermagem com a subescala de eventos adversos (n=64)..... | 86 |
| Tabela 17. Correlação de Spearman da subescala de práticas de enfermagem com a subescala de eventos adversos (n=64) - Continuação | 86 |
| Tabela 18. Eventos adversos mais relevantes por área | 88 |
| Tabela 19. Medidas para minimizar eventos adversos por área | 90 |

RESUMO

O ambiente nos serviços de urgência, são ricos para falhas humanas e do sistema. A sobrelotação, a exiguidade dos espaços, a imprevisibilidade, tornam estes espaços caóticos, dificultando o julgamento clínico e o tratamento (Fragata & Martins, 2005).

O estudo tem como objetivo “Caraterizar os eventos adversos associados às práticas de enfermagem percebidos pelos enfermeiros no Serviço de Urgência de um hospital polivalente”. Analisar numa perspetiva de processo (Práticas preventivas e/ou falhas) e de resultado (risco e ocorrência de EAs), a relação entre estas variáveis e a eventual influência de características individuais. Vamos ainda analisar os EAs mais relevantes e as medidas de melhoria propostas. Procedeu-se a uma investigação de natureza descritiva e correlacional. A amostra é constituída por 64 enfermeiros. Na colheita de dados foi usada a escala “Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (Castilho & Parreira, 2012).

A análise das práticas profissionais permitiu salientar as dimensões **prevenção de quedas, prevenção de úlceras por pressão** e as **falhas na vigilância da medicação** como áreas mais problemáticas na adesão a práticas preventivas. Identificou-se que as dimensões **vigilância do doente, advocacia do doente, falhas na preparação e na administração de medicação** e **cuidados com EPIs e higiene ambiental**, embora apresentem melhores resultados, constituem igualmente áreas com frequência inferior ao desejável. Na análise do risco e ocorrência de EAs, as áreas do risco **de infeções associadas aos cuidados de saúde, de ocorrência de úlceras de pressão, de agravamento do estado do doente por défice de vigilância e julgamento clínico** e **de ocorrência de quedas**, revelaram perceção de elevado risco de ocorrência de EAs. A análise inferencial evidenciou que a perceção sobre as práticas de enfermagem não está associada as características individuais, nomeadamente género, idade, tempo de profissão e tempo de serviço em SU. Apenas em algumas dimensões a perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência de eventos adversos é influenciada pela sua idade, pelo seu tempo de exercício em SU e pelas suas habilitações profissionais.

Nas medidas de melhoria propostas pelos enfermeiros, salienta-se a necessidade de alteração da estrutura física e melhoria de dotação de profissionais.

Palavras chave: Segurança de doentes; eventos adversos; práticas de enfermagem; e serviço de urgência.

ABSTRACT

The environment in the emergency units is rich in human errors and system failures. The high volume of patients, the shortage of space and the unpredictability contribute to the chaos in these departments making the clinical judgment and the treatment difficult (Fragata&Martins, 2005).

The objective of this study is to “Characterize adverse events (AEs) associated with the nursing practice from the emergency department, of a major hospital, nurse’s perception”. Analysing the data from a perspective process (Prevention practices and/or errors) and results (risk of occurrence of AEs) the relation between these variables and the eventual influence of the individual characteristics. We will also analyse the most relevant AEs and the interventions proposed to generate improvement. Using an investigation of descriptive and correlational nature. The sample was constituted by 64 nurses. During the data collection the “Adverse events associated with the nursing practice” (Castillo&Parreira, 2012) scale was used.

The analysis of the nursing practice allowed emphasise areas like, falls prevention, prevention of pressure ulcers and drugs management as the areas where the implementation of preventive measures was harder. It was identified that patient monitoring, patient advocacy, failures in drugs preparation and administration and the care for EPIs and environment hygiene, despite presenting better results, are areas with lower frequency then what was desired. The analysis of the risk of occurrence of AEs, the areas of risk of infection, development of pressure ulcers, deterioration in patient clinical condition due to lack of monitoring and adequate clinical judgement and the occurrence of falls, revealed a perception of high risk of occurrence. The inferential analysis show evidence that the perception of nursing practice is not related to the individual characteristics like, gender, age, professional experience and time of practice in the emergency department. In some areas the nurse’s perception regarding the occurrence of AEs it is influenced by age, time of practice and academic graduation.

In the proposed measures of improvement the nurse’s emphasise the need to improve the infrastructures and increase the number of healthcare professionals.

Key words: Patients safety; Advert Events; Nursing practice; Emergency department.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 19 |
| PARTE UM – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 23 |
| 1 – A SEGURANÇA DO DOENTE COMO DIMENSÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE | 24 |
| 1.1 – QUALIDADE E QUALIDADE EM SAÚDE | 24 |
| 1.2 – SEGURANÇA E CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE | 26 |
| 1.3 – EVENTOS ADVERSOS: MODELO EXPLICATIVO DO ERRO | 31 |
| 2 – EVENTOS ADVERSOS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA | 33 |
| 2.1 – DÉFICE DE VIGILÂNCIA DOS DOENTES/ JULGAMENTO CLÍNICO | 36 |
| 2.2 – DÉFICE NA ADVOCACIA DOS DOENTES | 38 |
| 2.3 – QUEDAS | 40 |
| 2.4 – ÚLCERAS POR PRESSÃO | 42 |
| 2.5 – ERROS DE MEDICAÇÃO | 45 |
| 2.6 – INFECÇÃO ASSOCIADA A CUIDADOS DE SAÚDE | 49 |
| PARTE DOIS – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA | 52 |
| 1 – METODOLOGIA | 53 |
| 1.1 – BREVE CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO EM QUE SE REALIZA O ESTUDO .. | 53 |
| 1.2 – TIPO DE ESTUDO | 55 |
| 1.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO | 55 |
| 1.4 – OBJETIVOS DO ESTUDO | 56 |
| 1.5 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO | 56 |
| 1.6 – VARIÁVEIS | 58 |
| 1.6.1 – Variáveis dependentes ou centrais | 58 |
| 1.6.2 – Variáveis independentes | 59 |
| 1.7 – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA | 59 |
| 1.8 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS | 59 |
| 1.9 – ASPETOS FORMAIS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 62 |
| 1.10 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO | 63 |
| 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS | 65 |
| 2.1 – ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS | 65 |

| | |
|--|-----|
| 2.2 – EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM..... | 66 |
| 2.2.1 – Análise descritiva da subescala de EAAPE – Práticas de enfermagem..... | 67 |
| 2.2.2 – Análise descritiva da subescala de EAAPE – Eventos adversos | 74 |
| 2.3 – ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS | 78 |
| 2.3.1 – Práticas de enfermagem, idade, tempo de profissão, tempo de exercício em SU, género e habilitações profissionais | 79 |
| 2.3.2 – Eventos adversos, idade, tempo de profissão, tempo de exercício em SU, género e habilitações profissionais | 83 |
| 2.3.3 – Práticas de enfermagem e eventos adversos | 86 |
| 2.3.4 – Análise e apresentação dos eventos adversos considerados mais relevantes..... | 87 |
| 2.3.5 – Análise e apresentação das medidas propostas para minimizar a ocorrência dos eventos adversos mais relevantes..... | 89 |
| 3 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS | 91 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 108 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 115 |

ANEXOS:

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ANEXO II – Parecer do Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

ANEXO III – Consentimento Informado.

ANEXO IV – Instrumento de colheita de dados.

INTRODUÇÃO

A qualidade está na moda e é exigida nas duas vertentes do mercado, na ótica de quem vende e na de quem compra. Há um crescente interesse pela qualidade em todos os setores, sendo muito notável na área da saúde. O ecossistema de prestação de cuidados comporta riscos que importa conhecer e classificar para que possam ser evitados ou minimizados. As organizações ao desenvolverem políticas e estratégias de incentivo ao reporte de erros ou de incidentes indesejados e que incorporaram este conhecimento, que advém dos processos de identificação dos erros, na sua prática quotidiana estão a elaborar uma cultura de segurança sustentada (Alves, 2014).

A responsabilização é de todos, nas equipas que trabalham, na existência de uma boa comunicação entre as várias equipas, no doente e no envolvimento dos órgãos de gestão, para que seja implementada uma cultura de segurança dentro dos padrões de qualidade definidos (Alves, 2017; Gama e Saturno, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados Membros a avaliação da perceção dos profissionais sobre a cultura de segurança do doente, como condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e organizações prestadoras de cuidados de saúde, e alcançar melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados aos doentes. Aos Estados Membros é igualmente recomendado estabelecer a Segurança do Doente uma prioridade na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que integra a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, indica que as instituições hospitalares e de cuidados de saúde primários devem avaliar a cultura de segurança do doente na perspetiva de assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Assume-se que a principal missão é potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde (DGS, 2015).

O conceito atual da segurança do doente refere como principais fatores responsáveis pela ocorrência de Eventos Adversos (EAs) as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua conceção, organização e funcionamento, em vez de responsabilizar os

profissionais ou produtos, isoladamente. O pensamento fulcral é de que os seres humanos cometem falhas, portanto esses erros são esperados, logo são consequências e não causas (Reason, 2000).

Os Serviços de Urgência (SU) têm sido identificados como os serviços hospitalares com maior prevalência da ocorrência de Eventos Adversos. No Brasil, estudos que comparam a prevalência de incidentes de segurança em diferentes serviços hospitalares revelam que os SU constituem o serviço com maior concentração de ocorrências, representando 50% a 70% dos eventos ocorridos (Paranaguá et al., 2014).

Num estudo realizado por Tomás et al. (2010), foram avaliados os EAs, a sua incidência e evitabilidade ligados à assistência, em 21 Serviços de Urgência de Hospitais de Espanha. De acordo com os autores, dos 3.854 doentes que estiveram incluídos no estudo, 12% apresentaram pelo menos um incidente de EAs, em que 4,8% não tiveram dano registado e 7,2% o incidente teve dano registado, levando à morte de 0,05% da população estudada.

Pelo exposto se salienta a relevância deste estudo, onde se investiga e analisa os Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE), os EAs que ocorrem durante a prestação de cuidados de enfermagem nas diferentes áreas do SU e as medidas propostas para minimizar a ocorrência dos EAs referidos, num Serviço de Urgência de um Hospital Polivalente.

Face ao problema identificado, enunciaram-se as seguintes questões de investigação:

Os enfermeiros no Serviço de Urgência percecionam risco e ocorrência de EAs associados à prática de enfermagem?

Quais os EAs mais relevantes em cada uma das áreas de cuidados do SU?

Assim definiu-se para este estudo o seguinte objetivo geral e objetivos específicos:

Objetivo geral:

- Caracterizar os eventos adversos associados às práticas de enfermagem percecionados pelos enfermeiros no Serviço de Urgência de um hospital polivalente.

Objetivos específicos:

- Analisar a ocorrência de EAs associados às práticas de enfermagem percecionados pelos enfermeiros no Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, numa perspetiva de processo (Práticas preventivas e/ou falhas) e numa perspetiva de resultado (risco e ocorrência de EAs).
- Analisar a relação entre as práticas de enfermagem no serviço de urgência e os eventos adversos, percecionados pelos seus enfermeiros.

- Analisar se os EAs associados às práticas de enfermagem percebidos pelos enfermeiros do SU variam, em função das características socioprofissionais dos enfermeiros (idade, sexo, tempo de exercício profissional no SU e nível de formação profissional).
- Analisar os EAs considerados mais relevantes em cada área de prestação de cuidados no SU, identificados pelos enfermeiros.
- Analisar as medidas de melhoria da segurança do doente propostas pelos enfermeiros.
- Propor medidas de melhoria da segurança do doente no SU.

Esta investigação segue um método quantitativo. É um estudo descritivo, sob a forma de questionário, considerado correlacional, porque se pretende explorar determinadas relações, sendo transversal por estudar um momento concreto e identificado.

A amostra é constituída por 64 enfermeiros de um SU de um Hospital Polivalente. Foi utilizado como instrumento de colheita de dados, um questionário, que avalia os Eventos Adversos Associados à Prática de Enfermagem (EAAPE), cuja escala foi criada e alvo de estudo psicométrico por Castilho e Parreira (2012) e Castilho (2014). Foi ainda solicitado aos enfermeiros referidos que identificassem os EAs considerados mais relevantes em cada área de prestação de cuidados do SU. Tendo por base estes EAs foi pedido propostas para minimizar a sua ocorrência.

Esta dissertação encontra-se estruturada em duas partes: Na primeira é efetuado o enquadramento teórico do estudo, na segunda apresenta-se a investigação empírica, que passamos a descrever:

No enquadramento teórico aborda-se a segurança do doente como dimensão da qualidade dos cuidados de saúde, este capítulo engloba a qualidade e qualidade em saúde, a segurança e cultura de segurança do doente e os EAs: modelo explicativo do erro; no segundo capítulo, EAs na prática de enfermagem no SU, contextualizam-se os erros e os EAs na prática de enfermagem no SU.

A apresentação da investigação empírica inicia-se com uma breve caracterização do contexto em que se realiza o estudo; descrição da metodologia de investigação e do desenho deste estudo; da apresentação e análise dos resultados com a caracterização da amostra, análise descritiva e análise inferencial dos resultados; e da discussão dos resultados.

Conclui-se com considerações finais, onde se apresentam os resultados mais relevantes, tendo por base os objetivos a que este estudo se propôs, identificando as limitações desta investigação, propondo medidas/sugestões para estabelecer segurança e cultura de

segurança do doente num Serviço de Urgência e apontando para linhas de investigação futuras.

PARTE UM – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O desenvolvimento da pessoa e da atividade que ela exerce, tem que ter por base conhecimentos científicos, de forma a proporcionar uma base especialmente sólida no seu relacionamento pessoal e profissional.

Os enfermeiros lutam pela resolução de problemas, para dar sentido à experiência humana, para compreender a regularidade dos fenômenos e para prever circunstâncias futuras, sempre com o método científico servindo de base a todo o percurso (Polit & Hungler, 1995).

Assim, segundo Fortin (1999) surge a necessidade de implementar o processo de investigação segundo os seguintes passos: escolher e formular o problema de investigação, rever a literatura pertinente e atual (...). Os capítulos seguintes abordam então a literatura pertinente e mais atual.

1 – A SEGURANÇA DO DOENTE COMO DIMENSÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Há um crescente interesse pela qualidade em todos os setores, sendo muito notável na área da saúde. Os gestores, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros que exercem funções de gestão e coordenação de serviço, valorizam cada vez mais a qualidade, exigindo que no desempenho seja implementada uma cultura de segurança dentro dos padrões de qualidade definidos (Gama & Saturno, 2013).

Assim torna-se necessário a abordagem da qualidade e mais especificamente a qualidade em saúde.

1.1 – QUALIDADE E QUALIDADE EM SAÚDE

Considerando as várias definições sobre qualidade em serviços de saúde, todas se caracterizam por diferentes interpretações do que representa satisfazer as necessidades de assistência à saúde da sua população.

Segundo Amaral (2014), Donabedian desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade que integra indicadores de estrutura (componentes da organização como recursos humanos e materiais, formação, organização do sistema e ambiente de trabalho), de processo (desenvolvimento da atividade assistencial, clínica e de etapas pré-definidas) e de resultado (indicadores de saúde, ganhos em saúde, satisfação). Este modelo considera que os três elementos têm uma relação dinâmica e interativa, pelo que uma dificuldade num deles, poderá ter implicações nos outros, transformando todo o sistema. Tendo em conta esta indissociabilidade sistémica, valorizada pelo modelo de avaliação da qualidade de Donabedian, a segurança do doente assume uma complexidade que importa compreender, quando o objetivo é a promoção de cuidados de saúde de qualidade (Castilho, 2014).

Segundo Montalvo (2007), diversas medidas de cuidados de saúde foram identificadas ao longo dos anos como indicadores da qualidade dos cuidados de saúde (American Nurses Association, 1995, Institute of Medicine, 1999, 2001, 2005, Joint Commission, 2007). Em 2004, o Fórum Nacional da Qualidade (NQF), por meio do seu processo de padrões de consenso voluntário, endossou 15 normas nacionais a serem utilizadas na avaliação de cuidados sensíveis à enfermagem. Estes padrões são agora conhecidos como NQF 15 (Kurtzman & Corrigan, 2007). O objetivo deste artigo é descrever o trabalho e as realizações relacionadas à Base de Dados Nacional de Indicadores de Qualidade em Enfermagem

(NDNQI®) à medida que os pesquisadores utilizam medidas de resultados sensíveis à enfermagem para demonstrar o valor do enfermeiro na promoção da qualidade do atendimento ao doente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), o grupo de dimensões mais utilizadas foi construído pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos e posteriormente adaptado pela OMS. Esse grupo está composto por seis dimensões-chaves resumidas: Segurança, Efetividade, Atenção centrada no doente, Oportunidade/Acesso, Eficiência e Equidade.

Presentemente as organizações mais evoluídas traçam objetivos sociais e ambientais e desenvolvem estratégias para obter vantagem competitiva, fortalecendo uma imagem de qualidade, responsabilidade, credibilidade e prestígio. São organizações que não se referem à qualidade como um meio em si mesmo, ao em vez disso, vêm o constructo numa perspectiva mais abrangente, a da sustentabilidade. Isto é, a qualidade promove a satisfação das necessidades das gerações vindouras. Trata-se de uma visão em que a qualidade é tida como base de garantia de sucesso económico, social e ambiental, permitindo alcançar a excelência e o desenvolvimento sustentável. Estas organizações preocupam-se não só com a satisfação das suas necessidades e dos seus clientes, como também em satisfazer necessidades da sociedade, com particularidade de não comprometer a satisfação das necessidades das gerações futuras (Martins, 2013).

Surge então a necessidade de definir o conceito de qualidade em função da missão do serviço ou dos serviços de saúde considerados. Na prática, é necessário traduzir as dimensões para os requisitos concretos de cada serviço, problema de saúde ou tipo de doente, possibilitando avaliar se ele tem ou não qualidade. Importa então definir bem o nosso produto, incluindo as características que deve ter para ser de qualidade, e depois tentemos avaliá-lo de forma direta ou indireta. Assim, tanto a qualidade como as suas dimensões se transformam em conceitos flexíveis, adaptáveis a cada produto ou serviço, e dependentes da criatividade, responsabilidade e entendimento da função que deve ser desempenhada por cada profissional, instituição ou sistema (Harteloh, 2003).

Em Portugal, o conceito de qualidade está enquadrado legalmente e pode ser definido, de acordo com o Decreto-Lei 140/2004 de 8 de Junho (2004) *“como o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade”*.

Resumindo, segundo Direção Geral da Saúde (DGS, 2013) e respeitando a ordem cronológica, a Organização Mundial de Saúde publicou, em 2009, a Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente, estabelecendo a linguagem de referência para a

recolha de informação uniforme e comparável para o relato e análise de incidentes de segurança do doente na procura da melhoria da cultura de segurança dos doentes nas instituições prestadoras de cuidados de saúde. Em resposta ao anteriormente descrito o Conselho da União Europeia através da recomendação 2009/C151/01, sobre segurança do doente, recomenda aos Estados-Membros que apoiem o estabelecimento de sistemas de notificação e aprendizagem não recriminatórios sobre eventos adversos. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde determina, ainda, como uma das ações a desenvolver, a criação de “um sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos, não punitivo mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro”. Sendo um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, estabelecida pelo Despacho n.º 14223/2009.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 referida em DGS (2015d), releva que ao garantir e reforçar a anterior Estratégia Nacional 2009-2014, visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente alinhadas pelo mesmo diapasão, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. Tem, assim, como principal missão, potenciar e reconhecer a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde, para garantir os direitos dos cidadãos na sua relação com o sistema de saúde.

A Qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicabilidade local. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001) veio apresentar o papel importante da definição, pelos enfermeiros que exercem a sua atividade em Portugal, de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, que deve ser tido como compromisso da OE e o que deve ser tido como compromisso das instituições de saúde onde os enfermeiros exercem a sua atividade profissional.

Como referido, a qualidade é constituída por diversas dimensões, sendo a segurança do doente e a cultura para atingir essa segurança umas das mais prioritárias e estruturantes, a qual vamos abordar de seguida.

1.2 – SEGURANÇA E CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança do doente é uma dimensão da qualidade assistência em saúde, tendo assumido uma importância crescente para todos os stakeholders e profissionais dos sistemas de saúde, empenhados em garantir níveis de segurança em todos os serviços ou organizações. Assim, pode ser encarada como atributo que minimiza a incidência e o impacto dos Eventos Adversos (EAs) e simultaneamente um forte indicador de fiabilidade organizacional (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). Ainda no mesmo despacho, assumindo

que os EAs ocorrem por falhas dos sistemas e não simplesmente por inaptidão ou inércia individual, defende-se claramente o interesse acrescido, da valorização da segurança dos doentes nos sistemas de saúde.

A Organização Mundial de Saúde, através da Recomendação 55.18, promove o desenvolvimento de sistemas de relato sobre a segurança do doente. Norma nº 008/2013 de 15/05/2013 3/3. Assim a Direção-Geral da Saúde disponibilizou aos profissionais de saúde e aos cidadãos, através da orientação desta Direção-Geral, N.º 025/2012, de 19 de dezembro, o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), devendo cada instituição nomear o respetivo gestor local do Sistema, assim como o seu substituto em caso de impedimento legal (DGS, 2013).

Segundo a American Nurses Association (ANA, 2005) a segurança do doente é um dos pilares da qualidade dos cuidados em saúde e responsabilidade dos vários envolvidos: sociedade, indivíduo, profissionais de saúde, educadores/formadores, governos e ordens profissionais e associações que devem assegurar cuidados de saúde seguros e a ausência de ameaças para os doentes.

A segurança do doente e dos profissionais é um dos elementos estruturantes para a garantia da qualidade em serviços de saúde. Entretanto, existem situações que predispõem ao risco de eventos adversos, tal como: o avanço tecnológico não acompanhado da formação devida dos profissionais, trabalho individual em detrimento do trabalho em equipa, desmotivação, ausência ou limitação da sistematização e documentação dos cuidados de enfermagem, delegação de cuidados sem supervisão adequada, sobrecarga de serviço e espaços físicos mal delineados (Fragata & Martins, 2005; Beccaria, 2009).

Na realidade a segurança foi a última dimensão a ser incluída de forma explícita no conceito de qualidade mas, deve referir-se que ela tem interseções com quase todas as outras dimensões. Segundo a OMS (2009), significa a ausência de dano desnecessário, real ou potencial, associado à atenção em saúde. Assim, os sistemas de saúde que diminuem ao mínimo os riscos de dano ao doente estão irremediavelmente aumentando a qualidade dos seus serviços. Porém, a recíproca não é verdadeira, porque é possível implementar atividades de melhoria da qualidade sem repercussão alguma na segurança. É ainda importante ressaltar que a área de estudo da segurança não inclui somente os incidentes que causam dano, mas também as falhas de atenção que podem causar dano. Quando as intervenções em segurança do doente focam a prevenção de situações e procedimentos potencialmente nocivos, coincidem claramente com aspetos e atuações adstritos a outras dimensões da qualidade, particularmente aspetos de natureza técnico-científica, promotoras da redução do risco de iatrogenia, efeitos adversos ou dano desnecessário (ex: normas de

lavagem das mãos, prescrever/administrar fármacos,...). O sucesso na gestão da segurança do doente passa por um reconhecimento do risco relacionado com os cuidados de saúde, que utilizam processos complexos e tecnologias muito avançadas, cuja segurança depende muitas vezes do desempenho humano. As organizações de saúde precisam implementar metas de melhoria da segurança, que passa por uma comunicação aberta e não punitiva sobre os eventos adversos e falhas de segurança.

Com o objetivo de clarificar os conceitos na abordagem desta problemática, em 2005, a OMS adotou uma taxonomia de segurança do doente baseada na taxionomia desenvolvida pela *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* (Chang, Schyve, Croteau, O'Leary, & Loeb, 2005), e posteriormente desenvolveu a *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* (OMS, 2009). Esta classificação, embora ainda considerada em construção, foi devidamente traduzida/adotada em Portugal sob o título “Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente”, sendo claramente, um imprescindível contributo para o entendimento e desenvolvimento da disciplina, possibilitando uniformização de linguagem, significação de conceitos e parametrização de incidentes. Na perspetiva de esclarecer alguns conceitos, no contexto deste trabalho, passamos a apresentar os mais relevantes (Ministério da Saúde, 2011):

- A Segurança do doente define-se como a “redução de risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”, ou seja, tendo em conta a evidência, recursos e contexto onde ocorreu a prestação de cuidados: Desta forma, a segurança do doente reduz o **risco** (probabilidade de ocorrência de incidentes), isto é, diminui a ocorrência de erro, infração ou incidente.
- O **erro** é a “falha na execução de uma ação previamente definida ou o desenvolvimento incorreto de um plano”.
- A **infração** é um “desvio propositado de um procedimento, norma ou regra”.
- Um **incidente** passa por ser uma **ocorrência comunicável** (situação potencialmente danosa mas que não chegou a ocorrer), quase evento ou **near miss** (aconteceu mas não alcançou o doente), um **evento sem danos** (atinge o doente mas sem danos) (Ministério da Saúde, 2011).

O National Quality Forum, segundo Montalvo (2007) refere que é preciso promover uma cultura de segurança em todos os âmbitos dos serviços de saúde, ou seja, um componente estrutural básico das organizações que reflita uma consciência coletiva relacionada a valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o compromisso com a gestão da saúde e da segurança. Além disso, significa abordar os incidentes de segurança não simplesmente como problemas, evitando culpabilizar os profissionais que cometem

erros não intencionais, mas ter visão de encarar o problema como uma oportunidade de melhorar (Montalvo, 2007).

A mesma organização aponta quatro práticas seguras para melhorar a segurança com o objetivo de criar e manter uma cultura de segurança:

1. Definir estruturas e sistemas de liderança: Como os líderes dirigem valores, os valores dirigem os comportamentos, e os comportamentos coletivos dos indivíduos de uma organização definem a sua cultura, os líderes devem estar envolvidos no processo de criar e transformar a cultura de segurança do doente, sendo que as estruturas de liderança devem ser estabelecidas com a intenção de sensibilizar, responsabilizar, habilitar e agir em favor da segurança de cada um dos doentes atendidos. Especificamente, podemos enfatizar a necessidade de existir um Programa ou Sistema de Gestão da Qualidade com responsabilidades claras e “*accountability*” a todos os níveis, não somente no nível dos gerentes.

2. Avaliar a cultura, informar sobre os resultados e intervir: surge da ideia de que somente podemos melhorar o que podemos medir/quantificar. O serviço de saúde deve avaliar o seu desempenho utilizando formas de medir (questionários validados para esta finalidade, que englobam as várias dimensões que compõem o constructo da cultura de segurança e realizar avaliações periódicas da cultura de segurança). Ainda, cabe ao serviço de saúde informar os resultados destas avaliações aos profissionais e gestores, além de tomar as medidas de melhoria necessárias localmente.

3. Promover o trabalho em equipa: os erros cometidos, devido a um desempenho em equipa, são reconhecidos nos serviços de saúde e em outras áreas provocando dano e por vezes o óbito. Por isso, se recomenda o estabelecimento de estratégias de forma proactiva, sistemática e organizacional de formação em trabalho em equipa, com construção de programas de formação onde se saliente as habilidades e melhoria dos desempenhos das equipas para diminuir os danos evitáveis.

4. Identificar e mitigar os riscos e perigos: as organizações que prestam serviços de saúde devem sistematicamente identificar e diminuir os riscos e perigos relacionados com a segurança do doente, com definição de estratégias para a redução dos danos. Isso deve incluir uma série de métodos internos, sejam retrospectivos, concorrentes ou prospetivos, para analisar os riscos genéricos, além de esforços dirigidos a riscos específicos, tais como o risco de quedas, desnutrição, isquemia por torniquetes pneumáticos, aspiração e fadiga do pessoal. Também evidencia a necessidade de o serviço de saúde contar com um sistema de monitorização que revele os prováveis problemas de segurança, reforçando a importância de ter bons indicadores (Montalvo, 2007).

A abordagem da cultura de segurança começa a dar os seus frutos na abordagem dos serviços de urgência e emergência de Espanha onde Egea, Vecina e Borrás (2011) efetuaram um estudo ao abordarem a segurança dos doentes em 30 serviços de urgências do Serviço Nacional de Saúde. Este estudo compreende a análise às respostas positivas e negativas a 42 perguntas que configuram um total de 12 dimensões sobre cultura de segurança, classificando ainda de 0 a 10 atribuída à segurança do paciente nos respetivos serviços. A nota média sobre o nível de segurança dos doentes foi de 6,1 pontos. As dimensões positivas por ordem decrescente foram o “Trabalho em equipa” e “As expectativas/ações dos responsáveis dos serviços na segurança dos doentes” com 68% e 56% respetivamente. As dimensões menos valorizadas foram a “Dotação de recursos humanos” e “Apoio da Direção do Hospital” com 57% e 47% de respostas negativas respetivamente. Um total de 4 dimensões comportam cerca de 50% de todas as respostas negativas, que constituem um referencial para priorizar os aspetos suscetíveis de melhoria.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, como refere DGS (2015) constitui-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Cada unidade prestadora de cuidados de saúde deverá assegurar a implementação e acompanhamento das ações identificadas e o cumprimento dos calendários estabelecidos, confirmando a boa gestão dos recursos envolvidos. O Plano visa melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS. A segurança é considerada um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, permitindo aferir a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e, em particular, no SNS.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;
3. Aumentar a segurança cirúrgica;
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; e
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

O objetivo estratégico 1 “Aumentar a Cultura de Segurança do Ambiente Interno” do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que integra a Estratégia Nacional para

a Qualidade na Saúde 2015-2020, indica que as instituições hospitalares e de cuidados de saúde primários devem avaliar a cultura de segurança do doente. De acordo com as normas vigentes, esta avaliação decorre em anos alternados para os hospitais e para os agrupamentos de centros de saúde (DGS, 2015e).

Após realizar a abordagem da segurança e cultura de segurança dos doentes surge a necessidade de esclarecer conceitos acerca dos EAs e dos modelos explicativos do erro.

1.3 – EVENTOS ADVERSOS: MODELO EXPLICATIVO DO ERRO

Segundo Fragata e Martins (2005), um Evento Adverso define-se como todo o efeito não desejado que resulta da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado do doente. Mendes et al. (2008) refere que é definido como lesão ou dano não intencional que resultou em incapacidade ou disfunção, temporária ou permanente, provocando aumento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado.

O conceito atual da segurança do doente refere como principais fatores responsáveis pela ocorrência de EAs as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua conceção, organização e funcionamento, em vez de responsabilizar os profissionais ou produtos isoladamente. O pensamento fulcral é de que os seres humanos cometem falhas, portanto esses erros são esperados, logo são consequências e não causas (Reason, 2000).

Ainda segundo o mesmo autor, embora não se possa mudar a condição humana, é possível atuar sobre o que os seres humanos realizam, criando defesas no sistema. Os EAs podem ser resultado de problemas na prática, produtos, processos ou sistemas. As organizações de saúde são complexas e a ocorrência de EAs é consequência de um encadeamento de fatores sistêmicos, os quais incluem as estratégias de uma organização, sua cultura, práticas de trabalho, abordagem de gestão da qualidade, da prospeção do risco e da capacidade de aprendizagem a partir dos erros (Aranaz, Aibar, Vitaller, Mira, Orozco, 2007).

A compreensão do carácter multifatorial subjacente às falhas de segurança é elucidada à luz da teoria sobre o erro humano, proposta por James Reason, conhecida como a teoria do “queijo suíço” que compara as vulnerabilidades do sistema de saúde aos buracos de queijo suíço. A fonte do problema seria frequentemente desencadeada por múltiplos fatores; como se a ocorrência dos EAs se devesse ao alinhamento de diversos “buracos”, que seriam as falhas estruturais ou pontuais, má prática ou descuido dos profissionais de saúde, cuja ocorrência leva a comportamentos inseguros ou de risco perante os doentes. As falhas ativas seriam atos inseguros ou omissões, cometidos pelos profissionais de saúde, cujas consequências teriam efeito adverso imediato para o doente; elas podem ocorrer devido a

um erro, à quebra de regras ou pela conjugação de riscos. As falhas latentes constituem características existentes no sistema, em sua estrutura e processo, as quais permanecem ocultas, até que um evento ou acidente ocorra e as exponham (Reason, Carthey, Leval, 2001).

Transpondo esta teoria para a sua aplicação, deve referir-se que nos hospitais as condições podem ser relacionadas com o ambiente de trabalho, à supervisão dos cuidados inadequada, falta de treino e formação em serviço, ao stress, à sobrecarga de trabalho e a sistemas de comunicação inadequados.

Outros autores como Brennan et al. (1991) e Runciman, Helps, Sexton, Malpass, (1998) procuram uma sobreposição entre a teoria do queijo Suíço e os elementos da tríade estrutura, processo e resultado proposta por Donabedian (1980), em que a estrutura é caracterizada por aspetos relativamente estáveis, tais como os profissionais, os instrumentos e os recursos que estes têm ao seu alcance, os locais e os modelos de organização do trabalho; o processo refere-se ao conjunto de atividades que os profissionais realizam no seu desempenho e quais os resultados obtidos, incluindo ainda atividades de decisão ao nível do diagnóstico, terapêutico e preventivo; e os resultados que se relacionam com os níveis de saúde representados pela eficiência e eficácia das ações e pelo nível de satisfação dos doentes.

Em síntese, os eventos adversos constituem importantes indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo necessário que os serviços, como unidades funcionais dos hospitais, estejam interessadas na segurança dos seus doentes e profissionais, desenvolvendo programas que monitorizem as falhas para agir de modo efetivo na sua prevenção.

2 – EVENTOS ADVERSOS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A segurança do doente e dos profissionais é um dos elementos estruturantes para a garantia da qualidade em serviços de saúde. Os avanços científicos e tecnológicos, particularmente nos contextos de urgência/emergência, potenciaram a capacidade de tratar e controlar situações graves mas, simultaneamente aumentaram a complexidade dos cuidados, potenciando o risco de ocorrerem falhas, capazes de comprometer a segurança dos doentes (Castilho, 2014). Trabalhar em ambientes de alta complexidade constitui um desafio permanente para os profissionais, reconhecendo-se que estes são pressionados por múltiplas solicitações e nem sempre conseguem dar a resposta adequada.

Esta realidade é vivenciada pela equipa de enfermagem dos serviços de urgência. Estas unidades absorvem um grande número de doentes, com diferentes graus de gravidade, além de conviverem com deficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos, recursos materiais e inadequados espaços físicos, o que as torna mais vulneráveis para a ocorrência de incidentes de segurança (Santos & Padilha, 2005).

Os cenários em que trabalham os profissionais dos serviços de urgência, são ricos em oportunidades para falhas humanas e do sistema. A sobrelotação, a exiguidade dos espaços, o *stress* decorrente da imprevisibilidade, a ansiedade do doente e familiares, tornam estes espaços de trabalho caóticos, dificultando o julgamento clínico e o tratamento atempado nalgumas das situações (Fragata & Martins, 2005).

Nos erros e riscos relativos à segurança do doente no SU, salientamos os atrasos e/ou erro de diagnóstico, a demora no tratamento e no controlo de sintomas, as falhas na vigilância do doente, os erros de medicação e as falhas na comunicação quer entre profissionais quer entre profissionais e doente/ família. Um dos fatores facilitadores do erro advém da vulnerabilidade dos doentes quando recorrem ao serviço de urgência. Estes, para além da instabilidade clínica, apresentam-se muitas vezes ansiosos, com dificuldade em fornecer uma história prévia de saúde, situação esta frequente nos doentes mais idosos portadores de doenças crónicas. Alterações do estado de consciência, baixa literacia em saúde ou barreiras linguísticas, são também fatores comprometedores da comunicação com possíveis implicações na correta avaliação da situação, abrindo espaço para a ocorrência do erro (Sklar & Crandall, 2010).

A revisão da literatura realizada por Johnson e Winkelman (2011), com base na análise de 23 artigos, permitiu-lhes salientar que a sobrelotação do SU está associada a problemas de segurança, sendo associada ao atraso na implementação das intervenções. Estes atrasos, que se refletem na administração da medicação, nomeadamente na administração de antibióticos, de trombolíticos em doentes com enfarte agudo do miocárdio e na gestão da dor, têm impacto no prolongamento do sofrimento do doente, no grau de satisfação, na permanência do doente no SU e por fim no aumento da mortalidade.

Os SU são os serviços hospitalares com uma maior prevalência da ocorrência de EAs, devido ao desconhecimento do comportamento do doente recém-chegado, à rotatividade e dinâmica de atendimento, por absorver diferentes patologias com diferentes graus de gravidade, além de conviver com deficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos e recursos materiais, que resultam em sobrecarga de trabalho e stress profissional e ambiental. No Brasil, estudos que comparam a prevalência de incidentes de segurança em diferentes serviços hospitalares revelam que o SU constitui o serviço com maior concentração de ocorrências, representando 50% a 70% dos eventos ocorridos (Paranaguá et al., 2014).

Num estudo realizado por Tomás et al. (2010), foram avaliados os EAs, a sua incidência e evitabilidade ligados à assistência, em 21 SU de Hospitais de Espanha. De acordo com os autores, dos 3.854 doentes que estiveram incluídos no estudo, 12% apresentaram pelo menos um incidente de EAs, em que 4,8% não tiveram dano registado e 7,2% o incidente teve dano registado, levando à morte de 0,05% da população estudada. A conclusão referida sustenta que os EAs nos SU têm uma elevada evitabilidade (70%), recomendando-se o estabelecimento de medidas institucionais com o objetivo de prevenir o seu aparecimento.

Considerando que o SU é uma das áreas hospitalares com maior risco de EAs, são identificados pelos autores como principais fatores o elevado afluxo de doentes, o tempo que se dispõe para tomar decisões baseadas em pouca informação, as características do doente urgente/emergente, a relação entre diferentes profissionais, o uso de medicamentos de alto risco. Estas condições, juntamente com outros fatores como a formação de profissionais e suas habilidades, leva os autores a referirem uma lista de condições que aumenta a probabilidade de ocorrência de EAs no SU (Tomás et al., 2010, p. 417):

- Doentes provenientes de situações de urgência e emergência, tipo e gravidade;
- O fluxo elevado de doentes, heterogênea;
- Relação de emprego instáveis;
- Falta de monitorização dos doentes;

- Motivação (esgotamento) e experiência;
- Complexidade clínica: pluripatologia, envelhecimento, as doenças crônicas, variabilidade clínica;
- Médicos e Enfermagem: formação;
- Problemas de comunicação: profissional-paciente, profissional-profissional, mudanças de turno;
- Erros de medicação: reações adversas, medicação de alto risco, comunicação (ordens verbais, várias tabelas em aplicações informáticas diferentes, fenómenos de copiar e colar e falta de revisão do serviço farmacêutico);
- Condições de trabalho: processos dos doentes não acessíveis, interrupções e distrações;
- Os turnos de trabalho: desajustados entre as instituições e a vontade do profissional, passagem de turnos com pouca informação e normalmente de forma verbal, maior número e complexidade nas intervenções perante cada doente.

No seguimento da investigação referida por Tomás et al. (2010), foram implementados vários programas de melhoria. Nesse sentido, foi dinamizada a criação de redes de informação/formação que envolvessem todos os serviços de urgência de Espanha e promovida uma formação teórica e prática intensiva de 3 meses para formar *experts*. Os formadores especializados têm como objetivo principal desenvolver a cultura de segurança nos seus SU, entre os profissionais, mediante a realização de formação dirigida e de investigação nos seus serviços, assim como na partilha desses conhecimentos dentro do programa, possibilitando a generalização do conhecimento por todos os serviços de urgência (Tomás, S., & Gimena, I., 2010; Tomás, S., Chánovas, M., Roqueta, F., & Toranzo, T., 2012).

Reconhecendo que a segurança do doente constitui um desafio importante para todos os profissionais que trabalham no SU, destacamos o papel do enfermeiro no âmbito do contexto multidisciplinar da prestação de cuidados. Neste âmbito, vários estudos têm salientado a importância dos enfermeiros na segurança dos cuidados prestados em contexto hospitalar, evidenciado que os resultados no tratamento do doente evoluem de forma positiva se existem mais e melhores cuidados de enfermagem e se agravam na situação inversa (Aiken et al., 2014; Cimmiotti et al., 2012).

Tal como Benner et al. (2010), reconhecemos que os enfermeiros, ao ocuparem o lugar de “linha da frente” na prestação de cuidados, são simultaneamente a última barreira na

prevenção de incidentes de segurança, mas também o alvo central, quando algo não corre bem, podendo ser responsabilizados por omissão ou ação inadequada (Benner et al. 2010).

Segundo Benner et al (2002), foram identificadas oito categorias de erros de enfermagem que representam uma ampla gama de possíveis erros e fatores contributivos ou causais. As causas para o erro, nos níveis de responsabilidade do sistema e da prática, foram identificadas em cada caso. As categorias, a avaliação das causas dos erros e o exame das ações a implementar para evitar o seu acontecimento foram os primeiros passos na elaboração de uma taxonomia do erro de enfermagem.

Tendo noção de que é incomportável estudar todos os eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem, mesmo que incidindo naqueles mais comuns em ambiente de serviço de urgência, opta-se por nos debruçarmos sobre as falhas/erros de enfermagem associadas aos eventos que nos propomos estudar, tendo em consideração a escala de eventos adversos associados à prática de enfermagem (Castilho & Parreira, 2012; Castilho, 2015) que seleccionámos para este estudo. Assim, desenvolvemos em seguida os seis tipos de erros/EAs associados aos cuidados de enfermagem estudados, nomeadamente: défice de vigilância dos doentes/julgamento clínico, falhas na advocacia, quedas, úlceras de pressão, erros de medicação e infeção associada aos cuidados de saúde (IACS).

2.1 – DÉFICE DE VIGILÂNCIA DOS DOENTES/ JULGAMENTO CLÍNICO

A prestação de cuidados de enfermagem tem na sua essência e como prática central e basilar a vigilância de doentes, conforme descreve Johnson (2005). Em que a vigilância dos doentes é tida como um processo científico que engloba em si mesma uma grande complexidade, a qual requer capacitação do enfermeiro poder antever e atuar em tempo útil para uma prestação de cuidados diferenciada e de qualidade. Para uma vigilância adequada de doentes, o enfermeiro, segundo Dougherty (1999) deve apresentar um processo comportamental prévio intrinsecamente ligado a um processo cognitivo, que, conjuntamente resulta na capacitação de interpretar todos os dados de observação resultantes da relação do enfermeiro com o doente, dos dados resultantes da sua monitorização, bem como dos exames complementares de diagnóstico.

O Institute of Medicine (IOM) (2004), reconhece a responsabilidade do enfermeiro, como sendo a “defesa de primeira linha” do doente, mediante uma adequada vigilância, aliado ao facto do enfermeiro ser o profissional de saúde que atende o doente de forma holística, vendo-o como um todo, conforme suportado por Wilkin e Slevin (2004). No mesmo sentido, a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2007) considera as falhas na vigilância um erro intrinsecamente ligado à prática de enfermagem, tendo sido identificado como um indicador de qualidade importante na avaliação dos hospitais. Segundo Vincent

(2009), a vigilância de doentes é um processo complexo, que engloba a capacidade de observar, de avaliar, de monitorizar, permitindo uma identificação precoce de alterações e consequente promoção de medidas corretivas, sejam elas do foro independente ou interdependente, com o objetivo de estabilizar os sinais e sintomas do doente. Pelo exposto, a observação de uma falha de vigilância, traduzida numa omissão de prestação de cuidados de enfermagem, é identificada como uma falha na capacitação do enfermeiro para a deteção e atenção precoce ao doente no que concerne às falhas de vigilância. Importa salientar, conforme referido por Benner *et al.* (2005) a importância da construção do enfermeiro enquanto pessoa e profissional para a capacitação de proceder a uma precoce, correta e global avaliação do doente e consequente adoção de medidas atempadas de forma a responder a eventuais situações ameaçadoras ao doente, ou minimizar os efeitos negativos para o mesmo. A construção só é possível mediante a observância de competências múltiplas nos enfermeiros, as quais se vão desenvolvendo no constante percurso evolutivo do enfermeiro, conforme corrobora Meyer *et al* (2007). Conforme sustentado por Kelly e Vincent (2010), a capacidade de vigilância dos doentes é indissociável de um adequado julgamento clínico da situação, o qual resulta das habilidades que os enfermeiros adquirem e demonstrem na interpretação dos múltiplos dados disponíveis, de reconhecer precocemente sinais clínicos de deterioração do doente, do seu pensamento crítico e consequente capacitação de tomada de decisão. Tais capacidades dos enfermeiros não são intrínsecas, mas fruto do seu desenvolvimento profissional agregado às suas vivências, que repercutem em maturação intelectual e profissional, conforme referido por Curley (1998). Um adequado julgamento clínico é essencial para a prestação de cuidados de qualidade, dado que falhas no mesmo, resultantes de avaliação inadequada ou errada, inaptidão ou inadequada leitura de sinais ou sintomas eventualmente identificados, formulação de raciocínio não correto, inadequada ou ausência de referenciação para outros profissionais ou mesmo na inapropriada delegação de funções e/ou supervisão das mesmas podem resultar em erros por julgamento clínico adequado, sendo que esta é uma área de atenção dos enfermeiros, conforme emanado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2006)

O índice de gravidade dos doentes que recorrem aos serviços de urgência requerem estar sob observação (capacitação), sob uma monitorização multiparamétrica e sob intervenções múltiplas e constantes, associadas à debilidade/instabilidade da sua saúde, a capacidade de vigilância e de julgamento clínico atempado dos enfermeiros, para uma adequada e pronta atuação toma importância vital, porque cada segundo é coração, cada segundo é cérebro, cada segundo é ... vida. É esperado que os enfermeiros alocados nestes serviços sejam

dotados de uma maturidade profissional elevada, com elevados conhecimentos de interpretação e ação, junto de doentes críticos, conforme defendido por Benner *et al.* (2005).

2.2 – DÉFICE NA ADVOCACIA DOS DOENTES

O termo “advogado” tem as suas raízes na profissão legal. É derivado da Advocacy latino, que significa um “convocado” ou “chamado” para argumentar a causa de outro diante de um tribunal.

O defensor ou promotor dos direitos dos doentes é um tema comum na literatura em enfermagem onde é exercida a intercessão ou a defesa do doente

Ao cuidar dos doentes, em alguns atos deste cuidar, está presente a advocacia dos doentes. Embora não apelidada desta forma, a advocacia é uma atividade desenvolvida pelos enfermeiros desde os seus primórdios, dado que sempre defenderam e trabalharam em prole da melhoria do estado dos doentes mediante o fomentar de melhores condições de salubridade e de melhores cuidados de saúde (Debout, 2009).

A advocacia em enfermagem, tem o papel de esperar que os doentes tivessem informações suficientes para exercer autonomia; que os seus direitos legais e morais fossem respeitados; e os recursos de cuidados de saúde permitissem qualidade e quantidade de cuidados adequados (Hyland, 2002).

Perante situações onde o doente se encontra vulnerável e incapaz de tomar decisões, o profissional de saúde tem um papel fundamental em orienta-lo para encontrar no seio familiar, no grupo de amigos, ou numa pessoa significativa, o seu porta-voz, alguém que o ajuda a ficar esclarecido sobre o seu estado de saúde, a sua situação clínica e sobre possíveis tratamentos (Nacional Patient Safety Foundation, 2015).

Atualmente, tendo em consideração que os enfermeiros no SU prestam cuidados de grande complexidade, em ambiente também eles complexos, é exigido aos enfermeiros um vasto conjunto de saberes de ordem científica, relacional, ética e deontológica que lhes permita responder de modo responsável em cada situação, assegurando que os doentes recebem os cuidados adequados.

A advocacia nos cuidados de enfermagem é definida por Debout (2009) como ações desenvolvidas pelos enfermeiros em prole da sua defesa, junto da equipa multidisciplinar, tendo em conta as vontades e necessidades do doente em particular, bem como dos seus direitos, respeitando-os e fazendo-os respeitar por toda a equipa multidisciplinar do doente. Negarandeh *et al.* (2006) referem a advocacia em enfermagem como todas as ações encetadas para ajudar o doente a obter os melhores cuidados de saúde, bem como promover a defesa dos direitos dos doentes, servindo de elo de ligação entre o doente e os

demais intervenientes na prestação de cuidados. Os mesmos autores sustentam que para o enfermeiro exercer advocacia deve-se constatar pelo menos uma de duas condições, sendo estas a vulnerabilidade do doente face ao seu processo de doença, seja a vulnerabilidade do doente face ao próprio sistema de saúde.

Vaartio, Leino-Kilpi, Salanterä, e Suominen (2006), referem que a advocacia é parte integrante da enfermagem, no entanto há uma escassez de evidências empíricas na prática de enfermagem no cuidado a certos grupos de doentes, principalmente nos cuidados intensivos. Referem ainda que a advocacia em enfermagem parece integrar aspetos de individualidade, profissionalismo e experiências de capacitação. Os enfermeiros executam um processo de analisar, aconselhar, responder, proteger e atividades de denúncia na prática clínica de enfermagem. Na prática a enfermagem concebe o conceito abstrato de advocacia que encontra expressão num profissional reconhecido que tem capacidade de resposta, logo dotado de responsabilidade e envolvimento ativo no apoio às necessidades e desejos dos doentes.

O doente que recorre ao SU, em vulnerabilidade completa, devido à interrupção abrupta do seu quotidiano por um evento alarmante por um acidente ou problema de saúde que alterou a sua capacidade de decisão e sua labilidade emocional, logo disponível para resolver a sua situação a qualquer custo o que compromete/dificulta a prática de advocacia. O enfermeiro deve promover esclarecimento do doente e dos seus acompanhantes, por sua parte e/ou pela equipa multidisciplinar, para que a tomada de decisão de tratamento seja o mais esclarecida e segura possível.

O artigo 79 do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, na sua alínea c), refere que é dever dos enfermeiros proteger e defender os doentes e utentes das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional. Os enfermeiros são aqueles que melhor estão posicionados para exercer advocacia em saúde, dado que, conforme referido por Sorensen e Ledema (2006), são aqueles que mais tempo permanecem junto e em relação com os doentes e seus familiares, fruto do próprio conteúdo funcional.

De acordo com Castilho e Parreira (2012), a pesquisa realizada por Benner *et al.* (2002) permitiu salientar várias situações em que se observam falhas na advocacia suscetíveis de comprometer a segurança do doente, nomeadamente quando o enfermeiro não questiona as práticas erradas da equipa multidisciplinar, não ajuda o doente a ter acesso aos cuidados, não respeita a confidencialidade. Do referido podemos considerar que se podem cometer falhas na advocacia, aquelas em que o enfermeiro não respeita os direitos básicos

consagrados dos doentes e família, como o direito à privacidade e confidencialidade, à autonomia esclarecida e ao acesso aos cuidados para o tratamento adequado.

Como refere Tomajan (2012) os enfermeiros no seu exercício têm oportunidade de criar impactos positivos ao nível pessoal e profissional, através da implementação de comportamentos de como exercer advocacia no contexto profissional.

2.3 – QUEDAS

As quedas são um dos principais e mais relatados eventos adversos que acontecem nos serviços de saúde, os quais acarretam incremento nos custos associados ao internamento, bem como têm grande impacto social, que vai desde a perda de confiança do utentes até a sequelas físicas e/ou psicológicas, com impacto significativo na qualidade de vida do doente e seus familiares (Almeida, Ricardo; Abreu, Cidalina; Mendes, & Aida; 2010). Referem ainda que os EAs podem ter consequências físicas, psicológicas e sociais. Habitualmente, estes eventos traduzem-se num aumento do período de internamento e de dependência da pessoa, com conseqüente acréscimo de custos económicos e sociais. Este tipo de situações é, por isso, considerado como importante indicador da qualidade assistencial

Segundo documentado por WHO (2007), as quedas são definidas como sendo um acontecimento não intencional, do qual resulta uma mudança de posição para um nível mais baixo, tendo por referência a posição inicial. Estas podem encerrar em si, como causa, segundo Hendrich (2006) fatores fisiopatológicos, bem como fatores ambientais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define queda como o evento que leva a pessoa inadvertidamente ao solo ou a um nível inferior, relatando que se estima que em 2002 tenham morrido, em todo o mundo, 391.000 pessoas devido a este fenómeno (Abreu, Mendes, Monteiro, & Santos, 2012). Ainda segundo os mesmos autores mais de 70% das quedas ocorrem nos quartos quando se movimentam para a cama, cadeirão ou cadeira de rodas e 19% quando deambulam da cama para a casa de banho e vice-versa. Destas, cerca de 23% das ocorridas em doentes hospitalizados resultaram em lesões, em que os hematomas, entorses e lacerações são as maiores lesões (83%) e 9% são fraturas.

Segundo Saraiva *et al.* (2008, p.29) a queda pode ainda ser entendida como “*um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo útil*”, podendo este facto ter resultado de vários fatores que comprometem a estabilidade do organismo. Os mesmos autores referem que estes acidentes são característicos em idades extremas, sendo comum considerar a queda como um “*síndrome geriátrico*”, dada a sua maior incidência nos idosos.

Morse (2002) refere que grande parte das quedas pode ser evitável, dado que grande parte dos utentes apresenta alterações preditivas do risco da sua ocorrência.

Segundo Ramos (2008) as quedas são um foco sensível ao conteúdo funcional das práticas de enfermagem, competindo a estes profissionais avaliar o risco de queda, mediante o recurso a escalas, e adotar medidas individualizadas que previnam a ocorrência das mesmas.

Reconhecendo que a queda do doente em contexto hospitalar é um evento multifatorial de grande complexidade, a sua prevenção exige dos enfermeiros uma atitude proactiva, na identificação dos fatores de risco e na implementação de medidas preventivas específicas. Como tem sido evidenciado, a queda do doente em contexto hospitalar dificilmente será eliminada, no entanto, a adoção de estratégias ajustadas ao risco tem demonstrado a possibilidade de reduzir este evento adverso (WHO, 2007).

De acordo com WHO (2007), as estratégias de prevenção de quedas devem basear-se num largo espectro de abrangência, bem como serem multifacetadas, sendo que as mesmas devem incidir essencialmente sobre aspetos educacionais, formativos, com enfoque na criação de ambientes mais seguros.

Abreu et al. (2012), demonstraram que as quedas são um fenómeno de causa multifatorial e de grande complexidade, o que torna difícil a respetiva prevenção. Contudo, torna-se importante salientar que tanto os resultados obtidos com a sua investigação como o próprio processo da sua implementação, em que se incluem a divulgação e discussão dos resultados, contribuíram para a compreensão mais aprofundada deste fenómeno e para a introdução de medidas corretoras, com a finalidade de precaver a segurança do doente. Os achados indicam que a investigação pode ser um recurso importante na modificação dos comportamentos dos enfermeiros e uma mais-valia na orientação dos cuidados, contribuindo, assim, para o aumento da sua qualidade.

Num estudo com 1 307 observações, o risco de queda da cama esteve presente em mais da metade dos pacientes. O risco de queda foi significativamente maior nos homens, em doentes com idade igual ou superior a 60 anos e nas pessoas com doença neurológica. Os autores concluíram que há um alto risco de queda da cama para os doentes hospitalizados, reconhecendo a necessidade de melhorar o atendimento de enfermagem e fazer transformações no espaço físico, com o fim de oferecer ao doente a máxima qualidade no serviço (Inoue, Matsuda, Melo, Murasaki, & Hayakawa, 2011).

Os SU são os serviços hospitalares com uma maior prevalência da ocorrência de quedas, devido ao desconhecimento do comportamento do doente, à rotatividade e dinâmica de atendimento, por absorver diferentes patologias com diferentes graus de gravidade, além de

conviver com deficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos e recursos materiais que resultam em sobrecarga de trabalho e stress profissional e ambiental. Esta realidade compromete junto dos enfermeiros a necessidade de maior vigilância e adoção de estratégias, tais como contenções físicas, para que não se verifiquem quedas (Paranaguá et al, 2014).

A queda dos doentes em ambiente hospitalar é reconhecido como um problema de prevenção prioritária, assumido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este plano determina, no Objetivo Estratégico 6 descrito em DGS (2015a), “Prevenir a Ocorrência de Quedas”, que no final de 2020:

- 1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas.
- 2) O número de quedas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado, devem reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior.

2.4 – ÚLCERAS POR PRESSÃO

Apesar da modernização dos cuidados de saúde, a prevalência das úlceras de pressão permanece elevada, particularmente nos doentes hospitalizados. Estas úlceras são uma importante causa de morbidade e mortalidade, afetando a qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores, e constituindo uma insustentável sobrecarga económica para os serviços de saúde. Uma precoce e regular estratificação do risco de desenvolver uma úlcera de pressão, segundo Rocha, Miranda, & Andrade (2006) é fundamental para a adoção de medidas preventivas adequadas e para a implementação de uma estratégia terapêutica atempada. Esta inclui métodos para redução de fatores predisponentes à Hipo perfusão tecidual, a otimização do estado geral e nutricional do doente, e cuidados locais da úlcera de pressão

Segundo o trabalho desenvolvido pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), o *European Pressure Ulcer advisory Panel* (EPUAP) e *Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (PPPIA), do qual resultou a elaboração de um guia de consulta rápido para prevenção e tratamento de Úlceras por pressão, em 2014, uma úlcera por pressão é tida como sendo uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção. Estas são o resultado de uma associação multifatorial.

Sousa, Santos, e Silva, (2006) concluiu que a incidência das úlceras de pressão foi menor em determinadas unidades de prestação de cuidados referenciadas e que os cuidados de enfermagem preventivos são significativos para redução das úlceras de pressão. Esta

conclusão conduz à sugestão de que a perspetiva de cuidar dos doentes, segundo Neuman e Braden, na prevenção de úlceras de pressão, deve ser estendida a todas as unidades de internamento hospitalar visando à qualidade do atendimento de enfermagem.

O desenvolvimento de úlceras de pressão em doentes hospitalizados resulta da associação de fatores relacionados com o doente, o ambiente e o processo de cuidados. São reconhecidos múltiplos fatores de suscetibilidade individual no desenvolvimento deste evento, nomeadamente, imobilidade, alteração da sensibilidade, incontinência urinária e/ou fecal, alterações do estado de consciência, idade, má perfusão/oxigenação tecidular, estado nutricional, entre outros (Andrade et al, 2010). Reconhece-se que as alterações da perfusão tecidular, resultante de fatores intrínsecos, podem ser minimizadas ou agravadas em consequência de fatores extrínsecos, dependentes dos cuidados de enfermagem, como a intensidade e duração da pressão exercida sobre os tecidos, o atrito, as forças de tração e a humidade (EPUAP & NPUAP, 2014; Rocha, Miranda & Andrade, 2006)

Embora se saliente que as úlceras de pressão têm origem multicausal e que nem todas são passíveis de prevenção (Black *et al.*, 2011), vários estudos evidenciam a importância das intervenções de enfermagem nos resultados. A ocorrência de uma nova úlcera de pressão, é frequentemente vista como falha na qualidade dos cuidados de enfermagem oferecidos aos utentes.

Segundo a NPUAP, a EPUAP e a PPPIA (2014) pese embora a atenção dada a esta temática pela comunidade científica internacional, assim como pelos enfermeiros nas suas práticas diárias, constata-se a manutenção de elevadas taxas de incidência e prevalência das úlceras por pressão, o que é corroborado com Fragata (2011), que afirma que estas ocorrem em 10 a 15% dos doentes internados. A DGS (2011) refere que as úlceras por pressão são consideradas um problema de saúde pública, assim como um indicador de qualidade dos cuidados oferecidos aos utentes.

Conforme referido pela DGS (2013), estima-se que a grande maioria das úlceras por pressão são passíveis de serem evitadas mediante a adoção de medidas de prevenção, bem como pela identificação precoce do grau de risco de estas poderem vir a ser verificadas, mediante o recurso a instrumentos devidamente padronizados e que confirmam capacidade de monitorização e de tomada de decisão.

A avaliação de risco requer uma abordagem global, em que se afira o grau de mobilidade do utente, o nível de humidade da pele, o nível nutricional e de necessidades nutricionais estimadas, eventuais alterações do estado de consciência e sensitiva, o nível de perfusão e oxigenação tecidular (EPUAP & NPUAP,2009)

Como já referido, o risco de desenvolvimento de uma úlcera por pressão está diretamente relacionado com a gravidade, complexidade e nível de dependência dos doentes. Os SU são os serviços hospitalares em que o risco de úlcera de pressão aumenta consideravelmente devido à permanência do doente numa cama reduzida, com um colchão de espessura inferior, existirem doentes com diferentes patologias e diferentes graus de gravidade, e onde os enfermeiros, devido à rotatividade e dinâmica de atendimento, não dispõem de recursos para efetuar os posicionamentos que deveriam ser obrigatórios (Paranaguá et al, 2014). No mesmo sentido, Fernandes, Caliri e Haas (2008), consideram que a observância de doentes com alto nível de gravidade e dependência, sujeitos a imobilidade decorrente da necessidade de estarem sedados, com alteração do estado de consciência, sob suporte ventilatório invasivo, assim como pelo recurso a terapêutica vasoativa, potencia o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. A consciência dos riscos de UP, incrementa a importância do papel e atenção necessários por parte dos enfermeiros para minorar o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (Fernandes, Caliri & Haas, 2008).

As úlceras de pressão, em particular, e as feridas crónicas, em geral, causam sofrimento, aumentam a prevalência de infeções, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, levar à morte (DGS, 2015c). Ainda segundo a mesma organização, a prevenção de úlceras por pressão é um desafio organizacional, pois requer uma abordagem interdisciplinar e adaptada ao risco específico de cada doente, sendo, também, necessário existir uma cultura organizacional que promova o trabalho em equipa e a comunicação eficaz. De facto, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem ter sistemas e estruturas de governação para a prevenção e a gestão de úlceras por pressão, designadamente, a implementação de procedimentos e protocolos baseados na melhor evidência e a avaliação do risco e sistemas de notificação para identificar, investigar e atuar com prontidão para reduzir a frequência e a severidade das úlceras por pressão.

As instituições devem realizar, de forma sistemática, a avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das úlceras por pressão, de acordo com a realidade institucional, realizar auditorias internas para assegurar a melhoria contínua destas práticas e implementar planos de comunicação/educação ao doente e ao cuidador.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, determina, no Objetivo Estratégico 7, as metas a serem atingidas no final de 2020:

1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras por pressão.

2) As instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado reduzem em 50%, face a 2014, o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições (DGS, 2015c).

2.5 – ERROS DE MEDICAÇÃO

O erro de medicação é definido pelo National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) (1998) como qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir ao uso inadequado de medicação ou dano para o doente enquanto a medicação está sob o controlo do profissional de saúde, doente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados com a prática profissional, com produtos para cuidados de saúde, procedimentos e sistemas, incluindo prescrição, comunicação da prescrição; rotulagem do produto, embalagem e nomenclatura; composição, dispensa, administração, educação, monitorização e utilização. Importa destacar que, conforme referido por Smith et al. (2008), uma reação adversa a um medicamento não é considerada um erro, salvo se previamente documentada, dado que não pressupõe uma falha nos processos inerentes entre a prescrição e a administração de um qualquer medicamento.

Mrayyan, Shishani e Al-Faouri (2007), exploraram as perceções dos enfermeiros sobre erros de medicação e assuntos relacionados ao longo da carreira de enfermagem. Concluíram que o número médio de erros de medicação recordados foram de 2.2 por enfermeiro, mas os erros de medicação relatados aos superiores hierárquicos foram 42,1%, tendo por base a utilização do relatório tipo existente no hospital. Estes erros ocorreram principalmente quando os rótulos e as embalagens dos medicamentos eram de má qualidade ou se encontravam danificados. A taxa dos erros relatados aumentou ao longo dos anos, o que requer intervenções imediatas. Os enfermeiros não relataram erros de medicação porque temiam ser submetidos a ações disciplinares ou mesmo perder os empregos. Estratégias para reduzir ou eliminar erros de medicação têm que ser implementados com carácter de urgência.

A dimensão e gravidade do dano associado a esta problemática permitem salientar a importância de estudar este evento adverso e identificar áreas críticas nas práticas de enfermagem que necessitam de ser melhoradas.

Para melhor entendermos o erro de medicação, passamos a apresenta-lo em função da etapa do processo em que ocorre, o que vai de encontro ao observado no instrumento de recolha de dados adotado, a qual também está de acordo com a proposta da WHO (2009). Assim, considera-se que os erros de medicação podem ocorrer, a nível da prescrição, da sua preparação e/ou dispensa, de todo processo que envolve a administração, até ao armazenamento do medicamento e monitorização/vigilância resultante da administração do

medicamento. Os erros de medicação podem estar associadas a diferentes falhas durante o processo e manifestar-se de diferentes formas, nomeadamente, na administração do medicamento errado (onde se incluem erro na forma ou dose), na apresentação errada, na via de administração errada, na incorreta preparação do mesmo (excipientes, diluições, tempos de estabilidade), em contraindicações e interações medicamentosas,....., até à administração em horários errados, ou à própria omissão da administração de um determinado medicamento ou dose, conforme também defendido pelo National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) (2005). Associadas a estas falhas, a errada velocidade de infusão e os défices de vigilância durante as perfusões, poderão conduzir a administrações erradas do medicamento. Por outro lado, a inapropriada vigilância dos efeitos da medicação pode também potenciar o dano associado ao erro de medicação.

Os erros de medicação podem envolver diferentes profissionais, no entanto por se encontrarem no final da cadeia de processamento do medicamento, os enfermeiros intervêm na maior parte dos erros que acontecem durante a preparação e administração da medicação, admitindo-se que uma percentagem elevada ocorre durante as fases em que o medicamento se encontra sob controlo da equipa de enfermagem (IOM, 2004).

O NCCMERP (2005) identificou como possíveis fatores intervenientes na ocorrência de erros associados à medicação, falhas na comunicação verbal e escrita, rotulagem errada ou confusa, o tipo de embalagem, as falhas no equipamento usado, os fatores ambientais como o ruído, a luminosidade, as interrupções frequentes, as distrações, a sobrecarga de trabalho e profissionais pouco experientes.

Mrayyan, Shishani e Al-Faouri, (2007) salientam que os enfermeiros, incorporam como principais fatores intervenientes no erro de medicação, uma deficiente qualidade na rotulagem e embalagem do medicamento, dificuldade no manuseamento de determinados equipamentos de perfusão e distrações dos enfermeiros por solicitações de outros profissionais ou doentes. Referem ainda que as atitudes economicistas presentes nas administrações dos hospitais e na gestão das farmácias hospitalares levam a aquisições de medicamentos com custos mais baixos, mas comportam o risco de que a apresentação dos medicamentos (ampolas) sejam constantemente alteradas e muito semelhantes entre os fármacos.

Admitindo-se que este é um evento sensível aos cuidados de enfermagem, o ICN (2012) refere que os enfermeiros têm um papel preponderante na segurança do doente, dado que são responsáveis pela deteção de erros de medicação que ocorrem a montante da cadeia do processamento do medicamento, bem como na deteção e minoração de efeitos

deletérios ao doente. O estudo desenvolvido por Leape *et al.* (1995) demonstrou que os enfermeiros atuaram de alguma forma, num determinado momento da cadeia de processamento do medicamento e evitaram 88% de erros de medicação realizados por outros agentes da prestação de cuidados de saúde.

Valentin *et al.* (2009), concluiu existir relação direta entre o índice de gravidade do doente, o nível de cuidados necessários, a maior quantidade e dosagem de medicação a ser administrada num doente e o maior risco de ocorrência de evento adverso relacionado com a medicação. Tal levou os autores a concluir que quanto maior a gravidade do doente maiores são as probabilidades de se verificarem erros, o que espelha a dinâmica onde os enfermeiros que prestam cuidados de grande complexidade, em ambiente também ele complexo, como são os SU, que são constituídos por áreas de menor complexidade até ao extremo da complexidade que são as Salas de Emergência, onde é exigido a estes um vasto conjunto de saberes de ordem científica, relacional, ética e deontológica para responder de modo responsável em cada situação. Os mesmo autores concluíram também que quanto maior é o número de doentes críticos sob responsabilidade de um enfermeiro, quanto maior a taxa de ocupação de um serviço, maior é a probabilidade de ocorrerem erros relacionados com a medicação, sendo que um terço dos erros reportados tiveram como origem o excesso de carga de trabalho.

Ainda neste âmbito, Beccaria *et al.* (2009) realizou um estudo de eventos adversos na assistência de enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos, onde evidenciou que maioritariamente incluíam erros de medicação. Dos 550 eventos adversos estudados 26 estavam relacionados com as cinco certezas na administração de medicação, 23 com o fato da medicação não ter sido administrada, 181 com o registo inadequado da medicação, 28 com as falhas na instalação de drogas em bomba infusora, 17 com a não realização de inalação, 8 com o manuseamento incorreto de seringas e agulhas, 46 com o uso incorreto de equipamentos e materiais utilizados como medidas terapêuticas e diagnósticas.

Os fatores contributivos para os erros de medicação de enfermagem são múltiplos e incluem questões individuais e de sistemas, nomeadamente falhas na reconciliação da medicação, os tipos de sistema de distribuição de medicamentos, a qualidade das prescrições e o desvio de procedimentos, incluindo distrações durante a administração, carga de trabalho excessiva e conhecimento de medicamentos por parte da enfermeira (Brady, Malone, & Fleming, 2009).

Valentin *et al.* (2009), sedimentaram como aspetos organizacionais relevantes na diminuição do risco de erros com medicação a adoção de um sistema de prescrição eletrónica; a adoção de rotinas de reverificação de prescrição, a melhoria da comunicação nas transições

(passagens de turnos) assim como a existência de um sistema de notificação de eventos adversos.

Mais recentemente, o estudo realizado, em Portugal, por (Pereira, 2014) com objetivo de compreender as circunstâncias associadas ao erro de medicação e sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do relato do erro de medicação, permitiu salientar os erros acontecem em resultado de vários fatores humanos e sistémicos. As pessoas violam métodos de trabalho preconizados e regras de segurança que conhecem, esquecem-se, enganam-se e confundem-se. Foram identificados como fatores que potenciam a ocorrência do erro, o elevado volume de trabalho, as múltiplas interrupções a que são sujeitos aquando da preparação e administração de fármacos, a confusão, a agitação e elevado número de pessoas (utentes e visitas) a circular no serviço e na zona de preparação de fármacos aquando da preparação, a ausência de material atualizado e ajustado a uma preparação e administração segura e condições arquitetónicas da zona de preparação pouco adequadas, Foram ainda, referidas a inadequação do aplicativo informático, o facto do sistema de registo de medicação não dispor de mecanismos seguros para evitar os erros e o facto de nem todas as camas disporem de rampas de oxigénio. Os profissionais reconhecem a importância da notificação e da aprendizagem com o erro, sobretudo nos casos graves. Identificam como fatores que contribuem para a não notificação, o medo de penalização, assim como o desconhecimento da forma de notificar.

Nos últimos anos vários estudos têm procurado estudar o erro de medicação e propor medidas para a sua prevenção. O problema é reconhecido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, através do Objetivo Estratégico 4 referido em DGC (2015b), "Aumentar a segurança na utilização da medicação", onde se preconiza que no final de 2020:

- 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementou práticas seguras de medicação de acordo com os normativos nacionais.
- Deve ocorrer uma redução de 50% em cada ano, face ao ano anterior, do número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

De facto, a utilização segura do medicamento exige uma diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais envolvidos e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas.

2.6 – INFECÇÃO ASSOCIADA A CUIDADOS DE SAÚDE

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um problema de saúde devido à elevada morbi-mortalidade e custos associados. Por se tratar de uma problemática para a qual existem métodos de estudo validados e porque a prevenção é possível, devem ser uma das componentes críticas de qualquer programa de segurança do doente. Os principais riscos são os associados à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a infeções por microrganismos multirresistentes que, na atualidade, representam uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que originam. As principais medidas de prevenção e controlo assentam por um lado, no cumprimento das boas práticas: precauções básicas (como higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controlo ambiental) e isolamento e, por outro, no uso racional de antimicrobianos. Para se obter resultados sustentáveis que podem atingir e manter taxas de zero por cento por períodos superiores a 3 anos no caso de infeções associadas a dispositivos invasivos são necessárias abordagens multimodais que incluam a monitorização contínua de resultados e de processo, uma forte adesão por parte dos órgãos de gestão, formação de todos os profissionais envolvidos, comunicação dentro das equipas de trabalho e uma mudança de paradigma: em vez de se abordar as IACS como uma consequência inevitável do desenvolvimento tecnológico e terapêutico, acreditar que a prevenção é possível (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010).

Segundo a WHO (2009), tradicionalmente, na abordagem das infeções associadas a cuidados de saúde (IACS), o enfoque era colocado nos doentes internados, com a designação de infeção hospitalar ou nosocomial. Neste conceito incluía-se toda a infeção que não estava presente, nem em incubação, à admissão do doente, a qual se manifesta a partir do terceiro dia de internamento. Eram incluídas neste grupo todas as infeções adquiridas em contexto do internamento, as que se viessem a manifestar até um mês pós alta do doente, assim como todas as infeções ocupacionais nos profissionais de saúde. Mais recentemente esta definição veio a contemplar todas as infeções associadas a cuidados de saúde, adquiridas pelos utentes e/ou profissionais de saúde, em consequência da prestação de cuidados de saúde, independentemente do local onde os referidos cuidados de saúde sejam prestados (DGS, 2013).

AS IACS são um problema internacional de grande relevo, dado que têm impacto na qualidade dos cuidados prestados, na qualidade de vida dos doentes, com implicações no domínio da segurança, aumentando os custos diretos e indiretos associados. Contribuem para a resistência aos antibióticos, o aumento da taxa de complicações no tratamento e mortalidade dos doentes, aumentam o sofrimento dos doentes e famílias, prolongam

internamentos e geram custos adicionais nas despesas hospitalares (Pina, Silva & Ferreira, 2011).

A realização de múltiplos estudos epidemiológicos, a nível nacional e internacional, tem evidenciado o impacto negativo das IACS. O relatório de 2012, sobre a prevalência de infeção adquirida no hospital, identificou uma taxa global de prevalência de 10,6%. (Pina, Paiva, Nogueira & Silva, 2013).

Embora se reconheça que uma parte das infeções resulta de fatores endógenos e o risco esteja potenciado pelos avanços tecnológicos e terapêuticos, vários estudos demonstram que um número significativo de infeções poderá ser prevenido (Pina et al., 2010, Costa 2011). O risco de transmissão existe em todos os momentos da prestação de cuidados de saúde, especialmente em doentes imunocomprometidos e/ou na presença de dispositivos invasivos.

Este problema foi reconhecido como um problema prioritário há bastante tempo. Já em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS), através da *“World Alliance for Patient Safety”*, estabeleceu como desafio, para 2005/2006, a redução do problema da infeção associada aos cuidados de saúde, tendo como mensagem principal *“Clean Care is Safer Care”*(WHO, 2004).

Portugal tem acompanhado o movimento internacional de reorganização e implementação de novas estratégias para a redução deste problema. Depois de se definir um Plano Nacional de Controlo da Infeção (PNCI), em 1999, este desígnio adquiriu nova ênfase com a reformulação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de IACS (MS, 2007, 2010, 2012). Nas medidas propostas é dado particular relevo ao cumprimento sistemático das precauções padrão, independentemente do diagnóstico do doente. Estas incluem os momentos recomendados na higienização das mãos, a adequação na seleção e uso de equipamento de proteção individual, os cuidados na manipulação de material corto/perfurante, as medidas de controlo ambiental, nomeadamente orientações para a acomodação dos doentes de acordo com a sua condição clínica e suscetibilidade epidemiológica, bem como os cuidados na triagem e tratamento de resíduos hospitalares e roupa suja (MS, 2007; Pina et al., 2010).

Apesar da evidência científica sobre as boas práticas de prevenção e controlo de infeção, a melhoria da adesão dos profissionais e utentes das unidades de saúde na sua implementação continua a ser um desafio (WHO, 2009). Conforme sustentado pela WHO (2008) deve-se apostar na formação, sensibilização dos profissionais bem como em estratégias de facilitação de mudança de comportamentos, com incidência na prevenção, para poder melhor controlar o flagelo que são as IACS.

Em síntese, a literatura consultada permitiu salientar a complexidade que envolve a prestação de cuidados de saúde em contexto hospitalar, particularmente no ambiente do serviço de urgência. Embora neste contexto se assuma a segurança dos cuidados como uma responsabilidade multiprofissional, reconhece-se que a profissão de enfermagem desempenha um papel importante no desenvolvimento de cuidados de saúde seguros e que falhas nos processos de cuidados podem ter consequências muito negativas para os doentes. Apresentamos na segunda parte deste trabalho o estudo empírico que procura dar contributos para melhor conhecer esta realidade.

PARTE DOIS – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

O modo como se vê o mundo, ou seja, a perspetiva filosófica, o modelo ou paradigma filosófico onde o inserimos, define a metodologia a seguir, o método adotado e as técnicas utilizadas. O paradigma é aquilo que nos permite olhar o mundo e identificar o que nele é, para nós, importante.

Segundo Duarte (2013) o paradigma filosófico, ou perspetiva, dá sentido à forma como se encara a ciência, a construção do conhecimento, a realidade e a sua interpretação, na importância do processo e ou produto, no grau de regularidade dos fenómenos e na sua qualificação e observação, na relação causa-efeito e no modo de descoberta da verdade. São estes os fatores que dão suporte ao processo de investigação.

Assim iniciamos a parte dois do trabalho, destinada à apresentação da investigação empírica esplanada nos seguintes capítulos: descrição da metodologia que serviu de base ao desenvolvimento da investigação; análise e discussão dos resultados.

1 – METODOLOGIA

Descrição do processo seguido para realizar esta investigação e o caminho para se atingir os objetivos delineados.

1.1 – BREVE CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO EM QUE SE REALIZA O ESTUDO

Este estudo decorre num Serviço de Urgência (SU), com um nível de resposta de Urgência Polivalente e que adotou o sistema de triagem de Manchester.

A Rede de SU integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta: Serviço de Urgência Básico (SUB); Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC); e Serviço de Urgência Polivalente (SUP). O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área.

Tendo em consideração a sobrelotação e uma procura excessiva por doentes considerados não urgentes, de forma de garantir cuidados mais adequados e de maior qualidade, o Despacho n.º 19 124/2005 (2005), recomendou a implementação nos hospitais de um método de triagem, que assegure que aos doentes mais graves seja dada prioridade de observação em relação aos doentes menos graves.

Desde 2005 que os Serviços de Urgência funcionam sob o sistema de "Triagem de Manchester" que é um sistema de classificação de doentes, atendidos em Serviço de Urgência, acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros. Este sistema de classificação estabelece a prioridade no atendimento dos doentes em função da maior ou menor gravidade da sua situação clínica.

Quando o utente chega ao Serviço de Urgência é efetuada a sua inscrição na Admissão de Doentes e o mesmo é encaminhado para o Gabinete de Triagem, onde um enfermeiro, seguindo as orientações do Protocolo de Triagem, lhe atribuirá uma prioridade no atendimento que é expressa numa cor.

- **Vermelho** – doente emergente;
- **Laranja** – doente muito urgente;
- **Amarelo** – doente urgente;

- **Verde** – doente pouco urgente;
- **Azul** – doente não urgente.

Para dar resposta ao atendimento dos doentes no SU, para além da área de triagem, o serviço foi estruturado em seis áreas clínicas. De acordo com a triagem efetuada, o doente é encaminhado para uma das seis áreas clínicas, de acordo com protocolo definido no serviço. Apresentam-se os critérios gerais de encaminhamento:

- Área de Triagem – Onde se efetua a triagem dos doentes, estabelecendo uma prioridade e posterior encaminhamento,
- Área Médica 1 – São encaminhados para esta área, os doentes com prioridade azul, verde e amarelo, desde que não estejam acamados.
- Área Médica 2 – São encaminhados para esta área todos os doentes triados que sejam do foro médico, com prioridade amarelo e laranja. Todos os doentes acamados do foro médico são encaminhados também para esta área, independentemente da prioridade estabelecida.
- Sala de Emergência – São encaminhados para esta área, todos os doentes com prioridade vermelho. As vias verdes também são encaminhadas para esta área independentemente da prioridade de triagem;
- Área de Ortopedia – São encaminhados para esta área, todos os doentes triados com prioridade amarelo e laranja que apresentem problemas nos membros. Os doentes acamados com o mesmo problema, independentemente da prioridade, são encaminhados para esta área.
- Área Cirúrgica e Urologia – São encaminhados para esta área, todos os doentes triados para as especialidades cirúrgicas, com prioridade amarelo e laranja. Todos os doentes acamados, do foro cirúrgico, independentemente da prioridade são encaminhados para a área cirúrgica.
- Área de Psiquiatria – São encaminhados para esta área, todos os doentes triados com prioridade verde, amarelo e laranja desde que detenham um problema de doença mental.

Não foram incluídas neste estudo áreas que se encontram fora do SU e que estão adstritas aos próprios serviços, como Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Estomatologia e Ginecologia, em que os recursos de Enfermagem que lhe prestam apoio advêm dos próprios serviços.

1.2 – TIPO DE ESTUDO

Como o nível de conhecimentos no domínio em estudo determina a escolha do tipo de investigação e esta deve estar baseada no problema de investigação, nas questões formuladas e nos objetivos definidos, bem como na dependência do investigador em si, no que concerne às suas perspetivas, limitações e eventuais constrangimentos, optou-se por desenhar um estudo de abordagem quantitativa e com carácter descritivo, correlacional e transversal.

A opção por um estudo segundo um método quantitativo por, conforme nos diz Fortin (1999), se caracterizar por ser um processo sistemático de recolha de dados, passíveis de serem quantificados. Os estudos descritivos, sob forma de inquérito, segundo Fortin (1999), caracterizam-se por procurar, através de dados colhidos junto de uma população, ou partes desta, examinar atitudes, comportamentos, crenças, opiniões e/ou projeções futuras, daquela mesma população mediante as respostas obtidas. Tendo presente que a sua maior valia consubstancia-se na premissa de que as questões colocadas podem ser esclarecidas e, conseqüentemente as práticas podem ser melhoradas mediante a descrição e análise dos dados recolhidos de forma objetiva (Carmo, & Ferreira, 2008).

O estudo em causa é considerado correlacional porque se pretende explorar e determinar relações que possam existir entre variáveis, visando descrever as mesmas (Fortin, 1999). O mesmo é considerado transversal porque consiste em estudar os fenómenos pretendidos num momento em concreto e devidamente identificado (Fortin, 1999).

1.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

No enunciado do problema segundo Polit e Hungler (1995), deve-se identificar as variáveis chave do estudo e suas possíveis inter-relações, além da natureza da população a observar. A forma interrogativa apresenta a vantagem de ser simples e direta, ser um convite a uma resposta e ajudam a centralizar o foco de atenção do investigador e do leitor sobre os tipos de dados que devem ser colhidos, para dar resposta ao enunciado

Face ao problema identificado, enunciaram-se as seguintes questões de investigação:

Os enfermeiros no Serviço de Urgência percebem risco e ocorrência de EAs associados à prática de enfermagem?

Quais os EAs mais relevantes em cada uma das áreas de cuidados do SU?

1.4 – OBJETIVOS DO ESTUDO

O objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa de variáveis-chave, população alvo e a orientação a dar a investigação (Fortin, 1999).

Assim definiu-se para este estudo o seguinte objetivo geral e objetivos específicos:

Objetivo geral:

- Caracterizar os eventos adversos associados às práticas de enfermagem percebidos pelos enfermeiros no Serviço de Urgência de um hospital polivalente.

Objetivos específicos:

- Analisar a ocorrência de EAs associados às práticas de enfermagem percebidos pelos enfermeiros no Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, numa perspectiva de processo (Práticas preventivas e/ou falhas) e numa perspectiva de resultado (risco e ocorrência de EAs).
- Analisar a relação entre as práticas de enfermagem no serviço de urgência e os eventos adversos, percebidos pelos seus enfermeiros.
- Analisar se os EAs associados às práticas de enfermagem percebidos pelos enfermeiros do SU variam, em função das características socioprofissionais dos enfermeiros (idade, sexo, tempo de exercício profissional no SU e nível de formação profissional).
- Analisar os EAs considerados mais relevantes em cada área de prestação de cuidados no SU, identificados pelos enfermeiros.
- Analisar as medidas de melhoria da segurança do doente propostas pelos enfermeiros.
- Propor medidas de melhoria da segurança do doente no SU.

1.5 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Uma hipótese é a previsão experimental, ou uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis, traduz a questão de investigação para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados. Diferencia-se da questão de investigação pelo facto de que prediz os resultados do estudo, os quais indicam se a hipótese é confirmada ou infirmada (Polit e Hungler; 1995 e Fortin, 1999).

H1 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, está relacionada com as características individuais dos profissionais:

H1.1 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, está relacionada com a idade;

H1.2 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, está relacionada com o tempo de profissão;

H1.3 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, está relacionada com o tempo de exercício no SU;

H1.4 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, difere consoante o género dos profissionais;

H1.5 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, difere consoante as suas habilitações profissionais.

H2 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre eventos adversos, está relacionada com as características individuais dos profissionais:

H2.1 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre eventos adversos, está relacionada com a idade;

H2.2 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre os eventos adversos, está relacionada com o tempo de profissão;

H2.3 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre os eventos adversos, está relacionada com o tempo de exercício no SU;

H2.4 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre os eventos adversos, difere consoante o género dos profissionais;

H2.5 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre os eventos adversos, difere consoante as suas habilitações profissionais.

H3. – Existe relação entre as práticas de enfermagem e os Eventos adversos percebidos pelos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente

1.6 – VARIÁVEIS

As variáveis como refere Reis (2010), são unidades de base de uma investigação. São qualidades, características, atributos ou propriedades de pessoas ou situações estudadas, as quais podem ser alvo de mudanças e/ou variações no tempo, sendo que estas podem ser classificadas mediante o papel que exercem na investigação em causa, assim também podem resultar em diferentes valores, dependendo do pretendido exprimir. As variáveis podem ser classificadas segundo a relação que expressam: a variável independente é o fator determinante para que ocorra um determinado resultado, é a condição ou causa para um determinado efeito ou consequência, ou seja, é o estímulo que condiciona uma resposta; a variável dependente é o fator ou propriedade que é efeito, resultado, consequência ou resposta de algo que foi estimulado.

No presente estudo assumimos que os eventos adversos, enquanto resultados indesejáveis associados a práticas de enfermagem, poderão estar ligados a falhas não intencionais no processo de cuidados de enfermagem, por violação ou omissão de normas profissionais. Nesse sentido, numa primeira análise os eventos adversos constituem a variável dependente e as práticas de enfermagem a variável independente.

Numa segunda fase admitimos que os eventos adversos associados às práticas de enfermagem (resultado e processo) são variáveis dependentes e algumas características individuais se constituem como variáveis independentes.

1.6.1 – Variáveis dependentes ou centrais

Neste estudo foram identificadas como variáveis dependentes os eventos adversos associados às práticas de enfermagem. Numa perspetiva de processo serão avaliadas 10 dimensões de práticas de enfermagem (Vigilância; Advocacia; Prevenção de quedas; Prevenção de úlceras; Falhas na preparação da medicação; Falhas na administração de medicação; Falhas na vigilância da medicação; Higienização das mãos; Cuidados com equipamentos de proteção individual; Higiene ambiental; e numa perspetiva de resultado avaliam-se o risco e ocorrência de seis tipos de eventos adversos. A forma como se operacionalizam e avaliam será descrita em capítulo próprio.

1.6.2 – Variáveis independentes

Foram identificadas quatro variáveis independentes: a idade e o tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência, consideradas variáveis contínuas, medidas em anos; o nível de formação profissional, categorizada em 5 categorias, nomeadamente bacharelato, licenciatura, pós graduação, mestrado/especialidade em enfermagem e doutoramento e o sexo, variável dicotómica.

1.7 – POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

Na fase metodológica de um trabalho de investigação é fundamental caracterizar a população sobre a qual se realiza o estudo. Fortin (1999, p.202) define população como “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”.

A população alvo do presente estudo compreende todos os Enfermeiros do Serviço de Urgência de um Hospital Polivalente. A população acessível é a porção da população alvo que aceita voluntariamente colaborar no estudo.

Critérios de Inclusão/Exclusão

São critérios de inclusão ser enfermeiro com pelo menos de 6 meses de exercício profissional no SU. Serão excluídos todos os enfermeiros com ausências de longa duração ou ausentes do serviço por licença (maternidade, doença ou outras).

1.8 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados a ser utilizado será um questionário. O questionário é considerado um meio de comunicação essencial entre o inquiridor e o inquirido, comportando uma série de questões relativas aos problemas sobre os quais se espera uma informação do inquirido (Polit e Hungler, 1995). Fortin (2009), considera que a utilização do questionário, como forma de recolha de informação, pela sua natureza impessoal assume um anonimato tranquilizador para os respondentes, o que é um agente facilitador de livre e honesta expressão de opiniões.

O questionário utilizado é constituído por três partes, que descrevemos de forma sintética (Anexo IV):

Na PARTE I – É realizada a colheita de informação para caracterização socioprofissional. Recorremos a questões abertas e fechadas para as variáveis independentes: a idade, o sexo, tempo de exercício profissional, nível de formação (habilitações) e tempo de exercício profissional em SU.

Na PARTE II – Obtêm-se a informação que permite dar resposta à questão central desta investigação. Para tal utiliza-se a escala de eventos adversos associados à prática de enfermagem (Castilho & Parreira, 2012; Castilho, 2014). Esta escala foi selecionado por versar especificamente sobre os EAs e as práticas profissionais da população que se pretende estudar – os Enfermeiros.

A EAAPE é considerada uma ferramenta não só de diagnóstico, mas também de sensibilização dos Enfermeiros para o papel que desempenham as suas práticas profissionais na segurança dos doentes.

É apresentada, sob forma de escala de Likert, numa escala de 1 a 5. Trata-se de um instrumento composto por duas subescalas (processo e resultado) que abrangem seis tipos de EAs em áreas de cuidados determinantes para a segurança do doente e dois itens sobre a perceção geral de segurança (ocorrência de EAs e a segurança; se os EAs podiam ser evitados).

A subescala de práticas de enfermagem é composta por 40 itens, avaliando 10 dimensões do processo relativo ao cumprimento de práticas preventivas e falhas na aplicação de normas profissionais: vigilância; advocacia; prevenção de quedas; prevenção de úlceras; falhas na preparação da medicação; falhas na administração de medicação; falhas na vigilância da medicação; higienização das mãos; cuidados com equipamentos de proteção individual e higiene ambiental. A subescala de EA é constituída por 12 itens, avaliando o resultado relativo ao risco/ocorrência de eventos adversos com base nos seguintes fatores: agravamento do estado do doente, risco e ocorrência de infeções associadas aos cuidados, risco e ocorrência de erros de medicação, risco de quedas e úlceras de pressão, ocorrência de quedas e úlceras de pressão.

A fiabilidade da escala de Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem (EAAPE) foi avaliada através do estudo da consistência interna para global das suas duas subescalas (práticas de enfermagem e eventos adversos) e para as respetivas dimensões. O método utilizado consistiu na determinação do coeficiente *alpha* de *Cronbach*, cujos valores podem variar entre 0 e 1. Valores mais elevados deste coeficiente, ou seja, mais próximos de 1 são interpretados como reveladores de melhor consistência interna. Este procedimento estatístico é indicado para a maioria das escalas principalmente aquelas cujos itens têm resposta tipo *Likert*. De acordo com vários autores, nomeadamente, Nunnally (1978) citado por Maroco e Marques (2006), resultados iguais ou superiores a 0.70 devem ser interpretados como indicadores de boa consistência interna. Quando o número de itens envolvidos é reduzido, alguns autores consideram que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, tal como afirmou DeVellis (1991), também citado por Maroco e Marques

(2006). Foram, ainda, analisados os valores da correlação de cada item com o respetivo fator. Estas correlações deverão ser positivas e quanto mais próximas de 1 melhor é correlação do item com o resultado global da subescala/dimensão a que pertence, excluindo o item em causa.

Os resultados que apresentamos na tabela 1 permitem-nos constatar que para as dimensões, da subescala referente às práticas de enfermagem, foram observados valores de *alpha* iguais ou superiores a 0.70. Para o global dos 40 itens desta subescala observámos valor elevado, concretamente, 0.91. Estes resultados, na maioria das situações, situaram-se muito próximo ou mesmo acima dos observados por Castilho e Pereira (2012). Quanto às correlações item-dimensão, constamos situação semelhante, ou seja, na maioria dos casos situaram-se próximo ou foram superiores aos encontrados pela autora.

Tabela 1. Consistência interna da subescala de Práticas de Enfermagem e das respetivas dimensões

| Dimensão | Nº de itens | No estudo | | Castilho e Pereira (2012) | |
|---------------------------------------|-------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| | | Alpha de Cronbach | Correlação item-total | Alpha de Cronbach | Correlação item-fator |
| Vigilância dos doentes | 2 | 0.85 | 0.74 | 0.73 | 0.58 |
| Advocacia dos doentes | 2 | 0.79 | 0.42 | 0.56 | 0.39 |
| Privacidade e confidencialidade | 2 | 0.70 | 0.55 | 0.78 | 0.64 |
| Prevenção de quedas | 3 | 0.80 | >0.54 | 0.80 | >0.60 |
| Prevenção de úlceras de pressão | 7 | 0.86 | >0.37 | 0.79 | >0.43 |
| Falhas na preparação da medicação | 6 | 0.83 | >0.56 | 0.81 | >0.51 |
| Falhas na administração da medicação | 7 | 0.85 | >0.48 | 0.86 | >0.56 |
| Falhas na vigilância da medicação | 2 | 0.74 | 0.60 | 0.79 | 0.65 |
| Higienização das mãos | 3 | 0.73 | >0.53 | 0.74 | >0.48 |
| Cuidados com EPIs e higiene ambiental | 6 | 0.72 | >0.26 | 0.75 | >0.45 |
| Global | 40 | 0.91 | >0.13 | 0.91 | --- |

Analisando os resultados que constituem a tabela 2 constatamos que para as dimensões da subescala dos eventos adversos, foram também observados valores iguais ou superiores a 0.70. Para os 12 itens que constituem esta subescala encontramos o valor 0.77, que se verifica ser ligeiramente inferior ao obtido por Castilho e Pereira (2012). Nas dimensões observámos valores de *alpha* superiores aos encontrados pela autora, tal significa que as dimensões da subescala de eventos adversos revelou melhor consistência interna quando aplicada aos elementos da amostra utilizada no presente estudo. Também nas correlações item-dimensão foram observados valores superiores aos encontrados pela autora.

Tabela 2. Consistência interna da subescala de Eventos Adversos e das respetivas dimensões

| Dimensão | Nº de itens | No estudo | | Obtido pelos autores | |
|---|-------------|-------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| | | Alpha de Cronbach | Correlação item-total | Alpha de Cronbach | Correlação item-fator |
| Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico | 2 | 0.82 | 0.70 | 0.69 | 0.51 |
| Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia | 2 | 0.79 | 0.43 | 0.66 | 0.48 |
| Risco de ocorrência de quedas | 2 | 0.71 | 0.44 | --- | 0.36 |
| Risco de ocorrência de úlceras de pressão | 2 | 0.78 | 0.64 | --- | 0.42 |
| Erros de medicação | 2 | 0.73 | 0.63 | 0.70 | 0.52 |
| Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde | 2 | 0.79 | 0.65 | 0.77 | 0.45 |
| Global | 12 | 0.77 | >0.26 | 0.81 | --- |

Os resultados atrás apresentados evidenciam que as subescalas da EAAPE e as respetivas dimensões apresentaram consistência interna aceitável e, conseqüentemente, podemos afirmar que, no presente estudo, este instrumento revelou boa fiabilidade.

Na PARTE III, em questões abertas, pretende-se que os enfermeiros identifiquem em cada uma das sete áreas de prestação de cuidados do serviço de urgência (Triagem, Área Médica 1, Área Médica 2, ...) pelo menos dois eventos adversos que consideram relevantes e duas medidas para minimizar a ocorrência destes eventos adversos.

1.9 – ASPETOS FORMAIS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Na perspetiva de esclarecer e certificar que foram respeitados os aspetos formais e considerações éticas na elaboração deste trabalho, apresenta-se os passos que se desenvolveram.

Tratando-se de uma investigação com cariz académico, foi apresentado na Escola de Enfermagem de Coimbra, onde o investigador se encontra inscrito no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um projeto de investigação e a sua apresentação, recebendo conhecimento e orientações para a continuação do percurso.

Como a autora do questionário EAAPE, que responde á questão central desta investigação, é também a orientadora deste trabalho de investigação, o consentimento foi obtido de forma informal.

Em Novembro de 2016 foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, o qual deu parecer favorável, n.º P382-12/2016, datado de 15 de Fevereiro de 2017 (Anexo I).

Em Março de 2017, foi pedida reunião informal à Diretora e Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência, onde se procedeu a uma breve apresentação do projeto de investigação e se solicitou parecer favorável para anexar ao pedido ao Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital em causa, onde se obteve autorização para a realização deste projeto, datada de 19 de Setembro de 2017 (Anexo II).

Foi elaborada uma carta, intitulada “Consentimento Informado”, onde se apresentou o estudo, nomeadamente a questão da investigação e os objetivos, sendo solicitada a colaboração voluntária, livre e esclarecida na investigação, mediante o preenchimento e devolução do “Consentimento Informado” em envelope fechado (Anexo III).

Todos os questionários e o pedido de consentimento informado foram entregues pessoalmente pelo investigador, esclarecendo qualquer dúvida que houvesse, e informando que o questionário deveria ser encerrado dentro dos envelopes entregues, separado do consentimento informado e colocado no gabinete do Enfermeiro Coordenador, dentro de caixas identificadas para o efeito (uma caixa para o consentimento informado outra para os questionários).

A entrega e recolha dos questionários decorreu de 16 a 29 de Outubro.

1.10 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após a recolha dos questionários, procedeu-se à análise e tratamento dos dados, orientados pela questão de investigação e pelos objetivos definidos.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. O tratamento estatístico foi efetuado informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), na versão 23 de 2016.

As técnicas estatísticas aplicadas foram frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média ordinal, média aritmética e mediana), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão), coeficientes *alpha* de *Cronbach* e de *Spearman*, teste de *Mann-Whitney*, teste *Kruskal-Wallis*, teste de significância do coeficiente de correlação de *Spearman* e teste *Kolmogorov-Smirnov* (como teste de normalidade).

Na escolha dos testes atendemos às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco (2007) e Pestana e Gageiro (2005). A opção por testes não paramétricos justifica-se, principalmente, pelo facto de as variáveis quantitativas, principalmente, as subescalas práticas de enfermagem e eventos adversos não apresentarem, na sua maioria, distribuição normal.

Para todos os testes foi fixado o valor 0.05 (5%) como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior ao valor fixado, ou seja, quando $p < 0.05$.

2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

No presente capítulo procedemos à análise e apresentação dos dados e resultados que obtivemos através da aplicação do instrumento de colheita que elaborámos e das técnicas estatísticas aplicadas, quer no âmbito descritivo quer em termos inferenciais, ou seja, no teste das hipóteses formuladas.

2.1 – ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS

Como podemos observar na tabela 3, os 64 enfermeiros que participaram no estudo tinham idades compreendidas entre 28 e 60 anos, sendo a idade média 40.53 ± 8.44 anos. Verificamos, também, que 28.1% tinham entre 30 e 35 anos, seguidos de 20.3% que pertenciam ao grupo etário do 35 aos 40 anos e de 15.6% cujas idades se situavam entre 45 e 50 anos. Metade dos elementos da amostra apresentava idades iguais ou superiores a 39.00 anos e a distribuição de frequências desta variável afastou-se significativamente de uma curva normal ou gaussiana ($p = 0.008$).

A maioria dos inquiridos, concretamente 56.3%, era do sexo feminino.

O tempo de exercício profissional situou-se entre 5 e 35 anos, sendo o tempo médio 17.06 ± 7.67 anos. Constata-se que 29.7% dos enfermeiros referiram tempos de exercício profissional entre 10 e 15 anos, seguindo-se 20.3% que indicaram tempos entre 20 e 25 anos. Metade dos elementos da amostra afirmou que exerciam a profissão há, pelo menos, 15.00 anos.

Relativamente ao tempo de exercício no serviço de urgência, verificamos que foram referidos valores entre 1 e 27 anos, sendo a média 12.22 ± 7.53 anos. Constatamos que 26.6% dos enfermeiros referiram tempos de trabalho em serviços de urgência compreendidos entre 5 e 10 anos, seguindo-se 23.4% que indicaram tempos entre 10 e 15 anos. Metade dos enfermeiros referiram tempos de exercício no serviço de urgência iguais ou superiores a 11.00 anos e a distribuição de frequência desta variável afastou significativamente de uma curva normal ($p = 0.035$).

Quanto às habilitações literárias, constata-se que a maioria, 51.6% dos enfermeiros possuía licenciatura, seguindo-se 25.0% tinham uma pós-graduação e 20.3% que possuíam especialidade/mestrado.

Tabela 3. Características socioprofissionais

| Variável | n | % |
|--|----|------|
| Grupo etário | | |
| < 30 | 2 | 3.1 |
| [30 – 35[| 18 | 28.1 |
| [35 – 40[| 13 | 20.3 |
| [40 – 45[| 9 | 14.1 |
| [45 – 50[| 10 | 15.6 |
| [50 – 55[| 9 | 14.1 |
| ≥ 55 | 3 | 4.7 |
| Min = 28; Máx = 60; M = 40.53; Md = 39.00; DP = 8.44; p = 0.008 | | |
| Sexo | | |
| Feminino | 36 | 56.3 |
| Masculino | 28 | 43.8 |
| Tempo de exercício profissional | | |
| < 10 | 12 | 18.8 |
| [10 – 15[| 19 | 29.7 |
| [15 – 20[| 7 | 10.9 |
| [20 – 25[| 13 | 20.3 |
| [25 – 30[| 8 | 12.5 |
| ≥ 30 | 5 | 7.8 |
| Min = 5; Máx = 35; M = 17.06; Md = 15.00; DP = 7.67; p = 0.003 | | |
| Tempo de exercício no serviço de urgência | | |
| < 5 | 11 | 17.2 |
| [5 – 10[| 17 | 26.6 |
| [10 – 15[| 15 | 23.4 |
| [15 – 20[| 7 | 10.9 |
| [20 – 25[| 10 | 15.6 |
| ≥ 25 | 4 | 6.3 |
| Min = 1; Máx = 27; M = 12.22; Md = 11.00; DP = 7.53; p = 0.035 | | |
| Habilitações literárias | | |
| Bacharelato | 1 | 1.6 |
| Licenciatura | 33 | 51.6 |
| Pós-graduação | 16 | 25.0 |
| Especialista/Mestrado | 13 | 20.3 |
| Doutoramento | 1 | 1.6 |

2.2 – EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

Seguidamente apresentamos os dados e resultados obtidos através da aplicação da EAAPE, fazendo a respetiva análise descritiva. Analisaremos primeiramente a subescala das práticas de enfermagem e após a subescala de EAs.

2.2.1 – Análise descritiva da subescala de EAAPE – Práticas de enfermagem

Observando os resultados que constituem a tabela 4 verificamos que na maioria dos itens os inquiridos não responderam em todas as alternativas possíveis, ou seja, as respostas não se situaram entre 1 e 5.

Os valores das medidas de tendência central (média e mediana) revelam que os itens em que os enfermeiros manifestaram melhor adesão às práticas preventivas de eventos adversos em enfermagem foram a higienização das mãos após o contacto com sangue e fluidos corporais e antes de procedimentos que exijam assepsia, o facto de os objetos corto/perfurantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) serem acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento, a não existência de falhas na execução da técnica de administração, a farmácia não enviar o medicamento errado, o respeito pela confidencialidade do doente, o facto de os enfermeiros não delegarem funções de enfermagem noutros profissionais menos preparados e de na manipulação de material corto/perfurante serem evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização. Em sentido oposto, os itens em que os enfermeiros evidenciaram a perceção de menor adesão às práticas preventivas de eventos adversos foram o facto de não serem utilizadas escalas de estratificação do risco, o suporte nutricional não ser ajustado às necessidades, o risco de quedas não ser avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído, o não ser realizada uma avaliação clínica global no início do internamento, o enfermeiro ser interrompido durante a atividade, não serem implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco, os reposicionamentos não serem ajustados às necessidades, a acomodação dos doentes não se realizar de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades), não ser realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias, os cuidados gerais à pele não serem adequados às necessidades identificadas e os procedimentos de prevenção de quedas não serem ajustados tendo em consideração a avaliação do risco.

Atendendo à relação entre os valores dos desvios padrão e a média, traduzida pelo coeficiente de variação, podemos afirmar que a dispersão das respostas nos diferentes itens foi bastante heterogénea, indiciando variabilidade nas respostas.

Tabela 4. Itens da subescala práticas de enfermagem: mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão (n=64)

| Item | Min | Máx | M | Md | DP |
|---|-----|-----|------|------|------|
| 1.1.Os doentes são adequadamente vigiados | 2 | 4 | 3.34 | 3.00 | 0.62 |
| 1.2.As alterações do estado clínico são oportunamente detetadas | 2 | 5 | 3.58 | 4.00 | 0.56 |
| 2.1.Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros “advogados” dos interesses do doente e família | 2 | 5 | 3.61 | 4.00 | 0.70 |
| 2.2.Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente | 2 | 5 | 3.66 | 4.00 | 0.72 |
| 2.3.Os enfermeiros respeitam a privacidade do doente | 2 | 5 | 3.75 | 4.00 | 0.67 |
| 2.4.Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do doente | 1 | 5 | 4.00 | 4.00 | 0.82 |
| R2.5.Os enfermeiros delegam funções de enfermagem noutros profissionais menos preparados | 2 | 5 | 4.00 | 4.00 | 0.87 |
| 3.1.O risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído | 1 | 5 | 2.09 | 2.00 | 1.17 |
| 3.2.Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendo em consideração a avaliação do risco | 1 | 5 | 2.97 | 3.00 | 1.21 |
| 3.3.A vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado | 1 | 5 | 3.06 | 3.00 | 0.96 |
| 4.1. No início do internamento é realizada uma avaliação clínica global... | 1 | 5 | 2.56 | 2.00 | 0.99 |
| 4.2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias | 1 | 4 | 2.86 | 3.00 | 0.79 |
| 4.3. São utilizadas escalas de estratificação do risco | 1 | 3 | 1.44 | 1.00 | 0.71 |
| 4.4.São implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco | 1 | 5 | 2.77 | 3.00 | 0.89 |
| 4.5.Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas | 2 | 5 | 2.86 | 3.00 | 0.71 |
| 4.6.O suporte nutricional é ajustado às necessidades | 1 | 4 | 2.03 | 2.00 | 0.78 |
| 4.7.Os reposicionamentos são ajustados às necessidades | 1 | 5 | 2.78 | 3.00 | 0.81 |
| R5.A.1.Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes | 2 | 5 | 3.70 | 4.00 | 0.85 |
| R5.A.2.Existirem muitos medicamentos no mesmo horário | 1 | 5 | 3.55 | 4.00 | 1.02 |
| R5.A.3.A farmácia enviar o medicamento errado | 3 | 5 | 4.05 | 4.00 | 0.63 |
| R5.A.4.Medicamento não disponível em tempo oportuno | 1 | 5 | 3.58 | 4.00 | 0.91 |
| R5.A.5.O enfermeiro ser interrompido durante a atividade | 1 | 5 | 2.75 | 3.00 | 1.05 |
| R5.A.6.Distração do enfermeiro | 2 | 5 | 3.89 | 4.00 | 0.65 |
| R5.B.1.Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação de doentes | 2 | 5 | 3.95 | 4.00 | 0.77 |
| R5.B.2.Falhas na comunicação entre médico e equipe de enfermagem sobre alteração da prescrição médica | 2 | 5 | 3.38 | 3.00 | 0.72 |
| R5.B.3.Falhas na comunicação (Prescrição médica oral ou por telefone) | 2 | 5 | 3.41 | 3.50 | 0.83 |
| R5.B.4.Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior) | 2 | 5 | 3.56 | 4.00 | 0.69 |
| R5.B.5.Incorreta identificação do medicamento preparado | 2 | 5 | 3.98 | 4.00 | 0.77 |
| R5.B.6.Incumprimento de procedimentos de identificação do doente | 2 | 5 | 3.95 | 4.00 | 0.74 |
| R5.B.7.Falhas na execução da técnica de administração | 2 | 5 | 4.08 | 4.00 | 0.74 |
| R5.C.1.Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões | 2 | 4 | 3.08 | 3.00 | 0.72 |
| R5.C.2.Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação | 1 | 5 | 3.25 | 3.00 | 0.84 |
| 6.3.1.HM antes e após o contacto com o doente | 1 | 5 | 3.73 | 4.00 | 0.93 |
| 6.3.2.HM antes de procedimentos que exijam assepsia | 2 | 5 | 4.36 | 5.00 | 0.78 |
| 6.3.3.HM após o contacto com sangue e fluidos corporais | 2 | 5 | 4.72 | 5.00 | 0.58 |
| 6.4.Os Equipamento de Proteção Individual (EPI) são selecionados e ajustados aos procedimentos a realizar | 2 | 5 | 3.69 | 4.00 | 0.92 |
| 6.5.Na manipulação de material cortante/perfurante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização | 1 | 5 | 4.00 | 4.00 | 0.94 |
| 6.6.Os objetos cortantes/perfurantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento | 1 | 5 | 4.19 | 4.00 | 0.89 |
| 6.7.A acomodação dos doentes realiza-se de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades) | 1 | 5 | 2.83 | 3.00 | 0.85 |
| 6.8.Os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem | 1 | 5 | 3.64 | 4.00 | 1.07 |
| 6.9.A roupa suja é triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado | 1 | 5 | 3.61 | 4.00 | 1.11 |

R – respostas apresentadas com inversão

Na tabela 5 apresentamos as percentagens observadas em cada uma das alternativas de resposta dos itens que constituem a subescala inerente às práticas de enfermagem e, adicionalmente, referimos as percentagens médias de respostas positivas em cada uma das dimensões. Esta informação tem como objetivo identificar as dimensões com bons resultados na adesão a práticas preventivas de eventos adversos em enfermagem. No presente estudo consideramos boa adesão nas práticas preventivas quando a média das respostas positivas (frequentemente e sempre) é \geq a 75%. Consideramos menos problemáticas, mas que nos merecem atenção para as tentar melhorar as dimensões com percentagem média de respostas positivas entre 50% e 75%. Consideramos áreas mais problemáticas e que carecem de atenção prioritária tendo em vista a implementação de ações de melhoria, as dimensões com percentagem média de respostas positivas $<$ 50%.

Analisando os valores médios de respostas positivas (frequentemente e sempre) em cada dimensão, observamos, que apenas as dimensões referentes à higienização das mãos (M=84.9%) e à privacidade e confidencialidade (M=76.6%) podem ser consideradas de boa adesão às práticas preventivas. Por sua vez as dimensões vigilância do doente (M=50.1%), advocacia do doente (M=59.4%), falhas na preparação de medicação (M=62.0%), falhas na administração de medicação (M=68.1%) e cuidados com EPIs e higiene ambiental (M=59.4%) são áreas em que carecem de alguma atenção para que possam ocorrer as convenientes melhorias. As dimensões relativas à prevenção de quedas (M=30.2%), à prevenção de úlceras por pressão (M=14.1%) e às falhas na vigilância da medicação (36.0%) constituem áreas mais problemáticas que carecem de atenção prioritária, no sentido de se obterem melhorias substanciais na adesão a práticas preventivas de eventos adversos em enfermagem.

A análise das respostas item a item, permite-nos constatar que na dimensão **Vigilância do doente**, apesar de 50.0% dos inquiridos afirmarem que algumas vezes os doentes são adequadamente vigiados, apenas 42,2% consideram que isso ocorre frequentemente; apenas 57.9% dos enfermeiros referiram que frequentemente ou sempre as alterações do estado clínico são oportunamente detetadas.

Na dimensão **advocacia dos doentes**, 57.8% manifestaram a perceção de que frequentemente ou sempre os enfermeiros se assumem como verdadeiros “advogados” dos interesses do doente e família e 61.0% referiram idêntica opinião perante a afirmação de que os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente.

Na dimensão **Privacidade e confidencialidade**, a maioria dos profissionais considerou que frequentemente ou sempre os enfermeiros respeitam a privacidade do doente (71.9%) e que os enfermeiros respeitam a confidencialidade do doente (81,3%).

Na dimensão **Prevenção de quedas**, a percentagem dos enfermeiros que consideram que nunca ou raramente o risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído é muito elevada, enquanto apenas 17,2% dos enfermeiros consideram que estes riscos são avaliados frequentemente ou sempre. Apesar de mais de 30% dos enfermeiros considerarem que os procedimentos de prevenção e a vigilância do doente são algumas vezes ajustados ao risco avaliado, a percentagem dos profissionais que consideram estas práticas sempre ou frequentemente realizadas é muito baixa 34,4% e 39,5%, respetivamente.

Na dimensão **prevenção de Ulceras de pressão**, os resultados evidenciam práticas preventivas com frequência muito baixa. Ainda que se reconheça que estas práticas se realizam algumas vezes, os valores observados nas âncoras frequentemente e sempre são preocupantes na generalidade dos itens. 70.3% dos enfermeiros consideraram que apenas raramente ou algumas vezes é realizada uma avaliação clínica global no início do internamento. 87.6% dos enfermeiros afirmaram que nunca ou raramente são utilizadas escalas de estratificação do risco e 73.4% consideraram que apenas raramente ou algumas vezes são implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco. 75.0% dos enfermeiros afirmam que nunca ou raramente o suporte nutricional é ajustado às necessidades e 79.7% consideraram que raramente ou algumas vezes os reposicionamentos são ajustados às necessidades.

Na dimensão **Falhas na preparação da medicação**, ainda que os valores médios nas respostas positivas (nunca ou raramente) sejam de 62%, destacamos, como particularmente problemáticos, os itens: o enfermeiro ser interrompido durante a atividade (apenas 23.5% dos enfermeiros considera que nunca ou raramente isto acontece), e o medicamento não estar disponível em tempo oportuno (56.3% dos enfermeiros considera que isto nunca ou raramente acontece).

Na dimensão **Falhas na administração da medicação** salientam-se como particularmente críticos os itens falhas na comunicação entre médico e equipe de enfermagem sobre alteração da prescrição médica (apenas 42.2% dos enfermeiros referiram raramente ou nunca); falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone) e falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior), com valores de nunca ou raramente de 50,1% e 60.9%, respetivamente.

Na dimensão **Vigilância da medicação**, a percentagem mais elevada observa-se na âncora algumas vezes, a percentagem de enfermeiros que considera que as falhas nestas prática nunca ou raramente acontecem é muito inferior a 50%.

Os resultados na dimensão **Higienização das mãos** evidenciam boas práticas. 70.3% dos enfermeiros referem que frequentemente ou sempre ocorre a higienização das mãos antes e após o contacto com o doente, 87.5% consideraram que frequentemente ou sempre ocorre a higienização das mãos antes de procedimentos que exijam assepsia e 96.9% consideraram que há frequentemente ou sempre higienização das mãos após o contacto com sangue e fluidos corporais.

Na dimensão de **cuidados com os EPÍS e higiene ambiental** salientam-se boas práticas no item em que na manipulação de material corto/perfurante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização (78.2% dos enfermeiros manifestaram frequentemente ou sempre) e no item que avalia os objetos cortam/perfurantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento (81.7% dos enfermeiros manifestaram frequentemente ou sempre).

Práticas indesejáveis são observadas no item que avalia a acomodação dos doentes se realiza de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades) onde apenas 20.4% dos enfermeiros considera que frequentemente ou sempre se realizam estas práticas, e 57.8% consideraram que frequentemente ou sempre os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem e igual percentagem manifestou a mesma percepção quanto ao facto de a roupa suja ser triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado.

Tabela 5. Subescala práticas de enfermagem: percentagem de cada resposta por item e dimensão (n=64)

| Dimensão (valor médio de respostas positivas) Item | Nunca | Raramente | Algumas vezes | Frequentemente | Sempre |
|--|-------|-----------|---------------|----------------|--------|
| Vigilância do doente (50.1%) | | | | | |
| 1.1.Os doentes são adequadamente vigiados | 0.0 | 7.8 | 50.0 | 42.2 | 0.0 |
| 1.2.As alterações do estado clínico são oportunamente detetadas | 0.0 | 1.6 | 40.6 | 56.3 | 1.6 |
| Advocacia do doente (59.4%) | | | | | |
| 2.1.Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros “advogados” dos interesses do doente e família | 0.0 | 4.7 | 37.5 | 50.0 | 7.8 |
| 2.2.Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente | 0.0 | 4.7 | 34.4 | 51.6 | 9.4 |
| Privacidade e confidencialidade (76.6%) | | | | | |
| 2.3.Os enfermeiros respeitam a privacidade do doente | 0.0 | 4.7 | 23.4 | 64.1 | 7.8 |
| 2.4.Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do doente | 1.6 | 3.1 | 14.1 | 56.3 | 25.0 |
| R2.5.Os enfermeiros delegam funções de enfermagem noutros profissionais menos preparados | 0.0 | 4.7 | 23.4 | 39.1 | 32.8 |
| Prevenção de quedas (30.2%) | | | | | |
| 3.1.O risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído | 42.2 | 25.0 | 15.6 | 15.6 | 1.6 |
| 3.2.Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendo em consideração a avaliação do risco | 17.2 | 12.5 | 35.9 | 25.0 | 9.4 |
| 3.3.A vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado | 6.3 | 21.9 | 32.8 | 37.5 | 1.6 |
| Prevenção de úlceras por pressão (14.1%) | | | | | |
| 4.1. No início do internamento é realizada uma avaliação clínica global... | 12.5 | 40.6 | 29.7 | 14.1 | 3.1 |
| 4.2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias | 1.6 | 34.4 | 40.6 | 23.4 | 0.0 |
| 4.3. São utilizadas escalas de estratificação do risco | 68.8 | 18.8 | 12.5 | 0.0 | 0.0 |
| 4.4.São implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco | 4.7 | 37.5 | 35.9 | 20.3 | 1.6 |
| 4.5.Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas | 0.0 | 31.3 | 53.1 | 14.1 | 1.6 |
| 4.6.O suporte nutricional é ajustado às necessidades | 25.0 | 50.0 | 21.9 | 3.1 | 0.0 |
| 4.7.Os reposicionamentos são ajustados às necessidades | 3.1 | 34.4 | 45.3 | 15.6 | 1.6 |
| Falhas na preparação de medicação (62.0%) | | | | | |
| R5.A.1.Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes | 12.5 | 57.8 | 17.2 | 12.5 | 0.0 |
| R5.A.2.Existirem muitos medicamentos no mesmo horário | 14.1 | 48.4 | 18.8 | 15.6 | 3.1 |
| R5.A.3.A farmácia enviar o medicamento errado | 21.9 | 60.9 | 17.2 | 0.0 | 0.0 |
| R5.A.4.Medicamento não disponível em tempo oportuno | 14.1 | 42.2 | 32.8 | 9.4 | 1.6 |
| R5.A.5.O enfermeiro ser interrompido durante a atividade | 6.3 | 17.2 | 31.3 | 35.9 | 9.4 |
| R5.A.6.Distração do enfermeiro | 14.1 | 62.5 | 21.9 | 1.6 | 0.0 |
| Falhas na administração de medicação (68.1%) | | | | | |
| R5.B.1.Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação de doentes | 23.4 | 51.6 | 21.9 | 3.1 | 0.0 |
| R5.B.2.Falhas na comunicação entre médico e equipe de enfermagem sobre alteração da prescrição médica | 4.7 | 37.5 | 48.4 | 9.4 | 0.0 |
| R5.B.3.Falhas na comunicação (Prescrição médica oral ou por telefone) | 6.3 | 43.8 | 34.4 | 15.6 | 0.0 |
| R5.B.4.Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior) | 3.1 | 57.8 | 31.3 | 7.8 | 0.0 |
| R5.B.5.Incorreta identificação do medicamento preparado | 21.9 | 60.9 | 10.9 | 6.3 | 0.0 |
| R5.B.6.Incumprimento de procedimentos de identificação do doente | 18.8 | 64.1 | 10.9 | 6.3 | 0.0 |
| R5.B.7.Falhas na execução da técnica de administração | 28.1 | 54.7 | 14.1 | 3.1 | 0.0 |
| Falhas na vigilância da medicação (36.0%) | | | | | |
| R5.C.1.Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões | 0.0 | 29.7 | 48.4 | 21.9 | 0.0 |
| R5.C.2.Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação | 3.1 | 39.1 | 39.1 | 17.2 | 1.6 |
| Higienização das mãos (84.9%) | | | | | |
| 6.3.1.HM antes e após o contacto com o doente | 1.6 | 10.9 | 17.2 | 53.1 | 17.2 |
| 6.3.2.HM antes de procedimentos que exijam assepsia | 0.0 | 3.1 | 9.4 | 35.9 | 51.6 |
| 6.3.3.HM após o contacto com sangue e fluidos corporais | 0.0 | 1.6 | 1.6 | 20.3 | 76.6 |
| Cuidados com EPIs e higiene ambiental (59.4%) | | | | | |
| 6.4.Os Equipamento de Proteção Individual (EPI) são selecionados e ajustados aos procedimentos a realizar | 0.0 | 12.5 | 25.0 | 43.8 | 18.8 |
| 6.5.Na manipulação de material cortopercutâneo são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização | 3.1 | 3.1 | 15.6 | 46.9 | 31.3 |
| 6.6.Os objetos cortam/perfurantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento | 1.6 | 1.6 | 17.2 | 35.9 | 43.8 |
| 6.7.A acomodação dos doentes realiza-se de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades) | 4.7 | 29.7 | 45.3 | 18.8 | 1.6 |
| 6.8.Os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem | 1.6 | 15.6 | 25.0 | 32.8 | 25.0 |
| 6.9.A roupa suja é triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado | 1.6 | 18.8 | 21.9 | 32.8 | 25.0 |

R – respostas apresentadas com inversão

Os resultados que apresentamos na tabela 6 permitem-nos conhecer as dimensões da subescala das práticas de enfermagem em que os inquiridos evidenciaram maior ou menor adesão às práticas preventivas de eventos adversos em enfermagem.

As dimensões em que se observou maior amplitude de resultados foram prevenção de quedas, privacidade e confidencialidade, advocacia dos doentes, falhas na preparação e vigilância da medicação e higienização das mãos. Nas dimensões vigilância dos doentes, falhas na administração de medicação, cuidados com EPIs e higiene ambiental, e prevenção de úlceras de pressão registámos menor amplitude nos resultados observados. Estes factos permitem-nos afirmar que os enfermeiros manifestaram ser mais heterogéneos na resposta aos itens que constituem as primeiras dimensões e mais homogéneos na resposta aos itens incluídos no segundo grupo de dimensões.

Atendendo aos valores apresentados pelas medidas de tendência central (média e mediana) podemos concluir que na maioria das dimensões os enfermeiros evidenciaram perceção positiva das práticas preventivas, dado os valores daquelas medidas se situaram acima do valor central da escala de avaliação, ou seja, acima dos 3 pontos. Salientamos as dimensões higienização das mãos, privacidade e confidencialidade e falhas na administração de medicação como sendo aquelas em que os enfermeiros revelaram maior adesão às práticas preventivas e as dimensões falhas na vigilância de medicação, prevenção de quedas e prevenção de úlceras de pressão que evidenciam ser áreas a merecer mais atenção no sentido de melhoras a adesão às práticas preventivas de eventos adversos em enfermagem.

As dimensões em que se registou maior dispersão foram a prevenção de quedas, a prevenção de úlceras de pressão e as falhas na vigilância de medicação. Por outro lado, observou-se menor dispersão de resultados nas áreas relacionadas com as dimensões falhas na administração de medicação, higienização das mãos e vigilância dos doentes.

No total das práticas de enfermagem observámos valores entre 2.53 e 4.35 pontos, sendo os valores médio e mediano (3.41 e 3.40 pontos) ligeiramente superiores ao ponto central da escala de avaliação. A variabilidade dos valores observados situou-se nos 11.4%, o que significa que a dispersão é baixa.

A análise das significâncias do teste de normalidade, revelou que a distribuição de frequências das dimensões vigilância e advocacia dos doentes, privacidade e confidencialidade, prevenção de úlceras de pressão, falhas na administração e na vigilância de medicação e higienização das mãos se afastaram significativamente de uma curva normal.

Tabela 6. Dimensões da subescala práticas de enfermagem: mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão e teste de normalidade (n=64)

| Dimensão | Min | Máx | M | Md | DP | p |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Vigilância dos doentes | 2.00 | 4.50 | 3.46 | 3.50 | 0.55 | <0.001 |
| Advocacia dos doentes | 2.00 | 5.00 | 3.63 | 3.50 | 0.60 | <0.001 |
| Privacidade e confidencialidade | 1.50 | 5.00 | 3.88 | 4.00 | 0.65 | <0.001 |
| Prevenção de quedas | 1.00 | 4.67 | 2.71 | 2.67 | 0.94 | 0.200 |
| Prevenção de úlceras de pressão | 1.57 | 4.43 | 2.47 | 2,36 | 0.60 | 0.002 |
| Falhas na preparação de medicação | 2.00 | 5.00 | 3.59 | 3.67 | 0.64 | 0.089 |
| Falhas na administração de medicação | 2.29 | 5.00 | 3.76 | 3,71 | 0.55 | 0.029 |
| Falhas na vigilância de medicação | 1.50 | 4.50 | 3.16 | 3.00 | 0.70 | 0.001 |
| Higienização das mãos | 2.00 | 5.00 | 4.27 | 4.33 | 0.63 | <0.001 |
| Cuidados com EPIs e higiene ambiental | 2.17 | 5.00 | 3.66 | 3.67 | 0.63 | 0.200 |
| Práticas de enfermagem - Total | 2.53 | 4.35 | 3.41 | 3.40 | 0.39 | 0.200 |

2.2.2 – Análise descritiva da subescala de EAAPE – Eventos adversos

Os resultados que constituem a tabela 7 permitem-nos constatar que na maioria dos itens os enfermeiros não responderam em todas as alternativas possíveis.

Os valores médios e medianos revelam que os itens em que os enfermeiros percecionaram menor ocorrência de eventos adversos estão relacionados com as áreas da existência de risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado, da ocorrência de erros de medicação, da existência do risco de ocorrência de erros de medicação e da ocorrência de quedas. Por outro lado, verificamos que os enfermeiros percecionaram maior ocorrência de eventos adversos nos itens existe risco de ocorrerem infeções (IACS), existe o risco de ocorrência de úlceras de pressão e existe risco de ocorrência de quedas de doentes.

O cálculo da relação entre o desvio padrão e a média (coeficiente de variação), permite-nos afirmar que a dispersão das respostas foi mais elevada nos itens onde existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado, existe o risco de ocorrência de erros de medicação, existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente e ocorrem úlceras de pressão. A menor dispersão de respostas foi registada nos itens existe risco de ocorrerem infeções (IACS), existe risco de ocorrência de quedas de doentes, existe o risco de ocorrência de úlceras de pressão e existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por défice de vigilância.

Nos dois itens relativos à percepção geral observámos resultados compreendidos entre 2 e 5 pontos, sendo os valores médios 3.03 e 3.58 pontos. Em ambos os itens, metade dos inquiridos obteve resultados iguais ou superiores a 3.00 pontos mas a dispersão dos resultados é mais elevada no item a ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente do que no item os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados.

Tabela 7. Itens da subescala eventos adversos: mínimo, máximo, média mediana e desvio padrão (n=64)

| Item | Min | Máx | M | Md | DP |
|--|-----|-----|------|------|------|
| 1.3.Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por défice de vigilância | 2 | 5 | 3.14 | 3.00 | 0.75 |
| 1.4.Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado | 1 | 5 | 2.88 | 3.00 | 0.79 |
| 2.6.Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente | 1 | 5 | 2.70 | 3.00 | 0.81 |
| 2.7.Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado | 1 | 5 | 2.08 | 2.00 | 1.03 |
| 3.4.Existe risco de ocorrência de quedas de doentes | 1 | 5 | 3.42 | 3.50 | 0.79 |
| 3.5.Ocorrem quedas de doentes | 2 | 5 | 2.67 | 3.00 | 0.67 |
| 4.8.Existe o risco de ocorrência de úlceras de pressão | 2 | 5 | 3.63 | 4.00 | 0.85 |
| 4.9.Ocorrem úlceras de pressão | 1 | 5 | 2.88 | 3.00 | 0.85 |
| 5.1.Existe o risco de ocorrência de erros de medicação | 1 | 5 | 2.67 | 3.00 | 0.86 |
| 5.2.Ocorrem erros de medicação | 1 | 4 | 2.22 | 2.00 | 0.55 |
| 6.1.Existe risco de ocorrerem infeções (IACS) | 2 | 5 | 3.69 | 4.00 | 0.83 |
| 6.2.Ocorrem infeções (IACS) | 2 | 5 | 3.33 | 3.00 | 0.84 |
| 7.1.A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente | 2 | 5 | 3.03 | 3.00 | 0.82 |
| 7.2.Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados | 2 | 5 | 3.58 | 3.00 | 0.71 |

Os resultados que constituem a tabela 8 correspondem às percentagens observadas em cada uma das alternativas de resposta dos itens que constituem a subescala dos eventos adversos. Indicamos, também, as percentagens médias de respostas positivas em cada uma das dimensões, tendo presente que estas respostas correspondem às alternativas “nunca” ou “raramente”. Podemos, assim, identificar as dimensões em que os enfermeiros evidenciaram percepção de menor ocorrência de eventos adversos (percentagem respostas positivas média $\geq 75\%$) e aquelas em que ocorreu a situação contrária.

Como se pode verificar em todas as dimensões desta subescala foram observadas percentagens médias de respostas positivas inferiores a 75%. Salientamos as dimensões em que os enfermeiros revelaram percepção de elevado risco de ocorrência de eventos adversos, e, conseqüentemente, merecem maior atenção e exigem implementação de mudanças tendentes a inverter a atual realidade, nomeadamente as áreas inerentes ao risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (13.3% de respostas positivas), ao risco e ocorrência de úlceras de pressão (18.0% de respostas positivas), ao risco de agravamento

por défice de vigilância e julgamento clínico (23.5% de respostas positivas) e ao risco e ocorrência de quedas (26,6% de respostas positivas)

Analisando a distribuição das respostas em cada um dos itens separadamente verificamos que a perceção de risco é mais elevada do que a perceção da ocorrência e que a perceção de que pelo menos algumas vezes estes eventos ocorrem é bastante elevada. Contudo, não podemos deixar de salientar os eventos em que uma elevada percentagem dos enfermeiros considera que estes eventos ocorrem frequentemente ou sempre.

Na análise do risco de agravamento do estado do doente por défice de vigilância, 56.3% dos enfermeiros afirmaram que algumas vezes existe este risco (26,8% referem que existe frequentemente ou sempre este risco). 56.4% responderam da mesma forma perante a afirmação existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado, no entanto a percentagem de que este risco existe frequentemente ou sempre é mais reduzida.

Na análise do risco de agravamento/complicações no estado do doente por défice de advocacia, 84.4% referiram que algumas vezes ou raramente existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente e 64.1% responderam da mesma forma perante a afirmação referente à existência de risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado.

Relativamente ao risco e ocorrência de quedas, cerca de metade dos inquirido (49.7%) afirmaram que frequentemente ou sempre existe risco de ocorrência de quedas de doentes e embora a percentagem de enfermeiros que afirma que frequentemente ou sempre ocorrem quedas de doente seja mais baixa (7,9) não podemos ignorar que 50.0% consideraram que algumas vezes ocorrem quedas de doentes;

Relativamente ao risco de ocorrência de úlceras de pressão, verificamos que 57.9% responderam frequentemente ou sempre, e embora esta percentagem reduza para 17.2 % quando se referem à ocorrência de úlceras de pressão, 76.6% dos enfermeiros afirmaram que raramente e algumas vezes ocorrem úlceras de pressão.

A perceção de erros de medicação é comparativamente mais baixa (61.7% de respostas positivas), contudo 81.2% dos enfermeiros afirmaram que raramente ou algumas vezes existe o risco de ocorrência de erros de medicação e 93.7% consideraram que raramente ou algumas vezes ocorrem erros de medicação.

Na análise da dimensão infeções associadas aos cuidados de saúde, verifica-se que 64.1% manifestaram a perceção de que frequentemente ou sempre existe risco de ocorrerem infeções (IACS) e 43.8% referiram que frequentemente ou sempre ocorrem infeções (IACS).

Em termos de perceção geral, verificamos que 25% dos profissionais consideram que frequentemente ou sempre ocorrem eventos adversos associados às práticas de enfermagem que comprometem a segurança do doente. Uma larga maioria dos profissionais (75.0%) reconhece que esta realidade ocorre pelo menos raramente ou algumas vezes. Salienta-se que 50.0% manifestaram a opinião de que algumas vezes os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados, mas uma percentagem significativa considera que frequentemente ou sempre se poderiam evitar (48.4%).

Tabela 8. Subescala eventos adversos: percentagem de cada resposta por item e dimensão (n=64)

| Dimensão Item | Nunca | Rara- mente | Alguma s vezes | Frequen- temente | Sempre |
|---|--------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------|
| Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico (23.5%) | | | | | |
| 1.3.Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por défice de vigilância | 0.0 | 17.2 | 56.3 | 21.9 | 4.9 |
| 1.4.Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado | 1.6 | 28.1 | 56.3 | 9.4 | 4.7 |
| Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia (58.6%) | | | | | |
| 2.6.Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente | 3.1 | 39.1 | 45.3 | 9.4 | 3.1 |
| 2.7.Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado | 29.7 | 45.3 | 18.8 | 0.0 | 6.3 |
| Risco e ocorrência de quedas (26.6%) | | | | | |
| 3.4.Existe risco de ocorrência de quedas de doentes | 1.6 | 9.4 | 39.1 | 45.3 | 4.7 |
| 3.5.Ocorrem quedas de doentes | 0.0 | 42.2 | 50.0 | 6.3 | 1.6 |
| Risco e ocorrência de úlceras de pressão (18.0%) | | | | | |
| 4.8.Existe o risco de ocorrência de úlceras de pressão | 0.0 | 9.4 | 32.8 | 43.8 | 14.1 |
| 4.9.Ocorrem úlceras de pressão | 6.3 | 20.3 | 56.3 | 14.1 | 3.1 |
| Erros de medicação (61.7%) | | | | | |
| 5.1.Existe o risco de ocorrência de erros de medicação | 3.1 | 45.3 | 35.9 | 12.5 | 3.1 |
| 5.2.Ocorrem erros de medicação | 4.7 | 70.3 | 23.4 | 1.6 | 0.0 |
| Risco de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (13.3%) | | | | | |
| 6.1.Existe risco de ocorrerem infeções (IACS) | 0.0 | 9.4 | 26.6 | 50.0 | 14.1 |
| 6.2.Ocorrem infeções (IACS) | 0.0 | 17.2 | 39.1 | 37.5 | 6.3 |
| Perceção geral | | | | | |
| 7.1.A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente | 0.0 | 26.6 | 48.4 | 20.3 | 4.7 |
| 7.2.Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados | 0.0 | 1.6 | 50.0 | 37.5 | 10.9 |

Tendo por base os resultados que constituem a tabela 9 podemos verificar que a maior amplitude de resultados ocorreu nas dimensões risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia e risco e ocorrência de úlceras de pressão. Nas restantes dimensões a amplitude dos resultados é semelhante.

Os valores médios e medianos revelam que as dimensões em que os enfermeiros evidenciaram perceção de maior ocorrência de eventos adversos foram risco de infeções associadas aos cuidados de saúde, risco e ocorrência de úlceras de pressão, risco e ocorrência de quedas e risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico.

A maior dispersão de resultados foi observada nas dimensões risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia, erros de medicação, risco e ocorrência de úlceras de pressão e risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico.

No total dos eventos adversos, observamos valores médios compreendidos entre 2.00 e 4.25 pontos, sendo o valor médio 2.94 pontos e a mediana 2.92 pontos, indiciando que globalmente os enfermeiros percecionam que estes eventos ocorrem pelo menos algumas vezes.

Em todas as dimensões e no total dos eventos adversos as distribuições de frequências afastaram-se significativamente das características da distribuição normal.

Tabela 9. Dimensões da subescala eventos adversos: mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão e teste de normalidade (n=64)

| Dimensão | Min | Máx | M | Md | DP | p |
|---|------------|------------|----------|-----------|-----------|--------------|
| Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico | 2.00 | 5.00 | 3.01 | 3.00 | 0.71 | <0.001 |
| Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia | 1.00 | 5.00 | 2.39 | 2.50 | 0.78 | <0.001 |
| Risco e ocorrência de quedas | 2.00 | 5.00 | 3.05 | 3.00 | 0.62 | <0.001 |
| Risco e ocorrência de úlceras de pressão | 1.50 | 5.00 | 3.25 | 3.50 | 0.77 | <0.001 |
| Erros de medicação | 1.00 | 4.00 | 2.45 | 2.50 | 0.64 | <0.001 |
| Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde | 2.00 | 5.00 | 3.51 | 3.50 | 0.76 | <0.001 |
| Eventos adversos - Total | 2.00 | 4.25 | 2.94 | 2.92 | 0.43 | 0.022 |

2.3 – ANÁLISE INFERENCIAL DOS RESULTADOS

Seguidamente procedemos à análise e apresentação dos resultados das técnicas inferenciais aplicadas para testar as hipóteses formuladas. Iniciamos com as hipóteses referentes à perceção das práticas de enfermagem, seguidamente, as hipóteses envolvendo a subescala dos eventos adversos e, por último, a hipótese de relação entre as dimensões das duas subescalas.

2.3.1 – Práticas de enfermagem, idade, tempo de profissão, tempo de exercício em SU, género e habilitações profissionais

A hipótese geral «A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, está relacionada com as características individuais dos profissionais» foi testada através da criação de hipótese secundárias como foi exposto na metodologia.

Para testar as hipóteses «A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, está relacionada com a idade», «A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, está relacionada com o tempo de profissão» e «A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, está relacionada com o tempo de exercício no SU» procedemos ao cálculo da correlação entre os valores observados para cada uma das dimensões e os dados das variáveis em causa. Para tal, aplicámos o coeficiente de correlação de Spearman e o respetivo teste de significância.

Os resultados que apresentamos na tabela 10 permitem-nos constatar que não existe qualquer correlação estatisticamente significativa ($p > 0.05$) entre a percepção dos enfermeiros sobre as práticas de cuidados de enfermagem (dimensões e total) e as variáveis idade, tempo de profissão e tempo de exercício em SU. Atendendo a este facto, podemos concluir que a percepção sobre as práticas de enfermagem não está associada à idade dos profissionais, ao tempo de profissão e ao tempo de serviço em SU.

Tabela 10. Correlação de Spearman da subescala de práticas de enfermagem e respetivas dimensões com a idade, o tempo de experiência profissional e o tempo de exercício em SU (n=64)

| Dimensão | Idade | | Tempo de profissão | | Tempo de exercício em SU | |
|---------------------------------------|-------|-------|--------------------|-------|--------------------------|-------|
| | r_s | p | r_s | P | r_s | p |
| Vigilância dos doentes | +0.06 | 0.647 | +0.05 | 0.722 | -0.08 | 0.520 |
| Advocacia dos doentes | -0.05 | 0.678 | -0.03 | 0.843 | +0.03 | 0.827 |
| Privacidade e confidencialidade | +0.08 | 0.557 | +0.07 | 0.584 | -0.09 | 0.476 |
| Prevenção de quedas | +0.23 | 0.064 | +0.20 | 0.121 | +0.05 | 0.686 |
| Prevenção de úlceras de pressão | +0.05 | 0.709 | -0.01 | 0.933 | -0.03 | 0.826 |
| Falhas na preparação de medicação | +0.11 | 0.371 | +0.09 | 0.475 | +0.03 | 0.811 |
| Falhas na administração de medicação | -0.05 | 0.676 | -0.09 | 0.493 | -0.09 | 0.490 |
| Falhas na vigilância de medicação | +0.01 | 0.971 | -0.03 | 0.823 | -0.18 | 0.162 |
| Higienização das mãos | +0.10 | 0.424 | +0.07 | 0.569 | +0.06 | 0.613 |
| Cuidados com EPIs e higiene ambiental | +0.24 | 0.055 | +0.23 | 0.072 | +0.12 | 0.327 |
| Práticas de enfermagem - Total | +0.17 | 0.192 | +0.11 | 0.378 | -0.02 | 0.907 |

O teste da hipótese «**A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, difere consoante o género dos profissionais**» foi realizado aplicando o teste U de Mann-Whitney e os resultados obtidos estão apresentados na tabela 11.

Como se verifica, em todas as dimensões e, também, no total, nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa ($p > 0.05$), ou seja, as evidências estatísticas não permitem confirmar a hipótese formulada e, conseqüentemente, admitimos que a percepção dos enfermeiros do género feminino sobre as práticas de cuidados de enfermagem é semelhante à percepção manifestada pelos enfermeiros do género masculino.

Tabela 11. Teste U de Mann-Whitney para comparação da subescala de práticas de enfermagem e respetivas dimensões em função do género (n=64)

| Dimensão | n | M_{ord} | M | Md | Z | p |
|--|----------|------------------------|----------|-----------|----------|----------|
| Género | | | | | | |
| Vigilância dos doentes | | | | | | |
| Feminino | 36 | 33.26 | 3.50 | 3.50 | -0.40 | 0.693 |
| Masculino | 28 | 31.52 | 3.41 | 3.50 | | |
| Advocacia dos doentes | | | | | -0.24 | 0.810 |
| Feminino | 36 | 32.03 | 3.61 | 3.50 | | |
| Masculino | 28 | 33.11 | 3.66 | 3.75 | | |
| Privacidade e confidencialidade | | | | | -0.13 | 0.897 |
| Feminino | 36 | 32.25 | 3.88 | 4.00 | | |
| Masculino | 28 | 32.82 | 3.88 | 4.00 | | |
| Prevenção de quedas | | | | | -0.44 | 0.663 |
| Feminino | 36 | 31.61 | 2.67 | 2.67 | | |
| Masculino | 28 | 33.64 | 2.76 | 2.83 | | |
| Prevenção de úlceras de pressão | | | | | -0.41 | 0.684 |
| Feminino | 36 | 31.67 | 2.46 | 2.21 | | |
| Masculino | 28 | 33.57 | 2.47 | 2.43 | | |
| Falhas na preparação de medicação | | | | | -1.65 | 0.100 |
| Feminino | 36 | 35.86 | 3.68 | 3.67 | | |
| Masculino | 28 | 28.18 | 3.46 | 3.42 | | |
| Falhas na administração de medicação | | | | | -0.72 | 0.474 |
| Feminino | 36 | 33.96 | 3.81 | 3.86 | | |
| Masculino | 28 | 30.63 | 3.70 | 3.71 | | |
| Falhas na vigilância de medicação | | | | | -0.04 | 0.972 |
| Feminino | 36 | 32.57 | 3.18 | 3.00 | | |
| Masculino | 28 | 32.41 | 3.14 | 3.00 | | |
| Higienização das mãos | | | | | -0.45 | 0.654 |
| Feminino | 36 | 31.60 | 4.28 | 4.33 | | |
| Masculino | 28 | 33.66 | 4.26 | 4.33 | | |
| Cuidados com EPIs e higiene ambiental | | | | | -0.81 | 0.419 |
| Feminino | 36 | 34.15 | 3.73 | 3.67 | | |
| Masculino | 28 | 30.38 | 3.57 | 3.50 | | |
| Práticas de enfermagem – Total | | | | | -0.41 | 0.685 |
| Feminino | 36 | 33.33 | 3.44 | 3.40 | | |
| Masculino | 28 | 31.43 | 3.37 | 3.40 | | |

Para decidir acerca da hipótese «**A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, difere consoante as suas habilitações profissionais**» aplicámos o teste Kruskal-Wallis. O agrupamento das alternativas Bacharelato com Licenciatura e de Mestrado/CEE com Doutoramento, justifica-se pelo facto de na amostra existir, apenas um elemento com Bacharelato e outro com Doutoramento.

Os resultados que constituem a tabela 12 revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões relativas à vigilância dos doentes ($p = 0.049$), à prevenção das úlceras de pressão ($p = 0.006$) e às falhas na administração de medicação ($p = 0.040$). Também se observa a existência de diferença estatisticamente significativa em termos da percepção das práticas de enfermagem – total ($p = 0.010$). Da análise comparativa dos valores das medidas de tendência central (média ordinal, média e mediana) podemos afirmar que enfermeiros com Bacharelato ou Licenciatura assim como os que possuem Mestrado/CEE ou Doutoramento evidenciam percepção de melhor vigilância dos doentes e que os primeiros revelam percepção de melhor prevenção de úlceras de pressão e de melhores práticas na vigilância de medicação e percepção de melhores práticas de enfermagem no total.

Tabela 12. Teste Kruskal-Wallis para comparação da subescala de práticas de enfermagem e respetivas dimensões em função das habilitações profissionais (n=64)

| Dimensão | n | M _{ord} | M | Md | χ^2 | p |
|--|----|------------------|------|------|----------|--------------|
| Habilitações profissionais | | | | | | |
| Vigilância dos doentes | | | | | 5.98 | 0.049 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 36.40 | 3.59 | 4.00 | | |
| Pós graduação | 16 | 23.44 | 3.19 | 3.00 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 33.39 | 3.46 | 3.50 | | |
| Advocacia dos doentes | | | | | 0.87 | 0.648 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 31.01 | 3.59 | 3.50 | | |
| Pós graduação | 16 | 32.34 | 3.63 | 3.50 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 36.29 | 3.75 | 4.00 | | |
| Privacidade e confidencialidade | | | | | 1.24 | 0.538 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 34.18 | 3.97 | 4.00 | | |
| Pós graduação | 16 | 28.34 | 3.75 | 4.00 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 33.18 | 3.79 | 4.00 | | |
| Prevenção de quedas | | | | | 3.72 | 0.156 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 36.28 | 2.91 | 3.00 | | |
| Pós graduação | 16 | 25.59 | 2.35 | 2.33 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 31.21 | 2.62 | 2.67 | | |
| Prevenção de úlceras de pressão | | | | | 10.08 | 0.006 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 39.40 | 2.68 | 2.57 | | |
| Pós graduação | 16 | 24.03 | 2.21 | 2.07 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 25.43 | 2.24 | 2.14 | | |
| Falhas na preparação de medicação | | | | | 3.38 | 0.184 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 36.18 | 3.75 | 3.67 | | |
| Pós graduação | 16 | 26.03 | 3.32 | 3.33 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 30.96 | 3.50 | 3.67 | | |
| Falhas na administração de medicação | | | | | 5.58 | 0.061 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 37.38 | 3.92 | 3.93 | | |
| Pós graduação | 16 | 29.25 | 3.67 | 3.64 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 24.36 | 3.47 | 3.57 | | |
| Falhas na vigilância de medicação | | | | | 6.45 | 0.040 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 37.72 | 3.37 | 3.50 | | |
| Pós graduação | 16 | 24.47 | 2.84 | 3.00 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 29.00 | 3.04 | 3.00 | | |
| Higienização das mãos | | | | | 2.19 | 0.335 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 34.54 | 4.30 | 4.33 | | |
| Pós graduação | 16 | 26.66 | 4.13 | 4.00 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 34.21 | 4.36 | 4.33 | | |
| Cuidados com EPIs e higiene ambiental | | | | | 1.46 | 0.482 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 33.85 | 3.70 | 3.83 | | |
| Pós graduação | 16 | 27.69 | 3.53 | 3.42 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 34.71 | 3.71 | 3.67 | | |
| Práticas de enfermagem – Total | | | | | 9.24 | 0.010 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 38.88 | 3.54 | 3.60 | | |
| Pós graduação | 16 | 22.59 | 3.21 | 3.25 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 28.32 | 3.31 | 3.35 | | |

CEE – Curso de Especialização em Enfermagem

Com base nos resultados apresentados, podemos concluir que a hipótese geral «**A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, está relacionada com as características individuais dos profissionais**» apenas se confirma em termos das habilitações profissionais dos enfermeiros pois é esta a única variável que evidencia influência, estatisticamente significativa, na percepção dos enfermeiros sobre as práticas de cuidados de enfermagem.

2.3.2 – Eventos adversos, idade, tempo de profissão, tempo de exercício em SU, género e habilitações profissionais

No seguimento da metodologia atrás definida, a hipótese geral «**A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre eventos adversos, está relacionada com as características individuais dos profissionais**» foi testada através das hipóteses secundárias que dela resultaram.

Para testar as hipóteses «**A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre eventos adversos, de enfermagem, está relacionada com a idade**», «**A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre os eventos adversos, de enfermagem, está relacionada com o tempo de profissão**» e «**A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre os eventos adversos, está relacionada com o tempo de exercício no SU**» aplicámos, novamente, o coeficiente de correlação de Spearman e o respetivo teste de significância. Os resultados destes estudos estão apresentados na tabela 13 e da sua análise podemos verificar que existe correlação estatisticamente significativa entre a percepção dos enfermeiros sobre os erros de medicação e a idade ($r_s = -0.25$; $p = 0.044$). Sendo a correlação negativa podemos, ainda, afirmar que os enfermeiros mais velhos tendem a evidenciar percepção de menos erros de medicação. Verificamos, também, a existência de correlações estatisticamente significativas na percepção dos enfermeiros sobre risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico ($r_s = +0.34$; $p = 0.005$), sobre o risco e ocorrência de quedas ($r_s = +0.26$; $p = 0.039$) e sobre a totalidade dos eventos adversos ($r_s = 0.26$; $p = 0.041$) com o tempo de exercício em SU. Atendendo ao facto de estas correlações serem positivas podemos afirmar que os enfermeiros que exercem a sua atividade no SU há mais tempo tendem a perceber maior risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico, maior risco e ocorrência de quedas e mais eventos adversos no total.

Os dados não corroboram a hipótese de relação entre a percepção sobre eventos adversos e o tempo de profissão dos enfermeiros.

Tabela 13. Correlação de Spearman da subescala de eventos adversos e respetivas dimensões com a idade, o tempo de experiência profissional e tempo de exercício em SU (n=64)

| Dimensão | Idade | | Tempo de profissão | | Tempo de exercício em SU | |
|---|----------------|--------------|--------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| | r _s | p | r _s | p | r _s | p |
| Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico | +0.20 | 0.122 | +0.16 | 0.202 | +0.34 | 0.005 |
| Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia | +0.15 | 0.248 | +0.16 | 0.197 | +0.22 | 0.085 |
| Risco e ocorrência de quedas | +0.12 | 0.339 | +0.15 | 0.228 | +0.26 | 0.039 |
| Risco e ocorrência de úlceras de pressão | -0.20 | 0.113 | -0.14 | 0.268 | +0.10 | 0.436 |
| Erros de medicação | -0.25 | 0.044 | -0.18 | 0.149 | -0.03 | 0.826 |
| Risco de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde | -0.14 | 0.267 | -0.16 | 0.209 | -0.84 | 0.509 |
| Eventos adversos - Total | +0.01 | 0.996 | +0.03 | 0.817 | +0.26 | 0.041 |

A hipótese «**A perceção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre os eventos adversos, de enfermagem, difere consoante o género dos profissionais**» foi testada através do teste U de Mann-Whitney e os resultados obtidos e que constituem a tabela 14 evidenciam a não existência de qualquer diferença estatisticamente significativa ($p > 0.05$). Este facto leva-nos a concluir que não existem evidências estatísticas de que a perceção dos enfermeiros sobre os eventos adversos, de enfermagem, seja diferente consoante o género dos profissionais ou, por outras palavras, os dados não corroboram a hipótese formulada.

Tabela 14. Teste U de Mann-Whitney para comparação da subescala de eventos adversos e respetivas dimensões em função do género (n=64)

| Dimensão | n | M _{ord} | M | Md | Z | p |
|---|----|------------------|------|------|-------|-------|
| Género | | | | | | |
| Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico | | | | | | |
| Feminino | 36 | 31.15 | 2.94 | 3.00 | -0.69 | 0.492 |
| Masculino | 28 | 34.23 | 3.09 | 3.00 | | |
| Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia | | | | | | |
| Feminino | 36 | 30.54 | 2.29 | 2.00 | -0.99 | 0.325 |
| Masculino | 28 | 35.02 | 2.52 | 2.50 | | |
| Risco e ocorrência de quedas | | | | | | |
| Feminino | 36 | 33.35 | 3.06 | 3.00 | -0.43 | 0.669 |
| Masculino | 28 | 31.41 | 3.04 | 3.00 | | |
| Risco e ocorrência de úlceras de pressão | | | | | | |
| Feminino | 36 | 32.72 | 3.25 | 3.50 | -0.11 | 0.912 |
| Masculino | 28 | 32.21 | 3.25 | 3.50 | | |
| Erros de medicação | | | | | | |
| Feminino | 36 | 33.83 | 2.49 | 2.50 | -0.69 | 0.494 |
| Masculino | 28 | 30.79 | 2.39 | 2.25 | | |
| Risco de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde | | | | | | |
| Feminino | 36 | 32.92 | 3.51 | 3.75 | -0.21 | 0.835 |
| Masculino | 28 | 31.96 | 3.50 | 3.50 | | |
| Eventos adversos – Total | | | | | | |
| Feminino | 36 | 33.07 | 2.92 | 2.96 | -0.28 | 0.781 |
| Masculino | 28 | 31.77 | 2.96 | 2.88 | | |

Aplicando o teste Kruskal-Wallis podemos decidir relativamente à hipótese «**A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre os eventos adversos difere consoante as suas habilitações profissionais**». Observando os resultados que apresentamos na tabela 15 podemos verificar que apenas existe diferença estatisticamente significativa ($p = 0.002$) na dimensão referente aos erros de medicação e os valores obtidos para as medidas de tendência central revelam que os enfermeiros com habilitações profissionais mais elevadas tendem a perceber mais erros de medicação.

Tabela 15. Teste Kruskal-Wallis para comparação da subescala de eventos adversos e respetivas dimensões em função das habilitações profissionais (n=64)

| Dimensão | n | M _{ord} | M | Md | χ^2 | p |
|---|----|------------------|------|------|----------|--------------|
| Habilitações profissionais | | | | | | |
| Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico | | | | | 0.24 | 0.888 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 31.84 | 3.00 | 3.00 | | |
| Pós graduação | 16 | 34.38 | 3.09 | 3.00 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 31.96 | 2.93 | 3.00 | | |
| Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia | | | | | 1.03 | 0.598 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 31.09 | 2.34 | 2.25 | | |
| Pós graduação | 16 | 31.75 | 2.38 | 2.25 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 36.79 | 2.54 | 2.50 | | |
| Risco e ocorrência de quedas | | | | | 2.44 | 0.296 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 29.32 | 2.93 | 3.00 | | |
| Pós graduação | 16 | 37.38 | 3.22 | 3.00 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 34.64 | 3.14 | 3.25 | | |
| Risco e ocorrência de úlceras de pressão | | | | | 4.62 | 0.099 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 30.76 | 3.16 | 3.50 | | |
| Pós graduação | 16 | 40.63 | 3.53 | 3.50 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 27.43 | 3.03 | 3.25 | | |
| Erros de medicação | | | | | 12.26 | 0.002 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 25.38 | 2.19 | 2.00 | | |
| Pós graduação | 16 | 38.47 | 2.66 | 2.50 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 42.96 | 2.82 | 2.75 | | |
| Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde | | | | | 1.79 | 0.408 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 29.69 | 3.37 | 3.50 | | |
| Pós graduação | 16 | 35.03 | 3.63 | 3.50 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 36.43 | 3.71 | 4.00 | | |
| Eventos adversos – Total | | | | | 4.24 | 0.120 |
| Bacharelato ou Licenciatura | 34 | 28.09 | 2.83 | 2.83 | | |
| Pós graduação | 16 | 38.66 | 3.10 | 3.04 | | |
| Mestrado/CEE ou Doutoramento | 14 | 36.18 | 3.03 | 3.08 | | |

CEE – Curso de Especialização em Enfermagem

Quanto à hipótese geral «**A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre eventos adversos, está relacionada com as características individuais dos profissionais**», podemos afirmar que existem evidências estatísticas de que a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência de eventos adversos é influenciada pela sua idade, pelo seu tempo de exercício em SU e pelas suas habilitações profissionais.

2.3.3 – Práticas de enfermagem e eventos adversos

Para o teste da terceira hipótese geral «**Existe relação entre as práticas de enfermagem e os eventos adversos percecionados pelos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente**» utilizámos, novamente, o cálculo do coeficiente de correlação de Spearman e a aplicação do seu teste de significância. Os resultados que apresentamos nas Tabelas 16 e 17 revelam que a maioria das dimensões está significativamente correlacionada entre si, sendo negativas todas estas correlações. Entre os valores totais das duas subescalas verifica-se, também, a existência de correlação negativa e estatisticamente significativa ($r_s = -0.59$; $p < 0.001$). Estes factos permitem-nos concluir que os dados corroboram a hipótese formulada e afirmar que os profissionais que percecionam melhores práticas de enfermagem tendem a percecionar menor ocorrência de eventos adversos.

Tabela 16. Correlação de Spearman da subescala de práticas de enfermagem com a subescala de eventos adversos (n=64)

| Dimensões | Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico | | Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia | | Risco e ocorrência de quedas | |
|---------------------------------------|--|--------|---|-------|------------------------------|--------|
| | r_s | p | r_s | p | r_s | p |
| Vigilância dos doentes | -0.46 | <0.001 | -0.34 | 0.006 | -0.41 | 0.001 |
| Advocacia dos doentes | -0.01 | 0.994 | -0.10 | 0.453 | +0.07 | 0.579 |
| Privacidade e confidencialidade | -0.17 | 0.185 | -0.18 | 0.156 | -0.10 | 0.421 |
| Prevenção de quedas | -0.04 | 0.774 | -0.13 | 0.308 | -0.29 | 0.022 |
| Prevenção de úlceras de pressão | -0.13 | 0.302 | -0.14 | 0.261 | -0.15 | 0.238 |
| Falhas na preparação de medicação | -0.26 | 0.037 | -0.34 | 0.006 | -0.20 | 0.116 |
| Falhas na administração de medicação | -0.34 | 0.006 | -0.40 | 0.001 | -0.46 | <0.001 |
| Falhas na vigilância de medicação | -0.47 | <0.001 | -0.21 | 0.104 | -0.41 | 0.001 |
| Higienização das mãos | +0.13 | 0.316 | -0.06 | 0.641 | -0.07 | 0.592 |
| Cuidados com EPIs e higiene ambiental | -0.14 | 0.255 | -0.23 | 0.073 | -0.17 | 0.190 |
| Práticas de enfermagem - Total | -0.27 | 0.031 | -0.36 | 0.004 | -0.37 | 0.003 |

Tabela 17. Correlação de Spearman da subescala de práticas de enfermagem com a subescala de eventos adversos (n=64) - Continuação

| Dimensões | Risco e ocorrência de úlceras de pressão | | Erros de medicação | | Risco de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde | | Eventos adversos - Total | |
|---------------------------------------|--|-------|--------------------|--------|---|-------|--------------------------|--------|
| | r_s | p | r_s | p | r_s | p | r_s | p |
| Vigilância dos doentes | -0.22 | 0.086 | -0.29 | 0.021 | -0.29 | 0.022 | -0.52 | <0.001 |
| Advocacia dos doentes | -0.01 | 0.995 | -0.07 | 0.607 | +0.05 | 0.702 | +0.04 | 0.754 |
| Privacidade e confidencialidade | -0.30 | 0.016 | -0.39 | 0.002 | -0.19 | 0.126 | -0.32 | 0.010 |
| Prevenção de quedas | -0.24 | 0.052 | -0.25 | 0.043 | -0.28 | 0.027 | -0.28 | 0.023 |
| Prevenção de úlceras de pressão | -0.34 | 0.006 | -0.13 | 0.320 | -0.42 | 0.001 | -0.39 | 0.001 |
| Falhas na preparação de medicação | -0.27 | 0.033 | -0.39 | 0.001 | -0.13 | 0.326 | -0.42 | 0.001 |
| Falhas na administração de medicação | -0.31 | 0.013 | -0.45 | <0.001 | -0.08 | 0.552 | -0.52 | <0.001 |
| Falhas na vigilância de medicação | -0.18 | 0.159 | -0.35 | 0.005 | -0.37 | 0.003 | -0.55 | <0.001 |
| Higienização das mãos | -0.36 | 0.003 | -0.12 | 0.335 | -0.14 | 0.267 | -0.16 | 0.215 |
| Cuidados com EPIs e higiene ambiental | -0.18 | 0.147 | -0.28 | 0.025 | -0.26 | 0.040 | -0.32 | 0.011 |
| Práticas de enfermagem - Total | -0.41 | 0.001 | -0.48 | <0.001 | -0.35 | 0.005 | -0.59 | <0.001 |

2.3.4 – Análise e apresentação dos eventos adversos considerados mais relevantes

Na tabela 18 apresentamos os eventos adversos considerados pelos enfermeiros como mais relevantes em cada área. Como se constata na área da triagem foram referenciados com maior relevo o défice de vigilância/julgamento clínico (46.9%), a privacidade do doente (35.9%), a estrutura física desadequada (35.9%), o risco de identificação incorreta do doente (29.7%) e a sobrelotação de doentes (21.9%).

Quanto à área médica 1, observamos que os enfermeiros indicaram como mais relevantes os eventos adversos referentes ao défice de vigilância/julgamento clínico (48.4%), aos erros na administração medicação (39.1%), à estrutura física desadequada (37.5%), à privacidade do doente (29.7%) e à sobrelotação de doentes (25.0%)

Na área médica 2, foram referenciados como maior relevo os eventos sobrelotação de doentes (40.6%), défice de vigilância/julgamento clínico (29.7%), infeções associadas aos cuidados de saúde (25.0%), erros na administração medicação (25.0%) e privacidade doente (21.9%).

Relativamente à sala de emergência, constatamos que os elementos da amostra referenciaram como mais relevantes os eventos erros na administração medicação (34.4%), défice de vigilância/julgamento clínico (32.8%), estrutura física inadequada (26.6%) e formação dos enfermeiros (20.3%).

Na área de ortopedia, os profissionais atribuíram maior relevo aos eventos défice de vigilância/julgamento clínico (50.0%), privacidade doente (39.1%), erros na administração medicação (39.1%) e estrutura física inadequada (20.3%).

No que concerne à área de cirurgia e urologia, verificamos que os enfermeiros atribuíram maior relevo aos eventos défice de vigilância/julgamento clínico (45.3%), espaço físico inadequado (37.5%), privacidade doente (25.0%), infeções associadas aos cuidados de saúde (25.0%) e sobrelotação de doentes (23.4%).

Na área de psiquiatria foram apresentados como maior relevo os eventos défice de vigilância/julgamento clínico (39.1%), estrutura física inadequada (37.5%), segurança enfermeiro (29.7%) e risco de queda (21.9%).

Tabela 18. Eventos adversos mais relevantes por área

| Área | Eventos adversos | n | % |
|-----------------------------|---|----|------|
| Triagem | Défice de vigilância/julgamento clínico | 30 | 46.9 |
| | Privacidade do doente | 23 | 35.9 |
| | Estrutura física desadequada | 23 | 35.9 |
| | Risco de identificação incorreta do doente | 19 | 29.7 |
| | Sobrelotação de doentes | 14 | 21.9 |
| | Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) | 6 | 9.4 |
| | Segurança dos enfermeiros | 6 | 9.4 |
| | Risco de queda | 1 | 1.6 |
| Área Médica 1 | Recursos humanos insuficientes | 1 | 1.6 |
| | Défice de vigilância/julgamento clínico | 31 | 48.4 |
| | Erros na administração medicação | 25 | 39.1 |
| | Estrutura física desadequada | 24 | 37.5 |
| | Privacidade do doente | 19 | 29.7 |
| | Sobrelotação de doentes | 16 | 25.0 |
| | Défice comunicação médico/enfermeiro | 5 | 7.8 |
| | Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) | 4 | 6.3 |
| Área Médica 2 | Risco de queda | 2 | 3.1 |
| | Sobrelotação de doentes | 26 | 40.6 |
| | Défice de vigilância/julgamento clínico | 19 | 29.7 |
| | Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) | 16 | 25.0 |
| | Erros na administração medicação | 16 | 25.0 |
| | Privacidade doente | 14 | 21.9 |
| | Risco de queda | 12 | 18.8 |
| | Risco úlceras de pressão | 12 | 18.8 |
| | Espaço físico inadequado | 8 | 12.5 |
| | Risco de identificação incorreta do doente | 4 | 6.3 |
| | Material equipamento estragado | 2 | 3.1 |
| Sala de Emergência | Recursos humanos insuficientes | 1 | 1.6 |
| | Erros na administração medicação | 22 | 34.4 |
| | Défice de vigilância/julgamento clínico | 21 | 32.8 |
| | Estrutura física inadequada | 17 | 26.6 |
| | Formação dos enfermeiros | 13 | 20.3 |
| | Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) | 10 | 15.6 |
| | Défice comunicação médico/enfermeiro | 7 | 10.9 |
| | Privacidade doente | 7 | 10.9 |
| | Tempo de permanência dos doentes na sala emergência | 7 | 10.9 |
| Área de Ortopedia | Sobrelotação | 6 | 9.4 |
| | Advocacia | 1 | 1.6 |
| | Défice de vigilância/julgamento clínico | 32 | 50.0 |
| | Privacidade doente | 25 | 39.1 |
| | Erros na administração medicação | 25 | 39.1 |
| | Estrutura física inadequada | 13 | 20.3 |
| | Risco de queda | 9 | 14.1 |
| Área de Cirurgia e Urologia | Sobrelotação de doentes | 8 | 12.5 |
| | Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) | 6 | 9.4 |
| | Défice de vigilância/julgamento clínico | 29 | 45.3 |
| | Espaço físico inadequado | 24 | 37.5 |
| | Privacidade doente | 16 | 25.0 |
| | Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) | 16 | 25.0 |
| | Sobrelotação de doentes | 15 | 23.4 |
| | Risco de queda | 7 | 10.9 |
| | Erros na administração medicação | 6 | 9.4 |
| | Défice comunicação médico/enfermeiro | 4 | 6.3 |
| Área de Psiquiatria | Risco úlceras de pressão | 4 | 6.3 |
| | Advocacia | 1 | 1.6 |
| | Défice de vigilância/julgamento clínico | 25 | 39.1 |
| | Estrutura física inadequada | 24 | 37.5 |
| | Segurança enfermeiro | 19 | 29.7 |
| | Risco de queda | 14 | 21.9 |
| | Défice de formação | 11 | 17.2 |
| | Erros na administração medicação | 10 | 15.6 |
| | Privacidade doente | 9 | 14.1 |
| | Advocacia | 3 | 4.7 |
| Área de Psiquiatria | Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) | 2 | 3.1 |
| | Défice comunicação médico/enfermeiro | 1 | 1.6 |

2.3.5 – Análise e apresentação das medidas propostas para minimizar a ocorrência dos eventos adversos mais relevantes

Os resultados que apresentamos na tabela 19 permitem-nos conhecer as principais medidas tendentes a minimizar eventos adversos propostas pelos enfermeiros inquiridos.

Relativamente à área da triagem, constata-se que as medidas propostas com maior frequência foram a alteração da estrutura física do serviço de urgência (78.1%), a realização de *transfer* de doente na triagem evitando erros de identificação do doente (35.9%) e o aumento do número de postos de triagem (34.4%).

Para a área médica 1, foram propostas, principalmente, as medidas relativas à alteração da estrutura física (65.6%) e a criação de espaços para administração de medicação sob vigilância (48.4%).

As medidas referidas com maior frequência para a área médica 2 foram a alteração da estrutura física (45.3%) e maior número de recursos humanos ao nível de enfermeiros e assistentes operacionais (31.3%).

Em termos da sala de emergência, os enfermeiros propuseram com maior frequência as medidas relativas à formação dos enfermeiros e treino em equipa (34.4%), ao aumento de enfermeiros e assistentes operacionais (23.4%) e à alteração da estrutura física (21.9%).

Para minimizar eventos adversos na área de ortopedia, foram propostas, principalmente, as medidas inerentes à alteração da estrutura física (57.8%), à criação de espaço para vigilância, monitorização e privacidade dos doentes (46.9%) e à prescrição de medicação no allert (26.6%).

Na área de cirurgia e urologia foram referidas como principais propostas a alteração da estrutura física (67.2%) e a realização de medidas invasivas em espaço próprio (40.6%).

Por último, na área de psiquiatria verificamos que os enfermeiros apresentaram com maior frequência as medidas referentes à alteração da estrutura física (53.1%), às condições de segurança para o doente e profissionais (48.4%) e formação nesta especialidade (21.9%).

Tabela 19. Medidas para minimizar eventos adversos por área

| Área | Medidas | n | % |
|-----------------------------|--|----|------|
| Triagem | Alterar a estrutura física | 50 | 78.1 |
| | Realizar transfer de doente na triagem (evitar erros na identificação do doente) | 23 | 35.9 |
| | Aumentar número de postos de triagem | 22 | 34.4 |
| | Melhorar o sistema informático | 9 | 14.1 |
| | Criar condições para a higiene das mãos | 6 | 9.4 |
| Área Médica 1 | Formação dos enfermeiros | 5 | 7.8 |
| | Alterar a estrutura física | 42 | 65.6 |
| | Espaço para administração de medicação sob vigilância | 31 | 48.4 |
| | Criar WC neste espaço | 10 | 15.6 |
| | Melhorar o sistema informático em número e qualidade | 9 | 14.1 |
| | Implementar sistema gestão do medicamento | 9 | 14.1 |
| | Mais enfermeiros e assistentes operacionais | 7 | 10.9 |
| | Banca de trabalho e melhor alocação de fármacos e material clínico | 5 | 7.8 |
| | Formação dos enfermeiros | 4 | 6.3 |
| | Evitar a sobredotação de doentes | 3 | 4.7 |
| Área Médica 2 | Melhor comunicação enfermeiro/médico | 2 | 3.1 |
| | Alterar a estrutura física | 29 | 45.3 |
| | Mais enfermeiros e assistentes operacionais | 21 | 32.8 |
| | Evitar a sobredotação de doentes | 20 | 31.3 |
| | Melhorar alocação de fármacos e material clínico | 11 | 17.2 |
| | Implementar sistema gestão do medicamento | 11 | 17.2 |
| | Permanência de doentes acima do tempo preconizado | 9 | 14.1 |
| | Melhorar o sistema informático em número e qualidade | 8 | 12.5 |
| | Protocolos de atuação | 7 | 10.9 |
| | Prescrição somente no alert | 6 | 9.4 |
| Sala de Emergência | Formação dos enfermeiros | 6 | 9.4 |
| | Formação dos enfermeiros e treino em equipa | 22 | 34.4 |
| | Mais enfermeiros e assistentes operacionais | 15 | 23.4 |
| | Alterar a estrutura física | 14 | 21.9 |
| | Melhorar alocação de fármacos e material clínico | 11 | 17.2 |
| | Permanência de doentes acima do tempo preconizado | 10 | 15.6 |
| | Melhorar o sistema informático em número e qualidade | 8 | 12.5 |
| | Protocolos de atuação | 8 | 12.5 |
| | Melhor comunicação enfermeiro/médico | 6 | 9.4 |
| | Implementar sistema gestão do medicamento | 6 | 9.4 |
| Área de Ortopedia | Medidas mais invasivas realizadas em espaço próprio | 5 | 7.8 |
| | Medicação com rótulos/apresentação diferentes | 4 | 6.3 |
| | Alterar a estrutura física | 37 | 57.8 |
| | Espaço para vigilância, monitorização e privacidade dos doentes | 30 | 46.9 |
| | Prescrição de medicação no alert | 17 | 26.6 |
| | Implementar sistema gestão do medicamento | 10 | 15.6 |
| | Melhor comunicação enfermeiro/médico | 5 | 7.8 |
| | Mais enfermeiros e assistentes operacionais | 5 | 7.8 |
| Área de Cirurgia e Urologia | Medidas invasivas realizadas em espaço próprio | 4 | 6.3 |
| | Formação dos enfermeiros | 3 | 4.7 |
| | Alterar a estrutura física | 43 | 67.2 |
| | Medidas invasivas realizadas em espaço próprio | 26 | 40.6 |
| | Mais enfermeiros e assistentes operacionais | 11 | 17.2 |
| | Melhorar alocação de fármacos e material clínico | 9 | 14.1 |
| | Permanência de doentes acima do tempo preconizado | 7 | 10.9 |
| | Melhorar o sistema informático em número e qualidade | 6 | 9.4 |
| | Evitar a sobredotação de doentes | 5 | 7.8 |
| | Implementar sistema gestão do medicamento | 5 | 7.8 |
| Área de Psiquiatria | Formação dos enfermeiros | 5 | 7.8 |
| | Protocolos de atuação | 4 | 6.3 |
| | Alterar a estrutura física | 34 | 53.1 |
| | Condições de segurança para o doente e profissionais | 31 | 48.4 |
| | Formação nesta especialidade | 14 | 21.9 |
| | Permanência de doentes acima do tempo preconizado | 6 | 9.4 |
| | Melhor comunicação enfermeiro/médico | 6 | 9.4 |
| | Elaboração de protocolos atuação | 6 | 9.4 |
| Área de Psiquiatria | Implementar sistema gestão do medicamento | 6 | 9.4 |
| | Carro de emergência na área | 3 | 4.7 |

3 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos, surge a necessidade de efetuar uma reflexão crítica dos mesmos, confrontando-os tendo com base a fundamentação teórica apresentada.

A amostra deste estudo teve por base, os enfermeiros de um serviço de urgência, de um Hospital Polivalente. Esta equipa é constituída por 133 enfermeiros em que 13 elementos estão em situação de ausência prolongada; 27 não apresentavam critério para participarem neste estudo, por pertencerem à equipa há menos de seis meses; e 26 encontravam-se de férias. Logo, a população acessível no período de 16 a 29 de Outubro era de 67 enfermeiros, participaram no estudo 64 enfermeiros.

Pensa-se que esta amostra é representativa deste serviço, embora a interpretação e generalização dos resultados deva ser feita com precaução, quer pela especificidade de um SU, quer pelas diferenças entre serviços de urgência. Embora se tenha afirmado algumas limitações, é de ter em consideração que a metodologia utilizada neste estudo, com recurso a instrumentos de recolha de dados testados e validados para a população portuguesa, são requisitos relevantes para a validação científica dos resultados.

A idade média deste estudo é de 40.53 ± 8.44 anos, compreendidas de 28 a 60 anos, de salientar que metade dos elementos da amostra apresenta idades iguais ou superiores a 39 anos o que revela que a amostra é ligeiramente mais velha que os valores globais da população (OE, 2014). A maioria dos inquiridos, concretamente 56.3%, era do sexo feminino, amostra que apresenta uma igualdade entre os géneros neste SU, em detrimento dos outros estudos em que se situa acima dos 70% (OE, 2014; Amado, 2014; Ângelo 2015; Pedreira, 2015; e Alves 2016).

Em relação ao tempo de exercício profissional situou-se entre 5 e 35 anos, sendo o tempo médio 17.06 ± 7.67 anos. Metade dos elementos da amostra afirmou que exerciam a profissão há, pelo menos, 15 anos o que revela uma equipa com muita experiência na prática de cuidados de enfermagem.

Relativamente ao tempo de exercício no serviço de urgência, verificamos que foram referidos valores entre 1 e 27 anos, sendo a média 12.22 ± 7.53 anos. Metade dos enfermeiros referiram tempos de exercício no serviço de urgência iguais ou superiores a 11 anos, representando maturidade e experiência perante o doente em SU.

Quanto às habilitações literárias, constata-se que a maioria, 51.6% dos enfermeiros possuía licenciatura, seguindo-se 25.0% tinham uma pós-graduação e 20.3% que possuíam especialidade/mestrado, evidenciando uma preocupação com a formação e com o seu desenvolvimento profissional.

Discussão dos Eventos Adversos Associados às Práticas de Enfermagem

Antes da discussão dos dados acerca dos EAs associados às práticas de enfermagem deve ser apresentado o referencial que vai servir de base, de forma a identificar as dimensões com bons resultados na adesão a práticas preventivas de eventos adversos em enfermagem (percentagem média de respostas positivas $\geq 75\%$), as dimensões que embora possam ser consideradas menos problemáticas e nos merecem atenção para as tentar melhorar (percentagem média de respostas positivas entre 50% e 75%) e as dimensões que constituem áreas mais problemáticas (percentagem média de respostas positivas $< 50\%$). Nesta discussão, focamo-nos essencialmente nas dimensões que constituem áreas que carecem de atenção prioritária tendo em vista a implementação de ações de melhoria (percentagem média $< 50\%$).

Os dados revelam que apenas as dimensões referentes à **higienização das mãos** (M=84.9%) e à **privacidade e confidencialidade** (M=76.6%) podem ser consideradas de boa adesão às práticas preventivas de eventos adversos em enfermagem. Por sua vez as dimensões **vigilância do doente** (M=50.1%), **advocacia do doente** (M=59.4%), **falhas na preparação de medicação** (M=62.0%), **falhas na administração de medicação** (M=68.1%) e **cuidados com EPIs e higiene ambiental** (M=59.4%) são áreas, onde a percentagem de respostas positivas apesar de ser superior a 50%, mas que merecem atenção para que possam ocorrer as convenientes melhorias. As dimensões relativas à **prevenção de quedas** (M=30.2%), à **prevenção de úlceras por pressão** (M=14.1%) e às **falhas na vigilância da medicação** (M=36.0%) constituem áreas mais problemáticas que carecem de atenção prioritária para a implementação de melhorias substanciais na adesão a práticas preventivas de eventos adversos em enfermagem.

Tendo em consideração que foram avaliadas práticas de enfermagem recomendadas os resultados obtidos indiciam que a adesão a estas práticas é inferior ao desejável. Apesar de idealmente as respostas positivas se deverem aproximar dos 100%, indiciando que estas práticas se realizavam frequentemente ou sempre, reconhecendo que o SU tem contingências e imprevisibilidades dificultadoras do trabalho dos profissionais, neste estudo, aceitámos como referencial de boas práticas no SU, uma adesão média às práticas

recomendadas superior a 75%. Contudo verificamos que na maioria das dimensões a média é inferior. Recordamos que segundo Fragata et al. (2006) e Fragata (2011) é considerado indicador de bons resultados, quando mais de 90% dos profissionais de saúde identificam que as práticas preventivas ocorrem frequentemente ou sempre.

Assim, Johnson e Winkelman (2011), com base na análise de 23 artigos, permitiu-lhes salientar que a sobrelotação do SU está associada a problemas de segurança, sendo associada ao atraso na implementação das intervenções. Estes atrasos, que se refletem na administração da medicação, nomeadamente na administração de antibióticos, de trombólitos em doentes com enfarte agudo do miocárdio e na gestão da dor, têm impacto no prolongamento do sofrimento do doente, no grau de satisfação, na permanência do doente no SU e por fim no aumento da mortalidade. Como foi referido o fator causal não tem só a ver com a adesão a práticas preventivas de eventos adversos em enfermagem, mas devido a um fator multicausal em que a gestão hospitalar deve intervir tendo por base o que os diversos profissionais que exercem no SU referenciam como problemático.

A discussão da subescala de EAAPE – Eventos adversos, irá ser efetuada junto com a subescala de práticas de enfermagem, relacionando os resultados obtidos, mas também carece que apresentemos o referencial de avaliação seguido, em que as percentagens médias de respostas positivas em cada uma das dimensões, tendo presente que estas respostas correspondem às alternativas “nunca” ou “raramente” onde os enfermeiros evidenciaram perceção de menor ocorrência de eventos adversos (percentagem média \geq 75%) e aquelas em que ocorreu a situação contrária.

Em todas as dimensões desta subescala foram observadas percentagens médias de respostas positivas inferiores a 75%, sendo de salientar as áreas inerentes **ao risco de infeções associadas aos cuidados de saúde**, **ao risco e ocorrência de úlceras de pressão**, **ao risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico** e **ao risco e ocorrência de quedas**, por serem aquelas em que os enfermeiros revelaram perceção de elevado risco de ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, merecem maior atenção e exigirem implementação de mudanças tendentes a inverter a atual realidade.

Analisando as respostas positivas (frequentemente ou sempre) nos itens de cada dimensão da subescala práticas de enfermagem e as respostas positivas (nunca ou raramente) nos itens de cada dimensão da subescala eventos adversos, procurando discutir os principais resultados, em que abordaremos as dimensões segundo os resultados de adesão a práticas preventivas e perceção de ocorrência de EAs desde os mais positivos até aqueles que

apresentam áreas muito problemáticas carecendo de atenção prioritária para a implementação de melhorias substanciais.

A dimensão **Higienização das mãos** (M=84.9%) e **Privacidade e confidencialidade** (M=76.6%), apresentam bons resultados na adesão a práticas preventivas de eventos adversos em enfermagem. Os itens que as compõem também revelam o mesmo resultado com pequenas oscilações, de salientar que é referido que raramente é efetuada a higiene das mãos antes e após o contato com o doente por 10.9% e que algumas vezes (23.4%) os enfermeiros respeitam a privacidade do doente. Julgamos que estamos perante dimensões que estão dependentes da formação pessoal e profissional dos inquiridos em que 43.5% dos enfermeiros apresentam formação acima do grau de licenciados, e das várias campanhas e formação em serviço versando estas temáticas.

Alves (2016) e Castilho (2014) apresentam resultados sobreponíveis ao deste estudo, enquanto Pedreira (2015) apresenta percentagens de adesão às práticas de enfermagem, nesta dimensão, superiores a 95%. Estes resultados apresentados em último, são de uma leitura em cuidados intensivos em que as estruturas físicas, as dotações e formação dos profissionais estão bem delineadas.

As dimensões **Falhas na preparação de medicação** (M=62.0%), **Falhas na administração de medicação** (M=68.1%), embora possam ser consideradas menos problemáticas merecem atenção para as tentar melhorar, enquanto a dimensão **Falhas na vigilância de medicação** (M=36.0%), encontra-se na área mais problemática que carece de atenção prioritária para a implementação de melhorias substanciais na adesão a práticas preventivas.

Os itens que compõem a primeira dimensão abordada estão dependentes: do circuito do medicamento, sujeito a estudos e a auditorias com propostas executadas de várias melhorias; e das capacidades e conhecimentos do enfermeiro, logo revela resultados de adesão às práticas. De salientar que foi referido, por 9.4% dos inquiridos, que o enfermeiro é sempre interrompido durante a sua atividade. Embora possa ser considerada menos problemática existem áreas a necessitar de intervenção.

Os itens que compõem a segunda dimensão estão dependentes da relação do enfermeiro com a equipa de saúde, do sistema de informação (Alert) existente no serviço e que serve de elo de ligação entre os profissionais e os doentes, de processos de identificação dos doentes (colocação de pulseiras com a identificação dos doentes e o número de maca onde estão alocados) e os conhecimentos que os enfermeiros detêm sobre preparação, administração e vigilância da medicação. Estes processos descritos são possivelmente

tradutores dos resultados apresentados nesta dimensão, embora existam frequentemente 15.6% das respostas, sobre falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior).

A terceira dimensão constitui área problemática e que carece de atenção mais prioritária tendo em vista a implementação de ações de melhoria, 21.9% perceberam que frequentemente **ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões**, e 17.2% têm a percepção de que frequentemente e 1,6% que sempre **ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação**. Como na abordagem das dimensões anteriores foram referidos os processos criados conducentes a melhores práticas, nesta dimensão surge a necessidade de implementar processos que melhorem consideravelmente a vigilância dos ritmos e dos efeitos da medicação.

Em relação aos **Erros de medicação** (M=61.7%), evidenciou a percepção de maior ocorrência de eventos adversos e a exigirem implementação de mudanças tendentes a inverter a atual realidade, com 51,5% dos enfermeiros a afirmarem que algumas vezes (35,9%), frequentemente (12,5%) e sempre (3,1%) **existe o risco de ocorrência de erros de medicação**, considerado muito alarmante. No entanto, 70.3% consideraram que raramente **ocorrem erros de medicação**. Concluímos que na dimensão a percepção de ocorrência de EAs é menor, indiciando que apesar de o risco ser muito elevado já estarão a ser tomadas algumas medidas preventivas.

A percepção acerca dos erros de medicação encontrada por Alves (2016), e Castilho (2014) desenvolve-se segundo a orientação dos resultados das dimensões apresentadas neste estudo, embora com valores superiores. Poderá então afirmar-se que a percepção da preparação, administração e vigilância da medicação é sobreponível aos enfermeiros do internamento, dos inscritos na ordem dos enfermeiros e dos enfermeiros de um SU, estes com percentagens de adesão mais baixos. Pedreira (2015) apresenta valores médios de adesão a práticas seguras de enfermagem na preparação de 69.7%, na administração de 89.6% e na vigilância da medicação de 89.2%.

O problema é reconhecido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, através do Objetivo Estratégico 4 referido em DGC (2015b), "Aumentar a segurança na utilização da medicação", onde se preconiza que no final de 2020:

- 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementou práticas seguras de medicação de acordo com os normativos nacionais.
- Deve ocorrer uma redução de 50% em cada ano, face ao ano anterior, do número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

A utilização segura do medicamento exige uma diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais envolvidos e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas.

A dimensão **Cuidados com EPIs e higiene ambiental** (M=59.4%), encontra-se na área em que a adesão pode ser considerada menos problemática, embora nos mereça atenção para que possam ser implementadas convenientes melhorias. Alguns itens desta dimensão apresentam algumas fragilidades ou seja, 75.0% referiram que raramente ou algumas vezes **a acomodação dos doentes se realiza de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades)**. Este problema é claramente organizacional, uma vez que não existem salas de isolamento e a sobrelotação não facilita a que os profissionais criem áreas de isolamento; com a mesma perceção, 30.6% consideraram que **os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem**; e 40.7% vezes manifestou a mesma perceção quanto ao facto de **a roupa suja ser triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado**. Estes resultados desafiam-nos a propor melhorias na estrutura física, no estabelecimento de circuitos bem definidos de sujos e limpos.

Em relação aos **Riscos de infeções associadas aos cuidados de saúde** 64,1% manifestaram a perceção de que frequentemente e sempre **existe risco de ocorrerem infeções (IACS)**, e 76.6% referiram que algumas vezes ou frequentemente **ocorrem infeções (IACS)**. Estes resultados evidenciam uma perceção alarmante de ocorrência destes eventos adversos, embora a adesão às práticas de enfermagem pareçam estar mais ajustadas às recomendações, indiciando a existência de outros fatores potenciadores das IACS, para além do cumprimento das regras profissionais.

AS IACS são um problema internacional de grande relevo, dado que têm impacto na qualidade dos cuidados prestados, na qualidade de vida dos doentes, com implicações no domínio da segurança, aumentando os custos diretos e indiretos associados. Contribuem para a resistência aos antibióticos, o aumento da taxa de complicações no tratamento e mortalidade dos doentes, aumentam o sofrimento dos doentes e famílias, prolongam internamentos e geram custos adicionais nas despesas hospitalares (Pina, Silva & Ferreira, 2011). A adequação na seleção e uso de equipamento de proteção individual, os cuidados na manipulação de material corto/perfurante, as medidas de controlo ambiental, nomeadamente orientações para a acomodação dos doentes de acordo com a sua condição clínica e suscetibilidade epidemiológica, bem como os cuidados na triagem e tratamento de resíduos hospitalares e roupa suja (MS, 2007; Pina et al., 2010).

Apesar da evidência científica sobre as boas práticas de prevenção e controlo de infeção, a melhoria da adesão dos profissionais e utentes das unidades de saúde na sua implementação continua a ser um desafio (WHO, 2009). Conforme sustentado pela WHO (2008) deve-se apostar na formação, sensibilização dos profissionais, bem como em estratégias de facilitação de mudança de comportamentos, com incidência na prevenção, para poder melhor controlar o flagelo que são as IACS.

A dimensão **Advocacia dos doentes** (59.4%), encontra-se na área em que a adesão pode ser considerada menos problemática, mas que nos merece atenção para que possam ser implementadas melhorias. Apenas 50.0% manifestaram a percepção de que frequentemente **os enfermeiros assumem-se como verdadeiros “advogados” dos interesses do doente e família** e 51.6% referiram idêntica opinião perante a afirmação de que **os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente**. As repostas concentram-se em algumas vezes e frequentemente, deixando a percepção sempre com indicadores abaixo dos 2,0%. Julga-se que os enfermeiros adquiriram conhecimentos mas ainda não têm a maturidade para enfrentar outros colegas da equipa de saúde. Os estudos apresentados por Pedreira (2015), Castilho (2014), e Alves (2016) apresentam valores coincidentes logo apontam para um problema cultural ainda em fase de afirmação.

O Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia (M=58.6%), evidenciou a percepção de maior ocorrência de eventos adversos e a exigirem implementação de mudanças tendentes a inverter a atual realidade.

De acordo com Castilho e Parreira (2012), a pesquisa realizada por Benner *et al.* (2002) permitiu salientar várias situações em que se observam falhas na advocacia suscetíveis de comprometer a segurança do doente, nomeadamente quando o enfermeiro não questiona as práticas erradas da equipa multidisciplinar, não ajuda o doente a ter acesso aos cuidados, não respeita a confidencialidade. Do referido podemos considerar que se podem cometer falhas na advocacia, aquelas em que o enfermeiro não respeita os direitos básicos consagrados dos doentes e família, como o direito à privacidade e confidencialidade, à autonomia esclarecida e ao acesso aos cuidados para o tratamento adequado nos SU onde se prestam cuidados de grande complexidade, em ambiente também eles complexos, é exigido aos enfermeiros um vasto conjunto de saberes de ordem científica, relacional, ética e deontológica que lhes permita responder de modo responsável em cada situação, assegurando que os doentes recebem os cuidados adequados

Como refere Tomajan (2012) os enfermeiros no seu exercício têm oportunidade de criar impactos positivos ao nível pessoal e profissional, através da implementação de comportamentos de como exercer advocacia no contexto profissional.

A dimensão **Vigilância do doente** indicia que as práticas de enfermagem nesta dimensão estão muito aquém do que seria desejável num serviço de urgência. Apresenta valores de respostas frequentemente e sempre com um valor médio de respostas positivas de 50.1%. A análise mais detalhada dos itens permite-nos salientar que uma percentagem significativa dos profissionais reconhece que realiza estas práticas algumas vezes (50.0% dos inquiridos), evidenciando que os enfermeiros sabem que estas práticas fazem parte da sua competência, mas por alguma razão não as conseguem realizar sempre ou frequentemente. Apenas 42,2% dos profissionais consideram que frequentemente **os doentes são adequadamente vigiados** e apenas 57.9% referiram que frequentemente ou sempre **as alterações do estado clínico são oportunamente detetadas**. Podemos também depreender (entre estes dois itens) que os enfermeiros não detêm as condições ideais de vigilância dos doentes, mas que efetuam um esforço adicional para detetar oportunamente as alterações do estado clínico.

Embora no contexto de SU o autor não tenha encontrado estudos da mesma índole, em contexto de cuidados intensivos sobre a dimensão **Vigilância dos doentes** Pedreira (2015) apresenta 97.3% de respostas positivas, enquanto Castilho (2014) refere valores de que frequentemente ou sempre 87% de adesão às práticas nos internamentos, já Alves (2016) para uma população de enfermeiros inscritos na Ordem dos enfermeiros e a exercer em Portugal registou uma adesão às práticas de 80%.

O **Risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico** (M=23.5%), revela a perceção de elevado risco de ocorrência de eventos adversos, merecendo maior atenção e exigirem implementação de mudanças tendentes a inverter a atual realidade, onde 26,8% dos enfermeiros afirmaram que frequentemente e sempre **existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por défice de vigilância** e 56.4% responderam algumas vezes perante a afirmação **existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado**. Perceção igual ao referenciado pelos enfermeiros perante as práticas de enfermagem. Se os doentes não são adequadamente vigiados logo existe défice de vigilância e julgamento clínico inadequado.

Segundo Vincent (2009), a vigilância de doentes é um processo complexo, que engloba a capacidade de observar, de avaliar, de monitorizar, permitindo uma identificação precoce de

alterações e conseqüente promoção de medidas corretivas, com o objetivo de estabilizar os sinais e sintomas do doente. A capacidade de vigilância e de julgamento clínico atempado dos enfermeiros não comporta somente as suas capacidades, engloba também as condições de trabalho que são colocadas á disposição do profissional, para uma adequada e pronta atuação, porque cada segundo é coração, cada segundo é cérebro, cada segundo é ... vida. É esperado que os enfermeiros alocados nestes serviços sejam dotados de uma maturidade profissional elevada, com elevados conhecimentos de interpretação e ação, junto de doentes críticos, conforme defendido por Benner *et al.* (2005)

Na dimensão **Prevenção de quedas** (M=30.2%), a percepção da adesão às práticas de enfermagem nesta dimensão estão muito aquém do que seria desejável, num serviço de urgência, constitui área problemática que carece de atenção prioritária para a implementação de melhorias, devido a que 67.2% consideraram que nunca ou raramente **o risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído**, 29,7% referiram que nunca ou raramente **os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendo em consideração a avaliação do risco**, e as mesmas percepções foram referidas por 28,2% dos enfermeiros face à afirmação de que **a vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado**, evidenciam então a percepção de menor adesão a práticas. Mas se este grupo que foi inquirido tem formação pessoal e profissional acima da média, quais as razões para não implementar protocolos que conhece, efetuar diagnóstico de situação, promover cuidados de enfermagem e seguidamente efetuar a sua avaliação.

Os seguintes autores, Pedreira (2015), Castilho (2014), e Alves (2016) apresentaram valores médios superiores a 75% o que evidencia que os enfermeiros do SU absorvem um grande número de doentes, com diferentes graus de gravidade, além de conviverem com deficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos, recursos materiais e inadequados espaços físicos, o que as torna mais vulneráveis para a ocorrência de incidentes de segurança (Santos & Padilha, 2005). Esta realidade compromete junto dos enfermeiros a necessidade de maior vigilância e adoção de estratégias, tais como contenções físicas, para que não se verifiquem quedas (Paranaguá *et al.*, 2014).

O **Risco e ocorrência de quedas** (M=26.6%), revela a percepção de elevado risco de ocorrência de eventos adversos, merecendo maior atenção e exigirem implementação de mudanças tendentes a inverter a atual realidade, 84.4% afirmaram que frequentemente ou algumas vezes **existe risco de ocorrência de quedas de doentes**, e 50.0% consideraram que algumas vezes **ocorrem quedas de doentes**, de salientar que estes itens foram considerados com uma percepção de maior ocorrência de eventos adversos. Situação preocupante já manifestada nas práticas de enfermagem,

A queda dos doentes em ambiente hospitalar é reconhecido como um problema de prevenção prioritária, assumido no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este plano determina, no Objetivo Estratégico 6 descrito em DGS (2015a), “Prevenir a Ocorrência de Quedas”, que no final de 2020:

- 1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas.
- 2) O número de quedas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado, devem reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior.

A dimensão **Prevenção de úlceras de pressão** (M=14.1%), constitui uma área muito problemática que carece de atenção muito prioritária para a implementação de melhorias substanciais na adesão a práticas preventivas de eventos adversos em enfermagem. Os itens que a compõem estão também dentro de uma área catastrófica, como passamos a relatar, 70.3% consideraram que raramente ou algumas vezes é realizada **uma avaliação clínica global no início do internamento**, idêntica percepção foi manifestada por 75.0% dos enfermeiros quanto à **realização da inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias**, 68.8% afirmaram que nunca **são utilizadas escalas de estratificação do risco**, 73.4% consideraram que raramente ou algumas vezes **são implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco**, 53.1% afirmaram que algumas vezes **os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas**, 50.0% perceberam que raramente **o suporte nutricional é ajustado às necessidades**, e 79.7% consideraram que raramente ou algumas vezes **os reposicionamentos são ajustados às necessidades**. Como já foi referido, os enfermeiros têm formação para efetuarem uma abordagem segura da prevenção de úlceras de pressão, mas como foi referido na dimensão anterior, as suas prioridades são outras, porque a sobrelotação, espaços exíguos e a gravidade dos doentes ocupam os profissionais relegando este cuidado para segundo plano.

Mas, mais alarmante ainda quando é efetuada comparação com outros estudos, quando Pedreira (2015), Castilho (2014), e Alves (2016) apresentam valores médios superiores a 80,0%. Os enfermeiros adquirem a mesma formação base e pós-graduada; então a problemática não está centrada na adesão a boas práticas mas sim no ambiente onde não têm disponibilidade nem condições para as exercer.

O **Risco e ocorrência de úlceras de pressão** (M=18.0%), revela a percepção de elevado risco de ocorrência de eventos adversos, merecendo maior atenção e exigirem implementação de mudanças tendentes a inverter a atual realidade, com 57,9%

responderam que frequentemente e sempre **existe o risco de ocorrência de úlceras de pressão**, e 70.4% afirmaram que algumas vezes e frequentemente **ocorrem úlceras de pressão**. Vem demonstrar o referido anteriormente, em que os profissionais recolhessem o risco pelas práticas não realizam.

O desenvolvimento de úlceras de pressão em doentes hospitalizados resulta da associação de fatores relacionados com o doente, o ambiente e o processo de cuidados. São reconhecidos múltiplos fatores de suscetibilidade individual no desenvolvimento deste evento, nomeadamente, imobilidade, alteração da sensibilidade, incontinência urinária e/ou fecal, alterações do estado de consciência, idade, má perfusão/oxigenação tecidual, estado nutricional, entre outros (Andrade et al, 2010).

Na **Perceção geral** dos EAs, verificamos que 25.0% dos elementos da amostra consideraram que frequentemente ou sempre **ocorrem eventos adversos associados às práticas de enfermagem que comprometem a segurança do doente**, e 48.4% manifestaram a opinião de que frequentemente e sempre **os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados**, de referir que estes itens foram considerados com uma perceção alarmante de ocorrência de eventos adversos, tendo presente que cerca de metade dos inquiridos referiram que os EAs podem ser evitados.

Em síntese a adesão a práticas preventivas de eventos adversos em enfermagem é preocupante, desafiando-nos a explorar as razões que levam profissionais responsáveis e comprometidos com a sua profissão a reconhecer com bastante humildade que as suas práticas profissionais estão longe do que está recomendado. Muitos têm alertado para a falta de condições dos SU e para o eventual impacto que estarão a ter na qualidade dos cuidados prestados. A afluência de doentes que recorrem aos SU tem vindo a aumentar e o índice de gravidade associados ao aumento da longevidade e co morbilidades são os fatores que influenciam a desadequação das estruturas físicas e a sua sobrelotação, não proporcionando segurança nem disponibilidade para que os enfermeiros efetuem as suas práticas.

H1 – A perceção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, está relacionada com as caraterísticas individuais dos profissionais:

Da análise realizada constatou-se que a perceção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, está relacionada com as caraterísticas individuais dos profissionais onde não existe qualquer correlação estatisticamente significativa ($p > 0.05$) entre a perceção dos enfermeiros sobre as **práticas**

de cuidados de enfermagem (dimensões e total) e as variáveis **idade, tempo de profissão e tempo de exercício em SU**. Atendendo a este facto, podemos concluir que não existem evidências estatísticas de que os dados corroborem alguma destas três hipóteses.

Da análise realizada da percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as **práticas de cuidados de enfermagem**, difere consoante o **género dos profissionais**, denota que as evidências estatísticas não permitem confirmar a hipótese formulada e, conseqüentemente, admitimos que a percepção dos enfermeiros do género feminino sobre as práticas de cuidados de enfermagem é semelhante à percepção manifestada pelos enfermeiros do género masculino.

Ao analisar a percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as **práticas de cuidados de enfermagem**, difere consoante as suas **habilitações profissionais**, os resultados revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões relativas à **vigilância dos doentes** ($p = 0.049$), à **prevenção das úlceras de pressão** ($p = 0.006$) e às **falhas na administração de medicação** ($p = 0.040$). Também se observa a existência de diferença estatisticamente significativa em termos da percepção das práticas de enfermagem – total ($p = 0.010$). Da análise comparativa dos valores das medidas de tendência central (média ordinal, média e mediana) podemos afirmar que enfermeiros com **Bacharelato ou Licenciatura** assim como os que possuem **Mestrado/CEE ou Doutoramento** evidenciam percepção de melhor **vigilância dos doentes** e que os primeiros revelam percepção de melhor **prevenção de úlceras de pressão** e de melhores práticas na **vigilância de medicação e percepção de melhores práticas de enfermagem no total**.

Podemos então concluir com base nos resultados apresentados, que a hipótese geral «**H1 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, está relacionada com as características individuais dos profissionais**» apenas se confirma «**H1.5 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, difere consoante as suas habilitações profissionais**» dos enfermeiros, pois é esta a única variável que evidencia influência, estatisticamente significativa, na percepção dos enfermeiros sobre as práticas de cuidados de enfermagem.

H2 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre eventos adversos, está relacionada com as características individuais dos profissionais:

Da análise dos dados da hipótese **H2.1 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre eventos adversos, está relacionada com a idade**; podemos verificar que existe correlação estatisticamente significativa entre a percepção dos enfermeiros sobre os erros de medicação e a idade ($r_s = -0.25$; $p = 0.044$). Sendo a correlação negativa podemos, ainda, afirmar que os enfermeiros mais velhos tendem a evidenciar percepção de menos erros de medicação.

Em relação à hipótese **H2.2 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre os eventos adversos, está relacionada com o tempo de profissão**; podemos verificar a existência de correlações estatisticamente significativas na percepção dos enfermeiros sobre **risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico** ($r_s = +0.34$; $p = 0.005$), sobre o **risco e ocorrência de quedas** ($r_s = +0.26$; $p = 0.039$) e sobre a **totalidade dos eventos adversos** ($r_s = 0.26$; $p = 0.041$) **com o tempo de exercício em SU**. Atendendo ao facto de estas correlações serem positivas podemos afirmar que os enfermeiros que exercem a sua atividade no SU há mais tempo tendem a perceber maior risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico, maior risco e ocorrência de quedas e mais eventos adversos no total.

Da análise da hipótese **H2.3 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre os eventos adversos, está relacionada com o tempo de exercício no SU**; Os dados não corroboram a hipótese de relação entre a percepção sobre eventos adversos e o tempo de profissão dos enfermeiros.

A hipótese **H2.4 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre os eventos adversos, difere consoante o género dos profissionais**; evidencia a não existência de qualquer diferença estatisticamente significativa ($p > 0.05$). Este facto leva-nos a concluir que não existem evidências estatísticas de que a percepção dos enfermeiros sobre os eventos adversos, de enfermagem, seja diferente consoante o género dos profissionais ou, por outras palavras, os dados não corroboram a hipótese formulada.

Ao analisar a hipótese **H2.5 – A percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre os eventos adversos, difere consoante as suas habilitações profissionais**; podemos verificar que apenas existe diferença estatisticamente significativa ($p = 0.002$) na dimensão referente aos **erros de medicação** e os valores

obtidos para as medidas de tendência central revelam que os enfermeiros com habilitações profissionais mais elevadas tendem a percecionar mais erros de medicação.

Concluindo, podemos afirmar que existem evidências estatísticas de que a perceção dos enfermeiros sobre a ocorrência de eventos adversos é influenciada pela sua idade, pelo seu tempo de exercício em SU e pelas suas habilitações profissionais.

H3. – Existe relação entre as práticas de enfermagem e os eventos adversos percecionados pelos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente

A análise desta hipótese revela que a maioria das dimensões está significativamente correlacionada entre si, sendo negativas todas estas correlações. Entre os valores totais das duas subescalas verifica-se, também, a existência de correlação negativa e estatisticamente significativa ($r_s = -0.59$; $p < 0.001$). Estes factos permitem-nos concluir que os dados corroboram a hipótese formulada e afirmar que **os profissionais que percecionam melhores práticas de enfermagem tendem a percecionar menor ocorrência de eventos adversos.**

Discussão e análise dos eventos adversos considerados mais relevantes e das medidas propostas para minimizar a sua ocorrência

A discussão e análise dos EAs mais relevantes e as medidas propostas serão efetuadas, em conjunto, por áreas do SU, para que perante os EAs mais relevantes sejam apresentadas as medidas para solucionar as problemáticas referidas.

Como se constata na **área da triagem** foram referenciados com maior relevo o défice de vigilância/julgamento clínico (35.9%), a estrutura física desadequada (35.9%), o risco de identificação incorreta do doente (29.7%) e a sobrelotação de doentes (21.9%). Constata-se que as medidas propostas com maior frequência foram a alteração da estrutura física do serviço de urgência (78.1%), a realização de *transfer* de doente na triagem evitando erros de identificação do doente (35.9%) e o aumento do número de postos de triagem (34.4%).

Foi referido que a estrutura física é inadequada para a vigilância/julgamento clínico, para a privacidade do doente, e que a realização do *transfer* de doentes na triagem evitaria os erros de identificação do doente. Propomos ainda a alteração da estrutura física com o aumento do número de postos de triagem devido á sobrelotação de doentes.

Quanto à **área médica 1**, observamos que os enfermeiros indicaram como mais relevantes os eventos adversos referentes ao défice de vigilância/julgamento clínico (48.4%), aos erros na administração medicação (39.1%), à estrutura física desadequada (37.5%), à privacidade do doente (29.7%) e à sobrelotação de doentes (25.0%). Foram propostas, principalmente, as medidas relativas à alteração da estrutura física (65.6%) e a criação de espaços para administração de medicação sob vigilância (48.4%).

Foi descrito que a estrutura física não está adequada ao desempenho de práticas de enfermagem seguras, por não permitirem a vigilância/julgamento clínico, os erros na administração de medicação, a privacidade do doente, e a sobrelotação do espaço. Propõe-se o aumento do espaço físico de modo a não termos sobrelotação e a criação de condições para que os enfermeiros possam vigiar adequadamente os doentes na sua prestação de cuidados.

Na **área médica 2**, foram referenciados com maior relevo os eventos: sobrelotação de doentes (40.6%), défice de vigilância/julgamento clínico (29.7%), infeções associadas aos cuidados de saúde (25.0%), erros na administração medicação (25.0%) e privacidade doente (21.9%). As medidas referidas com maior frequência foram a alteração da estrutura física (45.3%) e maior número de recursos humanos ao nível de enfermeiros e assistentes operacionais (31.3%).

Para minimizar a problemática ou mesmo saná-la, surge a necessidade de alterar a estrutura física e dotá-la de condições de vigilância/julgamento clínico; criar áreas de isolamento, circuitos autónomos e implementar práticas de enfermagem para prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde; e respeitar a privacidade dos doentes. Os erros na administração de medicação, referidos, salientaram as falhas de vigilância dos ritmos de perfusão e dos efeitos de medicação, por sobrelotação da área em causa e dotação não segura de enfermeiros e assistentes operacionais.

Relativamente à **sala de emergência**, constatamos que os elementos da amostra referenciaram como mais relevantes os eventos: erros na administração de medicação (34.4%), défice de vigilância/julgamento clínico (32.8%), estrutura física inadequada (26.6%) e formação dos enfermeiros (20.3%). Os enfermeiros propuseram com maior frequência as medidas relativas à formação dos enfermeiros e treino em equipa (34.4%), ao aumento de enfermeiros e assistentes operacionais (23.4%) e à alteração da estrutura física (21.9%).

Para a resolução da problemática os inquiridos propuseram formação e treino em equipa, aumento da dotação de enfermeiros e alteração da estrutura física, para evitar os erros na administração de medicação, o défice de vigilância/julgamento clínico. A sala de emergência, preparada para receber o doente crítico, tem que ter recursos humanos disponíveis. O enfermeiro não pode ficar com a perceção que para cuidar de um doente emergente acabado de chegar, implica um decréscimo no nível de cuidados aos outros doentes.

Na **área de ortopedia**, os profissionais atribuíram maior relevo aos eventos défice de vigilância/julgamento clínico (50.0%), privacidade doente (39.1%), erros na administração de medicação (39.1%) e estrutura física inadequada (20.3%). Para minimizar os eventos adversos foram propostas, principalmente, as medidas inerentes à alteração da estrutura física (57.8%), à criação de espaço para vigilância, monitorização e privacidade dos doentes (46.9%) e à prescrição de medicação no alert (26.6%).

Foi proposto a alteração da estrutura física e adequação do espaço para a vigilância, monitorização e privacidade dos doentes de forma a evitar os EAs descritos. Foi ainda sugerido a prescrição de toda a medicação no sistema de informação alert para evitar os erros na administração de medicação.

No que concerne à **área de cirurgia e urologia**, verificamos que os enfermeiros atribuíram maior relevo aos eventos défice de vigilância/julgamento clínico (45.3%), espaço físico inadequado (37.5%), privacidade doente (25.0%), infeções associadas aos cuidados de saúde (25.0%) e sobrelotação de doentes (23.4%). Foram referidas como principais propostas a alteração da estrutura física (67.2%) e a realização de medidas invasivas em espaço próprio (40.6%).

A necessidade de criação de uma estrutura física adequada às necessidades de implementar uma vigilância/julgamento clínico adequado, o respeito pela privacidade dos doentes, medidas para evitar as infeções associadas aos cuidados de saúde, espaço adequado para a não existência de sobrelotação de doentes e a elaboração de protocolos de atuação que definam quais as medidas invasivas a realizar neste espaço e as que devem ser realizadas em espaço apropriado (ex: bloco operatório). Foi também referido a necessidade de dotar esta área com recursos humanos, enfermeiros e assistentes operacionais, adequados ao número e índice de gravidade dos doentes.

Na **área de psiquiatria** foram apresentados como maior relevo os eventos déficit de vigilância/julgamento clínico (39.1%), estrutura física inadequada (37.5%), segurança enfermeiro (29.7%) e risco de queda (21.9%). Verificamos que os enfermeiros apresentaram com maior frequência as medidas referentes à alteração da estrutura física (53.1%), às condições de segurança para o doente e profissionais (48.4%) e formação nesta especialidade (21.9%).

A medida mais descrita foi a alteração da estrutura física e a sua adequação para a segurança do doente e dos profissionais, para dar resposta ao déficit de vigilância referido, à falta de segurança do enfermeiro e ao risco de queda. Foi ainda proposto formação específica nesta especialidade para uma abordagem adequada do doente do foro psiquiátrico.

Concluimos, numa apreciação geral dos EAs descritos e das medidas propostas, nas diversas áreas do SU, que o fator comum é a alteração da estrutura física, ou seja a sua inadequação para o número de doentes (que triplicam a capacidade das unidades) e nessa estrutura a impossibilidade de implementar práticas profissionais seguras;

Para a vigilância/julgamento do doente, criação de zonas de apoio para dar resposta aos períodos de sobrelotação;

Para a privacidade do doente, o evitar de infeções associadas aos cuidados de saúde, espaço para vigilância e monitorização dos doentes, estrutura de contenção e proteção do doente agitado, promovendo também a segurança dos profissionais, é necessário conforme é descrito por Fragata e Martins (2005) e por Beccaria (2009) a sobrelotação dos SU levam a sobrecarga de serviço e a espaços físicos mal delineados.

Foram ainda propostas outras medidas como a formação profissional nas diversas áreas e treino em equipa, melhorar os sistemas de informação existentes, estabelecimento de dotações seguras ao nível dos enfermeiros e assistentes operacionais, e melhorar a alocação de fármacos e material clínico.

O levantamento efetuado neste estudo não difere do estudo apresentado por Tomás et al. (2010) sobre a realidade das urgências em Espanha, em que salientou nas suas conclusões que os fatores que aumentam a probabilidade de ocorrência de EAs no SU baseiam-se no elevado afluxo de doentes, no tempo que se dispõe para tomar decisões baseadas em pouca informação, nas características do doente urgente/emergente, na relação entre diferentes profissionais, no uso de medicamentos de alto risco, e na formação de profissionais e suas habilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho assentou no pressuposto que o ambiente nos SU são ricos em oportunidades para falhas humanas e do sistema, devido a sobrelotação, a exiguidade dos espaços, ao stress decorrente da imprevisibilidade, à ansiedade do doente e familiares, que tornam estes espaços de trabalho caóticos, dificultando o julgamento clínico e o tratamento atempado nalgumas das situações. A responsabilidade ética e profissional dos enfermeiros desafiam-nos a um esforço contínuo de melhoria das suas práticas, promovendo a qualidade dos cuidados e segurança dos doentes.

Este desafio está claramente plasmado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;
3. Aumentar a segurança cirúrgica;
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

O estudo realizado com objetivo de caracterizar os eventos adversos associados às práticas de enfermagem **percecionados pelos enfermeiros no Serviço de Urgência de um hospital polivalente** permitiu salientar algumas conclusões. Embora em algumas práticas estudadas se percecionem valores de adesão dos profissionais elevadas, na maioria das práticas estes valores são muito inferiores ao recomendado. Os enfermeiros evidenciam que reconhecem a importância destas práticas mas a percentagem dos que referem que são praticadas apenas algumas vezes é muito elevada.

Na análise das práticas preventivas dos EAs estudados salientam-se como melhores práticas as observadas nas práticas preventivas de **Higienização das mãos** (M=84.9%) e **Privacidade e confidencialidade** (M=76.6%).

Consideramos práticas menos problemáticas, mas com amplo espaço para melhoria as práticas em que os valores médios das respostas positivas das dimensões se situam entre 50 e 75%. Estes valores foram encontrados nas dimensões:

Cuidados com EPIs e higiene ambiental (M=59.4%),

Na **Advocacia dos doentes** (59.4%),

Cuidados com EPIs e higiene ambiental (M=59.4%),

Falhas na preparação de medicação (M=62.0%),

Falhas na administração de medicação (M=68.1%)

São particularmente preocupantes os resultados referentes às dimensões em que as respostas positivas são referidas por cerca de 50% dos profissionais ou menos, nomeadamente as dimensões:

Vigilância do doente (M=50.1%)

Falhas na vigilância de medicação (M=36.0%)

Prevenção de quedas (M=30.2%)

Prevenção de úlceras de pressão (M=14.1%),

Um olhar mais detalhado sobre os itens que constituem estas dimensões alertam para algumas práticas que necessitam urgentemente de melhoria.

Na **Vigilância do doente**, a análise mais detalhada dos itens permite-nos salientar que uma percentagem significativa dos profissionais reconhece que realiza estas práticas algumas vezes (50.0% dos inquiridos), evidenciando que os enfermeiros sabem que estas práticas fazem parte da sua competência, mas por alguma razão não as conseguem realizar sempre ou frequentemente. Apenas 42,2% dos profissionais consideram que frequentemente “os doentes são adequadamente vigiados” e apenas 57.9% referiram que frequentemente ou sempre “as alterações do estado clínico são oportunamente detetadas”. Podemos também depreender que os enfermeiros não detêm as condições ideais de vigilância dos doentes, mas que efetuam um esforço adicional para detetar oportunamente as alterações do estado clínico.

Na **Vigilância da medicação**, os profissionais reconhecem que frequentemente “ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões”, “ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação”.

Na **Prevenção de quedas** salienta-se que 67.2% dos profissionais consideraram que nunca ou raramente “o risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo

instituído” e quase 30% dos inquiridos consideram que nunca ou raramente se implementam medidas preventivas ajustadas ao risco. Num grupo profissional com formação pessoal e profissional acima da média, importa perceber quais as razões para não implementar protocolos que conhece, efetuar diagnóstico de situação, promover cuidados de enfermagem e seguidamente efetuar a sua avaliação.

Realidade semelhante observa-se na **Prevenção de úlceras de pressão**, onde os resultados observados nos itens evidenciam más práticas preventivas nesta área, percentagens muito elevadas consideram que raramente ou apenas algumas vezes é realizada “uma avaliação clínica global no início do internamento”, “a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias”, são implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco”, “os reposicionamentos são ajustados às necessidades”.

Como já foi referido, os enfermeiros têm formação para efetuarem uma abordagem segura da prevenção de úlceras de pressão, mas provavelmente assumem outras prioridades, relegando este cuidado para segundo plano.

Na dimensão **Cuidados com EPIs e higiene ambiental**, alguns itens apresentam fragilidades que nos desafiam para a implementação de melhorias, nomeadamente na acomodação dos doentes de acordo com a suscetibilidade imunológica e condição clínica do doente, no tratamento adequado dos resíduos hospitalares na triagem da roupa suja. As melhorias a implementar devem passar por criação de uma estrutura física com áreas de isolamento e circuitos independentes sujos/limpos.

Da análise do risco e ocorrência dos EAs estudados, embora com valores mais elevados no risco do que na ocorrência, salienta-se uma elevada perceção de que estes são frequentes no SU, verificando-se que em todas as dimensões se observaram percentagens médias de respostas positivas inferiores a 75%.

São particularmente preocupantes as áreas inerentes ao risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (apenas 13.3% de respostas positivas), ao risco e ocorrência de úlceras de pressão (apenas 18.0% de respostas positivas), ao risco de agravamento do estado do doente por défice de vigilância e julgamento clínico (apenas 23.5% de respostas positivas) e ao risco e ocorrência de quedas (apenas 26,6% de respostas positivas). Em relação aos **Erros de medicação**, embora se reconheça que são menos frequentes, não podemos ignorar que apenas 61.7% consideram que estes nunca ou raramente ocorrem. O **Risco de agravamento por delegação inapropriada e défice de advocacia** (M=58.6%), evidenciou uma área de cuidados particularmente relevante num SU, uma vez que 84.4% dos profissionais referiram que embora raramente ou algumas vezes “existe risco de

agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente”, alertando para a necessidade de uma atitude mais proactiva na defesa dos doentes.

Em síntese, na avaliação da **Percepção geral** dos enfermeiros sobre a segurança do doente no SU, verificamos que 25.0% dos elementos da amostra consideraram que frequentemente ou sempre “ocorrem eventos adversos associados às práticas de enfermagem que comprometem a segurança do doente”, e 48.4% manifestaram a opinião de que frequentemente e sempre “os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados”.

Na análise inferencial testámos as várias hipóteses formuladas, no sentido de verificar se a percepção dos profissionais sobre as práticas de enfermagem e sobre os EAs está relacionada com algumas características individuais dos enfermeiros, nomeadamente género, idade, tempo de profissão, tempo de serviço no SU e habilitações profissionais.

Dos resultados salienta-se que a **percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre as práticas de cuidados de enfermagem, globalmente não diferem consoante o género e não está associada à idade, tempo de profissão e tempo de serviço em SU**. No entanto difere em função **das habilitações profissionais** dos enfermeiros. Os enfermeiros com **Bacharelato ou Licenciatura** assim como os que possuem **Mestrado/CEE ou Doutoramento** evidenciam percepção de melhor **vigilância dos doentes** e os primeiros revelam percepção de melhor **prevenção de úlceras de pressão** e de melhores práticas na **vigilância de medicação e percepção de melhores práticas de enfermagem no total**.

Nas hipóteses que analisam se a percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre eventos adversos, está relacionada com as características individuais dos profissionais, podemos concluir que apenas em algumas dimensões a percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência de eventos adversos é influenciada pela **sua idade**, pelo **seu tempo de exercício em SU** e pelas **suas habilitações profissionais**. Os enfermeiros mais velhos tendem a evidenciar percepção de menos erros de medicação; Os enfermeiros que exercem a sua atividade no SU há mais tempo tendem a perceber maior risco de agravamento por défice de vigilância e julgamento clínico, maior risco e ocorrência de quedas e mais eventos adversos no total;

Ao analisar a hipótese **a percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, de um Hospital Polivalente, sobre os eventos adversos, difere consoante as suas habilitações profissionais**; podemos verificar que apenas existe diferença estatisticamente significativa ($p = 0.002$) na dimensão referente aos **erros de medicação**, onde os

enfermeiros com habilitações profissionais mais elevadas tendem a percecionar mais erros de medicação.

A análise da hipótese de que existe relação entre as práticas de enfermagem e os eventos adversos percecionados pelos enfermeiros permite-nos concluir que **os profissionais que percecionam melhores práticas de enfermagem** tendem a percecionar **menor ocorrência de eventos adversos**.

O estudo sobre os EAs associados às práticas de enfermagem permitiu evidenciar que, com humildade, os enfermeiros reconhecem problemas na segurança dos doentes e práticas nem sempre adequadas na sua prevenção. Mas não podemos ignorar que o conceito atual da segurança do doente refere como principais fatores responsáveis pela ocorrência de EAs, as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua conceção, organização e funcionamento, em vez de responsabilizar os profissionais ou produtos isoladamente. Nesse sentido procurámos identificar quais os principais eventos e medidas de melhoria propostas pelos enfermeiros no sentido de se promoverem condições em cada área de atendimento clínico, que proporcionem melhores práticas e melhor segurança.

Na apreciação geral **das medidas de melhoria propostas**, nas diversas áreas do SU, salienta-se como fator comum a necessidade de alteração da estrutura física, ou seja a sua inadequação para o número de doentes (que triplicam a capacidade das unidades) e nessa estrutura a impossibilidade de implementar práticas profissionais seguras; a criação de zonas de apoio para dar resposta aos períodos de sobrelotação, promotoras de melhor vigilância/julgamento do doente;

Foram ainda propostas outras medidas como a formação profissional nas diversas áreas e treino em equipa, melhorar os sistemas de informação existentes, estabelecimento de dotações seguras ao nível dos enfermeiros e assistentes operacionais, e melhorar a alocação de fármacos e material clínico.

Os resultados obtidos orientam-nos para um plano de ação conducente à resolução das problemáticas encontradas neste SU:

- A necessidade de em primeiro lugar reformular a estrutura física do SU, para dar resposta à sobrelotação, à criação de salas de isolamento, ao definir circuitos de sujos e limpos, criar áreas de trabalho onde os enfermeiros vigiem convenientemente os doentes, o aumento das salas de triagem, melhorar as condições hoteleiras do doente.
- A importância dos enfermeiros serem ouvidos na realização do projeto do SU.
- Dotar as áreas do SU de enfermeiros e assistentes operacionais, para que não seja somente abordada a situação de urgência mas o doente como um todo.

- Criar protocolos de atuação segundo a área e a práticas, para a uniformização dos cuidados de enfermagem no SU.
- Efetuar diagnóstico de situação e adequar plano de formação em serviço.
- Aumentar a segurança na utilização da medicação, através de sistemas de informação e processos seguros a estudar.
- Assegurar a identificação inequívoca dos doentes e implementar a cultura de que os profissionais devem ir ao encontro do doente.

Limitações do estudo

No desenvolvimento deste estudo vários fatores foram considerados como limitadores ao seu desenvolvimento.

A dificuldade em obter as autorizações das comissões de éticas para a realização deste estudo, foram consideradas muito relevantes, porque delimitaram o período de realização do estudo, num período muito curto.

A amostra é considerada muito reduzida por somente serem inquiridos enfermeiros de um SU. Deveriam ser incluídos vários serviços de urgência para a possibilidade de generalização dos resultados a toda a população/realidade portuguesa.

Sugestões de investigações futuras

De toda a investigação efetuadas não foram encontrados estudos sobre segurança, cultura de segurança dos doentes e eventos adversos num serviço de urgência em Portugal, daí a necessidade de os implementar. Seria importante efetuar um estudo, transversal a todos os serviços de urgência, para que os resultados pudessem ser generalizados e orientadores de políticas tendentes a resolver o caos que se vive nos serviços de urgência.

Julga-se que os problemas nos serviços de urgência advêm de políticas erradas nos cuidados de saúde, desde os cuidados primários até aos cuidados considerados mais diferenciados. Este é um campo muito vasto mas a necessitar de um estudo aprofundado.

Após a criação de uma nova estrutura física neste SU e de implementadas as sugestões aqui relatadas e outras consideradas oportunas por todos os profissionais que aqui exercem a sua atividade, julga-se necessários reavaliar o serviço como diagnóstico situacional.

O desenvolvimento deste estudo é considerado uma mais-valia e um grito de alerta para a situação que se vive neste e noutros serviços da mesma área. Levou o autor a refletir e a

consciencializar-se sobre a problemática dos EAs, mas tendo presente que é necessário mudar mas com responsabilidade.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C., Mendes, A., Monteiro, J., & Santos, F. R. (2012). Falls in hospital settings: a longitudinal study. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20(3), 597-603.
- Agency For Healthcare Research And Quality, (2007), *Quality Indicators: Guide to Patient safety Indicators. Version 3.1.* Recuperado de http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/modules/psi/v31/psi_guide_v31.pdf
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., RN4CAST, C. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), pp.1824-1830. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- Almeida, Ricardo; Abreu, Cidalina; Mendes, Aida; (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 2 – 2010.*
- Alves, M.F. (2016). *Satisfação profissional e a segurança do doente na prática de enfermagem (Tese de Mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal
- Alves, Paula (2017). *Qualidade e segurança do doente: IPO Coimbra partilha boas práticas*. Publicado em 13 de novembro de 2017. Just News. Recuperado de <https://www.justnews.pt/noticias/qualidade-e-seguranca-do-doente-ipo-coimbra-partilha-boas-praticas#.WhW647ZI8dV>
- Amado, R.M.S. (2014). *Eventos adversos associados às práticas de enfermagem – contributos para a segurança do doente (Tese de Mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal
- Amaral, A. (2014). *Resultados dos Cuidados de Enfermagem - Qualidade e Efetividade (Tese de Doutoramento)*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia. Portugal
- American Nurses Association (2002). *Statement of the American Nurses Association for the Institute of Medicine’s Committee on Work Environment for Nurses and Patient Safety*. Washington, DC: ANA, 1-8. Recuperado de: www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2006_1.
- American Nurses Association. (2005). *Utilization guide for the ANA principles for nurse staffing*. Silver Spring, MD: nursesbooks.org.

- Andrade, P.; Pereira, F.; Santos, L.; Saldanha, M. (2010). Úlceras de pressão: casuística de um Serviço de Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 17 (1), 13-20. http://www.spmi.pt/revista/vol17/vol17_n1_2010_13_20.pdf
- Ângelo, S.V. (2015). *Segurança do doente no intraoperatório – competências do enfermeiro circulante (Tese de Mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal
- Aranaz, JM, Aibar, C., Vitaller, J., Mira, JJ, Orozco, D. (2007) – Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Resumen. Ministério de Sanidad y Consumo. Recuperado de: <http://www.msc.es>.
- Beccaria, Lucia M.. et. al.] (2009). Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 21(3): 276-282.
- Benner, P., Malloch, K., & Sheets, V. (2010). *Nursing pathways for patient safety: Expert panel on practice breakdown*. Mosby, Elsevier. ISBN:978-0-326-06517-7
- Benner, P., Malloch, K., & Sheets, V. (2010). *Nursing Pathways for Patient Safety*. St Louis: Paperback.
- Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schwed, K., & Jamison, D. (2002). Individual, practice, and system causes of errors in nursing: a taxonomy. *Journal of Nursing Administration*, 32(10), 509-523. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/seguranca-dos-doentes/cultura-de-seguranca.aspx>
- Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schwed, K., & Jamison, D. (2002). Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: A Taxonomy. *Journal of Nursing Administration*, 32(10), pp. 509-523.
- Benner, P.; Albuquerque, Q.; Lourenco, B. & Dias, A. (2005). *De Iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora; 2ª Ed; 262p., ISBN:9895580525, 9789895580521
- Benner, P.; Sheets, V.; Uris, P.; Uris, P.; Malloch, K.; Schwed, K. & Jamison D. (2002). Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing. *The Journal of Nursing Administration*, Vol.32, nº10, 509-523. Doi: 10.1097/00005110-200210000-00006
- Black, J.; Edsberg, L.; Baharestani, M; Langemo, D.; Goldberg, M.; McNichol, L.; Cuddigan, J. (2011). Pressure Ulcers: Avoidable or Unavoidable? Results of the National Conference. *Ostomy Wound Management*, vol.57, nº2, p. 24-37.
- Brady, A., Malone, A., & Fleming, S. (2009). A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of nursing management*, 17(6), 679-697.

- Brennan, TA, Leape, LL, Laird, NM, Hebert, L., Localio, AR, Lawthers, AG, Newhouse, JP, Weiler, PS, Hiatt, HH. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.*; 324(6): 370-376.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da investigação – Guia para Autoaprendizagem (2ª edição)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castilho, A. F. M., Parreira, P.M.D. (2012). Construção e Avaliação das Propriedades psicométricas de uma escala de Eventos adversos associados às práticas de Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 26, 59-74.
- Castilho, A. F.M. (2014). *Eventos adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: Contributos para a política de segurança (Tese Doutoramento)*. ICBAS. Disponível em repositório Nacional: <http://hdl.handle.net/10216/78357>
- Castilho, A.F.M.; Parreira, P.M.D. (2011). “Eventos adversos nos cuidados de enfermagem ao doente internado: the root cause analysis”. *Revista Referência III Série, suplemento Actas e comunicações XI conferência Ibero Americana de Educação em Enfermagem*.
- Chang, A., Schyve, P. M., Croteau, R. J., O’Leary, D. S., & Loeb, J. M. (2005). The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *International Journal for Quality in Health Care*, pp. 95-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzi021>
- Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (Setembro de 2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American Journal of Infection Control*, 40(7), p. 680. doi:10.1016/j.ajic.2012.02.029
- Costa, A. (2011), *Controlo de Infeção*. Tecno Hospital. Porto. ISSN 1645-9431. nº 43, p. 13-16.
- Curley, M. (1998). Patient-Nurse Synergy: Optimizing Patients' Outcomes, *American Journal of Critical Care*, Vol 7, nº1. Recuperado de <http://www.aacn.org/wd/certifications/content/synarticl1.pcms?menu=>
- Debout, C. (2009), *L’advocacy (Nursing Advocacy)*, Cit In Formarier, M. & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*, 2ª Ed. Lyon: Editions Mallet conseil, pp. 56-58.
- Decreto-Lei 140/2004 de 8 de Junho (2004). *Diário da República* n.º 134 – Série I-A. Lisboa: Ministério da Economia.
- Despacho n.º 10319/2014 - *Diário da República*, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014.
- Despacho n.º 1400-A/2015. (10 de Fevereiro de 2015). *Plano Nacional para a Segurança dos doentes*.

Despacho n.º 19 124/2005 (2.a série) – Diário da República — II SÉRIE N.º 169 — 2 de Setembro de 2005.

DGS (2013). Norma 008/2013, de 15 de Maio, Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA). Lisboa.

DGS (2015). Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020 - Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015. Obtido de www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx

DGS (2015a). Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020 - Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015. Obtido de <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/quedas.aspx>

DGS (2015b). Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020 - Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015. Obtido de <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/seguranca-na-utilizacao-da-medicacao.aspx>

DGS (2015c). Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020 - Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015. Obtido de <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/ulceras-de-pressao.aspx>

DGS (2015d). Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020 - Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015. Obtido de <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>

DGS (2015e). Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020 - Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015. Obtido de <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/cultura-de-seguranca-do-ambiente-interno.aspx>.

DGS, Ministério da Saúde, (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional para a Segurança do doente. Relatório Técnico Final. DGS. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

DGS. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016. Portugal. Obtido em 12 de janeiro de 2015, de <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press.

Dougherty, D. (1999). Surveillance. Cit In Bulechek, G. & McCloskey, J. (1999). Nursing Interventions: Effective Nursing Treatments, 3ªed, Saunders, Philadelphia, p.524-532.

- Duarte, J. A. (2013). *Metodologias de Investigação Científica*. Lisboa: Vírgula.
- Egea, F. R., Vecina, S. T., & Borrás, M. R. C. (2011). Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*, 23, 356-364.
- Fernandes, L; Caliri, M. & Haas,V. (2008). Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. *Acta paulista de Enfermagem*. Vol. 21, nº 2, p. 305-311
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Fragata, J. & Martins, L. (2005). *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Fragata, J. (2010). Segurança dos doentes- indicador de Qualidade em saúde *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 26, 564-570
- Fragata, J. (2011) *Segurança dos Doentes – Uma Abordagem Prática*. Lisboa, Lidel, 324p..
- Fragata, J., Barros, P.P., Santos, S., Ferreira, S., Bilbao, M., Fragata, I., França, M. (2006). *Risco Clínico - Complexidade e Performance*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Fragata, J.; Martins, L. (2005) – *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Gama, Z. A. S., & Saturno, P. J. (2013). A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, editor. *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*, 29-40.
- Harteloh PPM (2003). The meaning of quality in health care: A conceptual analysis. *Health Care Analysis*. 11(3):259-262.
- Hendrich, A. (2006). Inpatient falls: lessons from the field. *Patient Safety & Quality healthcare*, p.26-30. <http://psqh.com/mayjun06/falls.html>
- Hyland, D. (2002). An exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: implications for nursing practice. *Nursing Ethics*, 9(5), 472-482.
- ICN (2012). ICN Position: Patient Safety. [http://www.icn.ch/images/stories /documents /publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Patient_Safety.pdf)
- Inoue, K. C., Misue Matsuda, L., de Melo, W. A., Yassuko Murasaki, A. C., & Yukie Hayakawa, L. (2011). Risco de queda da cama. O desafio da enfermagem para a

- IOM (2004) Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Institute of Medicine. The national academies press.
- Johnson K D, Winkelman C. (2011) The Effect of Emergency Department Crowding on Patient Outcomes. A Literature Review. *Adv Emerg Nurs Jour.* 2011 Jan-Mar; 33(1): 39–54.
- Johnson, M. (2005) Notes on the tension between privacy and surveillance in nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, Vol 10 nº2, p.1-14 doi:10.3192/OJIN.Vol10No02Man03
- Kelly, L.; Vincent, D. (2010). The Dimensions of Nursing Surveillance: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, Vol 67 nº3, p.652 -661. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05525.x
- Kurtzman, E.T., & Corrigan, J.M. (2007). Measuring the contribution of nursing to quality, patient safety, and health care outcomes. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(1), 20-36.
- Leape, L.; Bates, D.; Cullen, D.; Cooper, J.; Demonaco, H.; Gallivan, T.; Laffel, G. (1995) Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. *Journal of the American medical association.* Vol. 274, nº 1, p. 35-43. http://www.researchgate.net/publication/15408461_Systems_analysis_of_adverse_drug_events._ADE_Prevention_Study_Group
- Letvak, S. A., Ruhm, C. J., & Gupta, S. N. (2012). Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(2), 30-38.
- Maroco, J., Marques, T.G.(2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. Portugal: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Laboratório de Psicologia, 4(1): 65-90 [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf)
- Maroco, João (2007). *Análise estatística – com utilização de SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Martins, Eduardo (2013). *Qualidade do serviço*. Porto: Vida Económica – Editorial, SA.
- Mendes, Walter [et al.] (2008). Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. *Rev. Bras. Epidemiologia*. Vol. 11, nº 1 (55:66). São Paulo. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n1/05.pdf>.
- Meyer, G.; Lavin, M.; Perry, A. (2007). Is it Time for a New Category of Nursing Diagnostics? *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, Vol 18 nº2, p.45-50. Doi: 10.1111/j.1744-618X.2007.00049.x

- Ministério da Saúde (2007). Circular Normativa nº 18/DSQC/DSC de 15/10/2007: Comissões de Controlo de Infeção. Lisboa: DGS. <http://www.dgs.pt>
- Ministério da Saúde (2010). Circular Normativa nº 13/DQS/DSD: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: DGS. <http://www.dgs.pt>
- Ministério da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators™ (NDNQI®). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 12(3).
- Morse, J. (2002). Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. American Journal of Infection Control, Vol 30 nº6, p.376-380. Doi: <http://dx.doi.org/10.1067/mic.2002.125808>
- Mrayyan, M. T., Shishani, K., & AL-Faouri, I. B. R. A. H. I. M. (2007). Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: nurses' perspectives. Journal of nursing management, 15(6), 659-670.
- National Coordinating Council For Medication Error Reporting And Prevention (1998). What is a medication error? Rockville: NCCMERP.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2005). Recommendations to Enhance Accuracy of Administration of Medications. <http://www.nccmerp.org/council/council1999-06-29.html>
- National Patient Safety Foundation. (2015). RCA2 - Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm. Obtido em Outubro de 2015, de National Patient Safety Foundation: https://c.ymcdn.com/sites/npsf.siteym.com/resource/resmgr/PDF/RCA2_first-online-pub_061615.pdf
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel And Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). Prevention And Treatment Of Pressure - Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia. <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2010/10/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>
- Negarandeh, R.; Oskouie, F.; Ahmadi, F.; Nikraves, M. & Hallberg, I. (2006). Patient advocacy: barriers and facilitators. BMC nursing, Vol 5 nº3, p. 1-8. doi: 10.1186/1472-6955-5-3

- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Tomada de posição do Conselho Jurisdicional sobre a segurança do cliente. Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2014), Dados estatísticos a 31-12-2013. Ordem dos Enfermeiros. <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/basic-html/index.html#1>
- Organización Mundial de la Salud (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. Informe Técnico. Recuperado de: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf.
- Paiva, Miriam C. M. S. [et al.] (2010). Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Revista Escola Enfermagem USP. 44(2): 287-94. [Consult. 3 Julho 2017] Disponível em <URL: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>.
- Paranaguá, T. T. D. B., Braga, Q. D. P., Bezerra, A. L. Q., Silva, A. E. B. C., Azevedo Filho, F. M., & Sousa, M. R. G. (2014). Incidentes: instrumento de gerenciamento da assistência para a segurança do paciente em pronto socorro. Enfermería Global, 34, 219-31.
- Pedreira, M.F.R. (2015). Segurança de doentes e eventos adversos associados à prática de enfermagem em cuidados intensivos (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal
- Pereira, A. G. D. (2014). Direitos dos pacientes e responsabilidade médica. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31524/1/Direitos%20dos%20pacientes%20e%20responsabilidade%20m%C3%A9dica.pdf..>
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pina, E. Silva, G. & Ferreira, E. (2011). Relatório do inquérito de prevalência de infeção de 2010: programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. DQS: PNCI <http://www.dgs.pt>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Rev Port Saúde Pública, 10(1), 27-39.

- Pina, E.; Ferreira, E.; Marques, A. & Matos, B.. (2010). Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol 10, p.27-39
<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infeccoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf>
- Pina, E.; Paiva, J.; Nogueira, P. & Silva, M. (2013). Prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses. DGS: PNCl.
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019020.pdf>
- Polit, Denise F.; Hungler, Bernadette P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul L^{da}.
- Ramos, S. (2008). Prevenção e monitorização de quedas de doentes em ambiente hospitalar. Experiência do Hospital de Santa Marta. <http://www.ipq.pt/backFiles/SusanaRamos.pdf>
- Reason, J., Carthey, J., Leval, MR. (2001). Diagnosing vulnerable system syndrome: and essential prerequisite to effective risk management. *Qual Health Care*; 10 (supl. 2): 21-25.
- Reason, James (2000) - Human Error: models and management. *BMJ*; 320 (7237): 768-770.
- Reis, F. (2010) Como elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha, Lisboa: Pactor, 154 p..
- Rocha, J. A., Miranda, M. J., & Andrade, M. J. (2006). Abordagem terapêutica das úlceras de pressão: intervenções baseadas na evidência. *Acta Med Port*, 19(1), 29-38.
- Runciman, RB, Helps, SC, Sexton, EJ, Malpass, A. (1998). A classification for incidents an accidents en the health care system. *J Qual Clin Praticce*; 18 (3): 199-211.
- Santos, Audry E.; Padilha, Kátia G. (2005). Eventos adversos com medicação em Serviços de Emergência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Rev. Bras. Enfermagem*. Vol.58, nº 4 (429-433).Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a09v58n4.pdf>.
- Saraiva, D. M. R. F. [et al.] (2008) – Quedas: indicador da qualidade assistencial. *Nursing*. Lisboa. Ano 18, nº 235, p. 28-35.
- Siegal, D. (2010). Optimizing Physician-Nurse Communication in the Emergency Department: Strategies for Minimizing Diagnosis-related Errors.CRICO/RMF Strategies Emergency Medicine Leadership Council White Paper, 1-9.
- Sklar DP, Crandall C.(2010). What Do We Know About Emergency Department Safety. Recuperado de: <http://webmm.ahrq.gov/perspective.aspx?perspectiveID=88>.

- Smith, L.; Willman, A.; Burke, J. & Sveinsdóttir, H. (2008). Patient Safety in Europe: Medication Errors and Hospital-acquired Infection. *Journal of Research in Nursing*, Vol. 13, p. 451-454. Doi: 10.1177/1744987108095915
- Sorensen, R.; Iedema, R. (2007), Advocacy at end of life, research design: An ethnographic study of an ICU. *International journal of nursing studies*, Impact Factor, Vol.44, nº8, p.1343-1353. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.07.019
- Sousa, C. A. D., Santos, I. D., & Silva, L. D. D. (2006). Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. *Rev bras enferm*, 59(3), 279-84.
- The National Quality Forum (2010). Safe Practiques for Better Healthcare 2010 update. Washington: The National Quality Forum. Recuperado de http://www.qualityforum.org/publications/2010/04/safe_practiques_for_better_healthcare_%E2%80%93_2010_update.aspx.
- Tomajan, Karen M. S. (2012). Advocating for nurses and nursing. *Online journal of issues in nursing*, 17(1), A1.
- Tomás, S., & Gimena, I. (2010). La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 33, pp. 131-148). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Tomás, S., Chanovas, M., Roqueta, F., Alcaraz, J., Toranzo, T., & de Trabajo Evadur-Semes, G. (2010). EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 22(6), 415-428.
- Tomás, S., Chánovas, M., Roqueta, F., & Toranzo, T. (2012). La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente. *Emergencias*, 24(3), 225-233.
- Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Salanterä, S., & Suominen, T. (2006). Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 282-292.
- Valentin, A.; Capuzzo, M.; Moreno, R.; Metnitz, B.; Bauer, P.; Metnitz, P. (2009) Errors In Administration Of Parenteral Drugs In Intensive Care Units: Multinational Prospective Study. *British Medical Journal*. Doi:10.1136/Bmj.B814
- Vincent, C. (2009), *Segurança do Paciente – Orientações Para Evitar Eventos Adversos*. São Paulo: Yendis.

- WHO (2004). World Alliance for patient safety: Forward Programme 2005. WHO Library. Geneve ISBN 9241592443. http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
- WHO (2007). Global Report on Falls Prevention in Older Age. ISBN 978 92 4 156353 6 http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- WHO (2008) - Summary of the evidence on patient safety: implications for research. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Research Priority Setting Working Group. ISBN 978 92 4 159654 1 http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Summary_evidence_on_patient_safety.pdf
- WHO (2009) Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge – Clean Care is safer Care. ISBN 978 92 4 159790 6
- WHO (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety: Version 1.1. Geneva: WHO
- Wilkin, K.; Slevin, E. (2004) The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of clinical nursing*. Vol.13, p. 50-59 DOI: 10.1111/j.1365-2702.2004.00814.x
- Woods, A., & Doan-Johnson, S. (2002). Toward a taxonomy of nursing practice errors. *Nursing Management*, 33(10), 45-48.

Anexo I - Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em
Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer N° P382-12/2016

Título do Projecto Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem percecionados pelos enfermeiros no serviço de urgência.

Identificação do Proponente

Nome(s): Rui Manuel ferreira Marcelino Santos Costa

Filiação Institucional: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Pólo HUC e ESEnfC

Investigador Responsável/Orientador: Rui Manuel ferreira Marcelino Santos Costa

Relator: Ana Margarida Coelho Abrantes

Parecer

O projeto tem como objetivo principal caracterizar os eventos adversos associados às práticas de enfermagem percecionados pelos enfermeiros no serviço de urgência de um hospital polivalente. Como objetivos específicos este projeto visa analisar a ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem percecionados pelos enfermeiros no serviço de urgência do CHUC-HUC, numa perspetiva de processo e numa perspetiva de resultado; analisar a relação entre as práticas de enfermagem no serviço de urgência e os eventos adversos percecionados pelos seus enfermeiros; analisar se os eventos adversos associados às práticas de enfermagem percecionados pelos enfermeiros do serviço de urgência diferem, em função das características socioprofissionais dos enfermeiros; analisar os principais eventos adversos, identificados pelos enfermeiros, em cada área de prestação de cuidados no serviço de urgência; analisar a relação entre a dotação média de enfermeiros e o número de doentes que recorrem ao serviço de urgência, analisar as medidas de melhoria da segurança do doente propostas pelos enfermeiros e por fim propor medidas de melhoria de segurança do doente no serviço de urgência.

Os proponentes definem o estudo como quantitativo descritivo-relacional sendo a amostra deste estudo todos os enfermeiros do serviço de urgência CHUC-HUC.

Os critérios de inclusão e exclusão estão definidos. Existe garantia de confidencialidade.

São apresentados o consentimento informado assim como o instrumento de colheita de dados.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável.

O relator: Ana Margarida Coelho Abrantes

Data: 15.2.2017 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Helena Bolella



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

Anexo II – Parecer do Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.



30.7

Ao C.A.
R
Prof. Doutor Fernando J. Regateiro
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

Exmo Senhor
Prof. Doutor Fernando Regateiro
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Autorizada
16/6/2017
Prof. Doutor Fernando J. Regateiro
DATA 29-05-2017
Prof. Manuel Mota Pinto
Prof. Manuel Mota Pinto
Prof. Manuel Mota Pinto
Prof. Manuel Mota Pinto

SUA REFERÊNCIA SUA COMUNICAÇÃO DE NOSSA REFERÊNCIA
CHUC-026-17

ASSUNTO: Aprovação do Projeto de Investigação CHUC-026-17

A pedido de **Enf.º Rui Manuel F. Marcelino Santos Costa**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **"EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERCECIONADOS PELOS ENFERMEIROS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer favorável da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl'A Coordenadora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

S. Saraiva
(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. Nº 4388 JCS
Origem
Data 30/5/2017

Anexo III – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO ESTUDO – Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem percecionados pelos enfermeiros no Serviço de Urgência.

INVESTIGADOR: Rui Manuel Ferreira Marcelino Santos Costa (Enf^o no CHUC, EPE – Pólo A)

ORIENTADORA: Professora Doutora Amélia Castilho (ESEnfC)

Esta investigação faz parte da dissertação de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica com o tema “Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem percecionados pelos enfermeiros no Serviço de Urgência”. Com este estudo pretende-se caracterizar os eventos adversos associados às práticas de enfermagem percecionados pelos enfermeiros no Serviço de Urgência do CHUC-HUC. Nesse desígnio, são objetivos específicos: Analisar a ocorrência de EAs associados às práticas de enfermagem percecionados pelos enfermeiros no Serviço de Urgência do CHUC-HUC, numa perspetiva de processo (Práticas preventivas e/ou falhas) e numa perspetiva de resultado (risco e ocorrência de EAs); Analisar eventuais relações entre as práticas de enfermagem e os eventos adversos, percecionados pelos seus enfermeiros; identificar medidas de melhoria da segurança do doente propostas pelos enfermeiros.

Eu, _____ declaro de livre vontade que aceito participar no estudo acima identificado, após ter tomado conhecimento do mesmo e me ter sido apresentado o seu âmbito e objetivos, bem como explicados todos os procedimentos de investigação inerentes ao estudo. Fui informado(a) que posso desistir em qualquer momento do preenchimento e compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre a investigação.

Foi-me assegurado(a) que todos os materiais inerentes ao estudo, que dizem respeito, serão guardados de forma confidencial durante a investigação e destruídos no fim desta, não sendo nenhuma informação pessoal divulgada. Pelo presente documento, declaro o meu consentimento informado, disponibilizando-me para participar no estudo acima identificado.

O participante, _____

O investigador, _____

Coimbra:2017/10/02

Anexo IV – Instrumento de colheita de dados

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Rui Manuel Ferreira Marcelino Santos Costa, a exercer funções no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE – Polo HUC, vem solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, realizado no âmbito da dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, orientada pela Professora Doutora Amélia Castilho.

O questionário é constituído por três partes:

Na PARTE I – Caracterização socioprofissional

Na PARTE II – Escala de eventos adversos associados à prática de enfermagem (EAAPE).

Na PARTE III – duas questões abertas, onde se pretende que os enfermeiros identifiquem, em cada uma das sete áreas de prestação de cuidados do serviço de urgência (Triagem, Área Médica 1, Área Médica 2, ...), pelo menos dois eventos adversos que consideram mais relevantes e duas medidas para minimizar a ocorrência destes eventos adversos.

Agradecendo desde já a sua disponibilidade e colaboração, lembro que a autenticidade das suas respostas vão depender os resultados finais deste trabalho.

Os dados obtidos destinam-se exclusivamente ao estudo em causa, assegurando-se o seu anonimato e confidencialidade.

Muito obrigado pela colaboração

Rui Marcelino Costa

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

- **Idade:** ____anos
- **Sexo:** Feminino Masculino
- **Tempo de exercício profissional:** ____anos
- **Tempo de exercício profissional no serviço urgência:** ____anos
- **Habilitações literárias:**
 - Bacharelato
 - Licenciatura
 - Pós-graduação
 - Mestrado/Especialidade
 - Doutoramento

PARTE II

EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS ÀS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM (EAAPE)

Instruções de preenchimento

Leia atentamente os enunciados e em cada um assinale apenas um ponto da escala, **preenchendo a bolinha**.

Para melhor compreensão e preenchimento deste questionário, consideramos as seguintes definições:

- Um **evento adverso** é definido como qualquer tipo de engano, incidente, acidente, erro ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao doente.
- A **segurança do doente** é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

| Indique, por favor, a frequência em que acontece cada uma das situações: No meu serviço de urgência | Nunca | Raramente | Algumas vezes | Frequentemente | Sempre |
|--|-------|-----------|---------------|----------------|--------|
| 1-Vigilância/Julgamento clínico | | | | | |
| 1. Os doentes são adequadamente vigiados | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. As alterações do estado clínico são oportunamente detetadas | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por défice de vigilância | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. Existe risco de agravamento/complicações do estado do doente por julgamento clínico inadequado | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

| 2-Advocacia | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Os enfermeiros assumem-se como verdadeiros “advogados” dos interesses do doente e família | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. Os enfermeiros questionam a prática de outros profissionais quando está em causa o interesse do doente | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. Os enfermeiros respeitam a privacidade do doente | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. Os enfermeiros respeitam a confidencialidade do doente | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. Os enfermeiros delegam funções de enfermagem noutros profissionais menos preparados | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6. Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por falhas na defesa dos interesses do doente. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7. Existe risco de agravamento/complicações no estado do doente por delegação de funções de enfermagem em pessoal menos preparado | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3-Quedas | | | | | |
| 1. O risco de quedas é avaliado em todos os doentes, de acordo com protocolo instituído. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. Os procedimentos de prevenção de quedas são ajustados tendem em consideração a avaliação do risco | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. A vigilância do doente é ajustada ao risco avaliado | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. Existe risco de ocorrência de quedas de doentes | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. Ocorrem quedas de doentes | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4-Úlceras de pressão | | | | | |
| 1. É realizada uma avaliação clínica global (grau de mobilidade, incontinência urinária/fecal, alterações da sensibilidade, alterações do estado de consciência, doença vascular, estado nutricional). | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. É realizada a inspeção periódica da pele em áreas de risco ou de úlceras prévias | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. São utilizadas escalas de estratificação do risco (escalas de Braden e/ou de Norton) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. São implementadas medidas preventivas ajustadas aos fatores de risco | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. Os cuidados gerais à pele são adequados às necessidades identificadas | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6. O suporte nutricional é ajustado às necessidades | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7. Os reposicionamentos são ajustados às necessidades | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8. Existe o risco de ocorrência de úlceras de pressão | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9. Ocorrem úlceras de pressão | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

| 5-Medicação | Nunca | Raramente | Algumas vezes | Frequentemente | Sempre |
|---|--------------|------------------|----------------------|-----------------------|---------------|
| 1. Existe o risco de ocorrência de erros de medicação | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. Ocorrem erros de medicação | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. Os profissionais na gestão da medicação verificam as seguintes certezas: | | | | | |
| Medicamento certo | | | | | |
| Dose certa | | | | | |
| Fórmula certa | | | | | |
| Horário certo | | | | | |
| Doente certo | | | | | |
| 5.A – Ocorrem erros na preparação da medicação por: | | | | | |
| 1. Existirem medicamentos com rótulo e embalagem semelhantes | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. Existirem muitos medicamentos no mesmo horário | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. A farmácia enviar o medicamento errado | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. O medicamento não estar disponível em tempo oportuno | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. O enfermeiro ser interrompido durante a atividade | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6. Distração do enfermeiro | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5.B – Ocorrem erros na administração da medicação por: | | | | | |
| 1. Falhas na comunicação sobre mudanças na acomodação dos doentes (troca de cama) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. Falhas na comunicação médico/enfermeiro sobre alterações na prescrição médica | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. Falhas na comunicação (prescrição médica oral ou por telefone) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. Falhas na comunicação (ausência de registo da administração anterior) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. Incorreta identificação do medicamento preparado | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6. Incumprimento dos procedimentos de identificação do doente | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7. Falhas na execução da técnica de administração | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5.C – Vigilância da medicação | | | | | |
| 1. Ocorrem falhas na vigilância dos ritmos das perfusões | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2. Ocorrem falhas na vigilância dos efeitos da medicação | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6-Infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) | | | | | |
| 1. Existe risco de ocorrerem infeções (IACS) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. Ocorrem infeções (IACS) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. A. Higienização das mãos realiza-se: | | | | | |
| 1. Antes e após o contacto com o doente | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. Antes de procedimentos que exijam assepsia | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3. Após o contacto com sangue e fluidos corporais | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4. Os Equipamento de Proteção Individual são selecionados e ajustados aos procedimentos a realizar | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5. Na manipulação de material corto/perfurante são evitados procedimentos inadequados, nomeadamente dobrar ou recapsular agulhas, após a sua utilização | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6. Os objetos cortam/perfurantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) são acondicionados em contentores rígidos, localizados próximo da realização do procedimento | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7. A acomodação dos doentes realiza-se de acordo com a susceptibilidade imunológica e condição clínica do doente (ex. isolamento de acordo com as necessidades) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8. Os resíduos hospitalares são objeto de tratamento apropriado, consoante o grupo a que pertencem | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9. A roupa suja é triada junto do local de proveniência, acondicionada em saco próprio e transportada para a lavandaria em carro fechado | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

7-Perceção Geral (no meu serviço)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. A ocorrência de eventos adversos associados às práticas de enfermagem compromete a segurança do doente | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2. Os eventos adversos associados às práticas de enfermagem podiam ser evitados | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

PARTE III

Pensando nos Eventos Adversos que ocorrem durante a prestação de cuidados de enfermagem nas diferentes áreas do serviço de urgência, identifique pelo menos dois eventos adversos que considera mais relevantes nas seguintes áreas:

Triagem:

1^a

2^a

Área Médica 1:

1^a

2^a

Área Médica 2:

1^a

2^a

Sala de Emergência:

1^a

2^a

Área de Ortopedia:

1^a

2^a

Área de Cirurgia e Urologia:

1^a

2^a

Área de Psiquiatria:

1^a

2^a

0Após ter referido os Eventos Adversos que ocorrem durante a prestação de cuidados de enfermagem, nas diferentes áreas do serviço de urgência, proponha duas medida para minimizar a ocorrência destes eventos adversos?

Triagem:
1ª

2ª

Área Médica 1:
1ª

2ª

Área Médica 2:
1ª

2ª

Sala de Emergência:
1ª

2ª

Área de Ortopedia:
1ª

2ª

Área de Cirurgia e Urologia:
1ª

2ª

Área de Psiquiatria:
1ª

2ª

Obrigado pelo contributo