

## **IATROGENIAS EM ENFERMAGEM NA PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS**

Andreia Cristina Pimparel Maia Guerreiro

Relatório Final De Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

### Orientadores

Professor Doutor Carlos Pires Magalhães (Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal).

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata (Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal).

julho de 2021

Guerreiro ACPM. Iatrogenias em enfermagem na perspetiva dos enfermeiros. Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança 2021.

## **AGRADECIMENTOS**

Nesta última etapa, a realização do presente trabalho, é sem dúvida importante agradecer a todos os que de uma forma ou outra tornaram possível o alcançar deste desafio. A todos os que contribuíram, contribuem e irão continuar a contribuir para o meu crescimento profissional e pessoal:

O meu sincero OBRIGADA aos orientadores, Professor Doutor Carlos Pires Magalhães e Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata, sem os quais a conclusão deste trabalho, não seria possível. Exprimo a minha admiração pela sua disponibilidade e apoio que sempre demonstraram;

Aos doentes que se entregam e confiam nos cuidados que lhe são prestados;

Aos meus pares, que me apoiam, que estão presentes, que trabalham em equipa, que partilham as suas experiências;

Família e amigos que fazem com que a vida tenha sentido e valor!

## RESUMO

**Enquadramento:** A qualidade e segurança dos cuidados, são atualmente uma das maiores preocupações dos responsáveis das organizações prestadoras de cuidados de saúde. Dos cuidados prestados ao doente, dos quais resultam consequências prejudiciais para a saúde do mesmo, enquadra-se o evento iatrogénico.

**Objetivo:** Identificar a perceção dos enfermeiros acerca das iatrogenias em enfermagem.

**Métodos:** O presente estudo, enquadra-se na investigação qualitativa, recorrendo-se a um grupo de discussão também designado por *focus group* ou grupo focal, no qual participaram 7 enfermeiros a exercerem funções em serviços da área médico-cirúrgica.

**Resultados:** No presente estudo, todos os enfermeiros associaram ao conceito de iatrogenia o dano causado ao doente. Num conceito mais direcionado à enfermagem, a amostra expôs que por a mesma se entendem, a associação do dano que o doente sofre sobre as atividades da responsabilidade do enfermeiro. Foram relatados como principais eventos iatrogénicos: os efeitos adversos à administração terapêutica, as quedas/fraturas, o inadequado manuseamento de dispositivos médicos.

Os participantes expuseram como fatores que potenciam os eventos iatrogénicos: o rácio Enfermeiro/doentes, a dificuldade de separar o profissional do pessoal, o Burnout, o défice de conhecimentos, as condições de trabalho inadequadas, a inadequada gestão do tempo e planeamento de cuidados, ausência de reconhecimento profissional, a comunicação ineficaz, a gravidade do estado clínico do doente e número de dispositivos médicos do doente, a ausência de liderança, a muita burocracia e por fim a subcategoria distrações, imprudências e desleixo. Quando questionados sobre as estratégias que podem contribuir para minimizar a ocorrência, foram enumeradas: a formação contínua, a boa comunicação e liderança, o trabalho em equipa, o reconhecimento profissional, a diminuição da burocracia, o incentivo à notificação formal, o investimento em recursos humanos e físicos.

**Conclusão:** Na perceção da amostra estudada as iatrogenias são uma realidade, cujos fatores potenciadores vão de encontro aos descritos na literatura científica. A formação nesta área é reconhecida como um pilar para a minimização da sua ocorrência.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Enfermeiros; Iatrogenia; Eventos Adversos

## **ABSTRAT**

**Background:** The care quality and security are, nowadays, one of the health organizations major concerns. One must have in mind the so-called iatrogenic event, when taking care of a sick person. If the health professional does not take all the necessary measures, while taking care of the patient, some problems can occur, among which there is the iatrogenic event.

**Aim:** Identify nurses' perception about iatrogenic in nursing.

**Methods:** This study is meant for the qualitative investigation, bearing in mind a discussion group, also called focus group, in which have participated 7 nurses working in the medical surgery area.

**Results:** In what concerns to this study, all nurses have connected the iatrogenic concept to the patient's harm. In a more nursing related concept, this sample shows that the iatrogenic is related to a nurse's activities. There were mentioned as the main iatrogenic events: the adverse effects to the therapeutic administration; falls/fractures and inadequate handling of the medical devices.

Participants pointed out as iatrogenic events: the ratio nurse/patient; the lack of capacity in separating the professional from the personal life; burnout; the lack of knowledge; inappropriate working conditions; inappropriate time management and unplanned care conditions; inefficient communication; the patient's health condition and the number of medical devices; the lack of leadership; too much bureaucracy and, finally, the subcategory distractions and carelessness. When asked about the strategies that can contribute to minimize the frequency of this event, they mentioned the long-term formation, good communication skills and leadership, teamwork, professional recognition, less bureaucracy, improving formal notifications, investing/promoting both human and physical resources.

**Conclusion:** In what refers to this analysed sample, iatrogenic is a reality whose potential factors approach those of scientific literature. Long-term formation in this area is recognized as a fundamental basis for the decreasing of its frequency.

**Keywords:** Nursery; Nurses; Iatrogenic; Adverse factors

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACSA	-	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
DGS	-	Direção Geral de Saúde
E	-	Entrevistado
EA	-	Evento Adverso
IBEAS	-	Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção
n°		número
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONA	-	Organização Nacional de Acreditação
RAM	-	Reações Adversas Medicamentosas
SNNIEA-		Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos
URE	-	Unidade de Registo Exemplificativo
UTI	-	Unidade Terapia Intensiva

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1. IATROGENIA	15
1.1. Evolução histórica do conceito de Iatrogenia	15
1.2. Tipos de Iatrogenia em enfermagem	19
1.3. Fatores de risco	22
1.4. Estratégias de prevenção	26
1.5. Preparação dos enfermeiros face à ocorrência de iatrogenias	33
2. SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E DE EVENTOS ADVERSOS	37
2.1. A prática de notificação de incidentes e eventos adversos	40
2.2. Dados epidemiológicos das iatrogenias	42
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA NAS COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA	47
CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO	50
1. METODOLOGIA	51
1.1. Tipo de estudo	51
1.2. Participantes	55
1.3. Período de recolha de dados	55
1.4. Instrumento de colheita de dados	56
1.5. Procedimentos de recolha de dados	56
1.6. Considerações éticas	57
1.7. Procedimento de análise de dados	57
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	59
2.1. Iatrogenia: a perceção dos enfermeiros acerca do conceito	59
2.2. Iatrogenia em enfermagem: a perceção dos enfermeiros acerca do conceito	62
2.3. Eventos iatrogénicos em enfermagem	63
2.4. Eventos iatrogénicos mais frequentes	68
2.5. Preparação dos enfermeiros face à ocorrência de	70

iatrogenias	
2.6.Fatores que potenciam os eventos iatrogénicos	75
2.7.Estratégias para minimizar as iatrogenias	83
CONCLUSÕES DO ESTUDO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	105
Anexo I - Relatório do Desenvolvimento de Competências Especializadas em Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica	107
Anexo II – Instrumento de Colheita de dados – Guião da entrevista	138
Anexo III – Consentimento informado, esclarecido e livre	143
Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética	145
Anexo V – Árvore Categorial	
Anexo VI – Comprovativo de submissão e artigo de investigação	147

## ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1 - Informações expressas nos textos segundo as ações do enfermeiro na prevenção das iatrogenias, Maia e Bastian (2013).	27
Tabela 2 - Caraterização da amostra	59
Tabela 3 - Conceitos dos enfermeiros sobre Iatrogenia	61
Tabela 4 - Conceitos dos enfermeiros sobre iatrogenias em enfermagem	63
Tabela 5 - Eventos adversos de enfermagem	68
Tabela 6 - Eventos iatrogénicos mais frequentes	70
Tabela 7 - Preparação pessoal e da equipa face a eventos iatrogénicos	75
Tabela 8 - Fatores que potenciam os eventos iatrogénicos	82
Tabela 9 - Estratégias para minimizar os eventos iatrogénicos	89

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 - Árvore categorial	90

## INTRODUÇÃO

A qualidade e segurança dos cuidados, são atualmente uma das maiores preocupações dos responsáveis das organizações prestadoras de cuidados de saúde. Dos cuidados prestados ao doente, dos quais resultam consequências prejudiciais para a saúde do mesmo, enquadra-se o evento iatrogénico. Etimologicamente a palavra Iatrogenia provem do grego e refere-se a qualquer alteração patológica provocada no doente pela prática dos profissionais de saúde, e que de acordo com Santos e Ceolin (2009) essa mesma prática pode ser certa ou errada, justificada ou não, mas pelo qual resultam consequências prejudiciais para a saúde do doente. Por ocorrência iatrogénica entende-se um evento indesejável, de natureza danosa ou prejudicial para o doente, consequente ou não de falha do profissional e que compromete ou tem o potencial de comprometer a segurança do doente.

Segundo a Organização mundial de Saúde (OMS) boa parte da população que procura tratamento, sofre de algum tipo de iatrogenia (Marques, Santos, Silva, Rodrigues & Jesus, 2017). Os mesmos autores, expõem ainda um estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção (IBEAS) em cinco países da América Latina, no qual se verificou que 10,5 % dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de efeitos adversos, e destes, 58,9% poderiam ter sido evitados.

Sena et al. (2014) entendem que a iatrogenia do cuidado de enfermagem está relacionada com a privação de cuidados ou uma prestação insatisfatória dos mesmos, situações inadmissíveis na relação entre o doente e o profissional de enfermagem. Assumem ainda, que as iatrogenias cometidas pelos profissionais de enfermagem podem estar relacionadas com questões como: défice de atenção, condições de trabalho inadequadas, excesso de doentes a serem atendidos, dificuldade em separar as questões pessoais das profissionais, e principalmente défice de conhecimento. Os mesmos autores alertam ainda para a complexidade da análise das iatrogenias resultantes da intervenção do enfermeiro, pois apesar de algumas delas serem visíveis como as quedas, as feridas decorrentes da realização de procedimentos realizados incorretamente e à reação adversa a algum medicamento, outras iatrogenias podem passar completamente despercebidas, principalmente se forem psicológicas, internas, ou de difícil perceção.

Ripardo e Brito (2019) enumeram como iatrogenias cometidas pela equipa de enfermagem: a infiltração, obstrução ou flebite em acesso venoso periférico antes das

72horas, a lesão por pressão (úlceras de pressão), perda de sonda nasogástrica, reação alérgica medicamentosa, perda de sonda vesical, obstrução de cateter para hemodiálise.

Tendo em consideração o exposto anteriormente, e visando auscultar uma reflexão sobre a prática de enfermagem, a segurança na prestação de cuidados e a qualidade dos mesmos, questionamo-nos se as opiniões dos enfermeiros acerca da temática “iatrogenias em enfermagem” vão de encontro ao descrito na vasta literatura. Enquadrado no âmbito da Especialidade Médico-Cirúrgica, optamos por auscultar um grupo de enfermeiros que exercem funções em serviços da área médico-cirúrgica.

Assim, tendo como base o tema da iatrogenia, para o presente estudo definiram-se como objetivos: (i) identificar a perceção dos enfermeiros acerca do conceito de iatrogenia e de iatrogenia em enfermagem; (ii) identificar a perceção dos enfermeiros acerca dos eventos iatrogénicos em enfermagem que consideram mais comuns (iii) Identificar a perceção dos enfermeiros acerca de como se consideram preparados face à ocorrência de eventos iatrogénicos (iv) identificar os fatores, segundo a perspetiva dos participantes, que podem potenciar a ocorrência de iatrogenias; (v) identificar que estratégias, segundo a perspetiva dos participantes, podem minimizar os eventos adversos.

O presente trabalho de investigação, encontra-se dividido em duas partes, sendo que a primeira, capítulo I, expõe o estado da arte sobre o tema, onde se irá abordar a evolução histórica da iatrogenia enquanto conceito, os tipos de iatrogenia, os fatores de risco que concorrem para o seu aparecimento e as estratégias de prevenção. Será ainda abordada o sistema nacional de notificação de incidentes e de eventos adversos. A segunda parte, capítulo II, reporta-se ao estudo empírico, onde se aborda a metodologia seguida, apresentam-se os resultados, com respetiva análise e discussão. Finalizado este capítulo, seguem-se as conclusões, onde se incluem os principais resultados emanados deste e apresentam-se algumas limitações próprias do tipo de estudo seguido.

Salienta-se que a Unidade Curricular de Estágio com relatório é constituída por duas componentes: a componente clínica e a componente investigacional. Relativamente à componente clínica esta foi desenvolvida nos seguintes serviços, da Unidade Local de Saúde do Nordeste: serviço de urgência, unidade de cuidados intermédios e bloco operatório. No anexo I deste Relatório Final, apresenta-se o Relatório do Desenvolvimento de Competências Especializadas em Estágio de Enfermagem Médico-

Cirúrgica, realizado no final da referida componente clínica. Foi também durante a realização da prática clínica, que se tomou consciência da problemática que originou o presente estudo.

## CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1. IATROGENIA

### 1.1. Evolução histórica do conceito de Iatrogenia

É imensa a bibliografia que explora a dimensão da iatrogenia na área da saúde. Facto de valorizar pois permite uma melhoria da qualidade na assistência ao doente, constatando que, a maioria dos estudos procura identificar, para além da perceção dos profissionais de saúde sobre o conceito, identificar causas/fatores que levam à ocorrência da mesma. Tentam ainda identificar estratégias, que os profissionais de saúde, acreditam permitir evitar ou diminuir a ocorrência deste evento adverso/iatrogenia.

Ferraz et al. (1982) apresentam a definição de iatrogénese, um termo técnico que qualifica uma nova epidemia de doenças provocadas pela medicina. As autoras esclarecem ainda a origem do conceito, explicando que o termo iatrogénese, é composto pelas palavras iatros e génese, que em grego significam, respetivamente médico e origem, pelo que o termo iatrogenia seria originado pelo médico. Ferraz et al. (1982, p. 166) citam-nos alguns conceitos e definições de iatrogenia, tais como:

Segundo LACAZ et al. a “expressão doença iatrogénica, num sentido amplo, designa as doenças em manifestações desencadeadas pelo emprego de medicamentos em geral (aplicados de modo criterioso ou inadequado), das radiações, do sangue, dos contrastes radiológicos, dos anestésicos, e por outro lado as que podem ser induzidas por atos cirúrgicos ou pela ação prudente do médico, por um mecanismo de sugestão, através de impactos emocionais, constituindo este grupo as chamadas doenças psicogénicas”.

SORIN, citado por SILVA, na tentativa de sistematizar o conhecimento e as investigações de nossas potencialidades para causar prejuízos secundários, define “transtornos iatrogénicos “ como as consequências nocivas recebidas pelas pessoas, sadias ou doentes, direta ou indiretamente, de ações médicas que tentam ou conseguem benefícios em outros aspectos...”

“Alguns autores também citados por Silva, ao introduzirem a noção de responsabilidade, complicam a definição de iatrogenia, como HARRISON, que considera iatrogénicos só os transtornos imputáveis à ação médica incorreta; e AMUCHASTEQUI limita o conceito ao excluir as alterações que sejam o resultado de equívocos ou erros, e só inclui “as indicações sancionadas pela medicina e bem intencionadas”.

Após todas as definições expostas por Ferraz et al. (1982), estas concluem que, por iatrogénico entende-se o que seria o imprevisível, o inesperado, a má prática clínica da

medicina ou pela aplicação de falsos conhecimentos. As autoras, no seu entendimento de iatrogénico descartam o imprevisível provocado pelo uso indiscriminado de drogas.

Ao longo de décadas, o conceito de iatrogénica continuou a ser estudo e novos conceitos foram surgindo, estes mais amplos, verificando-se que ficou para trás a simples associação entre iatrogenia e a ação médica, como descrito primariamente por diversos autores. Deixou de existir apenas a ligação entre e iatrogenia para passar a existir a ligação entre a ocorrência da iatrogenia ligada a todos os profissionais de saúde e até ao próprio doente, à família e cuidador do doente.

Etimologicamente a palavra iatrogenia, provêm do grego *iatros* (médico) e *genia* (origem, causa) e é definida como sendo um processo patológico ou alteração orgânica decorrente da prática clínica.

Sharpe e Faden (1998) definiram iatrogenia como qualquer alteração patológica causada ao doente por qualquer profissional de saúde ou prestador de cuidados que, direta ou indiretamente, exerça dano sobre a saúde do indivíduo doente.

Alguns autores, como Batavia e Batavia (2004) acrescentaram ao conceito de iatrogenia de Sharpe e Faden (1998), qualquer problema de saúde causado por qualquer profissional que fizesse parte do processo de tratamento e cuidado, incluindo os próprios doentes e familiares. Batavia e Batavia (2004) para tal revisão ao seu conceito de iatrogenia, basearam-se nos estudos realizados por Vincent e Coulter (2002) e Fetter (2001) onde era exposta a ideia de que o doente ou o seu cuidador, deveriam ser considerados como indivíduos conscientes, capazes e responsáveis, que podem contribuir de forma positivo ou negativa no processo de cuidados. Nesse contexto, a doença iatrogenia, segundo Batavia e Batavia (2004), pode ser classificada em três categorias:

- Categoria 1 – onde se inserem as atuações de médicos, enfermeiros, ou outros profissionais de saúde, que prestam assistência ao doente, esta frequentemente negligente, e que causam alterações patológicas ao mesmo;
- Categoria 2 – Compreendem os erros cometidos e as suas complicações, causadas pelo próprio doente ou por qualquer cuidador (familiar, amigo, vizinho), que não se enquadra no sistema de cuidados de saúde. Os autores salientam ainda, o facto de o próprio doente e os

seus cuidadores possuem cada vez mais um papel ativo na implementação do processo de tratamento do doente.

- Categoria 3 – enquadram-se nesta categoria, situações como incidentes ou acontecimentos inesperados, que não se conseguiram evitar, apesar da competência, qualificação, diligência e zelo do profissional de saúde, o médico. Englobam-se nesta categoria as complicações médicas que decorrem de situações em que nenhum indivíduo interveniente contribui de forma direta para que o erro acontecesse, no entanto, o acontecimento do erro afeta de forma negativa o doente.

Santos e Ceolin (2009) apresentavam uma outra definição de iatrogenia, definindo-a como qualquer alteração patológica provocada no doente pela prática dos profissionais de saúde, e que dessa mesma prática que pode ser certa ou errada, justificada ou não, mas das quais resultam consequências prejudiciais para a saúde do doente.

Em 2009, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade não-governamental e sem fins lucrativos, fundada em 1999 que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil, com foco na segurança do doente, através da acreditação, descreve a iatrogenia como um resultado negativo para o doente, que resultou na prática de cuidados médicos, de enfermagem e de toda a equipa de saúde envolvida na prestação de cuidados ao doente.

Um outro conceito, associado à iatrogenia, foi exposto por Mitty (2010), a cascata iatrogénica. Nesse conceito a cascata iatrogénica, implica a atuação de médicos ou enfermeiros que atuam no sentido de resolver e/ou tratar um sintoma ou uma condição primária do doente, mas que, no entanto leva/causa uma série de efeitos adversos.

A Direção Geral de Saúde (2011, p.123), uma autoridade de saúde do governo português, descreve o evento iatrogénico de uma forma mais ampla, expondo três descrições para o conceito:

1. Uma doença ou dano que resulta de um procedimento de diagnóstico, tratamento ou outro elemento de cuidado de saúde. Uma doença iatrogénica muitas vezes é confundida com uma doença “nosocomial”, que simplesmente significa uma doença “que ocorre num hospital.”

2. Dano originado ou provocado por um clínico..., inclusive dano ou sofrimento não intencional ou desnecessário resultante de qualquer aspeto da gestão dos cuidados de saúde, incluindo problemas que resultam de atos de comissão ou omissão.

3. Qualquer estado indesejável do doente que ocorre como consequência do tratamento por profissionais de saúde...; Pertencente a uma doença ou dano que resulta de um procedimento, tratamento ou outro elemento dos cuidados de saúde.

Num outro estudo, Cardoso (2013) define a iatrogenia, como qualquer doença ou alteração inevitável causada por uma intervenção médica, mesmo que a atuação tenha sido apropriada e adequada.

Para Santana et al. (2015), a iatrogenia pode também ela ser denominada de ocorrência ética, evento adverso, incidente crítico negativo e falha, da qual resulta um resultado indesejável pela ação prejudicial não intencional dos profissionais de saúde, relacionado à observação, monitorização ou intervenção terapêutica, capaz ou com potencial para comprometer a segurança do doente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) boa parte da população que procura tratamento, sofre de algum tipo de iatrogenia (Marques, Santos, Silva, Rodrigues & Jesus, 2017). Os mesmos autores, expõem ainda um estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção (IBEAS) em cinco países da América Latina, no qual se verificou que 10,5 % dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de efeitos adversos, e destes, 58,9% poderiam ter sido evitados.

Após a pesquisa bibliográfica sobre o conceito de iatrogenia, constata-se que há mais de duas décadas que o tema é objeto de um grande número de estudos científicos. São inúmeras as definições encontradas para o conceito, no entanto todas elas remetem para a ideia de que, por ocorrência iatrogénica entende-se um evento indesejável, de natureza danosa ou prejudicial para o doente, conseqüente ou não de falha do profissional e que compromete ou tem o potencial de comprometer a segurança do doente.

## 1.2. Tipos de Iatrogenias em enfermagem

São inúmeros os estudos que descrevem sobre o conceito e definição de iatrogenia e/ou eventos adversos, tipos de iatrogenia, fatores relacionados com sua ocorrência e alguns fornecem-nos dados estatísticos sobre a ocorrência das mesmas em determinados serviços.

Santos e Celoin (2009) afirmam que as iatrogenias por parte da equipa de enfermagem ocorrem de várias formas, sendo a mais frequente, aquela que se relaciona com a medicação (omissão de doses, administração em concentração errada, administração em horários impróprios). Podem integrar, úlceras por pressão em doentes acamados, quedas, fraturas, aspiração e infeção por sonda nasogástrica ou flebite em cateter venoso central, bacteriemia em sonda vesical de demora, entre outros.

Altevogt (2012) descreve como principais eventos adversos, que provocam as iatrogenias, em contexto hospitalar: atos que envolvem medicação, quedas, fraturas, flebite no local de inserção do cateter venoso periférico, infeção em cateter venoso central e bacteriemia por sonda vesical de demora. Relativamente ao que considera ser a maior incidência iatrogénica, o autor, identifica as que se relacionam com administração de medicação, praticada pela equipa de enfermagem. Sendo que esse erro, segundo o autor, envolve: administração do fármaco ao doente errado, dose errada, diluição errada, frequência errada, omissão, via errada, administração de medicamento não prescrito ou dose duplicada do medicamento.

Foi considerado, por Santana et al. (2015), que as iatrogenias merecem particular análise, considerando que o doente grave apresenta características que o tornam mais propenso a erros decorrentes da assistência e enfermagem. No estudo realizado numa unidade de terapia intensiva, com vinte camas, na qual participaram todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem que aceitaram participar no estudo, foi aplicado um instrumento de colheita de dados (entrevista semiestruturada) que contemplou as seguintes questões norteadoras: “Como você identifica os principais fatores que predispõem para os erros de enfermagem na unidade de terapia intensiva?”, “Quais os tipos de erros que você vivenciou no cotidiano de trabalho na unidade de terapia intensiva?”, “Você já vivenciou alguma situação de erro na unidade de terapia intensiva pela equipe de que lhe deixou impotente perante o ocorrido?” e por último “Quais os principais erros que a equipe está sujeita na unidade de terapia intensiva?”. Foram

enumerados como erros mais frequentes, praticados por enfermeiros e técnicos de enfermagem: término de fármacos vasoativos, déficit de cuidado com o tubo endotraqueal, déficit de cuidado com a higienização, inadequados cuidado com os posicionamentos e erros na preparação e administração de medicamentos (dosagem, horários inadequados, troca de doentes, ausência de confirmação). Para além dos erros mais frequentes enumerados pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, os autores referiram ainda no seu estudo outros eventos adversos, tais como: úlceras de pressão em doentes acamados, quedas, fraturas, aspiração e infeção por sonda nasogástrica, flebite no cateter venoso periférico, infeção do cateter venoso central, bacteriemia em sonda vesical de longa duração, extubação accidental, entre outros.

Num estudo realizado por Inocêncio et al. (2017) onde se propuseram verificar a taxa de incidência e os fatores atenuantes para a flebite em acessos intravenosos em doentes internados num serviço de urgência de um hospital público do Estado de Sergipe, identificaram uma taxa de 31,4 % de incidência de flebite no acesso venoso periférico nos doentes internados. Na associação entre os fatores atenuantes para o desenvolvimento da flebite, a análise estatística do estudo, revelou que o tempo de permanência do cateter maior do que 72 horas (55,9%), o local de punção na região do antebraço (50,0%), o uso de antibióticos (54,4%) e o grau de cuidado de enfermagem insatisfatório (72,7%) foram preditores para os casos incidentes. Nesse estudo, os dados foram recolhidos diariamente, no turno da manhã, durante um mês, através de duas etapas: a primeira que se concentrou nos prontuários terapêuticos e a segunda, na avaliação clínica do local de inserção do cateter venoso periférico. A amostra foi constituída por 80 doentes internados, com cateter venoso periférico instituído no período de 24 a 72 horas, e que permaneceram nesse serviço por um tempo mínimo de 72 horas, após o internamento.

Ripardo e Brito (2019) enumeram como iatrogenias cometidas pela equipa de enfermagem: a infiltração, obstrução ou flebite em acesso venoso periférico antes das 72 horas, a lesão por pressão (úlceras de pressão), perda de sonda nasogástrica, reação alérgica medicamentosa, perda de sonda vesical, obstrução de cateter para hemodiálise. As autoras relacionaram as ocorrências das iatrogenias segundo a faixa etária e o sexo. Constatando uma predominância das mesmas no sexo masculino, justificam esta relação com a tardia procura dos serviços de saúde baseando-se em Vieira et al. (2013) que da mesma forma identificam no sexo masculino uma morosa procura dos serviços de

saúde, ou seja, quando já não é possível ignorar a doença, que conseqüentemente leva à intensificação/agravamento da mesma, ao aumento do período de internamento hospitalar e ao aumento da sua própria exposição às ações dos profissionais de saúde. Considerando esse facto, Ripardo e Brito (2019) puderam relacionar o tempo de internamento e a ocorrência de iatrogenias. Aferindo, que na sua amostra total (consulta de 100 prontuários de doentes com idades compreendidas entre os 60 e 70 anos de idade) constataram-se 11 registos de casos de iatrogenia e que esses ocorreram em idosos com tempo de internamento entre os 7 e os 39 dias (89%). Apenas 2 casos de iatrogenia (18%) se referiram a idosos internados por um período de tempo inferior a uma semana. No mesmo estudo procuraram aferir a conduta dos profissionais quanto ao reconhecimento da ocorrência das iatrogenias, constatando que a equipa de enfermagem foi quem identificou e registou todas as iatrogenias: do total, o enfermeiro identificou 4 ocorrências e técnico de enfermagem apontou sete. Constataram que a maioria das iatrogenias ocorridas estava ligada a atos de responsabilidade da equipa de enfermagem. No mesmo estudo observaram que as iatrogenias mais comuns foram as que se relacionam com o acesso venoso periférico e com a administração de terapêutica prescrita, pelo que as autoras realçam a necessidade de reflexão dos dados evidenciados, afirmando que para os objetivos terapêuticos sejam atingidos é importante que haja uma boa manutenção do acesso venoso periférico do doente, assim como é imprescindível uma boa prática na preparação e administração da terapêutica, uma vez que os eventos adversos ocorridos relacionados com a terapêutica, que incluíram reação alérgica, se configuram como iatrogenia do cuidado de enfermagem.

Em suma, o estudo acima descrito permitiu relacionar o tempo de internamento e a ocorrência de iatrogenias, sendo que quanto maior for o tempo de internamento maior a probabilidade de ocorrência das mesmas. A classe dos profissionais com maior probabilidade de cometer atos iatrogénicos é a equipa de enfermagem pelo maior período de contacto que tem com o doente.

Ripardo e Brito (2019) levantaram ainda a seguinte questão, pelos potenciais fatores de iatrogenia,..."até que ponto estes dados expressam a realidade?" Pelo facto de serem poucos os profissionais que registaram as suas intervenções de maneira correta, apresentando o que foi realmente feito e quais as intercorrências que resultam desse processo. Constataram somente que os registos das iatrogenias no estudo realizado

relatavam apenas a atitude tomada após a ocorrência, sem evidências da notificação formal.

O acontecimento de eventos adversos/iatrogenias, compromete a segurança do doente e repercute de forma negativa na qualidade dos cuidados prestados. Em consideração a esse facto, a equipa de enfermagem deve de forma incessante procurar evitar a ocorrência do evento adverso ou da iatrogenia, promovendo de forma adequada os cuidados de enfermagem, em qualquer intervenção que tenha de realizar, e no geral no zelo da segurança do doente que tem ao seu cuidado, sendo de extrema importância que o profissional de enfermagem conheça e identifique os principais fatores de risco que potencializam o evento iatrogénico.

### 1.3.Fatores de risco

Guedes e Marra (2012), explicam que as iatrogenias causadas pela intervenção do enfermeiro são originadas principalmente por excesso, omissão, erro e/ou acidente, podendo ser:

- Físicas: as mais comuns e generalizadas, resultantes de intervenções instrumentais e intervenções latentes, principalmente dos métodos ditos invasivos, administração de medicamentos, contrastes, vacinas, irradiações e toda a tecnológica utilizada na reconhecida de medicina moderna;
- Psíquica: é a mais impercetível e de diagnóstico negligenciável, resultando de inadvertência, insipiência, “má-fé”;
- Social: aquela da qual pode resultar uma discriminação social e isolamento, do doente, na sociedade e até no próprio seio familiar, quando é identificada uma explicação pública de diagnósticos incorretos ou exagerados.

Assumindo o facto de a população acima de 65 anos de idade, ou seja, a população idosa, ser a que mais necessita de cuidados de saúde e ocupam uma grande percentagem do número de vagas/camas disponíveis no sistema nacional de saúde, é pertinente a referência do estudo de Szlejf et al. (2008). No estudo realizado propuseram-se determinar os principais fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados numa enfermaria geriátrica. Nesse estudo foram avaliados 467 idosos com idade de 78,59 anos  $\pm$  8,24 anos, sendo 185 do sexo masculino. Do referido estudo

foram relatadas 171 iatrogenias em 121 doentes (1,41 iatrogenias por doente), com uma incidência de 25,9%. Na análise multivariada, feita pelos autores do estudo, identificaram como fatores independentes relacionados à iatrogenia: o tempo de internamento, o número de fármacos administrados na admissão, a presença de instabilidade postural e presença de *delirium*. De referir que os autores assumem ainda como fatores de risco: a idade, o número de comorbilidades, a complexidade das patologias, a polimedicação, o tempo de internamento, a gravidade da doença no momento de internamento e funcionalidade. Esses fatores identificados como sendo de risco para a ocorrência de iatrogenias, foram demonstrados por estudos na sua maioria retrospectivos, onde alguns avaliavam a população idosa. Para a realização do estudo os autores avançaram com uma classificação para auxiliar na descrição e análise dos eventos iatrogénicos mais frequentemente registados: categoria diagnóstica, quando o evento foi atribuído a problemas relacionados como diagnóstico (omissão de diagnóstico ou diagnóstico inadequado); categoria terapêutica, quando o evento foi decorrente do uso de fármacos, procedimento terapêutico ou omissão de procedimento médico amplamente aceite; categoria ocorrência, quando o evento foi causado por queda, úlcera de pressão ou outros fatores não incluídos nas duas primeiras categorias. A maioria dos eventos iatrogénicos foi classificada na categoria terapêutica com 53% (n=53) relacionados à utilização de fármacos. A segunda maior incidência de eventos iatrogénicos correspondeu à categoria ocorrência (27%, n=51), com 34% (n=18), atribuídos a quedas e 32% (n=16) a úlceras de pressão. A menor incidência de eventos relacionou-se a problemas diagnósticos (11,7%, n=20).

Na opinião de Araújo e Ferreira (2011), a principal causa das iatrogenias está relacionada com a privação de ética e com a inadequada preparação dos profissionais para garantir atenção à saúde da população na esfera instrumental/técnica, pois só através de uma boa qualificação técnica é que se torna possível minimizar os riscos de iatrogenias, e restabelecer a saúde do doente.

Maia e Bastian (2013) descrevem no seu estudo, as principais ocorrências no cotidiano da enfermagem, numa unidade de terapia intensiva: desinteresse pelas atividades, a preocupação somente na gestão da equipa, a não preocupação em manter o contato com o doente, a inadequada informação e motivação, a frequente necessidade de substituir outros profissionais da equipa nas suas tarefas, a não realização da sistematização e organização dos documentos sobre o cuidado de enfermagem, a inadequada supervisão

sobre o trabalho de técnicos auxiliares de enfermagem, a realização incorreta dos procedimentos aprendidos durante a vida acadêmica, pouco interesse na formação contínua para si mesma e na sua equipa, extensa carga horária, o não cumprimento das leis que orientam o exercício profissional e pouca autoestima com a vida profissional.

Lima et al. (2014) concordam com Araújo e Ferreira (2011), e apontam que o maior responsável da ocorrência das iatrogenias relacionadas com a equipa de enfermagem é a dificuldade de o profissional observar, avaliar e sistematizar o processo de cuidado, bem como a ausência de habilidades pessoais, potencializadas pelo suporte teórico oferecido na licenciatura, além da inadequada preparação para lidar com o conflito entre o que é aprendido ao longo da licenciatura (o trabalho idealizado) e a realidade na prática.

Altevogt (2012) explica que existem situações que predisõem à ocorrência dos eventos adversos cometidos pela equipa de enfermagem, tais como: avanço tecnológico e a incompatibilidade do aperfeiçoamento dos profissionais, ausência de interação entre os profissionais de saúde, desmotivação, sobrecarga do trabalho, excesso de carga horária, cansaço, stresse, estado de saúde mental, negligência e/ou imprudência por parte do profissional de enfermagem, ausência ou inexistência de sistematização ou documentação no cuidado de enfermagem, delegação de cuidados sem supervisão por parte dos enfermeiros e dificuldades ou défice de conhecimento para entenderem as prescrições.

Sena et al. (2014) entendem que a iatrogenia do cuidado de enfermagem está relacionada com a privação de cuidados ou uma prestação insatisfatória deles, sendo estas inadmissíveis na relação entre o doente e o profissional de enfermagem. Os mesmos autores assumem que as iatrogenias cometidas pelos profissionais de enfermagem podem estar relacionadas a questões como: défice de atenção, condições de trabalho inadequadas, excesso que doentes a serem atendidos, dificuldade para separar as questões pessoais das profissionais, e principalmente ao défice de conhecimento. Os mesmos autores alertam ainda para a complexidade da análise das iatrogenias resultantes da intervenção do enfermeiro, pois apesar de algumas delas serem visíveis, tais como: as quedas, as feridas decorrentes da realização de procedimentos realizados incorretamente e reação adversa a algum medicamento, outras iatrogenias podem passar completamente despercebidas, principalmente se forem psicológicas, internas, ou de difícil perceção.

Por sua vez Lima et al. (2014) afirmam que as iatrogenias também acontecem devido a questões de turnos muito exigentes, excessivo número de doentes por cada enfermeiro e o envolvimento destes nas tarefas administrativas desgastantes e volumosas.

No estudo realizado por Santana et al. (2015), cujos objetivos foram: identificar os fatores que propiciam os erros de enfermagem numa unidade de terapia intensiva na percepção da equipa de enfermagem, identificar o tipo de erros aos quais a equipa de enfermagem está mais suscetível de cometer e identificar as estratégias para a minimização dos erros de enfermagem nas unidades de terapia intensiva, foram reconhecidos como fatores que influenciam os erros dos profissionais de enfermagem: a mecanização do cuidar, o desgaste físico e emocional da equipa, elevada carga horária, pressão exercida na equipa de enfermagem, desmotivação dos profissionais, número insuficiente de profissionais, complexidade das atividades realizadas na assistência ao doente em estado grave, stresse, inadequada preparação da equipa, ausência de treino periódico, falha no processo de comunicação, carência de compromisso profissional que podem envolver situações de negligência, imperícia e imprudência. Acrescentam ainda, uma grande diversidade de medicações, a procedimentos técnicos e de alta complexidade que são realizados, à realização incorreta de procedimentos, à utilização de equipamentos complexos e novas tecnologias diagnósticas, a dinâmicas de trabalho do próprio serviço, ausência de interesse dos profissionais pelas atividades que são da sua responsabilidade, a preocupação na gestão focada na equipa de enfermagem, à não sistematização e organização de documentos sobre cuidados de enfermagem, pouco interesse sobre formação contínua e por último o não cumprimento das leis que regem o exercício profissional.

Outros motivos para a ocorrência das iatrogenias continuam a ser descritos na literatura, para Marques et al. (2017) a ausência de comunicação e conseqüentemente do vínculo de trabalho em equipa resultam em iatrogenias e pouca resolução e evolução dos tratamentos, sendo que identificam em mais de 70% dos erros de saúde centrados na ausência de uma comunicação eficaz.

Silva e Santana (2018), que estão de acordo com Santana et al. (2012) estudaram a iatrogenia relacionada com a terapêutica e segundo os autores, o erro de medicação pode dever-se a: uma questão de caligrafia (letra do médico prescriptor ilegível), medicamento ou dose prescritos incorretos, sobrecarga de trabalho, distração do

profissional de enfermagem, déficit de conhecimento sobre o medicamento que administra e problema de saúde do doente.

Santos et al. (2010), consideram existir muitas condições que facilitam a ocorrência dos erros/iatrogenias no sistema de saúde e que existe uma interdependência entre elas, numa relação de silêncio permitido entre as partes comprometidas: organizações prestadoras de serviços, empresas regulamentadoras, profissionais de saúde e doente. As autoras realçam ainda que cada interveniente, neste processo de prestação de cuidados de saúde, crê desempenhar o papel e função de forma exímia, no entanto quando há ocorrência de erros, estes são graves, despoletando uma imensa pressão na procura de um culpado, que por norma é representado por um indivíduo.

#### 1.4. Estratégias de prevenção

Após a exposição sobre quais as iatrogenias ou eventos adversos, é de todo pertinente explorar que estratégias podem e devem ser implementadas para que esses acontecimentos que interferem na qualidade dos cuidados prestados possam ser evitados ou diminuídos, para tal continuou a procedeu-se à pesquisa bibliográfica, que se apresenta de seguida.

É de considerar pertinente referir que deve ser ultrapassado o mito da infalibilidade e perfeição dos profissionais de saúde. Alguns filósofos como por exemplo Popper, Edgar Moren (s.d, citado por Brandão, 2007, p. 67) “têm argumentado que o conhecimento se desenvolve através do erro e da sua correção, a fiabilidade é inevitável e necessária ao crescimento intelectual”. Não se pretende com isto dizer que os profissionais têm de errar para aprender, mas sim que, o erro acontece, porque o ser humano é falível e por isso o erro faz parte do exercício da prática profissional e com ele podemos e devemos aprender e evoluir.

O artigo escrito por Santos et al. (2010) expõe a importância do controlo dos fatores considerados stressantes para os enfermeiros a exercer funções numa unidade de terapia intensiva, e assim consequentemente reduzir o stresse dos enfermeiros. Referem ainda a necessidade de procurar autonomia, ter uma participação ativa nas decisões da equipa multidisciplinar e, acima de tudo, obter melhorias para evitar a sobrecarga de trabalho, tendo assim uma tríade de: bom ambiente de trabalho, trabalhador sadio e assistência de qualidade.

Segundo Maia e Bastian (2013) o principal método para minimizar a falha humana no desencadeamento de ocorrências iatrogênicas é simplificar os processos, criar protocolos de administração de fármacos voltados à necessidade de tratamento do doente, desde a informatização da prescrição médica, sem abreviaturas, com horários padronizados, distribuição de medicamentos da farmácia sempre supervisionada pelo farmacêutico e preferencialmente em dose unitária. Estes autores referem ainda que qualquer profissional de saúde e nomeadamente o enfermeiro deve pensar de forma crítica, analisar os problemas e encontrar soluções para os mesmos, assegurando desde sempre a sua prática aos princípios éticos da profissão. Deve assentar a sua atividade no conhecimento científico a sistematização e decisão sobre o uso de recursos humanos, físicos, materiais e de informação apropriada objetivando sempre o trabalho em equipa para se possa concretizar um atendimento do doente com toda a segurança.

Segue-se uma tabela presente no estudo de Maia e Bastian (2013) que expõem informações expressas nos textos da sua pesquisa bibliográfica, sobre as ações do enfermeiro na prevenção das iatrogenias:

Tabela 1. Informações expressas nos textos segundo as ações do enfermeiro na prevenção das iatrogenias, Maia e Bastian (2013, p.32, 33).

<b>Referência Bibliográfica</b>	<b>Ator/Ano</b>	<b>Comentários</b>
O papel do enfermeiro na prevenção de ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva.	Maia LFS, Alves FG. 2011	Utilização de métodos que otimizem e tornem eficiente a educação continuada deve ser uma prioridade nas instituições de saúde, já que é através dela que seus profissionais se tornam incentivados e atualizados com as novas técnicas, procedimentos e equipamentos que surgem a cada momento.
Iatrogenias na assistência de enfermagem: características da produção científica no período de 2000 a 2009.	Farias GM, Costa IKF, Rocha KMM, Fritas MCS, Dantas RAN. 2010	Trabalho em conjunto com os administradores, diretoria e profissionais de enfermagem das instituições hospitalares. Condições de trabalho da equipe, no que se refere à quantidade e qualidade dos profissionais, assim como do material técnico e programas de educação permanente, remuneração condizente com sua ocupação, autonomia, status profissional, interação, respeito entre outros requisitos necessários à satisfação no trabalho.
Iatrogenias nas unidades de terapia intensiva:	Vargas MAO,	Agregar e transmitir conhecimento, operar mesmo na formação do indivíduo como

dramaticidade dos problemas bio/éticos contemporâneos.	Ramos FRS. 2010	sujeito. É, pois, uma reforma da atitude, das ações do sujeito que, também, está incluído no complexo processo de prevenção das iatrogenias, dos eventos adversos. Reflexão sobre o agir do enfermeiro em um contexto permeado pela possibilidade, sempre latente, possibilidade de corrigir falhas, não tanto ou não apenas no conhecimento, não tanto ou não apenas na lei, mas na prática de si mesmo.
Ocorrências iatrogênicas nas unidades de terapia intensiva: enfoque nas ações da equipe de enfermagem.	Ribeiro MPFN, Teodoro MWR, Borges OS, Brasileiro ME. 2010	Cursos de qualificação periodicamente para que possa atuar com segurança e, assim, prevenir tais ocorrências. Treinamento contínuo e atualização dos conhecimentos e técnicas que permeiam a assistência.
Iatrogenia no cuidado da enfermagem: implicações éticas e penais.	Cortez EA, Marçal C, Cardoso F, Silva ICM, Granjeiro R, Carmo TG. 2009	A necessidade de reafirmar a questão educativa como compromisso para o crescimento profissional e pessoal, visando a melhorar a qualidade da prática profissional. A formação profissional de qualidade deve ter sólida base de formação geral, que não completa na escola, mas sim dentro do processo evolutivo do ser humano.
Ocorrência de iatrogenia pela enfermagem na unidade de terapia intensiva.	Figueiredo BO, De Paula LB, Hipólito RL. 2009	Para que haja a prevenção das ocorrências iatrogênicas, principalmente na UTI, é preciso que o enfermeiro responsável pelo setor tenha consciência que a iatrogenia é presente, reconhecer os pontos em que ele e sua equipe estão falhando na assistência e elaborar planos para diminuir esses erros, além de intensificar o trabalho de educação continuada. Isso para que os pacientes internados e que necessitam dos seus cuidados e de sua equipe estejam longe de riscos causados pela própria Enfermagem.
O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento.	Martins JT, Robazzi MLCC. 2009	Despertar nos trabalhadores maior reconhecimento dos seus sentimentos e da própria vida existencial no mundo e, para isso, é preciso criar novas habilidades, nova consciência, ou seja, novos seres capazes de ser ao mesmo tempo de ter. Assim, poderão cuidar melhor da sua vida psíquica e física. Sendo isso um ato de responsabilidade direta do próprio ser humano e indiretamente das pessoas e instituições que os rodeiam.

Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados.	Santos JC, Ceolim MF. 2009	A criação de uma enfermaria voltada para o público idoso, para oferecer-lhe cuidados específicos, o que não acontece atualmente já que as enfermarias estudadas atendem adultos em geral. Literatura com estudos que focalizem objetivamente as ocorrências iatrogénicas aqui encontradas e as suas consequências para o paciente idoso em especial, e que abordem as ocorrências iatrogénicas em outras unidades além daquelas de cuidados intensivos, das quais se ocupam a maior parte dos estudos.
Cuidados de enfermagem e ocorrências iatrogénicas na UTI.	Campos GF, Sena ACM, Fernandes DJM, Cruz TF, Silva EAC. 2008	O enfermeiro teorize suas práticas, identifique as falhas e trabalhe a educação continuada com os seus colaboradores que elucidem o que é iatrogenia discutindo os cenários para entender as causas do problema e propor melhoria, a fim de transformar esta realidade existente e oferecer uma assistência de enfermagem livre de riscos para o paciente que estiver sob responsabilidade de sua equipe.
Educação profissional: vivência do educando de enfermagem no cuidado ao doente crítico.	Apolinário RS, Corrêa AK. 2007	A formação do profissional de saúde é predominantemente técnica e isto leva a repensar a forma como o cuidado do outro está sendo aprendido pelo aluno. Ao invés de instruir o educando com uma falsa cultura, com saberes pré-definidos e orientados para o aprendizado de determinadas habilidades, é preciso sem isolá-los da sociedade em que vivem. Sem dúvida, as pessoas podem ser reinadas, mas só o ser humano é capaz de ensinar e aprender, atividades essencialmente humanas e profundamente significativas para sua existência.
Consequências dos erros de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva.	Toffoletto MC, Padilha KG. 2006	Implantação de sistemas de registros de ocorrências, inclusive por meio de programas oficiais de gerenciamento de riscos nas instituições hospitalares, a realidade mostra a necessidade de engajamentos mais efetivos.
O enfermeiro da unidade de tratamento intensivo: refletindo sobre seu papel.	Vargas D, Braga AL. 2006	Compromisso contínuo com seu próprio desenvolvimento profissional, capaz de atuar nos processos educativos dos profissionais da equipe de saúde, em situações de trabalho, proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os profissionais, responsabilizando-se

		ainda pelo processo de educação em saúde dos indivíduos e familiares sob seu cuidado, reconhecendo o contexto de vida e os hábitos socioeconômico e cultural, contribuindo com a qualificação da prática profissional, construindo novos hábitos e desmistificando os conceitos inadequados atribuídos a UTI.
Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências.	Silva AEBC, Cassiani SHB. 2004	Implantar medidas como treinamento sobre os erros de medicação, adoção de relatórios de ocorrência e erros sem consequentes punições aos envolvidos, implementado medidas administrativas voltadas ao planejamento do sistema de medicação e não as pessoas, sendo estratégias iniciais em busca de maior segurança para o paciente.
Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidades de terapia intensiva.	Camargo MNV, Padilha KG. 2003	Garantir um espaço físico adequado e momento definido para o preparo da medicação, sem constantes interrupções, medidas simples e eficazes no controle de risco das ocorrências iatrogênicas. Busca pela qualidade na administração de medicamentos, valorização da atividade por parte dos profissionais da equipe de enfermagem, enfatizando a necessidade de formação acadêmica adequada para realizá-la com segurança.
Iatrogenia na assistência de enfermagem durante internação em UTI: queda de pacientes.	Decesaro MN, Padilha KG. 2002	Adoção de medidas preventivas para tais eventos, tanto no que se refere à capacitação e treinamento dos profissionais como na adequação da infraestrutura da unidade, com vistas a uma assistência de enfermagem com qualidade. Indicam ainda que não basta a melhoria de segmentos isolados na busca de qualidade, mas é preciso somar esforços para o alcance de um objetivo comum, ou seja, a melhoria da assistência, com a aplicação de um cuidado mais individualizado e holístico.
Prevenção de iatrogenias em idosos em unidade de terapia intensiva	Guedes EP, Marra CC. 2002	Assegurar a continuidade da assistência, promover a qualidade da assistência de enfermagem, minimizando as ocorrências iatrogênicas que podem ser diminuídas através de uma assistência específica e não generalizada para cada cliente geriátrico, promover nas UTIs um processo de educação continuada sistematizada.
Ocorrências iatrogênicas com medicação em	Padilha KG,	Incentivo para a notificação dos erros, a monitorização das ocorrências e fatores a

unidades de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros.	Kitahara PH, Gonçalves CCS, Sanches ALC. 2002	elas relacionados, bem como ações menos punitivas e mais educativas venham favorecer a diminuição dos erros que tantos malefícios causam aos pacientes e a todos os envolvidos na sua assistência, como ficou demonstrado nesta investigação.
Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional.	Madalosso ARM. 2000	A enfermagem tem que estar preparada para cuidar dos indivíduos deste novo tempo, que não desejam mais serem submetidos simplesmente à cura, querem ser tratados como gente, partilhar e interagir nos cuidados para alcançar um bem viver. Não aceitam mais o tão perigoso fazer para produzir, que empobrece o viver do ser humano, que não considera o preço e os sacrifícios que são impostos para serem alcançados.
Ocorrências iatrogênicas com pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva.	Moreira RS, Padilha KG. 2001	A implementação de medidas preventivas de ocorrências iatrogênicas, muito mais do que proteger apenas o paciente de consequências indesejáveis, beneficia também profissionais, familiares, instituição e sociedade, razão mais do que para ser encarada como meta a ser alcançada por todos.
Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas.	Silva SC, Padilha KG. 2001	Implementação de medidas preventivas que enfoquem as ocorrências iatrogênicas no atendimento à PCR dentro de um contexto sistêmico, de forma a identificar e intervir nos pontos vulneráveis de qualquer um dos elementos constitutivos do cuidado sejam os recursos humanos, recursos materiais e equipamentos, administrativos e técnicos.

Fonte: Maia, L. & Bastian. (2013, pág.32-33)

Após a análise da tabela, é possível constatar que uma grande maioria dos estudos desenvolvidos pelos autores, foi direcionada para a prestação de cuidados de enfermagem em unidades de cuidados intensivos. No entanto uma detalhada análise dos comentários apresentados por Maia e Bastian (2013), permite concluir que, as estratégias apresentadas para a diminuição de iatrogenias ou eventos adversos podem ser transversais a qualquer tipo de serviço onde são prestados cuidados de enfermagem. A ausência de vagas nas unidades de cuidados intensivos, é uma realidade, motivo pelo qual doentes em estado grave sejam internados noutros serviços. De salientar ainda que

o enfermeiro deve zelar pela segurança do doente, independentemente do estado de gravidade da sua saúde.

Na opinião de Miasso et al. (2006) o facto de o profissional de enfermagem ser o responsável pela preparação e administração da terapêutica, aumenta a responsabilidade da equipa de enfermagem, pois é ela que tem a última oportunidade de interceder e evitar um erro ocorrido nos processos iniciais, transformando-se numa das últimas barreiras de proteção. Os mesmos autores, Miasso et al. (2006) sugerem que a formação de grupos de discussão entre enfermeiros, melhorias do ambiente de trabalho, utilização das prescrições durante a preparação e administração, colocação dos nome do doente no fármaco preparado, pulseiras de identificação nos doentes, fornecimento de informações aos doentes sobre a terapêutica, fazendo com que estes participem no seu tratamento, cursos e treinos contínuos e presença efetiva do enfermeiro no processo, confirmando as prescrições da terapêutica e supervisionando a equipa, como também a implementação da prescrição por sistema computadorizado, podem contribuir para aumentar a qualidade e segurança na assistência aos doentes.

Sobre as estratégias de prevenção na ocorrência de iatrogenias, depois de tudo o que foi exposto pode concluir-se após uma análise cuidada, que cada estratégia enumerada pode ser desenvolvida por qualquer instituição onde se prestam cuidados de saúde que preste cuidados de enfermagem, assim como podem ser implementadas em qualquer instituição pública ou privada de saúde, pois deve ser comum a ambas a defesa da qualidade e segurança de todos os seus doentes e clientes.

Santana et al. (2015) enunciam que as unidades de terapia intensiva, são setores de alta complexidade, com uma grande diversidade de procedimentos e recursos tecnológicos, pelo que nesse contexto se torna fundamental o processo de comunicação na equipa, o treino dos profissionais de enfermagem na assistência ao doente e manuseamento dos equipamentos, tudo para diminuir a ocorrência de iatrogenias. Diante os fatores enumerados, a ausência de comunicação, a literatura aponta que uma das exigências para a assistência de qualidade e segura é que o sistema possua um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipas transmitir e receber informação de forma clara e correta. É também referido, no estudo de Santana et al. (2015) que alguns dos erros, identificados no seu estudo, nomeadamente no que respeita à administração de terapêutica (erros de prescrição, de omissão, de horário, administração de uma medicação não autorizada, dose incorreta, apresentação, preparação, técnica de

administração inadequadas, medicação deteriorada, monitorização ineficiente, erros em razão da aderência do doente, entre outros), poderiam ser evitados se fossem atendidos os seis certos. Sobre a administração de fármacos e erros relacionados com a mesma, pelos enfermeiros que participaram no estudo de Santana et al. (2015), os autores exigem atenção para o facto de a enfermagem atuar no processo de preparação e administração dos medicamentos, ou seja, na reta final do sistema de administração da terapêutica, o que faz com que muitos erros cometidos não detetados no início ou no meio do sistema sejam atribuídos aos enfermeiros.

#### 1.5.Preparação dos enfermeiros face a ocorrência de iatrogenias

Sobre a preparação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, face à ocorrência de iatrogenias, a bibliografia é mais escassa, sendo mais predominante a definição de conceitos, tipos de iatrogenias, fatores de propiciam a ocorrência das mesmas e exploração das estratégias que podem diminuir a sua ocorrência. No entanto alguma bibliografia aborda o assunto.

Segundo Santos et al. (2006) perante a ocorrência de uma iatrogenia, os enfermeiros, procuram a sua resolução com a finalidade de evitar maiores consequências, esta atitude, foi considerada pelos autores como estratégia para enfrentar o corrido. Acrescentam ainda, que os enfermeiros procuram assim, superar o sucedido, através da sensação de alívio ao tomarem uma atitude diante a situação.

Martins (2008) sobre o sentimento dos enfermeiros vivenciado face à ocorrência relacionada com a terapêutica, refere que o sentimento de culpa e a preocupação, são uma realidade, e que estes são desencadeados pelo sentimento de que se poderia ter feito algo, que não se fez.

Fachielli et al. (2009) abordaram no seu estudo o sentimento dos profissionais que vivenciaram a ocorrência de uma iatrogenia e como estes atuaram perante a mesma. Relativamente ao sentimento vivenciado pelos enfermeiros, perante a ocorrência de um evento adverso, no referido estudo, foi relatado o sentimento de constrangimento. No presente estudo, é ainda feita menção aos valores, que se relacionam com atitude dos enfermeiros perante a ocorrência de um evento adverso. Os valores mencionados, pelos enfermeiros, que se relacionam com a forma de atuação do profissional perante o evento adverso foram: confiança, coragem e honestidade, relacionando-as ainda com as

questões éticas. Os autores constataram no seu estudo, que os enfermeiros, face a uma iatrogenia vivenciada, recorriam à notificação de eventos adversos, e inevitavelmente seguia-se uma sequência pré-estabelecida pela instituição. Segundo Padilha (2001) a utilização de um sistema estruturado de notificação de eventos adversos, facilita este processo, otimizando os resultados referentes às causas e fatores contribuintes na ocorrência iatrogénica. Martins (2008) valoriza afincadamente esta atitude, sendo que, desses eventos adversos podem ser necessárias medidas imediatas, tais como, a realização de exames, prescrição de outros fármacos, procedimentos invasivos e avaliação clínica. No estudo de Fachielli et al. (2009) constataram que a procura de ajuda para resolver a ocorrência do evento adverso e suas consequências, foi uma realidade, e que a comunicação formal destes eventos lhes proporciona uma sensação de tranquilidade.

Sobre a ocorrência de iatrogenias e a dificuldade na abordagem ao acontecimento das mesmas, Bastos et al. (2011) referem os aspetos legais, o receio da punição do responsável pela mesma, como consequência verificou-se a prática de uma medicina defensiva, onde a prescrição de exames e avaliações por especialistas, se considera essencial para o julgamento das manifestações fisiopatológicas encontradas em detrimento ao cuidado pleno do doente.

Um outro estudo, realizado por Fassini e Hahn (2012) debruçou-se sobre os riscos à segurança do doente numa unidade de internamento. O estudo apresentava como objetivo identificar a conceção da equipa de enfermagem sobre os possíveis riscos à segurança do doente internado, bem como, conhecer as estratégias implementadas para controlar os riscos. A amostra do estudo, foi constituída por catorze sujeitos (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e o instrumento de colheita de dados, foi a entrevista, um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Relativamente às conclusões do estudo, verificou-se que os enfermeiros identificam os riscos para doente, no momento da sua admissão, e instituem medidas protocoladas para os prevenir. No que respeita à conduta dos profissionais quando acontece um evento adverso, esta passa pela sua comunicação ao superior hierárquico e registo no processo do doente, o evento é ainda comunicado à família do doente. No estudo os autores salientam que nenhum profissional entrevistado, referiu formação sobre como atuar perante uma iatrogenia, por outro lado, os entrevistados reconhecem a importância da notificação, na medida que esta é encarada como uma medida de gestão para prevenção de riscos. Identificar e

investigar o erro torna possível a implementação de medidas para que não volte a ocorrer.

Rodrigues et al. (2013) desenvolveram um estudo cujo objetivo foi analisar a atuação da equipa de enfermagem perante as iatrogenias acometidas ao doente no atendimento de emergência. No mesmo estudo os autores identificaram ainda como sendo os erros iatrogénicos mais comuns, os que se relacionam com a terapêutica (erro na terapêutica e preparação das dosagens). Segundos os autores, para além das ações desenvolvidas para a melhoria da prestação de cuidados, deve dar-se importância também as tentativas realizadas para minimizar o impacto iatrogénico no doente. Segundo Santos e Padilha (2005), citados no estudo, os enfermeiros após a ocorrência de um evento adverso, seguiam as seguintes condutas, por ordem decrescente e prioridades: comunicar ao médico (69,8%), intensificar os cuidados ao doente (55,1%) e anotar no processo do doente o ocorrido (28%). Quanto aos sentimentos, a preocupação foi predominante (79%), seguida de raiva e impotência cada uma (22,2%) e insegurança (27,4%), segundo Santos e Padilha (2005). Para o processo de assistência da equipa de enfermagem ao doente, a comunicação é fundamental, e deve ser contínua a qualificação dos profissionais, procurando a atualização no que respeita a procedimentos, permitindo acautelar a ocorrência de eventos iatrogénicos.

Para Rodrigues et al. (2013) a comunicação permite uma ação mais direta visando o bem-estar do doente assistido, logo deve ser reconhecida a sua grande importância. Na conclusão do estudo é apresentada a comunicação como sendo a ferramenta a utilizar no caso da ocorrência da iatrogenia, e que se verifica uma necessidade de trabalho contínuo de consciencialização dos profissionais de saúde no intuito de minimizar cada vez mais as consequências causadas pelos atos iatrogénicos.

O estudo realizado por Dias et al. (2014), objetivou verificar o entendimento dos enfermeiros de unidades básicas e hospitalares sobre a segurança do doente e erros de medicação e identificar condutas e estratégias utilizadas na presença desses erros. No estudo participaram vinte enfermeiros, aos quais foi realizada uma entrevista semiestruturada. Sobre as condutas adotadas perante o erro de medicação, a maioria dos enfermeiros acredita na orientação e treino do profissional envolvido no erro, bem como na importância de comunicar o erro ao médico. Os enfermeiros reportaram ainda, que a punição e troca de função é uma realidade presente nos serviços de saúde, contudo, consideraram importante a comunicação a toda a equipa e elementos da gestão,

assumindo a necessidade de notificar o erro e acreditam que o mesmo, deve ser comunicado ao próprio doente e à família. No mesmo estudo, houve diferença nos discursos em relação às condutas dos profissionais perante os erros de medicação, sendo que, quando interrogados sobre o assunto, os profissionais das unidades básicas de saúde relatavam de forma espontânea algum caso que tivesse ocorrido no seu local de trabalho e qual a conduta adotada para o caso que expuseram. Já os profissionais das unidades hospitalares, na sua primeira resposta era de que nunca haviam presenciado um erro no seu local de trabalho e discorriam sobre condutas a serem tomadas numa situação hipotética. Contudo, ao perceberem o gravador desligado, comentavam algum caso de erro na medicação que tinha ocorrido (Dias et al., 2014). Perante a ocorrência do erro, foram relatadas como principais condutas, a orientação do profissional, seguido da comunicação ao médico e punição. Segundo os mesmos autores, percebeu-se que a punição foi bastante relatada, ficando acima de muitas condutas, como por exemplo, comunicação à equipa e à chefia, notificação do erro, ou, ainda comunicação do erro ao próprio doente e à família. É de considerar também o alerta de Dias et al. (2014) para o facto de que os enfermeiros não considerarem os “quase erros” como um erro de medicação potencial, tornando preocupante o facto de que apenas os casos mais graves ou mais evidentes para uma conduta efetiva de segurança. De acordo com o relatado pelos enfermeiros, somente se consideram importantes os erros que podem causar dano ao doente ou levar a uma reação visível, não sendo possível a sua omissão perante o doente e a sua família.

Dutra et al. (2017), referem que o profissional de saúde, autor e coautor da iatrogenia, enfrenta a possibilidade de responder e sofrer sanções administrativas e legais cabíveis em relação ao evento ocorrido. Diante desse facto e com o intuito de se salvaguardarem para não sofrerem punições, as iatrogenias são frequentemente resolvidas sem haver lugar para a notificação da mesma.

Na sequência do que foi dito anteriormente, afirma-se ser de enorme importância a implementação de medidas que apoiem os profissionais, que estes sintam que a instituição os apoia. Deve sempre que possível proporcionar-se ao profissional um acompanhamento emocional, aos que vivenciaram este tipo de situações, proporcionando-lhes uma oportunidade de reverem as sua atuações perante a situação em causa, e acima de tudo utilizar este acontecimento de forma positiva para o crescimento profissional e pessoal.

## 2. SISTEMA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E DE EVENTOS ADVERSOS

No ano de 2011 a Direção Geral de Saúde (DGS) anunciou pela primeira vez os seus esforços para a criação de para um conjunto de ferramentas para a segurança do doente, onde se incluía o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA). O SNNIEA resultou de um protocolo estabelecido entre a Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) e o Observatório de Segurança do Doente. A 15 de maio de 2013, a DGS emitia a norma 008/2013, onde informava da disponibilidade do SNNIEA para os profissionais de saúde e para os cidadãos, através da orientação da DGS, N.º 025/2012, de 19 de dezembro. Assume como objetivo geral do SNNIEA um aumento da segurança do doente, através de uma aprendizagem contínua. Por sua vez, a segurança do doente determina a identificação dos riscos, na gestão e prevenção dos incidentes e eventos adversos, acreditando e aceitando que os mesmos podem ocorrer, mas que na maioria das vezes, são eventos que podem ser evitáveis. Estruturado de acordo com as recomendações da OMS e o Conselho da União Europeia, o SNNIEA abrange todos os níveis e áreas de prestação de cuidados e tem como objetivo dotar cidadãos e profissionais de saúde de uma ferramenta para a notificação e aprendizagem do erro. A existência deste Sistema visa evitar futuras ocorrências e incentivar cidadãos e todos os profissionais de saúde a notificar os incidentes e eventos adversos que tenham vivido ou testemunhado. Este Sistema assenta em notificações feitas de forma voluntária, anónima, confidencial e não punitiva. Através deste Sistema é possível à DGS obter informação indispensável, a nível nacional, relativamente à tipologia de incidentes e eventos adversos, de forma a possibilitar o desenvolvimento de estratégias de intervenção de carácter prioritário. Por outro lado, as instituições de saúde, podem obter informação relativa aos incidentes e eventos adversos, que tenham sido notificados, permitindo-lhes assim, a implementação de medidas corretoras e de melhoria, o acompanhamento e o feedback ao notificador bem como a todos os envolvidos, tendo por base o nível de informação disponibilizado pela notificação. Relativamente ao SNNIEA, este encontra-se dividido em três grandes áreas: uma destinada ao cidadão, outra aos profissionais de saúde (ambas de acesso livre) e por último uma área destinada aos gestores locais. Ao longo do registo das notificações dos incidentes ou eventos adversos no Sistema, irá ser descrito: o tipo de incidente, preenchida a matriz de risco (na qual é assinalada a gravidade que o incidente

ou evento adverso originou e a probabilidade do incidente ou evento adverso voltar a acontecer), as consequências para o doente, as características do doente, as características do incidente (local, data, deteção, profissão envolvida e instituição de saúde) e por último os fatores contribuintes. Quando se procura descrever o tipo de incidente, procura-se identificar ao que se encontra associado: ao processo administrativo, aos cuidados de saúde, aos problemas com o processo clínico, às infeções associadas aos cuidados de saúde, à falha na utilização de dispositivos ou equipamentos médicos, a problemas com a medicação, a uma tentativa de suicídio ou auto lesão do doente, a uma queda do doente, a um acidente do doente. No preenchimento da matriz de risco procura-se identificar a gravidade que o incidente ou evento adverso originou e a probabilidade do incidente ou evento adverso voltar a acontecer. O cruzamento dessas duas informações (gravidade e probabilidade) produz de forma automática um resultado, que traduz a magnitude do risco, traduzida em: Baixo, Moderado, Alto ou Extremo. O SNNIEA, apresenta o seguinte entendimento relativamente às categorias da gravidade, SNNIEA (DGS, 2012, pág. 11)

1. Nenhum: para o doente o resultado do incidente ou evento é assintomático ou sem sintomas detetados e não necessitou de qualquer tratamento adicional;
2. Ligeiro: o doente manifesta sintomas ligeiros, perda de funções ou danos mínimos ou intermédios de curta duração, sem necessidade de intervenção ou com uma intervenção mínima requerida;
3. Moderado: a consequência para o doente é sintomática, requerendo intervenção suplementar e/ou terapêutica adicional (resultando num aumento da estadia/internamento, ou danos/perdas de funções a longo prazo ou permanentes);
4. Grave: a consequência para o doente é sintomática, requerendo uma intervenção para salvar a vida ou grande intervenção médico/cirúrgica (resultando numa redução da esperança média de vida, ou causa de grandes danos/perda de funções a longo prazo ou permanentes);
5. Catastrófico/morte: no balanço das probabilidades, a morte foi causada ou antecipada a curto prazo, pelo evento adverso.

Já o entendimento apresentado pelo SNNIEA (DGS, 2012, pág.12), sobre a probabilidade é apresentado nas diferentes categorias:

1. Raro: possível, mas extremamente improvável de ocorrer, durante um determinado período de tempo ou durante a execução de uma tarefa;
2. Improvável: não esperado ocorrer até uma vez ou num curto período de tempo ou durante a execução de uma tarefa;
3. Possível: esperado ocorrer até uma vez ou num curto período de tempo associado a uma situação extraordinária;
4. Provável: esperado ocorrer mais do que uma vez ou em curtos períodos de tempo;
5. Quase certo: esperado ocorrer várias vezes ou em longos períodos de tempo.

Na descrição das consequências para o doente, é solicitado que seja indicado o tipo e o dano que o incidente ou evento adverso causou ao doente, sendo necessário responder sobre a existência de algum dano físico ou mental. Na identificação das características do doente, são recolhidas algumas informações, tais como sexo e faixa etária. Na descrição das características do incidente são reunidas informações relacionadas com o incidente ou evento adverso, nomeadamente: fase do processo (solicita-se, no caso de um doente internado, o momento em que ocorreu o incidente, durante a prestação de cuidados), localização (identificação da unidade de saúde e serviço se for o caso), deteção do acidente (em que momento teve conhecimento da ocorrência do incidente e se o incidente lhe foi explicado por um profissional), data do incidente, profissão envolvida, instituição de saúde envolvida. Por último na realização de uma notificação, é solicitada informação sobre os fatores contribuintes para a ocorrência do incidente ou evento adverso. Neste momento o SNNIEA (DGS, 2012, pág. 20) solicita informação relativa aos fatores que se julgam ter contribuído para o incidente, sendo possível escolher mais do que uma das seguintes opções do sistema: erro de comunicação, esquecimento ou distração, cansaço, incumprimento das normas, erro na realização da técnica, défice de conhecimentos ou capacidade para solucionar problemas, problemas do ambiente físico ou da infraestrutura, outros.

Em Portugal, a DGS emitiu a norma 008/2013, onde informava da disponibilidade do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA) para os profissionais de saúde e para os cidadãos. Posteriormente reconfigurada e melhorada, passando a designar-se de Sistema Nacional de Incidentes – NOTIFICA (Norma nº 015/2014).

## 2.1.A prática de notificação de incidentes e eventos adversos

Existem alguns estudos científicos que se propuseram debruçar-se sobre a prática de notificação de incidentes ou efeitos adversos.

Para Lopez-Gonzalez et al. (2009) as características pessoais e profissionais dos profissionais de saúde, assim como os seus conhecimentos e atitudes são os principais motivos apontados para a subnotificação. Estes autores, tendo por base Inmam (1996) resumem esses motivos nos “sete pecados mortais”, complacência, défice de confiança, indiferença, ignorância, aspetos legais, ambição de compilar ou publicar séries pessoais de casos e incentivos financeiros.

No que respeita a Portugal, Herdeiro et al. (2006) associam a baixa taxa de notificação, entre os farmacêuticos, à complacência, à ausência de confiança, à ignorância e a letargia.

Mendes et al. (2012) desenvolveram um estudo sobre a iatrogenia, notificações e notificadores. No seu estudo um dos objetivos foi documentar o contributo dos profissionais de saúde notificadores das reações adversas medicamentosas para a farmacovigilância em Portugal. No estudo, foram analisadas 1846 notificações recebidas entre janeiro de 2001 e agosto de 2011, à Unidade de Farmacovigilância do Centro (Portugal). Do estudo, pode verificar-se que:

- Foram identificados 423 profissionais de saúde notificadores;
- Os médicos (224; 53%), entre os profissionais de saúde, foram os que notificaram o maior número de reações adversas medicamentosas (RAM) (577; 57,8%);
- Os farmacêuticos que realizaram notificações (143, 33,8%), somaram 354 notificações de RAM (35,4%);
- Os enfermeiros, por último, (54;12,8%) notificaram 66 RAM (6,6%).

Num outro estudo, sobre a análise e comunicação de eventos adversos na perspetiva de enfermeiros assistenciais, Leitão et al. (2013), identificaram a prática da comunicação informal e a omissão dos eventos adversos entre os profissionais na prática hospitalar.

Várias justificações foram apresentadas para a não notificação voluntária da ocorrência da iatrogenia por Capucho et al. (2013), são elas: o medo, a culpa, a vergonha, a autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio, e que é muito comum em

vários países. Além disso, para estes mesmos autores, há a alegação de dificuldade para realizar uma notificação com a extensão e a natureza o que deve ser relatado, o tipo de sistema de notificação, a facilidade para enviá-la, a existência de incentivos e de obstáculos.

Duarte et al (2015) afirmam que a percepção e a conduta dos profissionais em relação ao erro pode variar de acordo com a cultura institucional, cultura punitiva ou não, assim como também se encontra intimamente relacionada/ligada à responsabilidade individual.

Um outro estudo, é o de Sinam et al. (2017) que se indagavam sobre como ocorre a prática de notificação de eventos adversos no quotidiano dos profissionais. No referido estudo, trinta e um profissionais de saúde (entre os quais 7 enfermeiros) foram entrevistados. Sobre a prática de notificar um evento adverso verificou-se que em relação à prática de notificação na instituição estudada, a análise realizada permitiu verificar que 58% dos participantes do estudo desconheciam a ficha de notificação e 67,7% nunca preencheram uma notificação. Alguns dos participantes relataram, que a prática de notificação dos eventos adversos é prejudicada pela inadequada preparação, de conhecimento e de esquecimento, assim como pelas diferentes maneiras de agir dos profissionais, em situações de uma mesma rotina, perante um evento adverso, mesmo constando o passo a passo da notificação em procedimento operacional padrão. Evidenciaram ainda, como barreiras à notificação dos eventos adversos, o défice de conhecimentos por parte dos profissionais sobre noções básicas, como o que é o erro, evento adverso e o próprio conceito de segurança do doente. Quando confrontados com a identificação de poucas notificações, alguns profissionais reconheceram e justificaram a ação invocando a gestão de tempo e prioridades (sendo mais importante prestar cuidados do que preencher um formulário). Nas conclusões do estudo realizados pelos autores supracitados, é salientado um aspeto positivo, que é a identificação da importância que os profissionais dão à notificação, um facto imprescindível para melhorar resultados, quer na conduta e prática profissional como na qualidade e segurança de cuidados prestados.

Sobre a notificação de eventos adversos, Furini et al. (2019), realizaram um estudo que procurou analisar as notificações de incidentes relacionados à segurança do doente. Os autores, analisaram 4691 notificações feitas ao Gerenciamento de Risco de uma unidade hospitalar, de agosto de 2015 a julho de 2016. Neste estudo, verificou-se que:

- A média de notificações foi de 391 por mês;
- Os enfermeiros foram os que mais notificaram 70,6% (n=3312), seguido dos médicos 7,95% (n=373), assistente administrativo 4,73% (n=223) e do farmacêutico 4,35% (n=204);
- Os principais motivos de notificação foram “outros” com 25,3% (n=1187), seguido de medicamentos com 17,2% (n=807) de notificações;
- As lesões na pele representaram 14,82% das notificações (n=695), a flebite 13,86% (n=650), artigo médico-hospitalar 13,43% (n=630) e queda 6,37% (n=299). Os hemoterapeutas obtiveram 4,41% (n=207) das notificações e eventos relacionados à intervenção cirúrgica 2,13% (n=100) das notificações.

Ainda na exposição das conclusões do estudo, Furini et al. (2019), salientam que de entre os profissionais de saúde, os enfermeiros, são os profissionais, que mais realizam notificações, 76,6%. Os autores referem que resultado semelhante se verificou, num estudo realizado, por Gotten et al. (2016) num hospital público, onde foi constatado que os enfermeiros foram responsáveis pela maioria das notificações (26,3), seguido dos médicos (5,7%). Uma outra conclusão, de considerável relevância é o facto de que, em relação aos dias da semana se evidenciou uma diferença significativa entre eles, com diminuição do número de notificações aos fins-de-semana. Os autores afirmam ainda, que pela análise dos seus resultados, é possível concluir que as notificações ficaram centradas na figura do enfermeiro, deduzindo-se assim, que a responsabilidade pela segurança do doente não é compartilhada de igual forma por toda a equipa de saúde responsável pelo doente.

## 2.2.Dados epidemiológicos das iatrogenias

Dados epidemiológicos existentes põem em evidência as iatrogenias. Carvalho-Filho et al. (1998) desenvolveram um estudo sobre a iatrogenia em doentes idosos hospitalizados. Nesse mesmo estudo os autores propuseram-se analisar as complicações iatrogénicas apresentadas por idosos internados numa unidade hospitalar. A amostra de estudo incluiu a análise de 96 processos clínicos dos doentes internados durante o ano de 1995. No estudo foram consideradas iatrogenias as alterações que resultaram, diretamente, de procedimentos diagnósticos e de todas as formas de terapêutica, bem como ocorrências, como quedas e úlceras de pressão. Na análise dos dados obtidos, ficou evidente que: em 42 idosos sofreram uma ou mais complicações iatrogénicas

(43,7%), num total de 56 episódios; as manifestações relacionadas aos procedimentos de diagnóstico corresponderam a 17,9% das iatrogenias; as alterações relacionadas às medidas terapêuticas corresponderam a 58,9%, sendo 32,1% referentes à terapêutica farmacológica e 26,8% a outros procedimentos terapêuticos; relativamente às manifestações não relacionadas diretamente ao tratamento, nomeadamente úlceras de pressão, quedas e fraturas, corresponderam a 23,2%; a presença de manifestações iatrogénicas correlacionou-se com o período mais prolongado de internamento; cinco doentes faleceram em consequência direta de complicações iatrogénicas.

Canineu et al. (2006) realizaram prospectivo com 517 doentes de uma unidade de terapia intensiva, num hospital universitário, durante 18 meses, e constataram que 95 doentes sofreram algum tipo de iatrogenia, o que correspondeu, segundos os autores, a 18,4% das intervenções da unidade. Os autores constataram ainda que, dos 95 doentes nos quais se verificou o evento iatrogénico, estes sofreram 120 complicações.

Num outro estudo sobre a incidência e prevalência da úlcera por pressão num serviço de cuidados de terapia intensiva num hospital público, realizado por Matos et al. (2010) verificaram que a incidência estabelecida foi de 37,03%. Onde cerca de metade das úlceras por pressão surgiram entre o primeiro e quarto dia de avaliação. Com base na aplicação da escala de Braden, 55,5% dos doentes apresentavam alto risco de desenvolver úlceras de pressão, desses 40% desenvolveram-nas. Os autores do estudo, concluíram que a elevada incidência verificada está diretamente relacionada ao alto risco que os doentes apresentavam de vir a desenvolver úlceras de pressão. Esse elevado risco correlacionou-se com a gravidade, complexidade e grau de dependência dos doentes assistidos. Facto que, segundo os autores, pode ser confirmado com o aparecimento das úlceras de pressão durante a primeira semana de internamento, sugerindo que o tempo de internamento não é o fator mais preocupante no desenvolvimento das úlceras de pressão, mas sim a pressão persistente exercida.

De um modo geral pode afirmar-se que o levantamento e análise das ocorrências iatrogénicas podem considerar-se uma mais-valia para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente os de enfermagem.

Em 2011 Sousa et al. desenvolveram um estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade dos eventos adversos (EA) em hospitais portugueses. Nesse estudo, de

47.783 admissões em 3 hospitais públicos portugueses, observaram 1.669 processos de doentes. Da realização do estudo constataram que:

- A taxa de incidência de EA foi de 11,1%, Resultados que encontram paralelismo em outros estudos semelhantes, tais como por exemplo: Canadá (7,5%); Dinamarca (9,0%); Inglaterra (10,8%); Suécia (12,3%); Nova Zelândia (12,9%). Os autores do estudo realçam que: que as organizações onde o estudo foi realizado eram hospitais de agudos, com urgência aberta 24 horas e com marcada atividade cirúrgica, quer em termos de volume, quer de especificidade/complexidade da mesma. Esses hospitais tinham uma vertente de ensino e formação muito vincada. Tal facto, torna-se relevante na medida em que estudos similares demonstraram que são os hospitais com tais características aqueles que apresentam maior incidência de EA.
- No que se respeita ao impacto clínico dos EA destaca-se que, na maioria dos casos, não resultou em dano ou causou dano mínimo para o doente. Quanto ao impacto económico evidencia-se o facto de, nos doentes em que se confirmou EA, o período de internamento se ter prolongado, em média, por 10,7 dias com os consequentes e previsíveis custos adicionais. Paralelamente, tal consequência agrava a, já difícil, gestão de camas nos diferentes serviços de um hospital, Sousa et al. (2011).

Sobre as complicações iatrogénicas no atendimento de emergência de um hospital público, Ramos (2013) propôs-se identificar as complicações iatrogénicas relacionadas à assistência de enfermagem. Neste estudo descritivo, participaram 263 profissionais de enfermagem. No referido estudo, Ramos (2013, pág. 4516) constatou que:

- Quando questionados em relação à frequência com que a assistência de enfermagem de enfermagem é realizada seguindo os protocolos internacionais e fluxogramas, muitos profissionais informaram que nunca o fizeram (42,4%), 37,7% o realizaram com frequência e 26,9 raramente o realizaram;
- As principais complicações iatrogénicas relacionadas aos procedimentos de enfermagem foram:
  - ✓ Em relação à punção venosa com dispositivo “Jelco”: edema por extravasamento de solução no local (31,7%), dor e irritação (33,3%),

hematoma (8,3%), 16,7% punção venosa periférica em sentido contrário à circulação sanguínea e infusão da solução contrária à prescrição médica (10%). Ressaltou ainda que na entubação nasogástrica: cuidados de higiene e conforto (42%), posicionamento (24%) e lesão nasal (34%);

- ✓ Em relação à administração de medicamentos: erros de dosagem (28,2%), diluição com quantidade inadequada de solução (3%), confirmações incorretas (10%), horário incorreto (12,8%), efeitos tóxicos e irritativos dos medicamentos em uso (5%), prescrição ilegível (12%), interação medicamentosa (21%) e medicamentos não administrados (8%).

No estudo realizado por Ramos (2013) concluiu-se que:

- Quanto à formação contínua: no estudo observa-se que o deficit de treinos específicos para a equipa de enfermagem em ambiente hospitalar;
- Na unidade de emergência, no que respeita às dificuldades organizacionais, que contribuem para o aparecimento de iatrogenias, na prestação dos cuidados de enfermagem, observou-se que 79 indivíduos (30,2%) indicaram um número insuficiente de funcionários, potenciando a ocorrência de iatrogenias, no sentido que leva a condições de trabalho precárias;
- Verificou-se uma maior ocorrência de iatrogenia nos procedimentos executados pelos auxiliares de enfermagem, em relação à distribuição das iatrogenias relacionadas ao executante do procedimento
- Relativamente aos procedimentos comuns na emergência, nos quais é mais frequente acontecer um evento adverso: 70 indivíduos (33,3%) identificaram a punção venosa com dispositivo “Jelco” com complicações iatrogénicas (dor e irritação no local da punção, 88 indivíduos (42%) indicaram que o procedimento de entubação nasogástrica apresenta complicações no cuidado com a higiene e conforto, e 59 indivíduos (28,2%) identificaram os erros de dosagem na administração de medicamentos venosos e orais.

Segundo Alves (2015) as taxas de notificação relativas à iatrogenia medicamentosa, variam muito de país para país. Sendo que em 2009, na Europa, segundo Srba et al. (2012) as taxas de notificação, da iatrogenia medicamentosa, variava entre 17 por cada milhão de habitantes na Roménia e 886 na Dinamarca. Em Portugal, desde 1997, a taxa

de notificação, das iatrogenias medicamentosas, aumentou de 8,3 por cada milhão de habitantes para 189, um valor mais próximo dos limiares estipulados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (> 200 notificações por milhão de habitante), Araújo (2009) e Herdeiro et al. (2012).

Estimativas da OMS evidenciam que, um em cada dez pacientes sofre dano ao receber assistência hospitalar em países desenvolvidos, podendo esse número ser ainda maior em países em desenvolvimento. Diversos fatores contribuem para a ocorrência de iatrogenias, em relação ao atendimento na UTI, o que merece atenção, considerando que o paciente grave tende a estar mais suscetível a erros da equipe de enfermagem por apresentar suas particularidades, Santana et al. (2015).

Segundo a Organização mundial de Saúde (OMS) boa parte da população que procura tratamento, sofre de algum tipo de iatrogenia, Marques et al. (2017). Os mesmos autores, expõem ainda um estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção (IBEAS) em cinco países da América Latina, no qual se verificou que 10,5 % dos pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de efeitos adversos, e destes, 58,9% poderiam ter sido evitados.

Souto e Pimentel (2018) desenvolveram um estudo sobre a terapêutica crónica em idosos e propuseram-se analisar a polimedicação e medicação potencialmente inapropriada. No estudo participaram 86 idosos utilizadores de numa unidade de saúde familiar. As autoras constataram que, 96,5% dos idosos estavam a fazer de forma crónica, a toma de pelo menos um medicamento, 24% consumiam dois a quatro medicamentos e 74,4% consumiam cinco ou mais fármacos. Em 37,7% da amostra verificava-se a existência de medicação potencialmente inapropriada, segundo os critérios de Beers, apresentando em 90,7% dos casos um grau de inadequação elevado. Tal facto, encontra-se inevitavelmente associado ao aumento das ocorrências iatrogénicas medicamentosas. No estudo, verificou-se ainda, uma associação, com significado estatístico, entre a polimedicação e a autoperceção da saúde, com quem prepara a medicação e com o conhecimento da finalidade da medicação. Neste estudo parece ficar evidente que a literacia sobre fármacos e saúde, por parte de quem os toma e de quem os prepara, aumenta a polimedicação, e por esse motivo os profissionais de saúde devem apostar na informação transmitida aos doentes e seus familiares, nesta intervenção, são sem dúvida importantes os enfermeiros que segundo a bibliografia existente, são os profissionais de saúde que mais tempo dispõem ao doente.

### 3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA NAS COMPETÊNCIAS DE ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Da palavra enfermeiro emerge a palavra “enfermo”, que por sua vez provém da palavra latina ‘infirmum’ ‘infirmu’ que significa: «aquele que não está firme», ou seja aquele que está doente. No processo de doença vivenciado por cada doente, o enfermeiro tem um papel fundamental e único, pois são os enfermeiros que mais tempo dedicam ao doente durante o seu tratamento e/ou recuperação. A par dessa constante presença, de enfermagem, está sem dúvida a responsabilidade de um profissional de saúde, de um Enfermeiro, que exerce a sua prática clínica com rigor e com base na evidência científica. De acordo com Melo P. (2020) privilegiando uma visão holística, pode até dizer-se que a Enfermagem é a junção da ciência e a arte do cuidar.

Na ininterrupta procura da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, deve enalçar o elevado grau de satisfação do doente/familiar/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, nos diversos contextos de atuação. Nesse sentido, surgiu o tema desenvolvido no presente trabalho, as Iatrogenias em Enfermagem. Acreditando-se que a investigação do tema possa contribuir para uma melhoria dos cuidados de enfermagem e maior segurança do doente.

Descritos pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, (Ordem dos Enfermeiros, 2017), são enunciados descritivos dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: a satisfação do doente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem, a prevenção e o controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, segurança nos cuidados especializados. Após uma reflexão sobre os mesmos enunciados descritos, a constatação de uma incessante procura da melhoria da qualidade dos cuidados e segurança do doente e constatando o ritmo de trabalho (carga horária excessiva e poucos recursos humanos) exigido aos profissionais que são humanos e que por esse motivo, são falíveis, considerou-se que o estudo da iatrogenias, no sentido de contribuir para a diminuição da sua ocorrência, é deveras importante. Lembrando que a iatrogenia é definida como sendo um processo patológico ou alteração orgânica decorrente da prática clínica. Sharpe e Faden (1998) definiram iatrogenia como qualquer alteração patológica causada ao doente por

qualquer profissional de saúde ou prestador de cuidados que, direta ou indiretamente, exerça dano sobre a saúde do indivíduo doente.

Assim, o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

A consciência do profissional de enfermagem sobre a possibilidade de ocorrência de iatrogenias, contribui para que o mesmo possa implementar estratégias para evitar a ocorrência das mesmas, enquanto exerce a sua atividade, sem nunca esquecer quais as suas competências, as quais se encontram expostas no Regulamento nº 429/2018. O Regulamento descreve as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas seguintes áreas de enfermagem: à pessoa em situação crítica, à pessoa em situação paliativa, à pessoa em situação perioperatória e à pessoa em situação crónica. O Regulamento nº 429/2018 anuncia ainda, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica:

“ - Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a) Cuidar do doente e família/cuidador que vivencia um processo médico e/ou cirúrgico complexo, subsequente de doença aguda ou crónica; b) Otimizar o ambiente e o processo terapêutico no doente e família/cuidador que vivenciam um processo médico e/ou cirúrgico complexo, resultante de doença aguda ou crónica; c) Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante o doente que vivencia um processo médico e/ou cirúrgico complexo consequente de doença aguda ou crónica.

- Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico - cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, são: a) Cuidar do doente, família/cuidador que vivencia um processo complexo de doença crítica e/ou falência orgânica; b) Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação; c) Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante o doente em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Ponderando o supramencionado, reconheceu-se como relevante, auscultar uma reflexão sobre a prática de enfermagem, a segurança na prestação de cuidados e a qualidade dos mesmos, questionamo-nos se as opiniões dos enfermeiros acerca da temática “iatrogenias em enfermagem” vão de encontro ao descrito na vasta literatura. Enquadrado no âmbito da Especialidade Médico-Cirúrgica, optamos por auscultar um grupo de enfermeiros que exercem funções em serviços da área médico-cirúrgica.

## **CAPITULO II – ESTUDO EMPIRICO**

## 1. METODOLOGIA

Após a explanação do tema iatrogenia de enfermagem, apresentado no capítulo anterior, segue-se uma exposição do processo de investigação, procedendo-se à detalhada explicação dos princípios metodológicos e métodos. Recorda-se que o presente estudo tem como objetivos: (i) identificar a percepção dos enfermeiros acerca do conceito de iatrogenia e de iatrogenia em enfermagem; (ii) identificar a percepção dos enfermeiros acerca dos eventos iatrogénicos em enfermagem que consideram mais comuns (iii) Identificar a percepção dos enfermeiros acerca de como se consideram preparados face à ocorrência de eventos iatrogénicos (iv) identificar os fatores, segundo a perspetiva dos participantes, que podem potenciar a ocorrência de iatrogenias; (v) identificar que estratégias, segundo a perspetiva dos participantes, podem minimizar os eventos adversos.

### 1.1. Tipo de estudo

De entre os vários métodos de investigação, o presente estudo, enquadra-se na investigação qualitativa, fenomenológica, recorrendo a um grupo de discussão ou também designado por *focus group* ou grupo focal. Vilelas (2020) apresenta como sendo um dos objetivos primordiais da investigação fenomenológica, o sentido da experiência vivida, das pessoas que se encontram obrigatoriamente ligadas ao mundo e que, por sua vez, se traduzem numa rede social e cultural co-construída. Contrariamente a outras técnicas de investigação, recorre a um aspeto fundamental e único, o contexto. Vilelas (2020) realça ainda que, a adequação da abordagem à temática em estudo pode traduzir-se, entre outras, pela reflexão sobre as seguintes questões: pretende-se estudar a experiência vivida, o seu significado, do ponto de vista daqueles que a vivem ou viveram, ou, pretende-se uma reflexão a partir da experiência das pessoas de determinado facto ou então experiências vividas?

Morgan (1997) define *focus group* como uma técnica de investigação de recolha de dados através da interação de grupo, sobre um tema proposto pelo autor da investigação.

O Grupo Focal em seu carácter subjetivo de investigação é utilizado como Estratégia Metodológica Qualitativa, consoante nos informa Debus (1997), já que a Pesquisa

Qualitativa se caracteriza por procurar respostas acerca do que as pessoas pensam e quais são seus sentimentos.

Para Iervolino e Pelicione (2001) o principal objetivo do grupo focal consiste na interação entre os participantes e o investigador e a recolha de dados, a partir de um debate com foco, em tópicos específicos e diretivos.

O método de investigação adotado, é habitualmente utilizado para pequenas amostras, entre 4 a 12 indivíduos, segundo Vilelas (2020), pelo que, como em qualquer outro método que se incluía na metodologia qualitativa, os seus resultados não devem ser generalizados.

O focus group combina os dois principais meios de recolha de dados qualitativos, a entrevista individual e a observação participante em grupos.

Kruger (1994), assim como Oliveira et al. (2007) apontam como uma mais-valia do focus group: a habilidade de recolher dados num curto período de tempo; a rapidez do método; económico e eficiente para obter dados de interesse para o investigador; experiência de grupo positiva, auxilia a discussão entre participantes, oportunidade de a amostra partilhar as suas experiências com grupo, os vários participantes podem ouvir vários pontos de vista sobre o mesmo assunto; considerável validade dos dados, permitindo medir o que o investigador pretende e concomitantemente à legitimidade e convicção dos dados recolhidos/obtidos e permite ao investigador aumentar o tamanho da amostra do estudo qualitativo. No que respeita às limitações, os mesmos autores, expõem: a hesitação dos participantes em discutir as suas crenças; desconforto por parte de participantes mais tímidos em partilhar/expressar as suas opiniões; dificuldade de reunir a amostra que se pretende; preconceitos do moderador, que podem influenciar os resultados; as questões colocadas podem não ser as corretas, para obter os dados que se pretendem; a monopolização da discussão parte de um ou mais participantes; uma opinião pode prevalecer no grupo; o tempo e recursos dispêndios para a análise dos dados e por último a recolha de dados não se efetua num ambiente natural.

Oliveira e Freitas (1998), enumeram como vantagens do focus group: a fácil condução da entrevista por parte do moderador; habilidade em explorar tópicos e originar hipóteses; permite a recolha de dados, do interesse do investigador, a partir da interação do grupo; possui uma alta validade dos dados, através da possibilidade de averiguar efetivamente o que se deseja, tendo-se a legitimidade e a convicção ou crença nos dados

recolhidos; baixo custo em relação a outros métodos; rapidez na recolha dos resultados. Como limitações ou desvantagens, os mesmos autores, nomearam: a ausência do ambiente natural; o investigador tem menos controlo nos dados gerados; não permite saber se a interação em grupo influencia ou não o comportamento individual; uma maior dificuldade na análise dos dados recolhidos; exige um moderador treinado; dificuldade na marcação do dia para a realização do focus group, necessária habilidade por parte do moderador em conduzir a discussão no sentido de promover o diálogo.

Apesar da discussão do grupo, ser o momento que mais se destaca neste método de investigação, até se chegar a esta, o investigador já terá percorrido algumas fases da realização do *focus group*. Silva et al. (2014) sistematizam o *focus group* em cinco fases, as quais foram seguidas no presente estudo. Tais como:

Planeamento – foram definidos os objetivos do presente estudo, essenciais para o planeamento de toda a investigação, considerando que, após a definição dos mesmos, foram assumidas outras decisões subsequentes aos objetivos que se pretendiam alcançar. Uma abordagem mais estruturada foi assumida. Iniciou-se o projeto através de um conjunto de questões pré definidas, sendo o objetivo central a obtenção de respostas através da discussão ancorada no tema previamente definido no guião da entrevista.

Preparação – nesta fase foram alvo de atenção, as seguintes questões: o recrutamento da amostra, o local e as condições logísticas e necessárias à realização do grupo de discussão. Nesta fase foi definido o local de realização do *focus group*, e a logística necessária para a realização do mesmo, foram ainda solicitadas autorizações formais para o uso do espaço. Foi feito também o recrutamento da amostra para o estudo, aos quais foi comunicado e explicado: os objetivos da realização da atividade, a organização e a logística implicada na realização do grupo de discussão. Para o recrutamento da amostra, foram realizados três contactos com cada participante, o primeiro contacto presencial e via telefone, que ocorreu quinze dias antes da realização do mesmo, onde foi feito o convite pelo autor e investigador do estudo, o segundo contacto, via telefone, ocorreu uma semana antes da realização do *focus group* e foi realizado para confirmação da sua participação e por ultimo, o terceiro contacto, via telefone, realizado no dia anterior do focus group e para validar a participação na reunião. Após confirmação dos participantes, foi disponibilizado aos mesmos os pontos-chave da investigação, assim como as questões a debater, possibilitando-lhes uma reflexão prévia das mesmas. Foram realizados doze convites e aceites nove. Para a

realização do *focus group*, foi atribuído ao investigador, que assumiu o papel de moderador, a função de receber os participantes, explicar o objetivo do estudo e promover a discussão de ideias, antes de ter início a sessão. Para além do moderador/investigador, estiveram ainda presentes, outros dois colaboradores da equipa de investigação, os quais assumiram a função de monitorizar e apoiar o *focus group*.

Moderação – nesta fase, na qual durante o planeamento foi delimitada a 60 a 90 minutos, com dada relevância à principal intenção do *focus group*, que, segundo Silva et al. (2014) é de a promover a autorrevelação entre os participantes, sendo para tal, importante proporcionar-lhes determinadas condições, tais como: o conforto, respeito, liberdade de expressão. Atendendo sempre ao facto, de que o moderador deve abster-se de julgamentos, limitando-se a questionar, ouvir, manter a conversação dentro do tema e certificar-se que cada participante tem a oportunidade de se fazer ouvir e participar. De forma a aumentar a eficácia deste processo, optou-se por uma equipa de moderadores, como defendem Krueger e Casdey (2009). Um moderador cuja função foi assumir o principal papel de moderador, ou seja, de conduzir e moderar a discussão e dois auxiliares de moderação, cuja principal função foram as tarefas de gestão de equipamento de gravação, estar atento às condições logísticas e do próprio ambiente físico, assim como tomar notas sobre a discussão do grupo. Nesta fase ocorreu a realização da sessão.

Análise dos dados – após a moderação, que contou com uma gravação áudio, esta foi transcrita, de forma rigorosa, de tal modo que a sua leitura permitisse “imaginar/reconstituir” o que ocorreu no grupo de discussão, constituindo assim uma base de dados fidedigna. A transcrição da discussão de grupo foi complementada com as notas retiradas durante a moderação. Após a transcrição, procedeu-se à análise dos dados qualitativos.

Transcrita a sessão, deu-se início à análise de dados, que implicou, a categorização e combinação dos resultados obtidos como principal objetivo do estudo. A análise contemplou três fases: a codificação/indexação (onde ocorreu, após a transcrição, várias leituras da discussão de grupo, o processo de atribuição de categorias), armazenamento/recuperação (que foi dedicada à compilação de todos os extratos de texto subordinados à mesma categoria de modo a poder proceder-se à sua comparação) e por último procedeu-se à interpretação (esta suportada por uma sistemática análise dos dados).

Divulgação dos resultados – através da elaboração do presente documento e restituição dos resultados aos próprios participantes do *focus group*.

## 1.2.Participantes

À semelhança de qualquer outro tipo de estudo, a seleção da amostra é imprescindível para se obtenham os objetivos a que os investigadores se propõem no início do seu trabalho de investigação. Assim, seguindo a linha de pensamento de Silva et al. (2014), para a seleção da amostra do presente estudo, foi primordial responder à questão: “quem possui o tipo de informação que é necessária obter?”, sendo que frequentemente os participantes têm algo em comum entre eles, e que é considerado relevante para o investigador. No presente estudo, a população, são enfermeiros que exercem funções numa unidade hospitalar. Com o intuito de se obter uma amostra o mais homogénea possível, como de resto preconizam os autores anteriormente citados, e enquadrado no âmbito da Especialidade Médico-Cirúrgica, optamos por auscultar um grupo de enfermeiros que exercem funções em serviços da área médico-cirúrgica, há pelo menos dois anos, e que pelas sua área de especialidade e serviços onde exercem funções, à priori possuem características e interesses comuns. Em suma a amostra do presente estudo é constituída por 7 enfermeiros, na sua maioria, com especialidade em médico-cirúrgica, que exercem funções num serviço de médico-cirúrgica, numa unidade hospitalar e, há mais de dois anos.

## 1.3.Período de recolha de dados

A aplicação do instrumento de colheita de dados, a entrevista semiestruturada, foi aplicada a um *Focus Group*, na Escola Superior de Saúde de Bragança, após autorização concedida. O presente método de investigação requereu apenas um momento para a colheita de dados, sendo que a data e hora, foi definida mediante a disponibilidade dos seus participantes, que foi a última semana do mês de fevereiro do ano corrente, 2021.

#### **1.4. Instrumento de colheita de dados**

Para a realização do presente estudo foi construído um instrumento de colheita de dados (anexo - II), uma entrevista semiestruturada. Seguindo-se uma abordagem mais estruturada, o presente estudo iniciou-se com um conjunto de questões pré-determinadas, sendo o principal objetivo a obtenção de respostas através do debate ancorado no tema previamente definido, a iatrogenia.

O guião da entrevista foi estruturado em duas partes, a primeira que tendeu caracterizar socio demograficamente a amostra (idade, estado civil, sexo, grau académico, tempo de profissão) e a segunda explorar a temática do estudo, a qual foi dividida em cinco blocos. O primeiro bloco visa identificar os conceitos associados à iatrogenia e à iatrogenia em enfermagem, o segundo bloco ambiciona avaliar que eventos iatrogénicos de enfermagem são identificados pelos enfermeiros, o terceiro bloco pretende avaliar a preparação do enfermeiro e da sua equipa face à ocorrência de iatrogenias, o quarto bloco pretende identificar os fatores que potencializam os eventos iatrogénicos, por último o quinto bloco visa perceber que estratégias podem ser implementadas para minimizar os eventos adversos. Existiu um grupo de questões de reforço em cada bloco, utilizado para facilitar e manter a fluidez do discurso. As questões foram submetidas a um pré-teste, aplicado a um elemento externo com as mesmas características do grupo.

#### **1.5. Procedimentos de recolha de dados**

Selecionar a técnica de recolha de dados e o tratamento dos mesmos, é um procedimento lógico no processo de investigação.

Para o presente estudo, o procedimento de recolha de dados, assentou na aplicação de um guião de entrevista semiestruturada, elaborado com essa finalidade.

O processo de recolha de dados, ou seja, a realização da entrevista semiestruturada aplicada ao Focus group, foi efetuada pelos autores do estudo, após reunião dos participantes, no dia, hora e local previamente definido.

Durante todo do processo foram respeitadas as fases sistematizadas anteriormente por Silva et al. (2014): planeamento, preparação, moderação, análise de dados e divulgação dos resultados.

## **1.6.Considerações éticas**

Considerando que "Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes", Martins (2008), o presente estudo depende das imprescindíveis autorizações: dos intervenientes através da assinatura do consentimento informado (Anexo III), bem como e parecer da Comissão de Ética da instituição na qual a amostra exerce funções (anexo IV).

De salientar que ao longo de toda a investigação foram respeitados os princípios éticos de anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados obtidos, que apenas se destinam para fins de investigação. Dada garantia a todos os intervenientes, o direito que lhes assiste de abandonar a qualquer momento o presente estudo, sem qualquer tipo de consequência, caso aconteça e seja essa a sua vontade.

Antes do início da aplicação da entrevista foi solicitada a todos os intervenientes autorização para gravação áudio da entrevista e assinatura do consentimento informado em duplicado.

## **1.7.Procedimento de análise dos dados**

A análise de conteúdo para Bardin (1977) objetiva identificar o que está por detrás das palavras sobre as quais a mesma análise incide. Trata-se de uma pesquisa de outras realidades através das mensagens fornecidas pelos participantes.

A análise de conteúdo, segundo Vilelas (2020) procura proporcionar ao investigador uma forma de apreender as relações sociais em determinados espaços, considerando tipo de problema de pesquisa a que se propôs.

Vilelas (2020) descreve a análise de conteúdo como uma forma de ultrapassar o senso comum e do subjetivismo na interpretação e obter uma vigilância crítica em relação ao conteúdo escrito de documentos, textos literários, entre outros documentos fidedignos. O mesmo autor descreve ainda como funções da análise do conteúdo:

- a) A função heurística, que pretende tornar mais enriquecedora a pesquisa exploratória, possibilitando um maior número de descobertas e permitindo o surgimento de hipóteses, quando são examinadas mensagens pouco exploradas anteriormente.

- b) Uma função de administração da prova, ou seja, servir de prova para a verificação das hipóteses apresentadas sob a forma de questões ou de afirmações provisórias, Vilelas (2020).

Bardin (1977) expõem três fases, a seguir para a análise de conteúdo. São elas:

A fase de pré-análise: onde se procura organizar e sistematizar os dados recolhidos, com o intuito de operacionalizar a ideia primitiva. Procedendo-se, para tal, à auscultação e transcrição da entrevista, seguindo a sua leitura da transcrição, a seleção de documentos, preparação do material/dados, referenciação dos índices e a elaboração de indicadores.

A fase de exploração do material/dados: onde se procede a uma atenta e aprofundada leitura do conteúdo da entrevista transcrita, de forma a poder definir as categorias de análise dos resultados. Nesta fase, pode optar-se por uma exploração manual dos dados ou pode recorrer-se a programas informáticos específicos para o efeito.

Fase de síntese: onde os resultados são trabalhados no sentido de estes serem significantes e válidos, de forma a obter evidências das informações obtidas pela análise realizada, permitindo dessa forma a comparação com a literatura já existente sobre o tema.

Segundo Vilelas (2020), a análise de conteúdo não pode ser desenvolvida com base num modelo exato, sendo que esta é caracterizada como empírica. No entanto para a sua operacionalização, devem ser seguidas regras. Segundo o autor, nessa linha de raciocínio, a análise de conteúdo relaciona as estruturas semânticas com as estruturas sociológicas dos enunciados e articula a superfície dos textos com os fatores que determinam as suas características. O processo de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, promovido pela análise de conteúdo, é organizado em três etapas (sequenciais): a pré análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação.

No presente estudo, a análise de conteúdo, foi realizada com recurso a um software específico destinado à investigação qualitativa, o MAXQDA, que se define como sendo um programa informático, de análise de texto, que permite categorizar informações.

## 2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram no grupo sete enfermeiros com idade média de 38,14 anos, dos quais três do sexo feminino, apresentando um desvio padrão de 4,7. Quatro dos profissionais são solteiros, três casados e um divorciado. Um dos enfermeiros não era especialista e tinha licenciatura. Os restantes possuem o curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, ou curso de mestrado na mesma área, sendo todos enfermeiros especialistas. Dois dos enfermeiros possuem ainda um curso de pós-graduação em gestão. O tempo de especialidade varia entre 1 ano e 16 anos, enquanto o tempo de serviço varia entre os 5 anos e os 23 anos. Todos os enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional em serviços da sua área de especialização.

Tabela 2: Caracterização da amostra

<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Sexo</b>	<b>Habilitações Profissionais</b>	<b>Tempo de serviço</b>	<b>Enfermeiro Especialista</b>	<b>Especialidade</b>	<b>Tempo</b>
39	Solteiro	Masculino	Especialização e mestrado	15	Sim	Médico-cirúrgica	7
40	Solteira	Feminino	Especialização e mestrado	18	Sim	Médico-cirúrgica	1
35	Casado	Masculino	Licenciatura e parte curricular do mestrado de médico-cirúrgica	11	Não		
37	Divorciado	Masculino	Doutoramento, mestrado, pós graduação e especialização	15	Sim	Médico-cirúrgica	3
37	Solteira	Feminino	Especialização, mestrado e pós graduação	15	Sim	Médico-cirúrgica	7
32	Casado	Masculino	Especialização, mestrado e pós graduação	5	Sim	Médico-cirúrgica	3
47	Casada	Feminino	Especialização em médico cirúrgica, mestrado em Gestão e pós-graduação	23	Sim	Médico-cirúrgica	16

### 2.1. Iatrogenia: a perceção dos enfermeiros acerca do conceito

Uma vez realizada a apresentação dos participantes, os mesmos foram questionados quanto às “ideias” que lhes ocorrem acerca da iatrogenia no âmbito da sua atividade profissional, visando responder ao objetivo nº1. Da análise estabelecida às respostas apresentadas emergiram 3 subcategorias: dano causado ao doente, inadequada prática

clínica e o imprevisível ou inesperado. Quatro participantes (4URE) consideraram a iatrogenia enquanto dano causado ao doente, como expresso nos seguintes discursos:

*“...é um dano, uma ação, um comportamento provocado pelo profissional de saúde”* (E2);

*“...um dano à saúde do doente, seja ele provocado por qualquer tipo de profissional ou qualquer pessoa que lide com a saúde do doente”* (E5);

*“...sucintamente o tema iatrogenia, até que advêm da palavra grega, significa que, para mim, eu interpreto como um dano causado ao doente,..., provocada por um profissional de saúde, de forma justificada ou não, mas que vai resultar num dano ou alteração patológica no doente. E por isso é que obviamente, pressupõem que seja um malefício que o profissional, induziu no doente, sendo exatamente o oposto daquilo que o profissional pretende obter...”* (E4)

*“Todos nós sabemos, que é definida como sendo um dano, ou uma causa negativa provocada no utente, porque muitas vezes ele ainda não está doente, muitas vezes estão doentes em consequência dessa iatrogenia, pela atitude terapêutica, ou pela prestação de cuidados de um profissional de saúde.”* (E1);

Os discursos apresentados pelos participantes bem como a categorias que deles emergiu vão de encontro ao conceito de iatrogenia que tem sido caracterizado de forma multifacetada. Sharpe e Faden (1988) dedicaram-se ao estudo da temática tendo-a conceptualizado como qualquer alteração patológica causada ao doente por qualquer profissional de saúde ou prestador de cuidados que, direta ou indiretamente, exerça um dano sobre a saúde do indivíduo doente.

Ferraz et al. num estudo realizado em 1982, exploraram esse conceito concluindo que por ato iatrogénico se entende o que seria imprevisível, o inesperado, a má prática clínica da medicina ou pela aplicação de falsos conhecimentos. Este conceito é apresentado nas palavras de dois dos participantes ao referirem que:

*“Em termos de iatrogenia, para mim, o conceito de iatrogenia, é qualquer ato que vá prejudicar o estado de saúde do doente”* (E3);

*“...uma causa negativa para o doente”* (E1).

A prática clínica inadequada está evidente nos discursos apresentados por dois dos participantes (2URE), dos quais se extrai o seguinte exemplo: “..., *por iatrogenia, entendemos o erro médico, começou por ser associado ao erro médico, neste momento podemos estender ao erro de enfermagem, ao erro do auxiliar. No fundo, ao erro do prestador de cuidados de saúde, não é! Quer sejamos médicos, enfermeiros, ou auxiliares, ou técnicos, o que quer que seja. “E nós, quando falamos de iatrogenia, no seio das equipas, associamos sempre a algo, que coloca em risco a vida de alguém. “ Contudo temos de ver a iatrogenia muito para além disso. Temos de ver a iatrogenia como um erro que não coloca em risco a vida de alguém, mas que dificulta ou que potencializa uma situação de desconforto, ou de patologia, ...”* (E6). Estas palavras vão ao encontro do proferido por Batavia (2004) que entende a iatrogenia como qualquer problema de saúde causado por qualquer profissional que faça parte do processo de tratamento e cuidado, incluindo os próprios doentes e familiares, e por Santos e Ceolin (2009) ao afirmarem que a iatrogenia se aplica a qualquer alteração patológica provocada ao doente pela prática dos profissionais de saúde, e que dessa mesma prática, que pode ser certa ou errada, justificada ou não, resultam consequências prejudiciais para a saúde do doente.

As noções de iatrogenia apresentadas pelos participantes do presente estudo encontram-se resumidas na tabela 3.

Tabela 3 – Conceitos dos enfermeiros sobre Iatrogenia

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de registo exemplificativa (URE)</b>	<b>n</b>
Conceitos de Iatrogenia	Dano causado ao doente	“... <i>é um dano, uma ação, um comportamento provocado pelo profissional de saúde</i> ” E2	4
	Inadequada prática clínica	“... <i>entendemos o erro médico, começou por ser associado ao erro médico, neste momento podemos estender ao erro de enfermagem, ao erro do auxiliar. No fundo, ao erro do prestador de cuidados de saúde.</i> ” E6	2
	O imprevisível ou inesperado	“ <i>um doente que, num período de menor vigilância, retira ou desadapta uma linha arterial.</i> E6	2
<b>Total</b>			<b>8</b>

Considerando as definições expostas na literatura e as apresentadas pelos enfermeiros, no presente estudo, verifica-se que o conceito de iatrogenia, continua a pressupor um evento indesejável, de natureza danosa ou prejudicial para o doente, em consequência, ou não, de uma falha do profissional de saúde, e que compromete ou tem potencial para comprometer a segurança do doente.

## 2.2. Iatrogenia em enfermagem: a percepção dos enfermeiros acerca do conceito

Da análise aos conceitos de iatrogenia em enfermagem, visando ainda responder ao objetivo nº1, emergiram 2 subcategorias: deficiente prestação de cuidados de enfermagem e privação de cuidados de enfermagem.

Todos os enfermeiros (7URE) referiram, que no seu entender, a iatrogenia em enfermagem, diz respeito a uma deficiente prestação de cuidados de enfermagem, como se pode verificar nos discursos a seguir apresentados:

*“...uma má prestação ou uma insuficiente, prestação por parte do profissional de enfermagem” (E4);*

*“...iatrogenia provocada pelo erro de enfermagem ou pela má, ou, pela má atuação da enfermagem”... “... é um dano, uma ação, um comportamento provocado pelo profissional de saúde (Neste caso, estamos a falar de enfermagem, de enfermeiros), ao doente, causando prejuízo na saúde do mesmo.” (E1);*

*“... uma troca de terapêutica, uma má desinfeção de uma ferida,..., ou por exemplo, fazer com que o nosso cliente, com uma má resposta do enfermeiro, se sinta mal, desde o que é manuseamento até à parte psicológica do nosso lidar, com o doente... .” (E7);*

*“ O esqueceres-te da tesoura na cama de um doente, e o doente, no dia seguir tem uma marca, um hematoma, isso é uma iatrogenia.”, “..., a administração de terapêutica errada, a administração de terapêutica em doses inadequadas.... Eu volto atrás, e volto ao serviço de internamento e aquele posicionamento que foi mal feito e aquele doente que caiu do cadeirão porque estava agitado e que nós não fizemos uma imobilização adequada é uma iatrogenia!” (E6);*

O conceito de iatrogenia em enfermagem, expresso pelos participantes do presente estudo, remete para o que foi referido por Sena et al (2014), onde a iatrogenia de enfermagem se relaciona com a privação de cuidados ou prestação insatisfatória dos mesmos. Inocêncio et al. (2016), descreveram, também, a iatrogenia em enfermagem, como um grau insatisfatório de cuidados de enfermagem.

Mantém-se a noção da ocorrência de um evento indesejável, de natureza danosa ou prejudicial para o doente, conseqüente, ou não, de uma falha do enfermeiro e que compromete, ou tem potencial para comprometer a segurança do doente.

A privação de cuidados de enfermagem ficou também em evidência nas palavras de um dos entrevistados (IURE):

*“...um exemplo muito básico, muito simples, da última iatrogenia que eu presenciei. Um doente que tinha a colocação de uma sonda nasogástrica naquele período de 10 dias e quando fui substituir diariamente o adesivo, notei que o doente tinha uma úlcera. E era evidente que o penso de fixação da sonda nasogástrica, não era mudado por um período superior a 24 horas.”* (E4).

A mesma conceção, é identificada por Madalosso (2000) e Matos et. (2011), que descrevem a iatrogenia em enfermagem, como sendo uma privação relacionada aos cuidados do profissional de enfermagem e que da ausência destes, podem determinar algum tipo de transtorno, dano ou prejuízo ao bem-estar ao doente.

Do conceito de iatrogenia em enfermagem, mantém-se a ideia da ocorrência de um evento indesejável, de natureza danosa ou prejudicial para o doente, conseqüente ou não de uma falha do enfermeiro e que compromete ou tem potencial para comprometer a segurança do doente.

Apresentam-se na tabela 4 os conceitos dos enfermeiros sobre iatrogenias em enfermagem.

Tabela 4 – Conceitos dos enfermeiros sobre iatrogenias em enfermagem

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de registo exemplificativa (URE)</b>	<b>n</b>
Iatrogenia em enfermagem	Deficiente prestação de cuidados de enfermagem	<i>“...iatrogenia provocada pelo erro de enfermagem ou pela má, ou, pela má atuação da enfermagem”</i> E1	7
	Privação de cuidados de enfermagem	<i>“...uma má prestação ou uma insuficiente prestação por parte do profissional de enfermagem.”</i> E4	1
<b>Total</b>			<b>8</b>

### 2.3. Eventos iatrogénicos em enfermagem

Tendo agora por base o objetivo nº2, na categoria dos eventos adversos em enfermagem foram enumerados 33 eventos adversos, e da sua análise emergiram 7 subcategorias: efeitos adversos à administração terapêutica, inadequado manuseamento (infiltração/obstrução/infeção) de dispositivos médicos (cateteres venosos periféricos e cateteres centrais), úlceras por pressão, exteriorização de cateteres, fraturas e/ou quedas,

inadequada supervisão de enfermagem, esquecimento e inadequada planificação dos cuidados de enfermagem.

a) Administração de terapêutica

Da subcategoria efeitos adversos à administração de terapêutica, na qual foram registadas um total de 7 URE, são exemplos narrativos:

*“... os erros de medicação, seja com diluição, seja com dosagem, seja com os tais cinco, seis certos, ser ao doente certo!” ...“Troca de doentes! Ser a medicação certa! Falarmos de um medicamento, e na altura, ao estarmos a preparar sermos distraídos e tirarmos um medicamento semelhante, com um nome parecido.”* (E5);

*“...e a administração de drogas, com efeito aminérgico, falo-te de uma noradrenalina, duma adrenalina que estão em perfusão, e que na substituição de uma seringa, acontece algo, ou somos perturbados e aquilo vai causar ali uma instabilidade hemodinâmica ao doente...”; “administração terapêutica e uma forma errada...”* ...*“...desadequação da terapêutica instituída”* (E6);

*“...uma troca de terapêutica, ...”* (E7).

A identificação de erros de administração de terapêutica, como evento adverso em enfermagem, foi assumida por todos os participantes. A mesma identificação de evento adverso, foi descrita nos estudos realizados por: Santos & Celoïn (2009), Ramos (2011), Altevogt (2012) e Ripardo e Brito (2019).

b) Quedas e/ou Fraturas

Para a subcategoria, quedas e/ou fraturas, na qual se constatarem 6 URE, foram consideradas as seguintes intervenções narrativas dos enfermeiros:

*“...um doente que cai, ... , que faz uma fratura.”* (E5);

*“Um doente que fratura o colo do fémur porque cai às quatro da manhã. É uma iatrogenia.” ... “ ... o doente que caiu do cadeirão porque estava agitado e nós não fizemos uma imobilização adequada, é uma iatrogenia”* (E6).

As quedas e/ou fraturas, foram relatadas como eventos adversos em vários estudos: Santos e Celoïn (2009), Matos et al. (2011) Altevogt (2012), Duarte et al. (2015) e

Ripardo e Brito (2019), entre outros. Santos e Ceolin (2009) salientam sobre as quedas, que estas tanto podem aumentar o tempo de internamento, aumentar os custos do tratamento e causar desconforto ao doente, quanto causar um ceticismo em relação à qualidade do serviço de enfermagem e à responsabilidade profissional.

c) Inadequado manuseamento de dispositivos médicos

Relativamente à subcategoria, inadequado manuseamento (infiltração/obstrução/infeção) de dispositivos médicos (cateteres venosos periféricos e cateteres centrais), com 5 URE, são exemplos as seguintes intervenções dos entrevistados:

“...estamos a limpar lúmenes do cateter e esquecemo-nos de aspirar.” (E1);

“...o mau manuseamento dos cateteres venosos periféricos e também centrais...” (E2).

O inadequado manuseamento (infiltração/obstrução/infeção) de dispositivos médicos (cateteres venosos periféricos e cateteres centrais) foi já relatado, como evento adverso de enfermagem, no estudo de Ramos (2011), o cateterismo venoso periférico, ao qual foram atribuídas como complicações dor e irritação no local da punção. A mesma identificação é feita por Santos e Celoin (2009), Altevogt (2012) e Ripardo e Brito (2019) e associam como complicações ao manuseamento do cateter venoso periférico, para além das supracitadas, a infiltração e a presença de infeção.

d) Úlceras por pressão

Relativamente à subcategoria úlceras por pressão, com 4 URE, são exemplos as seguintes intervenções dos entrevistados:

“...a úlcera de pressão na comissura labial,...” (E1);

“...erros de posicionamento...” (E3);

“...as úlceras de pressão...”; “Um doente que tinha a colocação de uma sonda nasogástrica naquele período de 10 dias e quando fui substituir diariamente o adesivo, notei que o doente tinha uma úlcera. E era evidente que o penso de fixação da sonda nasogástrica, não era mudado por um período superior a 24 horas.” (E4);

“...posicionamento mal feito...” (E6).

As alterações da integridade cutânea, nomeadamente o aparecimento de úlceras por pressão, como sendo uma iatrogenia de enfermagem, foi reconhecida nos seguintes estudos: Santos e Celoin (2009), Matos et al. (2011), Altevogt (2012), Duarte et al. (2015) e Ripardo e Brito (2019).

e) Exteriorização de cateteres

Quanto à subcategoria, exteriorização de cateteres, foram identificadas 3 URE:

*“...quando nós temos cateteres centrais e há exteriorização do cateter central, há uma iatrogenia,...”* (E1);

*...“um doente está cheio de dispositivos e arranca um...”* (E3);

*“...extração acidental de um cateter em intensivos ou em qualquer outro sítio, pode ser grave!”, “...ninguém se apercebeu que o cateter ficou preso e puxou, e exteriorizou-se o cateter”* (E6)

Santos e Ceolin (2009), descreveram como iatrogenia a exteriorização de dispositivos médicos, nomeadamente de sonda nasogástrica.

f) Inadequada supervisão clínica

A subcategoria, Inadequada Supervisão de Enfermagem, surgiu de 3 URE, foram elas:

*“...o erro foi depois a monitorização e a vigilância. E aí se calhar enfermagem também poderia ter feito de ter feito alguma diferença se houvesse outro acompanhamento, que se calhar, não há.”* (E1);

*...“num período de menor vigilância, retira ou desadapta uma linha arterial. Todos nós sabemos que, que vai ter um choque hipovolémico”* (E6);

*“Muitas vezes a falta de atenção e de vigilância acaba por prejudicar muito a continuidade de cuidados e muitas vezes, esse próprio doente tem que voltar ao bloco operatório e é mesmo na maioria dos casos falta de atenção”* (E7).

Maia e Bastian (2013) afirmaram que, numa unidade de cuidados intensivos, a ocorrência de eventos iatrogénicos, está associada à inadequada supervisão.

#### g) Esquecimento

Na subcategoria, esquecimento, com 3 URE, são salientadas as seguintes narrativas dos enfermeiros:

*“Considero uma iatrogenia quando, nós estamos a limpar lúmenes do cateter e esquecemo-nos de aspirar. Aí, então, aí injetamos aquele bocadinho de terapêutica que está no lúmen e entra em circulação portanto, pode ser danoso, posso considerar aí alguma iatrogenia.”* (E1);

*“Quem diz a tesoura, diz, diz, e acontece algumas vezes e eu já vi, e se calhar a mim também já me aconteceu, que é, quando se vai colocar uma medicação, a parte que protegia o sistema de soro cai para a cama e nós não encontramos, quando vamos posicionar o doente, encontramos, e vemos lá a marca....provocou uma lesão, provocou ali uma dor, provocou uma alteração da pele.”*, (E3);

*“..., deixar a tesoura ..., a tesoura na cama...”* (E6).

O esquecimento como evento iatrogénico, não se encontra descrito na literatura, no entanto o mesmo, no presente estudo foi considerado, após a exposição das narrativas expostas anteriormente

#### h) Inadequada planificação de cuidados de enfermagem

Por último, com 1 URE surgiu a subcategoria, Inadequada Planificação de Cuidados de Enfermagem”, com a seguinte narrativa:

*“... erro na planificação dos cuidados, por exemplo. Isto é um exemplo muito simples, um doente hipertenso, ... e tem os anti-hipertensores às nove, e no mapa de cuidados, a avaliação das tensões arteriais, por exemplo do registo às onze, ou uma coisa assim. Demos os anti-hipertensores às nove e depois vamos avaliar e está com uma hipotensão grave, por exemplo. Falo nisso num erro de planificação.”*, *“temos lá um doente grave com uma dor torácica com, que fez um ECG que tem supras ou qualquer coisa....., e estivemos a atrasar o tratamento ao doente, ...”* (E3).

A importância do planeamento de atividades de enfermagem, foi referida por Ramos (2011) expondo que, um planeamento adequado evita transtornos, que afetam pessoas e até os próprios recursos materiais.

A tabela 5, apresenta os eventos iatrogénicos de enfermagem identificados pela amostra.

Tabela 5 – Eventos adversos de enfermagem

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de registo exemplificativa</b>	<b>n</b>
Eventos adversos em enfermagem	Efeitos adversos à administração terapêutica	“... <i>desadequação da terapêutica instituída</i> ” E1	8
	Quedas e Fraturas	“... <i>um doente que cai porque não estava devidamente imobilizado, que faz uma fratura.</i> ”E5	6
	Inadequado manuseamento (infiltração/obstrução/infeção) de dispositivos médicos (cateteres venosos periféricos e cateteres centrais)	“... <i>o mau manuseamento dos cateteres venosos periféricos e também centrais...</i> ” E2	5
	Úlceras de pressão	“... <i>as úlceras de pressões</i> ” E4	4
	Exteriorização de cateteres	“... <i>cateteres centrais e há exteriorização do cateter central</i> ” E1	3
	Inadequada supervisão de enfermagem	“... <i>Muitas vezes a falta de atenção e de vigilância acaba por prejudicar muito a continuidade de cuidados e muitas vezes, esse próprio doente tem que voltar ao bloco operatório e é mesmo na maioria dos casos falta de atenção</i> ” E7	3
	Esquecimentos	“... <i>parte que proteja o sistema de soro cai para a cama e nós encontramos, quando vamos ver e posicionar o doente, encontramos, e vemos lá a marca.</i> ” E3	3
	Inadequada planificação de cuidados de enfermagem	“... <i>erro na planificação dos cuidados, por exemplo. Isto é um exemplo muito simples, um doente hipertenso, ... e tem os anti-hipertensores às nove, e no mapa de cuidados, a avaliação das tensões arteriais, por exemplo do registo às onze, ...</i> ” E3	1
<b>Total</b>			<b>33</b>

#### 2.4. Eventos iatrogénicos mais frequentes

No presente estudo, através da análise interpretativa dos dados, foi possível categorizar as iatrogenias de enfermagem mais frequentes, em 4 subcategorias: quedas e fraturas, erros de medicação, inadequado manuseamento (infiltração/obstrução/infeção) de dispositivos médicos (cateteres venosos periféricos e cateteres centrais) e úlceras por pressão.

##### a) Quedas e/ou fraturas

A subcategoria quedas e fraturas, resultou da análise das seguintes narrativas, 4 URE:

“*No internamento, o que me ocorre, assim de repente, ..., as quedas!*” (E2);

“... , as quedas, as fraturas resultantes das quedas.” (E4);

“ ... um doente que cai porque não estava devidamente imobilizado, que faz uma fratura. Também acontece!” (E5).

Em estudos anteriores, como de Santos e Ceolin (2009) incluíram as quedas, como um dos eventos iatrogénicos mais frequentes.

#### b) Erros de medicação

Como exemplos de narrativas da subcategoria, erros de medicação, num total de 3 URE, expõem-se:

“A primeira que me ocorre logo, é a medicação, ...” (E2);

“ ...iatrogenia medicamentosa está no topo.” (E4);

“...os eventos iatrogénicos que ocorrem com mais frequência são mesmo erros, relativamente a terapêutica, ...” (E6).

Os resultados obtidos são corroborados por: Santos e Celoin (2009), Altevogt (2012), Rodrigues et al. (2013), Leal et al. (2013), Maia e Bastian (2013), Busanello et al. (2015) e Ripardo e Brito (2019), que identificam, como iatrogenia mais frequente, a manutenção do cateter venoso periférico e erros na administração de terapêutica.

#### c) Inadequado manuseamento de dispositivos médicos

A subcategoria, inadequado manuseamento (infiltração/obstrução/infeção) de dispositivos médicos (cateteres venosos periféricos e cateteres centrais), emergiram da análise de 2 URE:

“...e o mau manuseamento dos cateteres venosos periféricos e também centrais. ..., no internamento são os mais, ..., os mais frequentes.” (E2).

O inadequado manuseamento dos cateteres foi referido, como sendo um evento adverso frequente no estudo de Leal et al. (2013) onde descrevem que associado ao erro de terapêutica, se associam a inadequada manutenção do cateter venoso periférico, sendo-lhe designadas como as principais iatrogenias associadas: o hematoma, a dor e a inflamação

Toffoleto et al. (2016), afirmam que complicações e problemas durante a inserção de dispositivos invasivos bem como sua inadequada manutenção asséptica, são fatores importantes para a ocorrência das iatrogenias relacionadas com os cateteres.

Carmo et al. (2019) em relação ao acesso venoso periférico, descrevem como cuidados imprescindíveis à manutenção do cateter venoso periférico: a troca do mesmo dentro do prazo estabelecido pela OMS, o uso de micropore em pessoas idosas, a observação de sinais de flebite e fluidez do acesso e a realização da assepsia da pele com álcool 70%.

A tabela 6, expõem os eventos iatrogénicos mais frequentes, identificados no presente estudo.

Tabela 6 – Eventos iatrogénicos mais frequentes

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidade de registo exemplificativa</b>	<b>n</b>
Eventos adversos em iatrogenia mais frequentes	Quedas e fraturas	“...as quedas, as fraturas” E4	4
	Erros com a medicação	“...um erro na preparação, um erro na dosagem, um erro na administração, um erro no doente, um erro na prescrição.” E6	3
	Inadequado manuseamento (infiltração/obstrução/infeção) de dispositivos médicos (cateteres venosos periféricos e cateteres centrais)	“...o mau manuseamento dos cateteres venosos periféricos.” E2	2
<b>Total</b>			<b>9</b>

## 2.5. Preparação dos enfermeiros face à ocorrência de iatrogenias

Tendo por base responder ao objetivo nº3, durante o *focus group*, os entrevistados, fizeram referência a algumas situações vivenciadas ou presenciadas, conduzindo à oportunidade de questionar como se sentem quando enfrentados com esta experiência vivida ou presenciada, se têm conhecimento de protocolos a seguir, se conhecem a plataforma Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA) e se já recorreram a esta para realizar algum tipo de notificação.

Da análise erigida às respostas apresentadas pelos participantes, foram constituídas 3 subcategorias: notificações, acolhimento e integração na equipa e formação académica.

### a) Notificações

Todos os entrevistados fizeram referência à notificação formal dos eventos iatrogênicos (7 URE). São exemplos das suas narrativas:

*“Relativamente à plataforma, eu subnotifico, não notifico nem um terço daquilo que devíamos notificar. Eu este ano, acho que fiz três notificações na plataforma. É muito pouco, tendo em conta aquilo que nós testemunhamos. Portanto acabamos por ser cúmplices de muita situação, e mesmo tendo a noção que subnotifico provavelmente eu serei das poucas pessoas que faz notificações na plataforma.”* (E1);

*“..., também já fiz algumas notificações no decorrer dos meus turnos, mais notificações de quedas e de úlceras de pressão, não tanto como diz o E1, como deveria talvez, e há muito desconhecimento por parte da equipa, há muitos colegas que não sabem mesmo da existência ou então não sabem chegar lá, o protocolo para chegar lá...”* (E2);

*“..., relativamente à plataforma, olha, eu assumo, eu nunca fiz lá nenhuma notificação.”* (E3);

*“No meu serviço, e acho muito bem, a nível de direção geral de saúde, por exemplo a ocorrência de úlceras de pressão. Temos de fazer a devida notificação num registo, exatamente e das quedas. E isso é um evento iatrogénico. Já eu próprio manipulei, o sistema.”* (E4);

*“ Notificação formal, nunca presenciei! As chamadas de atenção já!”* (E6).

Fachielli et al. (2009) no seu estudo, revelaram que os enfermeiros, recorriam à notificação do evento adverso, após a qual se seguia uma sequência pré-estabelecida pela instituição.

Sobre a notificação formal dos eventos iatrogênicos, na presente amostra, alguns participantes afirmaram fazê-la, no entanto é também assumida uma subnotificação.

#### b) Acolhimento e integração na equipa

A subcategoria acolhimento e integração na equipa, emergiu da narrativa de 2 entrevistados (2 URE):

*“ ...uma gestão adequada e correta desse erro por parte de um profissional, não... sendo lesivo, e destrutivo para o profissional em si, o chefe pode minimizar essa ocorrência de forma construtiva, transpondo para a restante equipa que é necessário*

*ter em atenção por exemplo à manipulação daquele determinado fármaco porque pode levar a determinado efeito adverso. E depois também depende também da forma como o profissional está integrado na equipa, porque se tiver à vontade de sentir à vontade de comunicar e partilhar o erro, e aí corroboro em absoluto o que disse o E3, eu por exemplo quando cometo um erro tenho uma necessidade implícita e explícita do partilhar que é uma forma primeiro de sistematizar e depois também de o ultrapassar, porque, se,..., não, fica-me a ocupar e a preencher o pensamento e acaba por ser altamente lesivo para mim.” (E4);*

*“..., eu acho que devemos integrar bem os colegas, abertamente, eu tenho uma equipa hoje que conseguem falar comigo sobre tudo, nunca me escondem nada, nunca! E nós sabemos, há determinados sítios que as pessoas têm que esconder, que se não levam nas orelhas e os colegas comentam e falam, e se houver um espírito de equipa e de comunicação, é o que eu digo! Espírito de equipa e comunicação mesmo que haja que,... alguma falha da equipa, muitas vezes falhas graves que nós sabemos que acontecem, conseguimos em equipa em grupo ultrapassá-las. Se o colega viver isso sozinho não é fácil.” (E7).*

#### c) Formação académica

A preparação do profissional face à ocorrência dos eventos iatrogénicos, na sua formação académica foi narrada por 1 participante (1URE), sendo que apenas um enfermeiro referiu ter abordado o tema durante a sua formação académica, já posterior à licenciatura.

*“Ao longo da minha formação contínua, ..., tive um professor em concreto, na especialidade, ..., me despertou mais para o assunto. Logo numa das primeiras aulas, trouxe,..., exatamente o tema iatrogenia. E aqui, só para terminar, se nota a importância da formação contínua. Sobretudo, então, para este tema em causa, em concreto.” (E4).*

Salienta-se que no presente estudo, não houve qualquer referência à formação sobre como atuar no caso de acontecer uma iatrogenia, ainda que um participante tenha falado sobre o tema na sua formação académica.

Durante as narrativas dos participantes foram expostos alguns sentimentos vivenciados perante a ocorrência de um evento iatrogénico:

*“...eu não tenho problema nenhum em admiti-lo, porque eu tenho pânico à falha e ao erro.” (E1);*

*“O meu é péssimo! O meu é, esconder-me, é isolar-me!” (E6);*

*“Relativamente ao erro quando existe, quando eu faço erro, tenho que falar com alguém, se não falar com alguém, não fico bem”, “relativamente por exemplo, ao erro, quando existe se calhar há pessoas que têm medo que têm receio de comunicar” (E3);*

Santos et al. (2006) referem que após a ocorrência de um evento iatrogénico, constata-se uma procura pela sensação de alívio ao tomarem uma atitude diante de uma iatrogenia.

Fachielli et al. (2009) no seu estudo expuseram que os enfermeiros vivenciavam um sentimento de constrangimento. Bastos et al. (2011) referiram que os aspetos legais, o receio da punição do responsável, são a justificação para uma atuação defensiva. Fassini e Hahn (2012) no seu estudo apuraram que na amostra do seu estudo nenhum profissional teve formação sobre como agir/atuar perante a ocorrência de uma iatrogenia. O estudo de Santos et al. (2005) aprofunda ainda mais a questão de atuação do enfermeiro, quando confrontado com este tipo de ocorrência e concluíram que as condutas seguidas, por ordem decrescente de prioridades foram: comunicar ao médico, intensificar os cuidados ao doente, anotar no processo do doente o ocorrido. Ainda relativamente aos sentimentos vivenciados pelos profissionais, os mesmos autores referem que são predominantes: a preocupação, a raiva, a impotência e a insegurança.

Os entrevistados quando inquiridos sobre a prática da notificação formal, expuseram o seguinte:

*“Relativamente à plataforma, eu subnotifico, não notifico nem um terço daquilo que devíamos notificar. Eu este ano, acho que fiz três notificações na plataforma. É muito pouco, tendo em conta aquilo que nós testemunhamos. Portanto acabamos por ser cúmplices de muita situação, e mesmo tendo a noção que subnotifico provavelmente eu serei das poucas pessoas que faz notificações na plataforma” (E1);*

*“já fiz algumas notificações no decorrer dos meus turnos, mais notificações de quedas e de úlceras de pressão, não tanto como diz o E1, como deveria talvez, e há muito desconhecimento por parte da equipa, há muitos colegas que não sabem mesmo da existência ou então não sabem chegar lá, o protocolo para chegar lá...” (E2);*

*“Relativamente, relativamente à plataforma, olha, eu assumo, eu nunca fiz lá nenhuma notificação.” ...” Conhecia mas nunca fiz nem nunca consultei, nunca, não sei como é que... na altura alguém me explicou como é que aquilo funcionava, se calhar já não*

*consigo atinar, a ir lá. Relativamente ao erro quando existe, quando eu faço erro, tenho que falar com alguém, se não falar com alguém, não fico bem.* “ (E3);

*“Temos de fazer a devida notificação num registo, exatamente e das quedas. E isso é um evento iatrogénico. Já eu próprio manipulei, o sistema.”* (E4);

*“Nunca presenciei. Notificação formal, nunca presenciei! As chamadas de atenção já!”*  
(E6).

Leitão et al. (2013) no estudo concluíram que a comunicação informal e omissão dos eventos adversos entre os profissionais era uma prática comum hospital. Duarte et al. (2015) afirmaram que a perceção e a conduta dos profissionais em relação ao erro pode variar de acordo com a cultura institucional (punitiva ou não), assim como se encontra ligada à responsabilidade individual do profissional.

O estudo realizado por Siman et al. (2017) concluiu que, em relação à prática de notificação, 58% dos participantes (de um total de 32), desconheciam a ficha de notificação formal e 67,7% nunca preencheram uma notificação. Os mesmos autores afirmaram ainda, que a prática da notificação formal se encontrava marcada pelo medo e por défice de conhecimento.

Quando questionados sobre o porque da subnotificação formal, na plataforma, foram apresentadas justificações que remetem para um desconhecimento da mesma e falta de lembrança de como o fazer. São exemplos das suas justificações:

*“Por desconhecimento, muitas vezes, outras vezes porque de facto, essa é uma informação importante que devia ser facultada nas integrações das equipas, que é: “sempre que houver, necessidade de notificar um evento, temos este mecanismo, não acontece! Outras vezes poderá ser por receio, não é? As pessoas muitas vezes nem sabem que o podem fazer de forma anónima.”, “De qualquer das formas, está descrito que de facto, nós subnotificamos, mas mais grave do que a não notificação em plataformas, a nós, enquanto ser humano.”* (E1);

*“... há muito desconhecimento por parte da equipa, há muitos colegas que não sabem mesmo da existência ou então não sabem chegar lá, o protocolo para chegar lá...”*  
(E2);

*“Conhecia mas nunca fiz nem nunca consultei, nunca, não sei como é que... na altura alguém me explicou como é que aquilo funcionava, se calhar já não consigo atinar, a ir*

lá.”, “Não, não há protocolo, não há protocolo, aquilo é um bocadinho do bom senso de cada um ...” (E3).

A ocorrência de um evento adverso vivenciada pelos entrevistados, é resolvida pela comunicação/partilha entre elementos da equipa e apenas algumas vezes são realizadas as notificações formais na plataforma.

As subcategorias que emergiram para a categoria, preparação pessoal e da equipa face a eventos iatrogénicos, encontra-se na tabela 7.

Tabela 7 – Preparação pessoal e da equipa face a eventos iatrogénicos

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidade de registo exemplificativa</b>	<b>n</b>
Preparação pessoal e da equipa face a eventos iatrogénicos	Notificações	“...No meu serviço, e acho muito bem, a nível de direção geral de saúde, por exemplo a ocorrência de úlcera por pressão. Temos de fazer a devida notificação num registo, exatamente e das quedas.” E4	6
	Acolhimento e Integração na equipa	“...no meu serviço implementei algumas coisas, algumas ferramentas, para que os colegas consigam no dia-a-dia não ter dúvidas, passar bem a informação, desde protocolos.” E7	2
	Formação académica	“...Ao longo da minha formação contínua, que tenho feito. Fui alertado, por exemplo, lembro-me perfeitamente, tive um professor em concreto, na especialidade, quando iniciei a especialidade, nesta escola, tive um professor logo nos primeiros dias que me alertou, Exatamente. E foi até ele, que me despertou mais para o assunto.” E4	1
<b>Total</b>			<b>9</b>

## 2.6. Fatores que potenciam os eventos iatrogénicos

Sobre a análise dos dados, e tendo por base o objetivo nº4, dos fatores que potenciam os eventos iatrogénicos, surgiram 11 subcategorias: rácio Enfermeiro/doentes, dificuldade na capacidade de separar o profissional do pessoal, Burnout, défice de conhecimentos, condições de trabalho inadequadas, inadequada gestão do tempo e planeamento de cuidados, ausência de reconhecimento profissional, comunicação ineficaz, gravidade do estado clínico do doente e número de dispositivos médicos do doente, ausência de liderança, muita burocracia e por fim a subcategoria distrações, imprudências e desleixo.

- a) Condições de trabalho inadequadas: Rácio Enfermeiro/doentes; carga laboral e condições físicas

As condições de trabalho inadequadas, como subcategoria surgiu da análise de 6 URE, como as que a seguir se apresentam:

“... a falta de recursos humanos, ... .” (E1);

“ ... o rácio nem sempre é adequado para o número de doentes que há nas enfermarias” (E5).

“ ..., espaço físico inadequado, certamente.”, “...a carga laboral ser superior as nossas capacidades...” (E6);

“...uma barreira muito, muito inimiga, ..., o espaço físico,...” (E7).

Maia e Bastian (2013), também identificaram a carga laboral excessiva como fator que aumenta a probabilidade de o evento iatrogénico ocorrer. Sena et al. (2015) identificaram as condições de trabalho inadequadas, o rácio de enfermeiro/doentes inadequado (excesso do número de doentes para cada enfermeiro) e envolvimento do enfermeiro nas questões/tarefas administrativas desgastantes e volumosas, como causas da ocorrência de iatrogenias.

Altevogt (2012) considerou que as iatrogenias cometidas pelos enfermeiros podem associar-se a problemas no ambiente (ergonomia, iluminação, interrupções).

Sena et al. (2014) afirmaram que as iatrogenias acarretadas à equipa de enfermagem, podem relacionar-se com o excesso de doentes a serem atendidos.

Duarte et al. (2015) afirmam que existem fatores que contribuem para a existência dos eventos iatrogénicos, enumerando: estrutura inadequada dos setores e equipamentos, grande jornada de trabalho, profissionais insatisfeitos com o reconhecimento financeiro e moral de seus serviços prestados, bem como ausência de liderança e supervisão de enfermagem adequadas.

#### b) Distração, imprudência e desleixo

A distração/imprudência e desleixo, como subcategoria decorreu da análise dos discursos apresentados por três enfermeiros, 4 URE:

“ . E aqui entra uma questão muito importante que ainda não se falou. Que é, no brio! E nos esmero que cada um tem...” , “...negligência, de um certo desleixo, e, ficamos por um termo mais leve, mais subtil, muitas vezes são decorrentes de um certo desleixo, por parte do profissional.” (E4);

*“...sermos distraídos e tirarmos um medicamento semelhante, com um nome parecido”*  
(E5);

*“Muitas das vezes é uma falta de concentração...”, “...num período de menor vigilância, retira ou desadapta uma linha arterial,...”* (E6);

*“Muitas vezes a falta de atenção e de vigilância acaba por prejudicar muito a continuidade de cuidados e muitas vezes, esse próprio doente tem que voltar ao bloco operatório e é mesmo na maioria dos casos falta de atenção”* (E7);

Altevogt (2012) assumiu como fator predisponente à ocorrência de eventos iatrogênicos a negligência e/ou imprudência por parte do enfermeiro, deficiente ou ausência da sistematização ou documentação dos cuidados de enfermagem, para além do estado da sua saúde mental.

Maia e Bastian (2013), expuseram como fatores que potenciam a ocorrência de eventos iatrogênicos em enfermagem, desinteresse nas atividades que lhes compete, a ausência de motivação e informação, pouco interesse na formação contínua pessoal para o próprio profissional e equipa que integra.

Sena et al. (2015) assumiram, também, como indutores de iatrogenias o défice de atenção.

Pinto et al. (2015) identificaram uma superficialidade da atuação do enfermeiro no cuidado direto ao doente numa unidade de terapia intensiva.

Ribeiro et al. (2016) expuseram no estudo realizado, evidências entre a ocorrência de iatrogenias e à utilização dos equipamentos (bombas infusoras e sistemas de monitorização), observando-se inúmeras situações de erros que comprometem a segurança do doente, tais como lapsos, pequenos descuidos e/ou confusão dos enfermeiros durante a utilização de tais equipamentos. Dentre os eventos envolvendo as bombas infusoras, destacaram: o défice de atenção aos alarmes disparados pelos equipamentos, os erros na execução da programação da máquina durante a sua utilização, não só na administração de medicação endovenosa, mas também na administração da dieta parentérica. Eventos iatrogênicos, que de acordo, com os autores podem colocar a vida do doente em risco. Os autores no mesmo estudo acrescentam ainda que, tais erros podem ser justificados pelo ato da não utilização dos padrões

adequados à realidade de cada doente e pelo défice de conhecimento exigido para manipulação dos equipamentos.

c) Inadequada capacidade de separar o profissional do pessoal

A inadequada capacidade de separar o profissional do pessoal, enquanto subcategoria, constituiu-se a partir da análise de 3 URE:

*“...tudo aquilo que influencia a nossa capacidade de concentração de forma a diminuí-la, tem influência direta no acontecimento de iatrogenias.”* (E6);

*“...cada vez mais devíamos voltar ao antigamente, não trabalhar por objetivos, porque temos conseguido atingir aquilo e tem que ser, mas mais, sim, trabalhar no sentido do doente”* (E7).

Sena et al. (2014) identificam como factor que contribui para o evento iatrogénico a dificuldade do profissional para separar as questões pessoais das profissionais.

d) Burnout

A subcategoria burnout, sobreveio com 3 URE:

*“...em termos pessoais, pode ter muitos problemas ou qualquer coisa não estar bem naquele dia, ..., e isso, a probabilidade do erro aumenta,..., como a capacidade de trabalho, ..., quando há muito trabalho e isso uma pessoa fica muito stressada a probabilidade do erro também aumenta,... a pessoa não se sentir à vontade naquele meio, a probabilidade do erro vai sempre aumentar.”* (E3);

*“...burnout...”* (E4);

Graciano e Bianchi (2010) no seu estudo, expuseram que o burnout compromete a qualidade do trabalho executado, gerando o aumento de erros, conflitos, privação da humanização no atendimento e insatisfação dos clientes.

Rodrigues e Sousa (2017) apontaram que o burnout, vivenciado pelos enfermeiros conduzem a uma maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos pela prática de uma assistência insegura

e) Défice de conhecimentos

Da análise de 3URE surgiu a subcategoria défice de conhecimentos:

*“, o..., falou da dúvida da prescrição, obviamente por isso é que há um pensamento reflexivo crítico. Mas para isso, previamente o enfermeiro tem que ter o base, o basilar, que é o conhecimento, ... . Para depois poder suscitar essa reflexão e essa discussão em equipa.” (E4);*

*“...não quer dizer que nós tenhamos que obedecer a tudo que o médico diz, nós temos as nossas atividades independentes e uma delas é a vigilância...” (E7).*

Araújo e Ferreira (2011), Santana et al. (2015), Silva e Santana (2018) enteram como principal causa das iatrogenias a ausência de ética e inadequada preparação dos profissionais para garantir a atenção à saúde da população na esfera instrumental e técnica. Altevogt (2012) aos fatores já enumerados que predisõem à ocorrência de iatrogenias, acrescenta o avanço tecnológico e a incompatibilidade do aperfeiçoamento dos profissionais, ausência do trabalho em equipa.

Lima et al. (2014) identificam a inadequada capacidade de o profissional observar, avaliar e sistematizar, insuficiente habilidade pessoal potencializada pelo suporte teórico abordado na sua formação académica, além da inadequada preparação para lidar com o conflito entre o que é aprendido ao longo da sua formação e a prática na realidade. Na mesma linha de pensamento encontra-se o estudo de Sena et al. (2014) onde expõem como fator contribuinte para os eventos iatrogénicos o défice de conhecimento, justificando que muitos enfermeiros recém-formados terminam a licenciatura sem sequer ter aprendido as funções básicas do enfermeiro para um atendimento de qualidade.

Dantas et al. (2017) salientam também, o défice de conhecimento como sendo um fator que mais contribui para a ocorrência de eventos adversos. Salientam ainda que a ocorrência desses eventos, podem repercutir-se em danos aos doentes e, ainda, em prejuízos aos profissionais devido aos aspetos éticos e legais relacionados.

f) Gravidade do estado clínico do doente e número de dispositivos médicos

A gravidade do estado clínico e o número de dispositivos médicos do doente surgiu de 3 URE:

*“Com o grau de exigência que o doente nos traz, o grau de instabilidade que ele tem.”*  
E5

*“...o potencial da iatrogenia de enfermagem acontecer, é proporcional aos dispositivos que o doente tem, portanto, um doente internado em cuidados intensivos, ... Tendo eles mais dispositivos,..., A probabilidade do erro acontecer, lidando, nós com mais terapêutica, lidando nós com mais seringas perfusoras, lidando nós, com mais, sondas e cateteres e afins, o potencial de a iatrogenia acontecer, da extração acidental de um cateter ou da administração de um bolús de uma amina...”, “À gravidade do doente, à instabilidade do doente.” (E6);*

Ortega et al. (2017) realizam um estudo onde se propuseram analisar a ocorrência de eventos iatrogênicos em doentes internados numa unidade de terapia intensiva e verificaram que, houve uma maior incidência de eventos adversos nos doentes que exibiam um perfil de maior risco e gravidade, identificados através de escalas preditoras.

Carmo et al. (2019) consideram também que uma maior gravidade clínica potencia a ocorrência de eventos iatrogênicos.

g) Inadequada gestão do tempo e planeamento de cuidados

A inadequada gestão do tempo e planeamento de cuidados, como subcategoria surgiu de duas narrativas, 2 URE:

*“...é a organização do meu trabalho, tentar dar um passo à frente que é para nunca ter de correr atrás do prejuízo” (E6)*

Carmo et al. (2019) assumem a importância do enfermeiro na prevenção de eventos adversos, atribuindo-lhe a responsabilidade da gestão de cuidados ao doente. Reconhecendo a importância da gestão do trabalho, que deve pautar-se no planeamento e organização do trabalho.

h) Ausência de reconhecimento profissional

A subcategoria, ausência de reconhecimento profissional, foi originada pelo discurso de dois entrevistados, (2URE):

*“O nosso reconhecimento, quer para fazer bem quer para fazer o mal, também não é o adequado portanto nós não nos sentimos valorizados, portanto não valorizamos o que fazemos. Pode ser um empurrão para o erro.” (E1);*

*“...não há o respeito que devia haver para com a profissão de enfermagem. Ainda somos muito vistos como criados, e o senhor doutor quer pode e manda e nós temos que obedecer, e é muito triste e é muito difícil lidar com isto diariamente...” (E5).*

Maia e Bastian (2013), no estudo que realizaram evidenciaram a pouca autoestima com a vida profissional., como sendo um dos fatores que contribui para o evento iatrogénico. Também Duarte et al. (2015) identificam, como fator contribuinte para ocorrência de eventos iatrogénicos a insatisfação com o reconhecimento financeiro e moral dos profissionais de enfermagem.

i) Comunicação ineficaz

A comunicação ineficaz, marrada por dois participantes (2 URE) originou a presente subcategoria:

*“...aqui a iatrogenia, é resultado de uma pouca ou falta de comunicação entre a equipa multidisciplinar” (E1);*

*“...falha na comunicação, tudo isso são fatores que podem provocar eventos adversos.” (E2).*

Marques et al. (2017) assumiram também como fator que potencia os eventos iatrogénicos, a inadequada comunicação, sendo que no seu estudo identificaram mais de 70% dos erros de saúde centrados na ausência de uma comunicação ineficaz.

j) Ausência de liderança

De um discurso (1URE) resultou a subcategoria ausência de liderança:

*“...como também fatores de iatrogenia, de facto prende-se com,..., a falta de uma liderança forte e estruturada, que ajude a protocolizar, por assim dizer os cuidados” (E1);*

A ausência de liderança, foi também referida por Duarte et al. (2015) um fator relacionado aos eventos.

k) Muita burocracia

Considerada por um dos participantes (1URE) surgiu a subcategoria, muita burocracia.

“...há muita burocracia e muita complexidade nalgumas coisas, o que vai dificultar a nossa prática,...” (E5);

Sena et al. (2015) no estudo que desenvolveram, descreveram e envolvimento do enfermeiro nas questões/tarefas administrativas desgastantes e volumosas., como fator que contribui para o evento iatrogénico.

A tabela 8, expõem os fatores que potenciam os eventos iatrogénicos, que emergiram no presente estudo.

Tabela 8 – Fatores que potenciam os eventos iatrogénicos

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidade de registo exemplificativa (URE)</b>	<b>n</b>
Fatores que potenciam os eventos iatrogénicos	Condições de trabalho inadequadas: Rácio Enfermeiro/doentes	“...Mas também é muito importante pensarmos no rácio que há de enfermeiro para o doente, porque os doentes de internamento não estarão tão instáveis como nos cuidados intensivos. Mas também o rácio nem sempre é adequado para o número de doentes que há nas enfermarias, o que nos, é, torna difícil conseguir chegar a todo o lado, em tempo útil e torna mais fácil a ocorrência de qualquer erro” E5 “...espaço físico inadequado, certamente.”E6	6
	Incapacidade de separar o profissional do pessoal	“...pode ser, em termos pessoais, pode ter muitos problemas ou qualquer coisa não estar bem naquele dia” E3	3
	Burnout	“...o stress na equipa, a carga horária excessiva,” E2	3
	Distração/imprudência/desleixo/	“,... muitas vezes são decorrentes de um certo desleixo, por parte do profissional.” E4	3
	Défice de conhecimentos	“A administração de Kcl direto, é um erro grave. Porque...,tem de ser diluído, se nós estamos a administrar um Kcl direto, ...estamos a fazer-lo por ignorância, ...ou é intencional....”E1	3
	Gravidade do estado clínico do doente e Número de dispositivos médicos do doente Número de dispositivos médicos do doente	“Com o grau de exigência que o doente nos traz, o grau de instabilidade que ele tem.” E5 “...o potencial da iatrogenia de enfermagem acontecer, é proporcional aos dispositivos que o doente tem...” E6	3
	Inadequada gestão do tempo e planeamento de cuidados	“...é a organização do meu trabalho, tentar dar um passo à frente que é para nunca ter de correr atrás do prejuízo” E6	2
	Ausência de reconhecimento profissional	“...Infelizmente, e no séculoXXI é muito triste dizer que não há o respeito que devia haver para com a profissão de enfermagem. Ainda somos muito vistos como criados” E5	2
	Comunicação ineficaz	“...falha na comunicação.” E2	2
	Ausência de liderança	“...presença de um líder, que seja visto obviamente como um líder, mas também	1

	<i>como alguém com quem possamos falar sem medo de represálias.”E5</i>	
Muita burocracia	<i>“deviam simplificar alguns processos, porque há muita burocracia e muita complexidade nalgumas coisas, o que vai dificultar a nossa prática,...”E5</i>	1
	<b>Total</b>	29

## 2.7. Estratégias para minimizar as iatrogenias

Como qualquer outra profissão, o exercício da Enfermagem, deve obedecer aos aspetos éticos e legais da profissão. A par desta indissociável relação, deve estar um conjunto de instrução própria e específica, a prática de competências técnico-científicas e uma atuação baseada na evidência científica. O exercício profissional, assente no que foi referido, protege o enfermeiro e o doente, conferindo segurança e qualidade à prática dos cuidados de enfermagem.

Ainda assim, é conveniente que todos os profissionais sejam sensibilizados para as atividades e/ou estratégias que devem considerar para minimizar a ocorrência de eventos iatrogénicos.

Face ao exposto, e tendo por base o objetivo nº5, na categoria das estratégias para minimizar os eventos iatrogénicos, emergiram 9 subcategorias: formação contínua, boa comunicação e liderança, trabalho em equipa, reconhecimento profissional, diminuir a burocracia, incentivar a notificação formal, investir em recursos humanos e físicos e consciência de que as iatrogenias são uma possibilidade.

### a) Formação contínua

A identificação da formação contínua como uma das subcategorias surgiu da análise de 5 URE, como as que a seguir se apresentam:

*“...a formação também é importante.” (E3);*

*“Um pilar basilar fundamental, para prevenir ... tem a ver, com a formação.” (E4).*

São vários os autores (Apolinário & Correia, 2007; Campos et al.,2008; Cortez et al. 2009; Ribeiro et al.,2010; Maia & Alves, 2011) que descrevem a formação contínua, como essencial para minimizar a ocorrência de eventos iatrogénicos. Também Vargas e Ramos (2010) apontam a atitude reflexiva e o pensamento crítico das práticas do enfermeiro, o método de trabalho que apenas se pode implementar com a aquisição e

consolidação de conhecimentos como fatores preventivos de eventos iatrogênicos. Na mesma linha de pensamento estão Maia e Bastian (2013) ao referirem que a atividade de qualquer profissional de saúde, nomeadamente do enfermeiro deve assentar no conhecimento científico, sistematização e decisão.

É indiscutível a importância da educação continuada para o serviço de enfermagem, servindo como um apoio para uma assistência eficiente ao enfermo e a equipe se torna valorizada para um melhor desempenho das funções. (Santana et al., 2015).

b) Comunicação e liderança

Da análise de 4URE surgiu a subcategoria boa comunicação e liderança:

*“...o apoio da liderança dos chefes das chefias que é para minimizarmos o erro,... .”*  
(E3);

*“...claro a liderança. Se tivermos uma liderança que nos apoie, estou a falar logo desde cima, da direção no hospital, pelas chefias dos serviços pelos responsáveis de turno em que, e quando as coisas acontecem as pessoas têm que ser, tem que fazer uma reflexão e uma auto reflexão porque é que aconteceu, que é para não voltar a acontecer esse mesmo erro sendo comunicado e passando por todos ,e do conhecimento de todos e ninguém tem que apontar o dedo nem que fazer juízos de valor porque todos estamos sujeitos,...”* (E4);

*“...é muito importante a presença de um líder que seja visto obviamente como líder, mas também como alguém com quem possamos falar sem medo de represálias. E quando digo represálias, obviamente, se cometermos erros, e erros que ponham em risco a vida... a vida de alguém. Teremos que ser responsabilizadas pelos nossos atos obviamente, não é, mas poderemos falar abertamente com alguém sem só ter o medo de ser punido e de ser recriminado”* (E5);

*“...é muito importante a comunicação. Ao falarmos de comunicação, desde a passagem de turno, desde todos estarem dentro do que aconteceu...”* (E7).

Vargas e Ramos (2010) descrevem que uma das estratégias para diminuir as iatrogenias é assegurar o acompanhamento e coordenação das atividades de enfermagem pelo superior hierárquico, chefe ou responsável do serviço.

Arboit e Silva (2012) apresentaram como forma de prevenir as iatrogenias, a utilização de medidas que estimulem a verbalização das dificuldades e a educação permanente em serviço, entre outras.

c) Instituir protocolos

A subcategoria instituir e seguir protocolos, fundamentou-se em 4 URE que a seguir se transcrevem:

“... desde protocolos...” (E7);

“...usamos muito os protocolos da instituição. Cumprimo-los à risca e somos sempre auditados quando são executados. Há sempre um auditor dos protocolos quando estão a ser realizados...” (E5).

As noções apresentadas pelos participantes estão em concordância com Moreira e Padilha (2001) e Silva e Padilha (2001) que identificam a implementação de estratégias/protocolos como forma de diminuir a ocorrência de iatrogenias.

Matos et al. (2011) afirmaram que uma das formas de impedir e reduzir os efeitos de ações iatrogénicas é a instituição de protocolos, a par da oferta de cursos de capacitação do profissional de saúde.

Raimondi et al. (2019) enfatizam a instituição de protocolos para a prevenção de eventos adversos, porém assumem como imprescindível o conhecimento e a adesão das diretrizes recomendadas pelas entidades que zelam pela qualidade dos cuidados prestado e segurança dos doentes. A mesma linha de pensamento foi descrita por Dantas et al. (2019).

d) Trabalho em equipa

O trabalho em equipa enquanto subcategoria, surge a partir da análise de 3 URE:

“...o trabalho em equipa minimiza o erro,...” (E4);

“... numa sala tem de estar sempre uma equipa, e então temos muito a vigilância, uns dos outros e o apoio uns dos outros...Tem de ser assim. Temos que trabalhar assim.” (E5);

“...acho é que cada vez mais devíamos voltar ao antigamente, não trabalhar por objetivos, porque temos conseguido atingir aquilo e tem que ser, mas mais, sim,

*trabalhar no sentido do doente, trabalhar no sentido do colega que está ao nosso lado, saber se ele está bem, se nesse dia tem capacidade de assegurar os cuidados de enfermagem prestadas ao seu cliente...uma boa integração na equipa é fundamental para... para depois nos sentirmos mais à vontade de poder comunicar e participar, e o espírito de equipa, a liderança, é muito importante...” (E7).*

Também Farias et al. (2010) no estudo que desenvolveram, apresentaram o trabalho em equipa como método de trabalho que minimiza a ocorrência de eventos iatrogénicos.

e) Reconhecimento profissional

A subcategoria reconhecimento profissional, surgiu com 2 URE:

*“...a valorização e a remuneração por parte da profissão de enfermagem...” (E5);*

A este respeito, Martins (2009) vai mais além e considera o despertar do profissional de saúde para um maior reconhecimento dos seus sentimentos e da própria vida existencial no mundo, ou seja para uma maior consciência da importância dos profissionais de saúde cuidarem da saúde física e mental, atribuindo ao bem-estar do profissional de saúde uma relação com a ocorrência de eventos adversos.

Farias et al. (2010) identificaram o reconhecimento profissional, como sendo uma estratégia para minimizar os eventos adversos.

Considerando que Duarte et al. (2015) identificam, como fator contribuinte para ocorrência de eventos iatrogénicos a insatisfação com o reconhecimento financeiro e moral dos profissionais de enfermagem, esforços realizados no sentido contrariar essa ausência de reconhecimento dos profissionais, considerou-se uma estratégia para minimizar a ocorrência dos eventos iatrogénicos.

f) Consciência de que as iatrogenias são uma possibilidade

A consciência da possibilidade de iatrogenias, como subcategoria decorreu da análise dos discursos apresentados por dois enfermeiros dos quais se apresentam as 2 URE:

*“Um pilar basilar fundamental, para prevenir ou para o profissional estar desperto, para a ocorrência das iatrogenias, ....” (E4);*

*“...falo em minimizar porque, nós somos humanos e mesmo com estes procedimentos todos, as coisas infelizmente acontecem.” (E5);*

Os relatos apresentados são concordantes com Figueiredo et al. (2009) que afirma que, a consciência de que as iatrogenias são uma possibilidade, tornam possível a assunção de condutas com vista à sua minimização.

Lobão e Menezes (2017) no seu estudo propuseram-se avaliar as atitudes dos enfermeiros perante condições que podem predispor à ocorrência de eventos adversos numa unidade de cuidados intensivos e identificaram uma baixa evidência da perceção dos enfermeiros no que respeita à identificação dos fatores que potenciam os eventos iatrogénicos, por esse motivo sugeriram inclusive a necessidade da temática ser incluída nos currículos de formação dos enfermeiros.

g) Diminuir a burocracia

Com 1 URE, surge a subcategoria, diminuir a burocracia.

*“Acho que se deviam simplificar alguns processos, porque há muita burocracia e muita complexidade nalgumas coisas, o que vai dificultar a nossa prática, ...”* (E5);

Sena et al. (2015) descreveram o envolvimento do enfermeiro nas questões/tarefas administrativas desgastantes e volumosas., como fator que contribui para o evento iatrogénico. Após consideração do que foi referido pelo autor, a simplificação de processos e diminuição da burocracia, pressupõe uma estratégia de diminuir a ocorrência de eventos iatrogénicos

h) Incentivo à notificação formal

O Incentivo à notificação formal, decorreu da análise de 1 URE:

*“Como estratégias, de facto a notificação seria uma, será uma estratégica, uma estratégia, porque é mensurável, nós podemos transformar isso... transformar uma notificação em matéria, é forma de a transformar em protocolo ou em forma de atuação, ...”* (E1).

As palavras do enfermeiro inquirido são consonantes com o afirmado por Padilha et al (2002) que salienta a importância de incentivar a notificação formal dos erros, referindo ainda que, a par deste incentivo devem estar também a existência de ações menos punitivas e mais educativas.

i) Investimento em recursos humanos e físicos

O investimento em recursos humanos e físicos surgiu do discurso apresentado por um inquirido (1 URE)

*“Acho que é muito importante, as condições físicas em que trabalhamos, e devia-se investir mais e ficou notório nesta pandemia que é muito, é claro que é preciso investir no Sistema Nacional de Saúde, e eu acho que é fundamental investir em boas condições físicas porque, sem boas condições físicas não há quem faça milagres.”, “...a falta do número de profissionais, também devíamos investir nisso...” (E5);*

Do mesmo modo, Farias et al. (2010) atribuíram a melhoria das condições de trabalho, um método de minimizar os eventos adversos.

Magalhães, Agnol, e Marck (2013) realizaram um estudo onde foram evidenciadas associações significativas entre a carga de trabalho e a segurança dos doentes e concluíram que, equipas de profissionais com menos doentes apresentaram os melhores indicadores de qualidade assistencial e segurança do doente. Concluindo que um adequado rácio enfermeiro/doente ajudam a reduzir a incidência de eventos adversos, incluindo quedas do leito e infeções.

Magalhães et al. (2017) realizaram um estudo onde se verificou que o aumento da carga de trabalho da equipa de enfermagem teve impacto nos resultados de qualidade da assistência e de segurança para os doentes. Apresentando uma associação significativa entre as cargas de trabalho das unidades de internamento e os resultados referentes à média de permanência hospitalar, à infeção urinária relacionada ao procedimento invasivo e à satisfação dos doentes relativamente à prestação dos cuidados de enfermagem.

A adequação do quadro de pessoal proporciona um ambiente de cuidado mais seguro, pelo que o investimento em recursos humanos é considerado uma das estratégias para a prevenção da ocorrência das iatrogenias de enfermagem. As estratégias para minimizar os eventos iatrogénicos, sugeridos pelos enfermeiros do presente estudo, apresentam-se na tabela 9.

Tabela 9 – Estratégias para minimizar os eventos iatrogénicos

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidade de registo exemplificativa (URE)</b>	<b>n</b>
Estratégias para minimizar os eventos iatrogénicos	Formação contínua	“...a formação contínua, aí é a pedra de toque para evitar a ocorrência de iatrogenias, mais em concreto na nossa área de enfermagem.” E4	5
	Boa comunicação e liderança	“...Acho que também, é muito importante a presença de um líder que seja visto obviamente como líder mas também como alguém com quem possamos falar sem medo de represálias.” E5	4
	Instituir e seguir protocolos	“Nos usamos muito os protocolos da instituição. Cumprimos à risca, .... Temos, várias folhas específicas para minimizar o erro, dou o exemplo de uma folha específica que se chama, a contabilização dos itens quantificáveis. Que é tudo o que entra para a mesa operatória, para garantir que é tudo confirmado e reconfirmado, antes da cirurgia terminar para minimizarmos o erro.” E5	4
	Trabalho em equipa	“...Falou-se da importância de uma equipa. Eu falo não só da equipa de enfermagem mas de uma equipa multidisciplinar! Porque nós trabalhamos não só com enfermeiros, trabalhamos com auxiliares, eu falo por mim, eu trabalho com uma extensa equipa de médicos, cirurgiões, ortopedistas, anestesistas, e nem sempre é fácil!” E5	3
	Reconhecimento Profissional	...é muito importante também a valorização e a remuneração por parte da profissão de enfermagem, e falo não só, especificamente da minha profissão não vou falar das outras, embora tenha consciência que nem todas são, estarão contentes com a remuneração e com o prestígio que têm, e acho que se devia também investir também nisso numa melhor, num melhor vislumbre do que é a carreira de enfermagem, acho que ainda estamos muito aquém.” E5	2
	Consciência de que as iatrogenias são uma possibilidade	“...falo em minimizar porque, nós somos humanos e mesmo com estes procedimentos todos, as coisas infelizmente acontecem.” E5	2
	Diminuir a burocracia	“Acho que se deviam simplificar alguns processos, porque há muita burocracia e muita complexidade nalgumas coisas, o que vai dificultar a nossa prática,...” E5	1
	Incentivar à notificação formal	“...Como estratégias, de facto a notificação seria uma, será uma estratégica, uma estratégia, porque é mensurável, nós podemos transformar isso transformar uma notificação em matéria, é forma de a transformar em protocolo” E1	1
	Investir em recursos físicos e Humanos	“Acho que é muito importante, as condições físicas em que trabalhamos, e devia-se investir mais e ficou notório nesta pandemia que é muito, é claro que é preciso investir no Sistema Nacional de Saúde, e eu acho que é fundamental investir em boas condições físicas porque, sem boas condições físicas não há quem faça milagres.” E5	1
<b>Total</b>			<b>23</b>

Os resultados obtidos, no presente estudo, apresentam-se também de forma hierárquica na árvore categorial, relativa aos resultados dos objetivos do presente estudo.

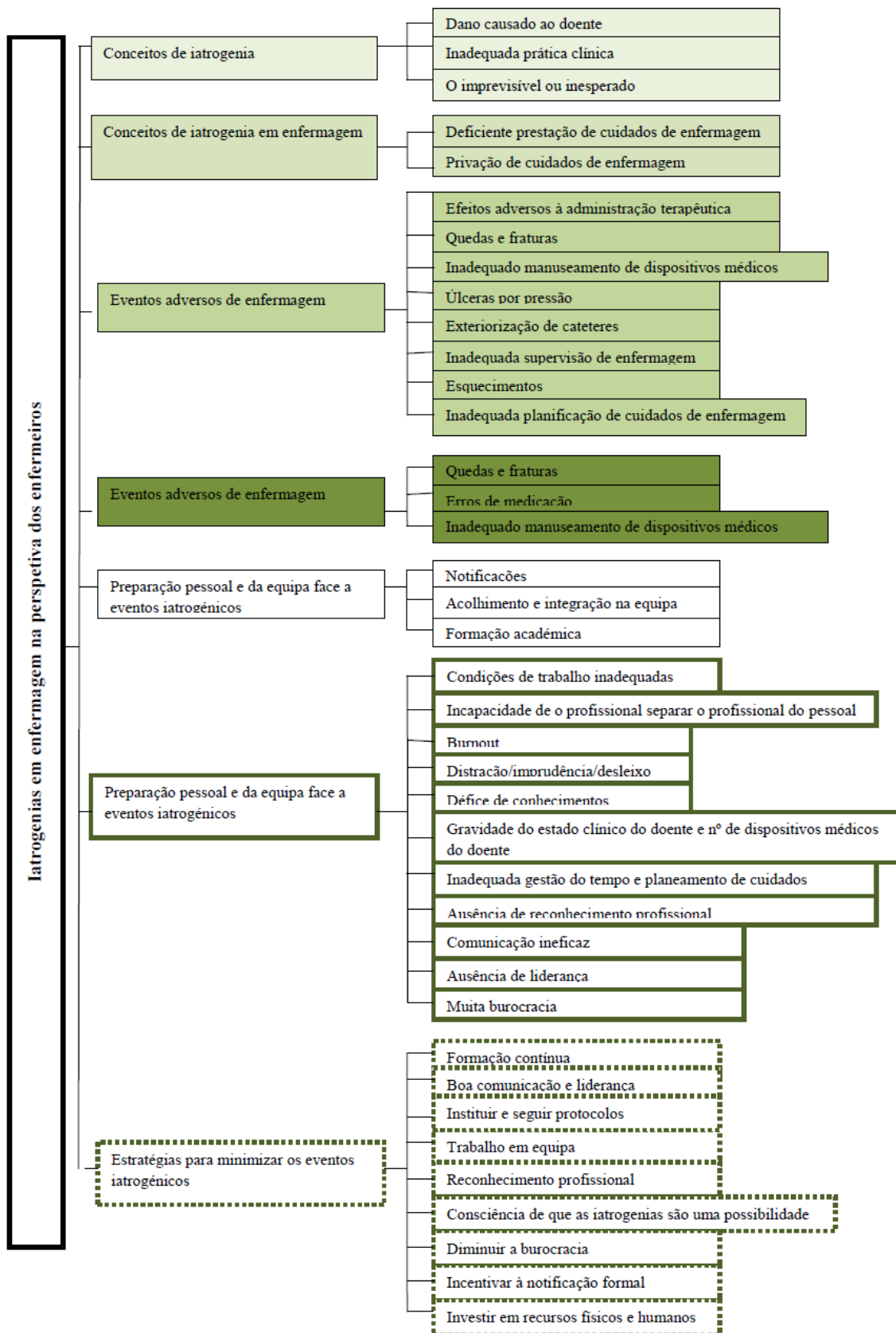


Figura 1. Árvore Categorial

## CONCLUSÕES DO ESTUDO

Consciencializar os enfermeiros sobre o conceito de iatrogenia, iatrogenias em enfermagem, os fatores que as potencializam e que estratégias podem ser implementadas para diminuir a sua ocorrência, é de suma importância para todos os seres humanos, que inevitavelmente ao longo do seu ciclo de vida, recorrem aos cuidados de saúde. É facto que, da ocorrência de iatrogenias, pode resultar uma consequência, que pode ser, desde um pequeno desconforto psicológico ou físico, até ao prolongamento da hospitalização, dificultando a recuperação do doente, aumentando o risco de desenvolvimento de outras complicações de saúde. No presente estudo, todos os enfermeiros associaram ao conceito de iatrogenia o dano causado ao doente, à semelhança do que se encontra na bibliografia que explora o tema. Num conceito mais direcionado, à iatrogenia de enfermagem, a amostra, associou o dano que o doente sofre sobre as atividades da responsabilidade do enfermeiro.

Ainda que nenhum profissional de saúde esteja livre de causar uma iatrogenia, salienta-se, que os enfermeiros são os profissionais que mais tempo passam junto do doente e esse facto aumenta a probabilidade de as iatrogenias de enfermagem serem as mais frequentes. Como eventos iatrogénicos em enfermagem percecionados como mais comuns, sobressaíram: as quedas e fraturas, os erros de medicação, e o inadequado manuseamento de dispositivos médicos.

No que respeita à preparação dos enfermeiros, face à ocorrência de uma iatrogenia, no presente estudo, à semelhança com a bibliografia consultada e citada anteriormente, verifica-se que existe uma subnotificação da ocorrência de iatrogenias, atribuídas a um desconhecimento, ou até a tentativa de autoproteção de si próprio enquanto profissional, considerando que quando questionados sobre o seu próprio sentimento perante a ocorrência de uma iatrogenia, surgiram termos como: “sentimento de fuga”, “pânico à falha e ao erro”, “péssimo”, “esconder-me”, “julgamento dos nossos pares, dos nossos superiores”, “drenar responsabilidades”. Os enfermeiros que integraram o presente estudo, apontaram como sendo imprescindível à preparação do enfermeiro na ocorrência de iatrogenia, o trabalho em equipa, uma boa integração de cada elemento na equipa de enfermagem, e ainda, a consciência ética e profissional de cada um. Em suma, urge a necessidade de medidas de apoio ao enfermeiro, que vivência esta situação,

disponibilizando por exemplo, um acompanhamento emocional, a fim de lhes serem disponibilizadas “ferramentas” para enfrentar a experiência vivida e torná-la útil para o crescimento profissional e pessoal.

Sobre os fatores potenciadores de eventos iatrogénicos, surgiram 11 subcategorias: as condições de trabalho inadequadas; a dificuldade em separar o profissional do pessoal; o burnout; a distração/imprudência/desleixo; o défice de conhecimentos; a gravidade do estado clínico do doente e número de dispositivos médicos do doente; a inadequada gestão do tempo e planeamento de cuidados; a falta de reconhecimento profissional; a comunicação ineficaz; a ausência de liderança; a burocracia em demasia.

Considerando a consciencialização de que o incremento do risco de ocorrência da iatrogenia em enfermagem, está associado aos distintos fatores potencializadores, os enfermeiros auscultados no grupo focal foram desafiados a apresentar estratégias para a sua minimização/prevenção. Nesse sentido, sobressaíram como estratégias para evitar a ocorrência de eventos iatrogénicos: a formação contínua, a boa comunicação e liderança, a implementação e cumprimento dos protocolos, de acordo com as boas práticas mais atuais.

Aceitar que a iatrogenia está inerente aos cuidados de saúde prestados por profissionais de saúde, é possível minimizá-la através da implementação de estratégias. Aceitar que o erro humano, é uma realidade na prática dos cuidados de saúde, é crucial para que estes possam ser evitados.

No presente estudo são assumidas como limitações, o tamanho da amostra, característica do próprio método qualitativo. O facto de esta ser uma amostra pequena, considera-se uma limitação pois torna difícil encontrar relações e generalizações significativas, obtidas a partir da análise de conteúdo. Reconhece-se também como limitação do estudo, o menor controlo dos dados obtidos e incapacidade de apurar se a interação em grupo influenciou, ou não, o comportamento individual. No entanto cada observação é única, dependendo sempre o tema em estudo, dos próprios investigadores e dos participantes.

Para que o tema abordado possa continuar a ser estudo e assim fomentar o conhecimento científico do mesmo, propõem-se em futuros estudos uma análise quantitativa da incidência de iatrogenias, num determinado período de tempo e serviço de médico-cirúrgica.

Os resultados obtidos devem ser divulgados, de forma a contribuir para a melhoria da prática clínica, baseada na evidência. Neste sentido, foi já submetido um primeiro artigo numa revista científica de enfermagem (anexo V).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altevogt, D. (2012). Erros de medicação sob a ótica de técnicos de enfermagem de um hospital da serra gaúcha. (monografia de Bacharel, Universidade de Feevali)
- Alves, A. (2015). Custos da Iatrogenia Medicamentosa: Estimativa para a região centro de Portugal. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra). Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/29692>
- Araújo, D. (2009). Sub-notificação de Reações Adversas Medicamentosas. Um problema com solução? Contribuição para o conhecimento da sub-notificação de RAMs em Portugal e implementação de medidas minimizadoras do impacte. (Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em. <http://run.unl.pt/handle/10362/5671>
- Araújo, F., & Ferreira, M. (2011). Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (2), 287-93
- Aschidamini, I.M., Saupe, R. (2004). Grupo Focal Estratégia Metodológica Qualitativa: um ensaio teórico. *Revista Cogitare Enfermagem*, 9 (1), 9-14
- Bakes, D., Colomé, J., Erfdmann, R., Lunardi, V. (2011). Grupo Focal como técnica de coleta de dados e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista O Mundo da Ciência*, 35 (4), 438-442
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo* (1ªed). Lisboa: Edições 70
- Batavia, A.I., Batavia, M.(2004). Disability, chronic condition, and iatrogenic illness. *Archives of physical medicine and rehabilitatio.*, 85(1),168-171.
- Busanello, J., Pinto, D., Schons, E., Baumgart, D., Poll, M. (2015). Cuidados de enfermagem ao paciente adulto: prevenção de lesões cutanemucosas e segurança do paciente. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 5 (4), 597-606
- Canineu, R., Guimarães H., Lopes R., Vendrame L., Júnior M., Lopes, A. (2006). Iatrogenia em medicina intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*,18 (1): 95-98

- Capucho, H., Arnas, E., Cassiani, S. (2013). Segurança do paciente: comparação entre notificações voluntárias manuscritas e informatizadas sobre incidentes em saúde. *Revista Gaúche de Enfermagem*, 34 (1), 164-172
- Cardoso, A. (2013). *Doença Crónica: iatrogenia, limitações e qualidade de vida* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/48431>
- Carmo, B., Santos, B., Nascimento, C., Veloso, N., Pamplona, Martins, R., Novais T. (2019). Ocorrência de iatrogenias a pacientes assistidos em unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrónica Acervo de Saúde*, 36 (1)
- Carvalho-Filho, E., Saporetti, L., Souza, M., Arantes, A., Vaz, M., Hojaiji, N., Alencar, Y.(1998). Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*, 32 (1), 36-42
- Cecchetto, F.; Fachinelli,H., Souza, T; Nogueira, E. (2010). Iatrogenia ou evento adverso: percepção da equipa de Enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE*, 4 (3),1377-1383
- Cortez, E., Marçal, C., Cardoso, F., Silva, I., Grangeiro, R. & Carmo, T. (2009). Iatrogenia no cuidado da enfermagem: implicações éticas e penais. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 1 (1), 74-84
- Dantas, G., Figueiredo, D., Nobre, A., Pimentel, E. (2017). Adesão da equipa de enfermagem às medidas de prevenção de infeções da corrente sanguínea. *Revista de Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco online*, 11 (10), 3698-3706
- Debus, M. (1997). Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales (1ªed) Washington: Academy for Educational Development
- Dias, J., Mekaro, K., Tibes, C., Zem-Mascarenhas S. (2014). Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18 (4), 866-873

- Direção Geral de Saúde (2011). Estrutura Conceptual da Classificação Internacional Sobre a Segurança do Doente. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Duarte, S., Stipp, M., Silva, M., Oliveira, F. (2015). Eventos Adversos e Segurança na Assistência de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem Reben*, 68 (1), 144-154
- Dutra D.D., Costa, M.S.D., Fernandes, K.A., Souza, J.S., Monteiro, K.S., Cruz, P.A.(2017). Eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva: estudo bibliométrico. Eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva: estudo bibliométrico. *Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental*, 9 (3),669-675
- Fachinelli ,T., Souza, E., Cecchetto, F. (2009). *Iatrogenia ou Evento Adverso: percepção da equipe de enfermagem*. (Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelato em Enfermagem da Faculdade Nossa Senhora de Fátima.
- Faden A.I. (1998). Iatrogenic illness. An overview with particular reference to neurologic complications. *Revista Neurologic clinics*, 16 (1),1-8.
- Farias, G.M., Costa, I.K.F., Rocha, K.M.M., Freitas, M.C.S, Dantas, R.A.N (2010). Iatrogenias na assistência de enfermagem: Características da produção científica no período de 2000 a 2009. *Revista Científica Internacional*, 1 (11), 19-39.  
<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/108>
- Fassini, P., Hahn, G. (2012). Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*, 2 (2): 290-299
- Ferraz, E.R., Ishii, S., Ciosak, S.I., Miyadahira, A.M., Chaves, E.C.(1982). Iatrogenia: implicações para a assistência de enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 16 (2), 165-179
- Fetter, M. (2001).The role of patients and families in reducing medical errors. *Medsurg Nurs*,1 (10),163-164.

- Furini, A., Nunes, A., Dallora, A. (2019). Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um contexto hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40 (1), 1-9
- Gottens, L., Santos, M., Carvalho, P., Amorim, F.(2016). A study of cases reported as incidentes in a public hospital from 2011 a 2014. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 50 (5), 861-867
- Grazziano, E., Bianchi, E. (2010). Impacto do Stress ocupacional e Burnout para Enfermeiros. *Revista Enfermería Global*, 18 (1), 1-20
- Guedes, E., & Marra, C. (2012). Prevenção de iatrogenias em idosos em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Unisa*, 3 (1), 57-62
- Herdeiro M., Ferreira M., Ribeiro-Vaz I., Polónia J., Costa-Pereira A. (2012) “O Sistema Português de Farmacovigilância” . *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 25(4), 241-249
- Herdeiro M.T., Figueiras A., Polónia J., Gestal-Otero J.J. (2006) “Influence of pharmacists’ attitudes on adverse drug reaction reporting: a case-control study in Portugal” *Revista Drug Safety*. 29 (4), 331-40
- Herdeiro, M., Ferreira, M., Ribeiro-Vaz, I., Polónia, J., Costa-Pereira, A. (2012). O sistema Português de Farmacovigilância. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 25 (4), 241-249
- Iervolino, S., Pelicione, M. (2001). A utilização do Grupo Focal como Metodologia Qualitativa na Promoção da Saúde. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 35 (2), 115-121
- Inman W.H.W. (1996) “Attitudes to adverse drug reaction reporting”. *British Journal of Clinical Pharmacology* 41(5), 434-435
- Inocência, J., Ferreira, R., Araújo, D., Pinheiro, F., Vaez, A. (2017). Flebite em acesso intravenoso periférico. *Arquivos de Ciência e Saúde, janeiro-março*, 24 (1), 105-109
- Krueger, R. (1994). Focus groups A practical guide for applied research (2<sup>a</sup> ed.). Thousand Oaks: Editora Sage Publications

- Krueger, R., Casey, M. (2009). Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. (4ª ed.). United Kingdom: Editora Sage Publications, Inc.
- Leitão, I., Oliveira, R., Leite, S., Sobral, M., Figueiredo, S., Cadete, M. (2013). Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 14 (6),1073-1083
- Lima, S., Paixão, F., Cândido, E., Campos, C. & Ceolin, F. (2014). Estágio Curricular supervisionado: análise da experiência discente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (1), 133-40
- Lobão, W., Menezes, I. (2017). Atitude dos Enfermeiros e Predisposição da ocorrência de Eventos Adversos Em Unidades de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco*, 11 (5), 1971-1979
- Lopez-Gonzalez E., Herdeiro M., Figueiras A. (2009) “Determinants of Under-Reporting of Adverse Drug Reactions” *Revista Drug Safety*, 32(1), 19-31
- Magalhães, A., Agnol, C. & Marck, P. (2013). Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Revista Latino América a de enfermagem*, 21 (9)
- Magalhães, A., Costa, D., Riboldi, C., Mergen, T.,; Barbosa, A., Moura, G. (2017). Associação entre carga de trabalho da equipe de enfermagem e resultados de segurança do paciente. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 51 (3), 1-7
- Maia, L.F.S., Bastian J.C. (2013). Iatrogenias: ações do enfermeiro na prevenção de ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva. *Revista Científica de Enfermagem*, 3 (7):27-35
- Marques, W., Santos, M.; Silva, E., Jesus, L. (2017). Iatrogenia nos procedimentos de Enfermagem. In A. Jamesetta (Eds.). *The Nurse Practitioner: Vol. 42. International Nursing Congress.* (pp. 1-5). Disponível em: [https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article\\_ID=4230240&Journal\\_ID=54012&Issue\\_ID=4230239](https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=4230240&Journal_ID=54012&Issue_ID=4230239)

- Martins, A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Revista Pensar em Enfermagem*, 12 (2), 62-66
- Martins, J. (2008). *Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: estratégias defensivas*. (Tese de Doutoramento, Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto). Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-06102008-151026/publico/JuliaTrevisanMartinspdf.pdf>
- Matos, L., Schimidt, A., Peserico, A., Moreira, C., Fernandes, F., Carlos, G., Aguirre, M. & Souza, M. (2011). A ação iatrogénica da equipe de enfermagem para a saúde do idoso. *Revista Contexto & Saúde*, 10 (20), 541-544
- Matos, L., Duarte, N., Minetto, R. (2010). Incidência e prevalência de úlcera por pressão no CTI de um Hospital Público do DF. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 12 (4), 719-726
- Melo, P. (2020). Investigação em Enfermagem “que contributos para a Ciência e para a Sociedade?”. Just News. 2020
- Mendes, D., Alves, C., Marques, F. (2012). Iatrogenia grave desconhecida, notificações e notificadores: resultados da atividade da Unidade de Farmacovigilância do Centro. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 28 (1), 34-40
- Miasso, A.I., Silva, A.E.B.C., Cassiani, S.H.B., Grou, C.R., Oliveira, R.C., Fakh, F.T. (2006). O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Revista latino-americana enfermagem*, 14 (3), 354-63
- Mitty, E.(2010). Iatrogenesis, frailty, and geriatric syndromes. *Revista Geriatric nursing*, 31(5), 368-374.
- Morgan, D. (1997). *Qualitative Research Methods Series* (2ª ed). United Kingdom: Editora Sage Publications, Inc.
- Norma nº 008/2013 de 15 de maio. Direção Geral de Saúde. Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos. Disponível em: [Htt://](http://)

WWW,.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082013-de-15052013-jpg.aspx.

Norma nº 015/2014 de 15 de maio. Direção Geral de Saúde. Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA. Disponível em: WWW.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/normas/norma-n-0152014-de-25092014-pdf.aspx

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285385-pt>

Oliveira, A., Filho, C., Rodrigues, C. (2007). O processo de construção dos grupos focais na pesquisa qualitativa e suas exigências metodológicas. XXXI Encontro da ANPAD

Oliveira, F., Freitas, H. (1998). Focus Group, Método Qualitativo de Pesquisa: resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planejamento. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, 33 (3), 83-91

Oliveira, M. & Freitas, H. (1998). Focus Group, Método Qualitativo de Pesquisa: resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planejamento. *Revista de Administração Universidade de São Paulo*, 33 (3). 83-91

ONA. Organização Nacional de Acreditação. Disponível em: [www.ona.org.br/site/redirect\\_portal.jsp?PAR=internal\\_institucional](http://www.ona.org.br/site/redirect_portal.jsp?PAR=internal_institucional). Acesso em: 11 nov. 2020.

Ordem dos Enfermeiros (2017. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Colégio da Especialidade Médico-cirúrgica

Orientação nº 025/2012 de 19 de dezembro. Direção Geral de Saúde. Sistemas de Notificação de incidentes e eventos adversos. Lisboa. Disponível em: <http://seguranca.dgs.pt/SNNIEA/>

- Ortega, D., D’Innocenzo, M., Silva, L., Bohomol, E. (2017). Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista Enfermagem*, 30 (2), 168-173.
- Padilha K.G., Kitahara P.H., Gonçalves C.C.S., Sanches A.L.C. (2002). Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidade de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 36 (1),50-7
- Padilha, K.G. (2001). Considerações sobre as ocorrências iatrogênicas na assistência à saúde: dificuldades inerentes ao estudo do tema. *Revista Escola Enfermagem USP*, 35 (3), 287-90
- Padilha, K.G. (2001). Ocorrências iatrogênicas na unidade de terapia intensiva e o enfoque de qualidade. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 9 (5), 91-6
- Pinto, D., Schons, E., Busanello, J., Costa, V. (2015). Segurança do paciente e prevenção de lesões cutâneas-mucosas associadas aos dispositivos invasivos nas vias aéreas. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 49 (5), 775-782
- Raimondi, D., Bernal, S., Matsuda, L. (2019). Cultura de segurança do paciente na ótica de trabalhadores e equipes da atenção primária. *Revista de Saúde Pública*, 53 (42); 1-9
- Ramos, E. (2013). Complicações iatrogênicas no atendimento de emergência de um hospital público. *Revista Enfermagem UFPE*, 7 (6), 4514-4520
- Regulamento nº 429/2018. *Diário da Republica nº 135/2018 – 2ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa
- Regulamento nº 140/2019. *Diário da República nº 26/2019 – 2ª Série*. Ministério da Saúde
- Ribeiro, G., Silva, R., Ferreira, M. (2016). Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de enfermagem*, 69 (5), 972-980.

- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Editora Livpsic
- Ripardo, N., & Brito, M. (2019). Iatrogenias em idosos hospitalizados: estudo exploratório-descritivo. *Revista Bioética*, 27 (1), 98-104
- Rodrigues, C., Sousa, V. (2017). Segurança do paciente e enfermagem: interface com estresse e Síndrome de Burnout. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (5), 1141-1147
- Rodrigues, M., Reis, W., Brasileiro, M. (2013). Atuação da equipe de enfermagem frente às iatrogenias acometidas nos atendimentos de emergência. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, 4 (4), 1-16
- Santana, J., Sousa, M., Soares, H., Avelino, K. (2012). Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem*, 15 (1), 1-8
- Santana, J.C.B., Miranda F.L., Gonçalves L.M., Foureaux P.V., Almenida S.J., Duarte C.C. (2015). Iatrogenias na assistência em uma unidade de terapia intensiva: percepção da equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem*, 18 (02):3-17.
- Santana, J.C.B., Miranda, F.L., Gonçalves L. M., Foureaux P.V., Almeida, S.J., Duarte, C.C. (2015) Iatrogenias na assistência em uma unidade de terapia intensiva: percepção da equipe de enfermagem. *Revista Enfermagem*, 18 (2), 3-17
- Santos, A. & Padilha, K. (2005). Eventos adversos com medicação em serviço de urgência: condutas profissionais e sentimentos vivenciados por enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (4), 429-433. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5jt3nhbQmZrJXSFw9YVBdmq/?lang=pt>
- Santos, F.D., Cunha M.H.F., Robazzi M.L.C.C., Pedrão L.J., Silva L.A.I., Terra F.S. (2010). O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 6 (1), 1-16
- Santos, J. & Ceolin, M. (2009). Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 43 (4) 812-817.

- Santos, O., Silva, A., Munri, D., Miasso, A. (2007). Sentimentos de profissionais de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação. *Acta Paulista de Enfermagem*.20 (4), 483-492. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/WyRMQbN3gDqgtmBwCcWQnps/?lang=pt&format=pdf>
- Sena, D., Azevedo, L., Candeira, L., Miranda, M. & Santos, M. (2014). Iatrogenias e equipe de enfermagem: revisão bibliográfica & reflexões. (Monografia de Licenciatura, Faculdade da Saúde e Ecologia Humana). Disponível em: [http://sistemaaula.faseh.edu.br/cadernos\\_tecnicos/index.php/enfermagem/article/view/304](http://sistemaaula.faseh.edu.br/cadernos_tecnicos/index.php/enfermagem/article/view/304)
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (1ªed) Lisboa: Editora Lidel
- Sharpe, V.A., Faden, A.I. (1998). Medical harm : historical, conceptual, and ethical dimensions of iatrogenic illness.(1.ª ed.). New York: Editora Cambridge University Press
- Silva, I., Veloso, A., Keating, J. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26 (1), 175-190
- Silva, M., & Santana, J. (2018).Artigo de Revisão: erros na administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 47 (4), 146-154
- Siman, A., Cunha, S., Brito, M. (2017). A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. *Revista da Escola de Enfermagem*, 51 (1), 1-8
- Sousa, M., & Baptista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios, segundo bolonha*. Lisboa: Editora Pactor
- Sousa, P., Serranheira, F., Leite, E., Nunes, C., Uva, A. (2011). Segurança do doente: eventos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. Disponível em: [http://atuasaude.org/wp-content/uploads/2017/08/seguranca\\_do\\_doente-eventos\\_adversos\\_em\\_hospitais\\_portugueses\\_ensp\\_2011\\_3.pdf](http://atuasaude.org/wp-content/uploads/2017/08/seguranca_do_doente-eventos_adversos_em_hospitais_portugueses_ensp_2011_3.pdf)

- Souto, M. & Pimentel, A. (2018). Terapêutica crónica em idosos numa Unidade de Saúde Familiar: análise da polimedicação e medicação potencialmente inapropriada. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 1( 24), 78-88
- Srba J., Descikova V., Vlcek J. (2012) “Adverse drug reactions: Analysis of spontaneous reporting system in Europe in 2007–2009” *European Journal of Clinical Pharmacology* 68 (1), 1057-1063. Disponível em: <https://tr.booksc.org/book/12788984/1488d9>
- Szlej, C., Farfel, J., Saporetti, L., Jacob-Filho, W., Curiati. (2008). Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenias em idosos internados em enfermaria geriátrica: estudo prospetivo. *Revista Einstein*, 6 (3), 337-42. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/pdf/966-v6n3aAO966portp337-42.pdf>
- Toffoleto, M., Barbosa, R., Andolhe, R., Oliveira, E., Ducci, A., Padilha, K. (2016). Fatores relacionados à ocorrência de eventos adversos em pacientes idosos críticos. *Revista Brasileira de enfermagem*, 69 (6) , 1039-1045. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xyPRQpjZh4LhzMJSzdKfQJf/?format=pdf&lang=pt>
- Vieira, K., Gomes, V., Borba, M. & Costa, C. (2013). Atendimento da população masculina em unidade básica de saúde da família: motivos para a (não) procura. *Revista Pesquisa*, 17 (1), 120-127
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: o Processo de Construção do Conhecimento*. (3ª ed). Lisboa: Editora: Edições Sílabo
- Vincent, C. & Coulter, A. (2002). Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care*, 11(1), 76-80. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743559/pdf/v011p00076.pdf>

## ANEXOS

Anexo I - Relatório do Desenvolvimento de Competências Especializadas em Estágio  
de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Mestrado em Médico-cirúrgica

Relatório de Estágio

Andreia Cristina Pimparel Maia Guerreiro

Relatório de Estágio do Curso Mestrado em Médico-Cirúrgica Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Orientadores: Enfermeiro Norberto Silva e Doutor Carlos Magalhães

Março de 2020

Mestrado em Médico-cirúrgica

Relatório de Estágio

Andreia Cristina Pimparel Maia Guerreiro

Relatório de Estágio do Curso Mestrado em Médico-Cirúrgica Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Orientadores: Enfermeiro Norberto Silva e Doutor Carlos Magalhães

Março de 2020

## **Siglas**

AESOP	- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operação Portuguesa
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
BO	- Bloco Operatório
DGS	- Direção Geral de Saúde
INEM	- Instituto Nacional de Emergência Médica
OBS	- Observação
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PPCIRA	- Programa de Prevenção de Controlo
REPE	- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SMI	- Serviço de Medicina Intensiva
SU	- Serviço de Urgência
SUB	- Serviço de Urgência Básico
SUMC	- Serviço de Urgência Médico-cirúrgica
SUP	- Serviço de Urgência Polivalente
TAC	- Tomografia Axial Computorizada
ULS E.P.E.	- Unidade Local de Saúde de natureza de Entidades Públicas Empresariais
ULSNE	- Unidade Local de Saúde do Nordeste
VMER	- Viatura Médica de Emergência e Reanimação
VV	- Via Verde
VVAVC	- Via Verde de Acidente Vascular Cerebral
VVS	- Via Verde Sépsis
WHO	- World Health Organization

## Índice

Introdução	1
1. Contextualização do estágio	3
1.1. Caracterização do serviço de urgência	4
1.2. Caracterização do serviço de medicina intensiva	7
1.3. Caracterização do bloco operatório	11
2. Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências	15
3. Síntese conclusiva do relatório	23
Referências bibliográficas	25

## **Introdução**

Os cursos de especialização têm como objetivo desenvolver competências direcionadas para uma área específica de intervenção ao nível de cuidados de saúde primários e/ou diferenciados. A aquisição de habilidades profissionais específicas tem como finalidade dar resposta às necessidades de cuidados de saúde das populações, que nos dias de hoje conta com uma população envelhecida com múltiplas doenças crónicas e múltiplas comorbilidades, Paz, P. & Dagmar, E. (2011).

A constante formação certificada capacita o enfermeiro para uma intervenção fundamentada na evidência científica e direcionada para um contexto situacional de saúde no cuidado à pessoa/família, ou seja, permite ao enfermeiro uma maior aptidão para a prática de cuidados especializados no âmbito da sua área de formação específica.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista publicado no Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019, “O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser -lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição...” e “ A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento.”.

No caso da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando a vasta abrangência de cuidados da mesma, bem como, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, sobressaem e destacam-se diferentes áreas de enfermagem, das quais, em particular, se identificam as seguintes: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em

situação crónica, segundo o Regulamento n.º 429/2018, publicado no *Diário da República*, 2.ª série - N.º 135 - 16 de julho de 2018

Na perspetiva de uma evolução profissional, através da aquisição de novas competências, optei por realizar o mestrado em enfermagem de médico-cirúrgica, lecionado na Escola Superior de Saúde de Bragança, no Instituto Politécnico de Bragança.

Assim, chegando ao final do terceiro semestre e da unidade curricular de ensino clínico, que se refere à realização do estágio de 504 horas, distribuídas por três serviços distintos (168 horas em cada um deles), torna-se agora necessário a elaboração do presente documento, o relatório de estágio, com o qual se pretende uma reflexão estruturada acerca da realização do ensino clínico. Para tal ,será usada uma metodologia expositiva e descritiva, assente na reflexão efetuada sobre os conhecimentos e experiências vividas, assim como na consulta de alguma bibliografia.

O presente documento encontra-se estruturado da seguinte forma: contextualização do estágio, seguindo-se de uma análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências e por fim será apresentada uma síntese conclusiva do relatório.

## **1- Contextualização do estágio**

Os três ensinamentos clínicos realizados decorreram na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), na Unidade Hospitalar de Bragança, no serviço de urgência (SU), no serviço de medicina intensiva (SMI) e no bloco operatório (BO). As Unidades Locais de Saúde com a natureza de entidades públicas empresariais (ULS, E. P. E.), têm com o objetivo melhorar a interligação dos cuidados de saúde primários com os cuidados diferenciados, através de uma prestação e gestão integrada de todos os níveis de cuidados de saúde. A Unidade Local de Saúde, E. P. E. (ULS, E. P. E.), é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. São objetivos da ULS, E. P. E.: assegurar as atividades de serviços operativos de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida; desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento; prestar serviços a cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor. Assume como missão o prestar assistência integrada de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde que com ela contratualizem a prestação de cuidados de saúde, bem como a todos os cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da Legislação<sup>1</sup> nacional e internacional em vigor), dando uma resposta capaz às suas necessidades e expectativas, promovendo a utilização racional e eficiente de todos os recursos, numa cultura de humanização dos serviços e de motivação e desenvolvimento dos colaboradores.

A ULSNE presta cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados. É composta por 14 centros de saúde (Centro de Saúde de: Alfândega da Fé, de Bragança I – Sé, de Bragança II – Santa Maria, de Carrazeda de Ansiães, de Freixo de Espada à Cinta de Macedo de Cavaleiros, de Miranda do Douro, de Mirandela I, de Mirandela II – Sardão, de Mogadouro, de Torre de Moncorvo, de Vila Flor, de Vimioso e de Vinhais) e 3 unidades hospitalares (Unidade Hospitalar de Bragança, de Macedo de Cavaleiros e de Mirandela).

Após uma breve apresentação da instituição onde decorreu o estágio, segue-se a caracterização de cada serviço onde foi realizado o estágio, os objetivos definidos para cada um, em função dos cuidados que presta, e das características dos doentes que recebe.

### **1.1.Caraterização do serviço de Urgência**

O serviço de urgência (SU) da unidade hospitalar de Bragança é um serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), ou seja é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, existindo em rede, localiza-se de forma primordial para apoio diferenciado à rede de serviço de urgência básica (SUB) e referenciando para um serviço de urgência a polivalente (SUP) as situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência, segundo o Despacho n.º 10319/2014, procedido do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª série - N.º 153 - 11 de agosto de 2014.

Este SU, que se destina a prestar cuidados de saúde a doentes que por qualquer motivo se encontrem numa situação de urgência/emergência. Entendendo-se por uma situação de urgência um estado em que não há risco imediato à vida, à saúde, porém, se não for atendida num determinado período de tempo, a situação pode se transformar em uma emergência, que se pode definir como uma situação em que a vida, a saúde, enfrentam uma ameaça imediata. Já as situações de emergência, devem ser resolvidas como o imediatamente, sem qualquer tempo de espera.

No entanto, pode verifica-se que (felizmente) uma grande parte dos casos/doentes que chegam ao SU, não são casos de urgência e muito menos de emergência.

Como objetivos a alcançar na realização do estágio do SU, estabeleci:

- a) Conhecer a organização, a dinâmica e o funcionamento do SU
- b) Adotar uma postura profissional que dignifique a profissão de enfermagem através de atitudes, comportamento, decisões e prática de cuidados de enfermagem fundamentados na evidencia científica.
- c) Adquirir competências no âmbito do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica

O SU em Bragança sendo um SUMC, recebe centenas de doentes por dia, oriundos de outras unidades de saúde (referenciação), trazidos pela viatura de emergência médica e reanimação (VMER), pelos bombeiros, por familiares/cuidadores ou vindos por sua própria decisão e autonomia. Doentes que após inscrição feita pelo assistente administrativo na área de atendimento, são avaliados pelo enfermeiro que aplica a triagem de manchester, imprescindível para gerir e definir prioridades, identificar critérios de gravidade, facilitando a organização do serviço e a gestão de cuidados a prestar.

Durante a realização do estágio tive a oportunidade de ver acionadas (na triagem) ou já acionadas, todas as vias verdes (consideradas sistemas de resposta rápida, pois desempenham um papel específico na cadeia de resposta, reforçando a colaboração entre os vários níveis). São vias verdes (VV): Via Verde AVC (VVAVC), Via Verde Coronária, Via Verde Sépsis (VVS) e Via Verde Trauma.

Relativamente à orientação dos doentes triados, estes aguardam na sala de espera, até serem chamados para um dos 3 gabinetes médicos.

No que respeita a organização física o SU, dispõem de: área de receção dos doentes, com sala de espera, gabinete de triagem de manchester e respetiva sala de espera apos atendimento. Já no interior o SU dispõem de 4 gabinetes médicos, sala com 4 macas para doentes com necessidade de serem monitorizados, 1 sala de emergência devidamente equipada, com duas macas, gabinete de enfermagem, zona de macas (com 6 macas disponíveis), espaço reservados a tratamentos (com cadeirões para realizar terapêutica), sala de orto traumatologia, sala de pequena cirurgia, zona de monitorização/observação que dispõem de 8 camas (OBS) e de casas de banho, alguma equipadas para a prestação de cuidados dos doentes (banhos), 1 copa. Já na área da pediatria o SU dispõe de gabinete médico, sala de tratamento, sala de observação. De salientar que todos estes espaços se encontram todos próximos uns dos outros e como não poderia deixar de ser junto ao serviço de imagiologia e patologia clínica

Quanto aos recursos materiais deve referir que em algum momento se fez sentir necessário algo que não estivesse disponível, permitindo-me afirmar que este SU se encontra bem equipado.

No entanto a instituição e a sua estrutura física de nada servia à população do Distrito de Bragança, se não tiver uma equipa de saúde que lhes preste os cuidados. O SU no que concerne aos recursos humanos, conta com uma equipa de 38 enfermeiros, 15 assistentes operacionais (técnicos auxiliares de saúde) e 6 assistentes operacionais (administrativos), que na sua maioria trabalham em regime de *roulement*. Durante o turno de dia (das 8h às 20h) trabalham 7 enfermeiros e o enfermeiro chefe, 4 assistentes operacionais e 1 assistente técnico; no turno da noite (20 h às 8 h) trabalham 6 enfermeiros, 2 assistentes operacionais e 1 assistente técnico. Quanto à equipa médica, é constituída por alguns médicos de clínica geral, que apenas trabalham no SU e outros vários médicos que exercem funções na instituição, no entanto prestam exercem funções no SU de forma rotativa. A equipa médica durante o dia (das 8 h até às 20 h) é constituída por 3 médicos de clínica geral, durante a noite permanecem ao serviço 2 médicos de clínica geral, 2 especialistas de medicina interna (dia e noite), 2 especialistas de ortopedia (dia e noite), 2 especialistas de cirurgia geral (dia e noite), 2 anesthesiologistas (durante o dia e 1 durante a noite), 2 obstetras (durante o dia, 1 durante a noite), 1 psiquiatra e 1 especialista de pediatria em presença física. Existe ainda o apoio das especialidades de urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, neurologia, nefrologia e medicina intensiva.

Junto ao SU, encontra-se ainda a base da VMER, que funciona em modo de gestão integrada com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

A realização do estágio no SU, baseou-se num comportamento e atitudes assertivas, com total recetividade à aprendizagem. A surpresa e o inesperado é algo com que se deve sempre contar quando se trabalha num SU. Sem quase me aperceber dei por mim absorvida num novo serviço, cheio de novas oportunidades e experiências de aprendizagem. Foram algumas as vezes que colaborei nos cuidados de enfermagem prestados na sala de emergência, o conhecimento dos protocolos das vias verdes, permitiu-me ter uma atitude de colaboração e não só de observação. Durante o estágio, foi atividade uma via verde AVC, com realização de fibrinólise, 4 vias verdes de trauma, via verde coronária. A minha intervenção passou por: monitorizar os doentes, realizar colheitas de sangue, colocação de cateteres, sondas vesicais, acompanhamento de doentes ao serviço de imagiologia (realização de RX e tomografia axial computadorizada TAC), colaboração na entubação oro traqueal do doente, colaboração na preparação do doente para o helitransporte, realização de pensos. Após cada situação

vivida na sala de emergência, seguia-se uma reflexão junto da enfermeira tutora sobre a mesma, sobre o que se fez e a sua justificação.

Tive ainda oportunidade de prestar cuidados aos doentes que se encontravam na sala de observação (OBS), um espaço mais calmo, mas no qual os doentes carecem ainda de uma vigilância e monitorização contínua, de forma a antecipar e prevenir qualquer sinal ou sintoma que indique comprometa a estabilidade do doente.

A comunicação com os doentes e família/cuidador assume uma extrema importância para que seja promovido um ambiente calmo e seguro para todos e principalmente para o doente. A comunicação e o estabelecimento de uma relação terapêutica com o doente/familiar/cuidador requer de qualquer profissional de saúde um enorme conhecimento sobre técnicas de comunicação, não descurando nunca uma atitude calma e serena mesmo nas situações de emergência.

Na minha avaliação e relembrando a avaliação que foi feita com a enfermeira tutora especialista em médico-cirúrgica, considero que os meus objetivos para a realização do estágio, foram alcançados. Assumo que nem sempre foi fácil e que o meu maior receio era não estar a altura do exigido num serviço com características tão específicas, mas com esforço, estudo e dedicação, creio que superei os medos e os receios.

## **1.2.Caraterização do serviço de Medicina Intensiva (SMI)**

Entende-se por Medicina Intensiva uma área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente (s) ou estabelecida (s), Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2018). Representa uma percentagem cada vez mais importante das camas de cuidados agudos e um dos pilares fundamentais da estrutura de avaliação e tratamento do doente agudo grave, quer dentro dos seus espaços físicos quer através da colaboração em outro tipo de atividades tais como vias de acesso preferencial, tendo ainda um papel cada vez mais importante nas Equipas de Emergência Intra-Hospitalares , Ministério da Saúde (2013). Defende-se que os Serviços de Medicina Intensiva (SMI) devem ser responsáveis pelo doente crítico, independentemente do local onde este se encontre no hospital, quer seja no serviço de urgência através de presença nas salas de emergência ou nas unidades

intensivas e intermédias e no internamento através das equipas de emergência interna e do exercício de consultadoria, Ministério da Saúde (2017). As unidades de cuidados intensivos são assim “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais”, Ministério da Saúde - Direção de Serviços de planeamento, (2003, p.6).

Como objetivos a concretizar no serviço de medicina intensiva, propus:

- a) Conhecer a organização, a dinâmica e o funcionamento do SMI
- b) Cuidar/prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica ou falência orgânica, que se encontrem submetidos a ventilação mecânica;
- c) Contribuir para a manutenção da segurança do doente no que diz respeito à prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde, perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

O SMI da unidade hospitalar de Bragança, é em termos de estrutura física, uma unidade ampla e aberta, que mantém a privacidade de cada doente através de cortinas que correm. Comporta 10 camas, pelo que a sua lotação máxima é de 10 doentes. De salientar que ao afirmar o número de vagas do SMI, implicitamente falamos de um conjunto de recursos que esta unidade dispõe para cada doente (monitor, ventilador, 5 seringas perfusoras, para além de todo o material que requer uma simples unidade de internamento). Dispões de um vestiário, uma copa, um espaço reservado a material e equipamento (maquinas de técnicas dialíticas, bombas perfusoras, ventiladores suplentes e portáteis), 3 gabinetes (2 médicos e 1 de enfermagem) 2 casas-de-banho, um espaço de limpeza e desinfeção de material, uma sala de espera para as visitas e uma sala de família (onde ocorrem reuniões entre a equipa e saúde e familiares/cuidadores), a organização de cada unidade por doente mantém uma disposição da qual resulta um amplo e livre corredor sem limites, local onde se encontra o carro de emergência juntamente com o monitor desfibrilhador e um ecógrafo. Para o funcionamento deste serviço está uma equipa de saúde multidisciplinar, constituída por 24 enfermeiro, 6 médicos intensivistas, 6 assistentes operacionais, um assistente administrativo,

diariamente conta ainda com a presença de um fisioterapeuta. À semelhança do SU, localiza-se junto do serviço de imagiologia e do serviço de patologia clínica.

Chegado o primeiro dia de estágio, devo dizer que me senti intimidada com a presença de tanto equipamento, para um só doente (foi o meu primeiro contato com o SMI). Neste local de estágio os dois primeiros dias foram de colaboração, questões, dúvidas e mais dúvidas, receios e medos e muita observação. No entanto após o primeiro impacto, a estratégia adotada foi a de querer fazer com supervisão (nunca sem antes explicar como e porque de cada cuidado/intervenção a realizar). Creio que foi a excelente estratégia, pois permitiu-me aos poucos aumentar a confiança e deslumbrar o que seria a autonomia para prestar cuidados ao doente crítico. Mas como o enfermeiro tutor fez questão de referir, todos esses receios devem ser encarados com naturalidade, pois a integração de um novo elemento na equipa do SMI, dura 3 meses.

Durante a realização do estágio, durante o mês de novembro e meados do mês de dezembro, a elevada taxa de ocupação foi algo que devo considerar com positivo para a minha experiência e aquisição/consolidação de conhecimentos e novas competências. A preocupação em manter uma rotatividade dos doentes distribuídos proporcionou-me mais experiências e contacto com diversas patologias. Na sua maioria o motivo de admissão dos doentes neste SMI, deve-se a choque séptico do qual resulta uma disfunção multiorgânica, no entanto também eram frequentes patologias do fórum cirúrgico, principalmente do sistema gastrointestinal.

Os cuidados prestados aos doentes após consulta de todas as normas de procedimentos e orientações da equipa responsável do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos antimicrobianos (PPCIRA), passaram por: prestação de cuidados de higiene no leito, posicionamentos, colocação de acessos periféricos, troca de sondas mesogástricas e vesicais), colaboração na troca de cateteres de diálise e centrais, colaboração na colocação de linhas arteriais e remoção das mesmas, administração de terapêutica, realização de gasimetrias, entre outros.

Saliento as atividades de mais me desafiaram, que foi avaliação da dinâmica respiratória, análise e interpretação dos dados mesuráveis através da monitorização, desmame da ventilação mecânica invasiva, e técnicas dialíticas. Todas estas atividades exigiram um estudo redobrado e contínuo de cada patologia. Este desafio, foi superado com sucesso com o apoio do enfermeiro tutor, que incansavelmente, esteve sempre

atento e disponível para ouvir dúvidas e levantar questões de debate (avaliação dos casos clínicos expostos por cada doente distribuído).

Indiscutivelmente pode assumir-se que a prestação de cuidados neste tipo de serviço requer/exige ao enfermeiro um elevado conhecimento e competências específicas (nomeadamente médico-cirúrgica) requer cuidados de enfermagem sem dúvida baseados na evidência científica, procurando sempre a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

De considerar que a comunicação verbal com o doente se encontra muitas vezes comprometida, mas que não é por esse motivo, que se deixa de fazer, apenas se implementam outras técnicas de comunicação (não verbal). Neste contexto cabe também ao enfermeiro responsável do doente promover o sentimento de segurança junto da família, na tentativa de minimizar medos e receios. O bem-estar da família contribuiu para o bem-estar do doente.

Durante a realização deste estágio tive a oportunidade de colaboração na realização das provas de morte cerebral, ter noção de todo o complexo processo que se estava a iniciar, não só com o doente, mas com a famílias e outras equipas de saúde (muito específicas).

Tive ainda a oportunidade de cuidar de doentes que necessitaram de realizar técnica dialítica, experiência que me levou ao estudo sobre técnicas de substituição renal. Através desta experiência percebia que existem diferentes técnicas e que cada uma delas é selecionada em função da situação do doente. As técnicas que tive oportunidade de ver realizar foram a hemodiálise e a hemofiltração.

Numa situação de extrema fragilidade destes doentes e com a realização de procedimentos tão invasivos é impensável descurar as medidas de controlo de infeção de forma a evitar outros problemas de saúde e as infeções nosocomiais. Para tal foram sempre cumpridas as normas e orientações emitidas pelo PPCIRA.

Realizando uma reflexão sobre a minha prestação e realização estágio avaliação sobre a concretização dos objetivos definidos inicialmente

Sobre a realização no SMI, para terminar a meu ver creio ter alcançado os objetivos definidos inicialmente.

### **1.3. Caraterização do Bloco Operatório (BO)**

O BO caracteriza-se por um local físico e organizacional particular, com elevados recursos humanos e materiais, onde uma equipa multiprofissional presta cuidados a doentes, cujo tratamento exige uma intervenção cirúrgica.

O BO, da unidade hospitalar de Bragança, dispõe de 2 salas de cirurgia, sendo que uma delas é reservada para cirurgias programadas e outra para as cirurgias de urgência, dispõe de uma pequena sala com duas macas destinadas ao recobro, uma sala de desinfeção, 2 salas que funcionam como armazém e gabinete 2 vestiários (masculino e feminino), copa, sala de receção do doente e por último integrado no bloco encontra-se o serviço de esterilização. Em termos de material de trabalho, à semelhança do SU e do SMI, o BO dispõe de 3 ventiladores, 4 monitores, 2 aquecedores de ar, aparelho de RX, ecógrafos e um outra enorme quantidade de material que é necessário para as cirurgias.

A atividade no bloco operatório é uma prática interdisciplinar que envolve ...“tarefas complexas, plenas de variação e de incerteza, exercidas em condições ambientais dominadas pela pressão e pelo Stresse” (Fragata, 2010, p.18). Relativamente aos recursos humanos este BO, funciona com uma equipa de enfermagem de 22 enfermeiros, sendo que estes se encontram distribuídos da seguinte forma: 11 para a função de instrumentação e circulação, 7 para anestesia, 3 como enfermeiros generalista, 1 enfermeiro chefe que exerce funções e chefia e intervém dentro da sala de operações sempre que necessário. No que respeita à equipa de médicos que realizam as intervenções, estão são inúmeros provenientes de diversas especialidades que exercem funções na unidade hospitalar de bragança e noutras unidades hospitalares da ULSNE.

As funções de cada enfermeiro no bloco encontram-se muito bem definidas, segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), o enfermeiro instrumentista deve ter elevada destreza técnica e elevados conhecimentos dos procedimentos e técnicas cirúrgicas e que desenvolve as suas atividades sobretudo na área do controlo da infeção e da segurança; tem como principais responsabilidades, controlar a assepsia do campo operatório e mesa de instrumentos, controlar os dispositivos estéreis, ajudar o cirurgião e os seus assistentes, participar na formação de novos elementos, controlar de forma escrupulosa as contagens de instrumentos e os restantes dispositivos médicos, nomeadamente compressas e corto perfurantes. Deve ser dotado de elevada destreza manual, resistência física e psicológica, bem como ser

altamente responsável e rigoroso. O enfermeiro circulante controla o desenrolar dos cuidados ao doente, antes, durante e após o procedimento cirúrgico. Coordenar todas as atividades e os cuidados de enfermagem necessários ao doente, gere a comunicação interpessoal na equipa promovendo a segurança no contexto cirúrgico, supervisiona toda a equipa cirúrgica detetando qualquer quebra de técnica asséptica e estabelece comunicação com o exterior e desempenha um papel importante na gestão, adequando os gastos às necessidades do procedimento cirúrgico, evitando o desperdício. O enfermeiro da área de anestesia mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para estabelecer uma relação empática, assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da sua situação e promove o estabelecimento de relação terapêutica com estes. Diagnostica precocemente complicações relacionadas com o procedimento anestésico. Monitoriza intensivamente as funções fisiológicas e identifica alterações do padrão. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de vida e realiza intervenções apropriadas. Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos. Identifica evidências fisiológicas e emocionais do sofrimento e garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.

Após o acolhimento e apresentação do serviço, feito pela enfermeira chefe, a área por mim eleita foi a de anestesia, pois julguei ser na qual poderia ter maior capacidade de intervenções. E adequando a área de BO escolhida foram estabelecidos os seguintes objetivos para este campo de estágio:

- a) Conhecer a organização e dinâmica de funcionamento do BO
- b) Colaborar de forma eficaz em todos os procedimentos anestésicos;
- c) Conhecer e colaborar na implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, que de acordo com o manual “Orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a cirurgia segura 2009” publicado pela Direção Geral de Saúde (DGS), é obrigatório em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde, sendo considerado o padrão mínimo de qualidade clínica.

A segurança do doente assume-se como um dos pilares na prestação de cuidados de qualidade, pois atualmente prestam-se cuidados cada vez mais complexos, a doentes cada vez mais suscetíveis e exigentes no que concerne aos seus direitos em relação aos cuidados de saúde. Como Segurança do Doente entende-se ... “a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se, à noção

coletiva face do conhecimento atual, recursos disponíveis no contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento.”, DGS (2011).

Durante a realização do estágio no BO, formam inúmeras as cirúrgicas em que tiver oportunidade de assistir e intervir (na área de enfermagem, nomeadamente na área anestésica). São exemplos das cirurgias assistidas: as cirurgias ortopédicas, de ginecologia, de obstetrícia, de urologia, vascular (varizes), ao pescoço (tiroidectomias), ao aparelho digestivo realizadas por laparoscopia e de “barriga aberta” (ex. apendicectomia, gastrectomias parciais, colectomia, entre outras), colheita de órgãos (fígado, rins e córneas).

Em todas estas cirúrgicas a minha intervenção passou por: preparar o material necessário para o ato anestésico; validação da operacionalidade da sala operatória através da verificação e preenchimento da checklist, acolhimento do doente no BO e transferência do mesmo para a mesa operatória, colaboração na indução anestésica, observação e vigilância dos parâmetros vitais do doente durante a realização do procedimento cirúrgico, colaboração no despertar do doente; transferência do doente para a unidade de cuidados pós operatórios (recobro), reposição de material na sala operatória para receber o próximo doente.

A par destas atividades esteve sempre a presente a checklist Cirúrgica, pela qual se entende uma confirmação oral, efetuada pela equipa (enfermeiros, anestesistas e cirurgiões) de diversos fatores que contribuem para a segurança do doente. É realizada em três momentos críticos: antes da indução anestésica (sign in), imediatamente antes da incisão (time out) e antes do doente sair da sala de operações (sign out). De acordo com a OMS, o documento pode ser ajustado à especificidade de cada BO, de modo a dar resposta às necessidades da instituição, World Health Organization (WHO) (2010).

São orientações da OMS para a “Cirurgia Segura”, que as equipas cirúrgicas tenham sempre presente dez objetivos básicos a cumprir em qualquer ato cirúrgico: a equipa vai operar o doente certo, no local correto, a equipa vai usar métodos já conhecidos para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo o doente da dor, a equipa vai identificar e estar efetivamente preparada para atuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória, a equipa vai identificar os sinais/sintomas e estar efetivamente preparada para atuar face ao risco de elevada perda de sangue, a

equipa vai evitar a indução de uma reação alérgica ou reações adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente, a equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico, a equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas, a equipa vai acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas, a equipa vai comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos, e por último, os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer vigilância epidemiológica de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados de qualquer elemento da equipa, que participa na operação.”, WHO (2010).

De referir que para além descrição das atividades realizadas neste local de estágio, durante o mesmo foram inúmeros os momentos de reflexão com o enfermeiro tutor especialista em médico-cirúrgica. Momentos nos quais eram dissipadas dúvidas, colocadas questões, partilhados receios/medos. Este local de estágio à semelhança dos anteriores exigiu um reforço do estudo sobre anestésias, nomeadamente tipos de anestésias, fármacos utilizados para cada uma delas, riscos, etc.

Após o término desse estágio e de acordo com o enfermeiro tutor, por mim responsável, considero como alcançados os objetivos a que me propus inicialmente.

## **2. Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências**

Em resposta às necessidades de saúde da população portuguesa, verifica-se ao nível dos cuidados de enfermagem uma maior diferenciação e especialização, acompanhando assim uma maior exigência técnica e científica que se verificar na prestação dos cuidados de saúde, seja em que área for.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE):

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

2 - Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.

3 - Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

4 - Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. “

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, de aconselhamento, de liderança, incluindo a responsabilidade de contribuir para investigações relevantes e pertinentes. Todas essas dimensões permitem avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Apresentam-se como domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, publicadas no Regulamento n.º 140/2019, publicadas no Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019.

- A) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
- B) Domínio da gestão da qualidade
- C) Domínio da gestão dos cuidados
- D) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No que respeita ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no exercício da sua atividade profissional, os enfermeiros identificam limites, provenientes da ética, do quadro deontológico, das melhores práticas no estado de arte, procurando excelência do exercício, assim como a vontade expressa da pessoa no cuidado e no seu plano terapêutico, Nunes (2016). Prestar cuidados de qualidade, com respeito à vontade do doente e família/cuidador e agir de acordo com os limites éticos e deontológicos, foi uma preocupação constante durante toda a realização do estágio. Nesse sentido, foi necessária uma revisão do REPE, decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro de 1996 e do regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem ` pessoa em situação crítica.

A deontologia e a ética profissional dever ser considerado um pilar do exercício de enfermagem, orienta a relação entre o enfermeiro e o doente /família/cuidador, tendo em conta a dignidade humana, os direitos do doente, o respeito pela pessoa.

Nesse sentido foi uma preocupação constante durante o estágio, e durante o meu exercício profissional, apurar conhecimentos (relembrar) e intensificar e minha preocupação em zelar pelos direitos e respeito dos doentes. São exemplos dessas preocupações: respeitar os valores e crenças dos doentes/famílias, do dever de informar o doente ou os seus familiares sobre o seu estado de saúde e tratamentos propostos para o seu tratamento, o respeito pela intimidade/privacidade, entre muitas outras.

Para o desenvolvimento do domínio na competência de gestão da qualidade, considerei a Estratégia nacional para a qualidade na Saúde 2015-2020, tem presente como objetivos assegurar funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, respeitando as dimensões de efetividade, eficiência, acesso, equidade, segurança, adequação, continuidade e respeito pelo doente, por seja, garantir os direitos dos doentes através da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, DGS (2015).

É sem qualquer sombra de dúvida, de considerar os elementos importantes da satisfação dos clientes, tais como, a satisfação dos doentes relativamente ao processo de prestação de cuidados de enfermagem; o respeito pelas suas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do doente; a procura constante da empatia nas interações com o doente/família/cuidador; inclusão do doente no planeamento de cuidados e tratamento; a dedicação do enfermeiro, que procura minimizar o impacto negativo no processo de saúde que o doente vivencia.

A par de que foi referido anteriormente o enfermeiro deve sempre agir de forma responsável, e respeitar o código deontológico de enfermagem que define os limites de atuação nas suas respetiva área, determinando que comportamentos são, ou não, éticos e permitidos no exercício da enfermagem.

Ao longo do estágio foi mantida uma postura, que já faz parte da mim enquanto enfermeira generalista, que é uma atitude de responsabilidade, de respeito para com o doente e restantes profissionais de saúde, uma ponderação nas decisões e serenidade.

É importante referir que tudo que foi referido esteve sempre presente durante a realização do estágio e que todas as atividades desenvolvidas/realizadas vão de encontro ao que foi referido.

No que respeita ao domínio da gestão dos cuidados, enquanto aluna de especialidade a aquisição desta competência, na minha opinião passou por uma responsável organização dos cuidados de enfermagem contribuindo assim para a maior eficácia dos mesmos. A par dos mesmos deve sempre manter-se a preocupação na gestão de recursos materiais, pois, cuidados de enfermagem planeados de forma deficiente, aumentam os gastos e a possibilidade de causar desconforto ao doente.

Quanto ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, enquanto aluna, encarei a realização do estágio como uma oportunidade única de aprendizagem (através da prática), assumi uma atitude proactiva na busca de todas as oportunidades, solicitando ao enfermeiro tutor para realizar os procedimentos planeados e necessários para cada doente, ficando este sempre a supervisionar. Essas aprendizagens resultam de um intensivo estudo teórico, que só assim me permitiu conquistar alguma autonomia junto do doente, com a aprovação do enfermeiro tutor, ou seja, enquanto aluna antes de tive a preocupação de (antes da prática) fundamentar sempre a organização e o plano dos cuidados e procedimentos necessários a adotar mediante a situação/condição clínica de cada doente. Apenas demonstrando que sabemos o que o doente necessita, o porquê e como o fazer, é que nos é permitido desfrutar da sensação de prestar cuidados especializados com alguma autonomia.

No que concerne às competências específicas na área da médico-cirúrgica, a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

São competências específicas na área da médico-cirúrgica:

E1) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Nas últimas décadas tem-se enfatizando a importância de uma intervenção precoce e eficaz nas situações de emergência médica. O atendimento ao utente criticamente doente requer uma intervenção atempada, adequada e baseada nos elos da cadeia de sobrevivência, desde o ambiente pré-hospitalar, passando pelo transporte primário até a assistência intrahospitalar (Ferreira et al, 2008). Por doente emergente, entende-se um doente numa “situação clínica de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou iminente, compromisso de uma ou mais funções vitais”, DGS (2001). O doente recebido na sala de emergência, apresenta, muitas vezes o risco falência multiorgânica, que é caracterizada pelo comprometimento agudo de dois ou mais órgãos vitais, resultando em

perda da função deles. Uma das causas mais comuns da falência multiorgânica de órgãos é a sépsis, no entanto, também pode também ser desencadeada por traumatismos, como por exemplo politraumatismos, queimaduras extensas, hemorragias, entre outras causas.

O enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, pela sua específica formação deve ser considerado uma mais-valia na prestação de cuidados a estes doentes. No entanto o enfermeiro trabalha sempre em equipa. Todos os elementos devem estabelecer uma comunicação eficaz, estar atentos a sinais de instabilidade do doente.

Durante a realização do estágio tive a oportunidade de participar na prestação de cuidados a doente emergentes e urgentes. Doentes de levaram à ativação de vias verdes, após a primeira avaliação (realizada pela equipa da VMER ou pelo enfermeiro que realizou a triagem de manchester), nomeadamente VVAVC, via verde trauma, via verde coronária e via verde de Trauma, todas. Nas situações referidas a minha intervenção passou pela monitorização do doente, colaboração na realização do exame físico, realização de punções para estabelecer acessos venosos periféricos, acompanhamento do doente na realização de meios complementares de diagnóstico, transferência do doente para o SMI. No final de cada situação, foi realizada uma breve avaliação do meu desempenho enquanto aluna, proporcionando assim uma aprendizagem reforçada, sobre como atuar, o que melhorar.

E2) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

No âmbito da aquisição da supra citada competência específica, não foi realizada nenhuma atividade real ou simulada. No entanto, procurando adquirir e maximizar os conhecimentos durante esta experiência, foi realizada uma leitura ao plano de emergência em vigor e disponível no SU. São objetivos da realização e existência de um plano de emergência: definir os procedimentos, responsabilidades e meios para assegurar uma resposta adequada perante a ocorrência de um incidente/acidente, de modo a minimizar os seus efeitos na saúde humana e no ambiente.

Reconhecendo e aceitando que uma situação de emergência, é de difícil previsão, o enfermeiro deve ter conhecer o plano de emergência. Reconhecer as estratégias de reorganização do serviço, quais os elementos de são responsáveis por determinadas e

imprescindíveis tarefas. Nestas situações a ordem e a organização são essenciais a resolução do problema. A par de toda a intervenção que o enfermeiro pode ter, este deve dotar uma postura calma, serena de forma a contribuir e a proporcionar um sentimento de segurança para os colegas, doentes e familiares/cuidadores.

Cada instituição de saúde deve proporcionar formação específica ao pessoal que trabalhe no estabelecimento, independentemente da sua categoria profissional, envolvido na implementação dos procedimentos no âmbito do plano de emergência interno simplificado. Num período de 2 em 2 anos, deve realizar-se exercícios/simulacros de aplicação do plano de emergência.

E3) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil.

Compreender e conhecer a problemática das infeções hospitalares é um dever de qualquer enfermeiro, pois creio que só assim este poderá estar devidamente desperto para uma atitude ativa para a prevenção das mesmas.

Independentemente do serviço onde se presta os cuidados deve sempre garantir-se a segurança e qualidade de cuidados através de uma prática segura dos cuidados e intervenções de enfermagem. A problemática pode ainda tornar-se mais importante quando se fala no doente crítico e /ou com falência multiorgânica, pois essa condição pressupõe à partida procedimentos e intervenções de enfermagem e médicas muito mais invasivas.

Pelo conceito de infeção nosocomial, entende-se uma infeção adquirida no hospital por um doente que foi internado por outra razão que não essa infeção, uma infeção que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão, DGS (2002). Apesar dos imensos progressos na saúde pública e nos cuidados hospitalares, as infeções continuam a surgir nos doentes hospitalizados. São diversos os fatores que predisõem às infeções nos doentes, são exemplo delas: a depressão da imunidade; o número, cada vez maior, de procedimentos médicos e técnicas invasivas que criam potenciais portas de entrada para a infeção; hospitais com um elevado número de doentes internados.

Todos os profissionais de saúde, têm atualmente nas suas instituições a equipa responsável pela PPCIRA, que exerce um excelente trabalho no combate às infeções nosocomiais. São competências do gabinete da PPCIRA: coordenar e apoiar as atividades de prevenção e controlo de infeção, o uso adequado de antimicrobianos e a prevenção de resistências a antimicrobianos, nas unidades de saúde de cada região, no respeito pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos; garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica nacionais e de infeção associada a cuidados de saúde e de resistências aos antimicrobianos; promover e monitorizar a investigação de surtos e a realização de inquéritos epidemiológicos, colaborando na realização de auditorias; programar a realização de ações de formação e divulgação em cada região e elaborar um plano e um relatório anual de atividades e um plano de atividades trianual.

Enquanto enfermeiro consciente das suas responsabilidades para uma prestação de cuidados e responsáveis que visa a sua segurança e a doente, deve este inteirar-se de todas as normas e orientações emanadas pelo gabinete da PPCIRA. Atividade que não foi descuidada ao longo da realização do estágio. Foi uma preocupação constante o respeito e cumprimento pelas normas e orientações em vigor na instituição e em cada serviço em particular. Para a aquisição desta competência, contribui a prática de cuidados seguros, executados com respeito à norma em vigor e a realização de auditorias (que posteriormente são orientadas para o gabinete da PPCIRA).

Nos serviços (SU, SMI e BO) onde foi realizado o estágio, os doentes encontram-se frequentemente numa situação crítica com falência multiorgânica, a prestação e assistência estes doentes, tem de ser muitas vezes executados no imediato, no entanto, devem ser prestados assegurando a prevenção de infeções, pois se assim não for, podemos causar um agravamento do estado de saúde.

A par de todas as atividades de o enfermeiro executa, que são em função do doente, deve ter sempre em conta a sua individualidade e vulnerabilidade, integrando cuidados técnicos seguros com cuidados humanos de respeito e dignidade pela pessoa, sempre com a máxima preocupação no controlo da infeção, na minimização do risco, na sua segurança e bem-estar.

Finalizando, a aquisição das competências exigidas ao enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, e que formam enumeradas anteriormente, foram a meu ver adquiridas. Considerando tudo o que foi referido anteriormente, com as atividades desenvolvidas durante a realização do estágio e com a avaliação já realizada pelos enfermeiros tutores e orientadores.

### **3. Síntese conclusiva do relatório**

Após reflexão da realização do estágio pelos diferentes serviços (SU, SMI e BO) exponho como uma mais-valia (pontos fortes) uma boa retaguarda teórica ministrada em contexto de sala de aula, com aquisição de conhecimentos científicos e partilha de experiências vividas (pelos formadores) sobre a sua praxis profissional. A presença de um orientador acessível e a disponibilidade do enfermeiro especialista na orientação do aluno. O elevado número de doentes que ocorreram ao SU, de vias verdes (via verde trauma, via verde AVC e via verde coronária, ativadas nos dias em que realizei estágio, enriqueceram a minha experiência. A diversidade dos motivos pelo qual os doentes recorreram ao SU, foi considerado favorável para a aquisição, desenvolvimento e consolidação de conhecimentos baseados na prática e na evidência. No SMI durante a realização do estágio, mês de novembro até cerca de metade do mês de dezembro teve uma elevada taxa de ocupação, com variáveis motivos de internamento, a preocupação de uma distribuição rotativa proporcionou uma ampla experiência com diferentes doentes e diferentes patologias.

Relativamente a pontos fracos, nada a dizer, pelo que não me ocorre nenhuma sugestão de melhoria no que respeita a entidade formadora.

A realização do estágio proporcionou-me um desenvolvimento de competências, nomeadamente de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica (considerando os locais de estágio e a tipologia de doentes que cada um deles recebe). Para esse desenvolvimento contribuíram os enfermeiros tutores (sempre disponíveis e atentos), uma reflexão crítica diária e um esforço pessoal (muita dedicação e estudo). Só assim me foi possível ser capaz de: promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; integrar conhecimentos, na tomada de decisão e gestão de situações complexas; maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; basear a prática clínica especializada na evidência científica; desenvolver conhecimentos aprofundados sobre técnicas, principalmente de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; desenvolver competências técnico-científicas e relacionais como enfermeira especialista no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem ao doente e família a vivenciar uma situação de doença crítica e/ou fim de vida, no contexto de

Urgência/Emergência; criar e manter um ambiente terapêutico e seguro; gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; incrementar metodologias de trabalho eficazes na assistência ao doente e família, que me permitam reagir e intervir em situações inesperadas e complexas; ...

A realização do estágio permitiu-me mais uma vez constatar a complexidade do bem-estar do ser humano e da sua enorme fragilidade, independentemente do sexo, idade, formação académica, profissão. O investimento na formação profissional deve ser motivado pela satisfação em servir/cuidar o próximo, ainda que algumas das vezes a cura para determinado problema de saúde já não seja possível, mas como se costuma dizer “somos pessoas até morrer” e por isso alguém carece de cuidados especializados também.

Para terminar devo referir que as expectativas iniciais para a realização desta formação académica, não ficaram aquém, principalmente quando chegou o momento da realização do estágio. Eram imensos os receios de um novo ambiente de prestação de cuidados, outra tipologia de doentes com patologias e graus de maiores critérios de gravidade em comparação aos que fazem parte da minha rotina de trabalho. Foi extremamente gratificantes superar receios, sentir capacidade e confiança para a minha prática clínica. A realização do estágio proporcionou-me um crescimento pessoal enorme, para além das competências profissionais exigidas ao enfermeiro especialista em médico-cirúrgica.

O conhecimento adquirido, a prestação de cuidados ao doente crítico, avivou mais uma vez a satisfação pessoal e profissional que sinto em ser enfermeira. Relembrou-me a fragilidade do ser humano, quando o seu bem-estar está comprometido, a complexidade das relações humanas e sentimentos e até a generosidade daquele que chegou ao limite da sua vida, que num último momento de vida, deu vida.

A todos os que contribuíram e me proporcionaram um crescimento enquanto enfermeira e ser humano o meu mais sincero obrigado.

## Referências Bibliográficas

- Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série - N.º 153. Ministério da Saúde. Lisboa
- Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro. *Diário da República nº205/96 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- DGS. (2011). Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Lisboa
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2010). *Vigilância e Controlo da Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea: Protocolo. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde*
- Ducel, J.; Fabry, J. Nicolle, L. (2002). Prevenção de infeções Adquiridas no hospital - um guia prático. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/manuais-de-boas-praticas/prevencao-de-infeccoes-adquiridas-no-hospital-um-guia-pratico-pdf.aspx>
- Ferreira, F., Andrade, J., Mesquita A, et al. (2008). Sala de Emergência - Análise e Avaliação de um Modelo Orgânico Funcional. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27 (7-8)
- Fragata, J. (2010). Erro médico: A segurança dos doentes -Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Medicina geral e familiar*, 26 (6)
- Lobão, C. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica: na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. Leiria
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Revista Servir*. 59 (2)
- Paiva, J.; Pina, E.; Silva, M.; Nogueira, J.; Farinha, C.; Rosa, M.; Alves, M.; Martins, J.; Serra, L.; Oliveira, A.; Soares, A. (2014). PORTUGAL - Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em

números (2014). Disponível em [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/ppcira-ppcira\\_2014-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/ppcira-ppcira_2014-pdf.aspx)

- Paz, P., & Dagma, E. (2011). A busca pela formação especializada em enfermagem do trabalho por enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32 (nº1)
- Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho de 2015. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 123/15. Ministério da Saúde. Lisboa
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 135/18 – 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa
- Regulamento n.º 392/2018 de 28 de junho. *Diário da República Diário*, 2.ª série N.º 123. Ministério da Saúde. Lisboa
- Regulamento n.º140/19 de 6 de fevereiro de 2019. *Diário da República*, 2ª série, N.º26. Ministério da Saúde. Lisboa

Anexo II - Instrumento de Colheita de dados – Guião da entrevista

## GUIÃO DA ENTREVISTA

O presente guião de entrevista será aplicado a enfermeiros especialistas em médico-cirúrgica, que exercem funções em cuidados de saúde diferenciados.

### 1. Caracterização sócio demográfica

1.1. Idade: \_\_\_\_\_ (anos)

1.2. Estado Civil: \_\_\_\_\_

1.3. Sexo: M\_\_\_\_F\_\_\_\_ (coloque uma cruz)

1.4. Grau académico

Assinale **todos** os graus académicos que possui utilizando uma cruz (coloque uma ou mais cruces, se for o seu caso)

Licenciatura	Especialização	Pós graduação	Mestrado	Doutoramento

1.5. Tempo de serviço: \_\_\_\_\_ em anos

1.6. É enfermeiro especialista? (assinale com uma cruz) 

Sim		Não	
-----	--	-----	--

1.6.1. Se \_\_\_\_\_ sim, \_\_\_\_\_ qual \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ sua especialidade? \_\_\_\_\_

1.6.2. Há Quanto tempo? \_\_\_\_\_ (em anos)

2. No âmbito da sua atividade profissional, é que de enfermagem, quando pensa em iatrogenia que ideias lhe ocorrem?

2.1. E em iatrogenia em enfermagem?

3. Quando pensa em iatrogenia em enfermagem, que eventos adversos lhe ocorrem?

3.1. Quais são, na sua opinião os mais frequentes?

4. Fale da sua preparação e da sua equipa face a eventos iatrogénicos

5. Na sua opinião quais os fatores que potencializam os eventos iatrogénicos

6. Que estratégias podem ser implementadas para minimizar os eventos adversos

Tema:

Entrevistados

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Duração Prevista: 45 a 55 minutos

<b>Tabela síntese para reforço ao guião da entrevista</b>			
Determinação dos blocos	Objetivos específicos	Formulação das questões	Observações
Bloco A – legitimação da entrevista	Legitimar a entrevista	- Informar os entrevistados sobre os objetivos do trabalho; - Garantir a confidencialidade dos dados obtidos bem como o anonimato dos participantes Solicitar a autorização para a gravação áudio da entrevista -Informar sobre a duração do tempo médio da entrevista	Tempo médio: 2 minutos
Bloco B – caracterização sócio demográfica dos entrevistados	Conhecer os dados de identificação pessoal dos participantes Conhecer a situação profissional (tempo de serviço) dos participantes	Solicitar aos participantes os seus dados sociodemográficos: - Idade, - Estado civil, - Género - Grau académico - Percurso profissional  <u>Questões de reforço:</u> - Para além da licenciatura em enfermagem possui outra formação? Qual?	Tempo médio: 3 minutos
Bloco C – Definição do conceito de iatrogenia e de iatrogenia em enfermagem	Identificar os conceitos associados a iatrogenia e a iatrogenia em enfermagem	Solicitar aos participantes que enunciem as ideias que lhes ocorrem quando pensam em iatrogenia e em iatrogenia em enfermagem. - No âmbito da sua atividade profissional, quando pensa em iatrogenia que ideias lhe ocorrem? - E em iatrogenia em enfermagem?  <u>Questões de reforço:</u> - Entende que a iatrogenia está associada a uma ou mais profissões de saúde (enfermeiros, técnicos de diagnósticos, fisioterapeutas, técnicos de análises sanguíneas) - Com que frequência acha que ocorrem as iatrogenias? -Numa equipa de saúde multidisciplinar, em que profissão acha que ocorrem mais vezes os eventos adversos?	Tempo médio: 15 minutos

		<p>-Entende que as iatrogenias de enfermagem, são sempre reconhecidas como tal? Porquê?</p> <p>- Em que medida pensa que os enfermeiros que os enfermeiros têm em consideração os potenciais riscos das suas intervenções?</p>	
<p>Bloco D – Identificação das iatrogenias em enfermagem e identificação das mais frequentes</p>	<p>Ambiciona avaliar que eventos iatrogénicos de enfermagem são identificados pelos enfermeiros, bem como identificar os mais frequentes</p>	<p>Solicitar aos enfermeiros que enunciem quais são, na sua opinião, os eventos iatrogénicos em enfermagem e quais os mais frequentes</p> <p>- Quando pensa em iatrogenia em enfermagem, que eventos adversos lhe ocorrem?</p> <p>- Quais são, na sua opinião os mais frequentes?</p> <p><u>Questões de reforço:</u></p> <p>- Já alguma vez presenciou ou identificou uma iatrogenia, se sim, qual?</p> <p>- Na sua opinião e no seu contexto profissional, qual ou quais as iatrogenias que ocorrem ou identificam mais frequentemente?</p>	<p>Tempo médio: 10 minutos</p>
<p>Bloco E – Preparação dos enfermeiros face às iatrogenias</p>	<p>Avaliar a preparação do enfermeiro e da sua equipa face à ocorrência de iatrogenias</p>	<p>Solicitar aos enfermeiros que falem da sua preparação e da sua equipa face à ocorrência de eventos iatrogénicos.</p> <p>- Fale sobre a sua preparação e da sua equipa face a eventos iatrogénicos.</p> <p><u>Questões de reforço:</u></p> <p>- Ao longo da sua atividade enquanto profissional alguma fez formação sobre iatrogenias? Ou o tema foi abordado de alguma maneira?</p> <p>- E na sua formação académica?</p> <p>- Achava pertinente esse tipo de formação?</p> <p>- Na sua opinião qual será o principal receio do profissional envolvido no evento iatrogénico?</p> <p>- Quando se verifica a ocorrência de um evento adverso, que tipo de</p>	<p>Tempo médio: 10 minutos</p>

		<p>atitude/comportamento espera dos superiores hierárquicos (enfermeiros chefes ou responsáveis de serviço)? Que tipo de atitude/comportamento já presenciaram?</p> <p>- Alguns estudos, como por exemplo de Ripardo e Brito (2019) apontam para uma subnotificação da ocorrência das iatrogenias. No exercício da sua atividade profissional, acha que isso acontece? Porquê?</p>	
Bloco F-	<p>Pretende-se identificar os fatores que potencializam os eventos iatrogénicos</p>	<p>Solicitar aos enfermeiros que exponham a sua opinião sobre fatores que potencializam os eventos iatrogénicos.</p> <p>- Na sua opinião quais os fatores que potencializam os eventos iatrogénicos?</p> <p><u>Questões de reforço:</u></p> <p>- Na sua opinião a iatrogenia em enfermagem acontece porquê?</p> <p>- Entende que a ocorrência dos eventos iatrogénicos tem apenas uma causa associada ou mais do que uma?</p> <p>- Para além do profissional que comete a iatrogenia, entende que há outro indivíduo responsável pela iatrogenia? Quem?</p>	<p>Tempo médio: 10 minutos</p>
Bloco G -	<p>Perceber que estratégias podem ser implementadas para minimizar os eventos adversos</p>	<p>Solicitar aos enfermeiros que enumerem estratégias/medidas que contribuam para diminuir o nº de eventos adversos.</p> <p>- Que estratégias podem ser implementadas para minimizar os eventos adversos?</p> <p><u>Questões de reforço:</u></p> <p>- Já observou ou identificou alguma iatrogenia em enfermagem? Como entende que esta poderia ser evitada?</p> <p>- De que forma poderiam diminuir os eventos adversos?</p> <p>- Alguma vez, presenciou implementação de medidas que visem a diminuição dos eventos adversos? Quais foram?</p>	<p>Tempo médio: 10 minutos</p>

Anexo III - Consentimento informado, esclarecido e livre



**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PESSOAS COM PLENA  
CAPACIDADE**

**“IATROGENIAS EM ENFERMAGEM NA PERSPETIVA DOS  
ENFERMEIROS”**

Eu (*Nome e Apelido*) \_\_\_\_\_ pude  
colocar questões acerca do estudo.

Recebi informação suficiente acerca do estudo e li a folha de informação que me foi  
entregue.

Falei com a investigadora \_\_\_\_\_ .

Compreendo que a minha participação é voluntária.

Compreendo que posso desistir de participar no estudo:

1. A qualquer momento,
2. Sem ter que dar explicações,
3. Sem que tenha qualquer repercussão negativa.

Aceito voluntariamente participar no projeto e autorizo o uso de toda a informação  
obtida.

Entendo que receberei uma cópia assinada deste consentimento informado.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2020

\_\_\_\_\_  
O(a) participante

\_\_\_\_\_  
A investigadora

Anexo IV - Parecer da Comissão de Ética

Comissão de Ética  
ULSNE, EPE  
Parecer nº. 2/2021

Reunião de 11.02.2021  
Joaquim  
Dr. Carlos Alberto Vaz  
Presidente do  
Conselho de Administração

**Protocolo do estudo:** Iatrogenias em enfermagem na perspetiva dos enfermeiros

A Comissão de Ética, apreciou o pedido de estudo apresentado por uma aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Bragança.

**Objetivos do estudo:**

**Objetivo geral**

1-Identificar as perceções dos enfermeiros acerca das iatrogenias em enfermagem.

**Objetivos específicos**

1-Identificar os fatores, segundo a perspetiva dos participantes, que podem potenciar a ocorrência de iatrogenias;

2- Identificar que estratégias, segundo a perspetiva dos participantes, podem minimizar os eventos adversos.

**Tipo estudo**

Qualitativo de cariz fenomenológico .

**Local e horizonte temporal do estudo**

A entrevista semiestruturada, será aplicada a um Focus Group, na ESS de Bragança, após autorização concedida. O presente método de investigação irá requerer apenas um momento para a colheita de dados, sendo que a data e hora , será definida conforme disponibilidade da amostra.

**Face ao exposto, a CE delibera:**

- Desde que os visados não se importem de colaborar no estudo, nada a opor do ponto de vista ético.

-Compromisso de entrega (preferencialmente em suporte digital) a esta CE de um exemplar do resultado final do estudo.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE, E.P.E. presentes:

Presidente: Dra. Joaquina Baltazar

Dra. Maria de Jesus M. Lopes, Dra. Maria da Luz Guerra, Enfª. Carla Grande, Dra. Manuela Fernandes

Presente ainda para secretariar a reunião: Assunção Moura Esteves

Aprovado em reunião do dia 27/01/2021, por unanimidade.

Anexo V – Comprovativo de submissão e artigo de investigação

## RV21089AI - Iatrogenias em Enfermagem na perspectiva dos Enfermeiros

Detalhes do artigo | Autores | Ficheiros | **Estado da submissão do artigo** | Processo de revisão

**Estado atual**

Ficheiro do artigo	<input checked="" type="checkbox"/>
Ficheiro Termo Único	<input checked="" type="checkbox"/>
Checklist geral	<input checked="" type="checkbox"/>
Checklist - Artigo de Investigação	<input checked="" type="checkbox"/>
Fase de revisão	Fase de Checklist

RV21089AI - Iatrogenias em Enfermagem na perspectiva dos Enfermeiros

Detalhes do artigo | Autores | Ficheiros | **Estado da submissão do artigo** | **Processo de revisão**

1. Precisa de revisão
2. Submetido
3. Pré-Análise
4. Checklist
5. Revisão por Pares
6. Gestor de Artigo
7. Tratamento Técnico e Documental
8. Revisão Final
9. Fase de Tradução
10. Fase de Maquetização e Atribuição de DOI
11. Fase de HTML

**Fase de Checklist**

**Grelha de alterações**

Itens a rever	Alterações a efetuar	Alterações efetuadas ou justificação pela não alteração	Página do texto onde foi feita a alteração
---------------	----------------------	---	--