



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência

Marta Sofia Oliveira Dias

Orientação: Professor Doutor Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência

Nome do Mestrando

Orientação: Professor Doutor Adriano Pedro

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



“A verdadeira viagem da descoberta consiste não em
procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”
(Marcel Proust, 1871-1922)

AGRADECIMENTOS

Ao professor Adriano Pedro pela orientação e disponibilidade durante os períodos de estágio e durante a elaboração do relatório final.

À Professora Dulce Santiago pela orientação durante o estágio final.

À Professora Maria do Céu pela sua disponibilidade e escuta ativa durante todo o percurso formativo.

À Professora Mariana pela sua entrega, incentivo e contributo no meu Processo Erasmus+.

A todos os profissionais do Centro para a Internacionalização e Mobilidade pelo seu profissionalismo e entrega.

Aos Enfermeiros Supervisores Mário Branco, António Chilão, Teresa Borges, Ana Agostinho e Bruna Paiva pela disponibilidade, orientação de todas as atividades desenvolvidas durante os estágios, esclarecimento de dúvidas, acompanhamento e partilha de conhecimentos.

Aos Enfermeiros Chefe José Cequeira, Victoria Barnes e Jose Santos por me terem possibilitado a realização dos estágios nas Instituições das quais fazem parte.

Finalmente, mas não menos importante, ao meu marido pela presença, incentivo, compreensão e constante apoio durante todo o percurso formativo.

RESUMO

A transição de cuidados é um momento crucial que ocorre frequentemente nas Instituições de Saúde, uma vez que permite a passagem de informação de um profissional de saúde para outro, dando continuidade aos cuidados prestados.

Com o presente relatório pretende-se abordar as diferentes etapas de um Projeto de Intervenção, cujo objetivo principal foi garantir uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, promovendo a segurança do doente relativamente às últimas orientações emanadas pela DGS no que diz respeito à Transição de Cuidados, sendo criada uma ferramenta estruturada a ser usada nos momentos de transição de cuidados dos doentes que são transferidos do Serviço de Urgência para outras Unidades de Internamento, avaliando-se o seu cumprimento através da observação direta dos profissionais.

Pretende-se ainda descrever o caminho de aprendizagens percorrido, rumo à aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica, bem como competências de Mestre em Enfermagem.

Palavras Chave: Transição de Cuidados de Saúde; Enfermeiro; Urgência

ABSTRACT

The transition of care is a crucial moment that occurs frequently in Health Institutions, since it allows the passage of information from one health care professional to another, giving continuity to the care provided.

This report intends to address the different stages of an Intervention Project, the main objective of which was to ensure effective communication in the transition of health care, promoting patient safety in relation to the latest guidelines emanated from the DGS as regards the Care Transition, and a structured tool is created to be used in the transition of care of patients who are transferred from the Urgency Service to other Internment Units, evaluating their Through direct observation of professionals.

It is also intended to describe the path of learning, to acquire the skills of the Specialist Nurse in a critical situation, as well as Master's in Nursing.

Keywords: Handover; Nurse; Urgency

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA – *American Psychological Association*
CFIC – Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve
CHUSJ – Centro Hospitalar Universitário de São João
CMFRS - Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul
DGS – Direção Geral de Saúde
ECCO2R – *Extracorporeal CO2 Removal*
ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorpórea
EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica
ESS – Escola Superior de Saúde
EU – Universidade de Évora
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
I-PASS – *Illness, Severity, Patient summary, Action list, Situation awareness and contingency plans, Synthesis by receiver*
IPS – Instituto Politécnico de Setúbal
ISBAR – *Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*
ISOBAR – *Identify, Situation, Observations, Background, Assessment and Action responsibility*
IT – *Information Technology*
ME – Mestrado em Enfermagem
NEWS – *National Early Warning Score*
NHS – *National Health Service*
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAH – *The Princess Alexandra Hospital*
PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
PSC – Pessoa em Situação Crítica
RPI – *Robust Process Improvement*
SAV – Suporte avançado de vida
SBAR – *Situation, Background, Assessment, Recommendation*
SBAR-DR - *Situation, Background, Assessment, Responsibilities and Risk, Discussion and Disposition, Read-back and Record*
SBV – Suporte Básico de Vida
SCI – Serviço de Cuidados Intensivos
SIV – Suporte Imediato de Vida
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SO – Sala de Observação
SR - Sala de Reanimação
START - *Simple Triage and Rapid Treatment*
SU – Serviço de Urgência
SUB – Serviço Básico de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SWOT – *Weakness, Threats, Strnghts and Opportunities*

TJC - *The Joint Commission*

UAG-UCI – Unidade Autónoma de Gestão da Urgência e Cuidados Intensivos

UC – Unidade Curricular

UCIPU – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de Urgência

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	13
1. APRECIACÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS.....	16
1.1. Centro Hospitalar Universitário de São João	16
1.1.1 Estrutura, Recursos Físicos e Materiais	17
1.1.2 Recursos Humanos	18
1.1.3 Análise da Produção de Cuidados	19
1.2. The Princess Alexandra Hospital	20
1.2.1 Estrutura, Recursos Físicos e Materiais	26
1.2.2 Recursos Humanos	31
1.2.3 Análise da Produção de Cuidados	31
1.3. Centro Hospitalar Universitário do Algarve	32
1.3.1 Estrutura, Recursos Físicos e Materiais	33
1.3.2 Recursos Humanos	36
1.3.3 Análise da Produção de Cuidados	37
2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	39
2.1 Fundamentação Teórica do Projeto: Revisão Integrativa	44
2.2 Diagnóstico de Situação.....	55
2.3 Definição de Objetivos.....	56
2.4 Planeamento, Execução e Discussão dos Resultados.....	57
2.5 Avaliação.....	67
3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPeTÊNCIAS.....	71
3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre.....	72
3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre	79
CONCLUSÃO	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

APÊNDICES.....	95
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	96
APÊNDICE B – ANÁLISE SWOT	99
APÊNDICE C – RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	101
APÊNDICE D – CRONOGRAMA	107
APÊNDICE E – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	109
APÊNDICE F – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE.....	111
APÊNDICE G – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO ENFERMEIRO CHEFE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	113
APÊNDICE H – PROPOSTA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	115
APÊNDICE I – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ALUNO.....	139
APÊNDICE J – TERMO DE RESPONSABILIDADE O ORIENTADOR DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO	141
APÊNDICE K – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ORIENTADOR/SUPERVISOR DO CHUA ..	143
APÊNDICE L – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO	146
APÊNDICE M - FERRAMENTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SITUAÇÕES DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE BASEADA NA NORMA Nº001/2017	148
APÊNDICE N – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO	150
APÊNDICE O – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	153
APÊNDICE P – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO MOMENTO FORMATIVO	163
APÊNDICE Q – ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DO MOMENTO FORMATIVO	167
APÊNDICE R - QUESTIONÁRIO PÓS INTERVENÇÃO	172
APÊNDICE S - CHECKLIST PARA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA UTILIZAÇÃO FERRAMENTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SITUAÇÕES DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS.....	175
APÊNDICE T - OBJETIVOS DO ESTÁGIO I	177
APÊNDICE U – OBJETIVOS DO ESTÁGIO FINAL.....	183
APÊNDICE V – ARTIGO CIENTÍFICO	202

ANEXOS	206
ANEXO I – TRAINING AGREEMENT.....	207
ANEXO II – RESPOSTAS FAVORÁVEIS AOS PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAIS.....	210
ANEXO III – PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DO DOENTE 2015-2020	214
ANEXO IV – NORMA Nº 001/2017 DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE	224
ANEXO V – PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE SÉPSIS	233
ANEXO VI – PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE CETOACIDOSE DIABÉTICA	235
ANEXO VII – PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO	239
ANEXO VIII – PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS SOCIAIS	246
ANEXO IX – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	250
ANEXO X– CERTIFICADO DO CURSO SBV.....	252
ANEXO XI - CERTIFICADO DO CURSO SAV	255
ANEXO XII – CERTIFICADO DO CURSO ITLS.....	257
ANEXO XIII– CERTIFICADO DE PRESENÇA NO III CONGRESSO DA SECÇÃO REGIONAL DO SUL	259
ANEXO XIV – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO TRAUMA SIMULATION DAY.....	262
ANEXO XV – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO MASS SHOOTING – INTERVENÇÃO EM SITUAÇÕES MULTIVÍTIMAS.....	264
ANEXO XVI – PROGRAMA MEDICAL RESPONSE TO MAJOR INCIDENTS.....	266
ANEXO XVII – PROGRAMA DE CONFERÊNCIA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO...	268

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 – NEWS.....	28
Figura n.º 2 – NEWS Clinical Risk and Clinical Response.....	29
Figura n.º 3 – Organigrama de Pesquisa.....	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 – Equipa de Enfermagem UCIPU.....	19
Tabela n.º 2 – Distribuição dos Enfermeiros por Turnos e por Setores no PAH.....	31
Tabela n.º 3 – Equipa de Enfermagem no SU do CHUA-Faro.....	37
Tabela n.º 4 - Distribuição dos Enfermeiros por Turnos e por Setores no SU do CHUA-Faro	38
Tabela n.º 5 – Critérios utilizados para a formulação da questão de investigação.....	47
Tabela n.º 6 – Critérios de inclusão.....	48
Tabela n.º 7 – Nível de evidencia e qualidade dos estudos.....	49
Tabela n.º 8 – Conhecimento adquirido pelos Enfermeiros relativo aos documentos norteadores para a Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.....	64
Tabela n.º 9 - Análise da perceção da Equipa de Enfermagem que assistiu à sessão de formação (35 elementos) acerca da ferramenta estruturada usada na transferência de informação dos doentes.....	65

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica, ministrado pela Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde em associação com o Instituto Politécnico de Beja - ESS, Instituto Politécnico de Castelo Branco - ESS Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Portalegre – ESS, Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus , criado pelo aviso n.º 5622/2016 (UE, 2016), o presente Relatório de Estágio, apresenta-se como o produto final de todo o percurso formativo e académico inserido no ME, permitindo a obtenção do título de Especialista em EMC, na vertente da PSC, alcançando também o Grau de Mestre em Enfermagem, após aprovação nas provas de defesa pública do Relatório de Estágio.

O presente relatório, foi realizado no âmbito das Unidades Curriculares: Estágio I e Estágio Final e assume grande relevância, pois é através dele que poderemos relatar e descrever os estágios que foram realizados em três ambientes distintos. Do período compreendido entre 14 de maio a 22 de junho de 2018, num total de 142 horas foi desenvolvido o Estágio I na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de Urgência do Centro Hospitalar Universitário São João, sob a orientação do Professor Doutor Adriano Pedro. A supervisão Pedagógica deste Estágio I ficou encarregue do enfermeiro Mário Branco, detentor do título profissional de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Entre 24 de setembro a 23 de novembro de 2018, num total de 240 horas foi desenvolvida a primeira parte do Estágio Final ao abrigo do Programa Erasmus+ em Inglaterra, no Departamento de Emergência do *The Princess Alexandra Hospital* sob a orientação do Professor Doutor Adriano Pedro e a supervisão Pedagógica ficou encarregue dos enfermeiros Teresa Borges e António Chilão. A segunda parte do Estágio Final, correspondente a 102 horas, destinou-se ao desenvolvimento de um estágio na Urgência de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve que decorreu sob a orientação da Professora Doutora Dulce Santiago e o Relatório decorreu sob a orientação do Professor Doutor Adriano Pedro. A supervisão Pedagógica ficou encarregue das enfermeiras: Ana Agostinho e Bruna Paiva, ambas detentoras do título profissional de especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Neste relatório pretendemos fazer uma análise e uma reflexão acerca da aquisição e desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República 2011), Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em

Situação Crítica (Diário da República, 2018) e Competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem (Diário da República, 2016).

De acordo com Diário da República (2011), Enfermeiro Especialista é o enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, decorrente do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão referentes a um campo de intervenção.

Neste relatório faremos também a descrição do Projeto de Intervenção, de acordo com a metodologia de trabalho de projeto desenvolvida por Ferrito, Nunes, & Ruivo (2010) e como referencial teórico, o Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner (Benner, 2001).

O Projeto de Intervenção desenvolvido “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados no Serviço de Urgência” teve como objetivo aperfeiçoar e atualizar a comunicação entre os enfermeiros nos momentos considerados vulneráveis e críticos, como a transição de cuidados dos doentes. Após uma reunião com o Enfermeiro Chefe e numa reflexão conjunta, percebemos que poderia ser melhorada a comunicação na transição de cuidados de saúde na medida em que as transferências de informação dos doentes se fazem de uma forma não estruturada/padronizada. Tendo em conta que o uso de uma comunicação não estruturada poderá levar a erros, omissões e a uma má interpretação da informação transmitida, podendo por em causa a continuidade do tratamento do doente, propusemos a implementação das novas orientações da Direção Geral da Saúde (DGS, 2017a).

Este relatório tem como objetivo dar a conhecer os locais onde foram desenvolvidos os estágios, dar a conhecer o Projeto de Intervenção desenvolvido no Estágio Final, bem como demonstrar a aquisição de Competências do Enfermeiro Especialista e está dividido em três partes distintas:

A primeira parte do presente documento descreve os diferentes contextos onde se desenrolaram os estágios, bem como o contexto onde foi implementado o Projeto de Intervenção.

A segunda parte diz respeito ao Projeto de Intervenção desenvolvido durante o estágio, fazendo referência às várias fases, começando pelo diagnóstico de situação, a definição de objetivos, geral e específicos, o planeamento e a execução. Além disso, no sentido de serem

concretizados os objetivos específicos, foram desenvolvidas atividades e no final é apresentada a avaliação e os resultados. Antes do Projeto de Intervenção é feita uma fundamentação teórica e uma breve abordagem do modelo teórico que sustenta o desenvolvimento do trabalho.

Por fim, é feita uma análise reflexiva das Competências Comuns (Diário da República, 2011) e Específicas (Diário da República, 2018) do Enfermeiro Especialista, bem como das Competências de Mestre (Diário da República, 2016).

Este documento orienta-se pelas normas de referência bibliográfica da *APA*, na sua edição mais recente (6.^a edição), regendo-se pelo acordo ortográfico vigente e a referência bibliográfica foi feita através da utilização da aplicação de gestão de bibliografia Mendeley.

1. APRECIÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

1.1. Centro Hospitalar Universitário de São João

O Centro Hospitalar Universitário de São João localiza-se na cidade do Porto e presta assistência direta à população das seguintes freguesias: Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar, dentro do concelho do Porto, bem como aos concelhos da Maia e Valongo (CHUSJ, 2017a).

Atua, igualmente, como centro de referência para os distritos do Porto (com exceção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo.

O CHUSJ atua ainda como referência para doentes de áreas geográficas mais alargadas (CHUSJ, 2017a).

O CHUSJ dispõe neste momento de uma lotação oficial de 1.105 camas distribuídas por várias especialidades médicas e cirúrgicas e 45 berços.

O CHUSJ tem como missão prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentimento de pertença de todos os profissionais (CHUSJ, 2017a).

Pretende ser o exemplo na prestação de cuidados de saúde ao nível nacional e internacional, com uma perspetiva de crescimento sustentável, comprometimento, sentido de mudança e diferenciação, ambicionando a criação de valor para todos os seus públicos tornando-se a marca referência no setor da saúde (CHUSJ, 2017a).

No exercício da sua atividade o CHUSJ e os profissionais que constituem a sua equipa de trabalho observam e orientam-se pelos seguintes valores e princípios (CHUSJ, 2017a):

Valores	· Competência · Humanismo · Paixão · Rigor · Transparência · União · Solidariedade · Ambição
Princípios	· Reconhecimento da dignidade e do caráter singular de cada pessoa que o habita. · Centralidade do doente e promoção da saúde na comunidade. · Postura e prática com elevados padrões éticos. · Respeito pela natureza e procura de práticas ecologicamente sustentáveis.

Fonte: (CHUSJ, 2017a)

1.1.1 Estrutura, Recursos Físicos e Materiais

A UAG-UCI é uma estrutura organizacional intermédia do CHUSJ com autoridade e responsabilidade de gestão de ação médica, quer do Serviço de Urgência Geral, quer do SCI (adultos) (CHUSJ, 2017b).

O SU recebe doentes urgentes/emergentes classificados de acordo com a Triagem de Manchester. Dispõe de Bloco Operatório próprio vocacionado para atividade cirúrgica urgente/emergente, composto por 3 salas cirúrgicas e área de recobro. O SU do CHUSJ é diferenciado em Pediátrico e de Adultos, e de Ginecologia e Obstetrícia. No entanto, em algumas das especialidades os serviços são comuns, como é o caso da Estomatologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, que efetuam o atendimento urgente num espaço físico externo à área da Urgência (CHUSJ, 2017a).

O SCI é composto por 3 Unidades de Cuidados Intensivos: Unidade Cuidados Intensivos Polivalente da Urgência (12 camas); Unidade Cuidados Intensivos Polivalente Geral (16 camas); Unidade Cuidados Intensivos de Neurocríticos (10 camas) e 1 Unidade de Cuidados Intermédios da Urgência (13 camas) (CHUSJ, 2017b).

A missão da UAG-UCI centra-se no doente emergente, urgente e crítico, integrando profissionais de elevada qualidade assistencial e promovendo a atividade pedagógica e a investigação (CHUSJ, 2017b).

A UCIPU resulta da progressiva diferenciação de uma área da antiga SO do Serviço de Urgência, no decurso dos anos 80. Encontra-se localizada no piso 1 junto ao SU e Sala de Emergência. Possui 11 camas em *open space*¹ e 1 cama de isolamento com capacidade de isolamento respiratório e/ou protetor. Todas as Unidades estão equipadas com equipamento e tecnologia de monitorização, tanto invasiva como não invasiva: ventilação mecânica invasiva, ventilação mecânica não invasiva, ventilação espontânea, oxigenoterapia de alto fluxo, *extracorporeal membrane oxygenation*² e *extracorporeal CO2 removal*³ venovenosa e veno-

¹ Espaço aberto

² Oxigenação por membrana extracorpórea

³ Remoção extracorpórea de CO2

arterial, técnicas de substituição renal, tanto contínuas como intermitentes, monitorização cardíaca, tensão arterial, oximetria permanente, monitorização invasiva, e terapêutica, bem como de cuidados médicos e de enfermagem diferenciados (CHUSJ, 2017c).

Existe ainda um carro de emergência preparado com todo o material necessário à reanimação cardiorrespiratória.

A UCIPU está integrada no SCI, que tem como missão “o tratamento de doentes em situação de doença aguda ou crónica agudizada, potencialmente reversível e que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminentes ou estabelecidas” (CHUSJ, 2017c).

Grande parte dos doentes provêm do SU com diferentes patologias que carecem de Cuidados Intensivos. Este serviço está dotado das mais modernas tecnologias de monitorização e suporte orgânico, estando creditado pela Ordem dos Médicos como serviço de nível C (nível máximo).

Todos estes espaços clínicos dispõem de janelas e consequente luz natural. Relativamente às áreas não clínicas, a UCIPU dispõe de várias áreas com funções distintas, nomeadamente um gabinete do Enfermeiro Chefe, um gabinete médico, um quarto de repouso, uma sala de formação, uma sala de esterilização, uma sala para auxiliares, uma sala de sujos, áreas de armazenamento de material de uso clínico e equipamentos diversos, espaço de armazenamento de roupa, um espaço de refeições dos profissionais da UCI, que funciona igualmente como copa e uma sala de trabalho que integra um sistema informatizado de dispensa de terapêutica (Pyxis MedStation).

1.1.2 Recursos Humanos

A equipa de enfermagem é constituída por 46 enfermeiros, um Enfermeiro Chefe e uma enfermeira com funções de assessora.

A equipa médica é formada por 7 médicos especialistas de Anestesiologia, Medicina Interna ou Doenças Infecciosas e titulados ou em titulação em Medicina Intensiva (subespecialidade).

No que refere às assistentes operacionais, a unidade é composta por 11 elementos. Há também um administrativo que assegura secretariado próprio.

Tabela n.º 1 – Equipa de Enfermagem UCIPU

Carreira Profissional	Número de elementos
Enfermeiro Chefe	1
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica	18
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação	3
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária	1
Enfermeiros	25
Total de Enfermeiros	48

(Fonte: Do Próprio)

1.1.3 Análise da Produção de Cuidados

Nesta Unidade, os enfermeiros estão divididos em 5 equipas distintas e cumprem os seguintes horários: turno da manhã das 8h00 às 15h00; turno da tarde das 14h30 às 21h30 e o turno da noite das 21h00 às 8h30. É de salientar que no turno da manhã a equipa é composta por 8 elementos, dos quais 2 estão em funções de gestão. Nos turnos da tarde e noite estão presentes 7 enfermeiros, em que 1 deles, assume funções de enfermeiro responsável com um doente a si atribuído. Relativamente ao método de trabalho, todos os enfermeiros prestam cuidados individualizados e têm 2 doentes atribuídos por turno. Das várias equipas que tivemos a oportunidade de acompanhar percebemos que é transversal a partilha de opiniões, o respeito, a cooperação, a flexibilidade, a proatividade, o espírito de interajuda e a confiança mútua entre os profissionais, o que confere ao Serviço, em geral, um ambiente de trabalho favorável à prática profissional. Também com os médicos do serviço há um relacionamento estreito de respeito e confiança.

1.2. The Princess Alexandra Hospital

No Reino Unido, o *National Health System*⁴ surgiu em 1948, no sentido de melhorar a saúde da população, fornecendo assistência médica sem qualquer custo associado (Lale & Temple, 2016). O NHS assenta no Modelo Beveridgeriano, cujos direitos universais se estendem a todos os cidadãos, independentemente da sua condição social. Todos os trabalhadores pagam uma contribuição de seguro nacional, que desde 1975 assumiu a forma de uma percentagem dos lucros, embora são devidos apenas em valores até cerca de 150% dos ganhos médios em todo o país. Os empregadores cobram aos trabalhadores uma contribuição, e também eles contribuem para o seguro nacional. O financiamento é proveniente dos impostos e a gestão é pública, havendo uma uniformização dos benefícios (Abel-Smith, 1992).

O NHS oferece assistência médica abrangente em todo o Reino Unido através de uma estrutura tripartida: cuidados de saúde primários, hospitais e cuidados de saúde comunitários. Nos cuidados de saúde primários existe o sistema de médicos generalistas (médicos de família), que prestam cuidados de carácter preventivo e curativo, encaminhando os doentes para serviços hospitalares especializados, sempre que deles necessitam. Todas as consultas com um clínico geral no âmbito do NHS são gratuitas (United Kingdom, 2018).

Os cuidados primários abrangem também o serviço de estomatologia, serviços farmacêuticos e oftalmológicos. Estes são os únicos serviços do NHS pelos quais as taxas são cobradas, embora pessoas com menos de 16 anos, aposentadas ou com baixo rendimento sejam geralmente isentas. Todos os outros devem pagar taxas que estão abaixo do custo total dos serviços envolvidos (United Kingdom, 2018).

No que se refere aos hospitais, é de salientar que absorvem mais de dois terços do orçamento do NHS. Todo o tratamento hospitalar no âmbito do NHS é gratuito, incluindo consultas com médicos, enfermeiros, medicamentos e cuidados intensivos,

⁴ Sistema Nacional de Saúde

independentemente do tipo de problema médico e dos dias de internamento a que sejam sujeitos (United Kingdom, 2018).

Os cuidados comunitários de saúde têm três funções distintas: fornecer serviços preventivos de saúde; atuar como elo de ligação com o governo local, especialmente em questões de saúde pública; e cooperar com os departamentos de serviços sociais pessoais do governo local para permitir que a saúde e os cuidados pessoais sejam tratados conjuntamente, sempre que possível (United Kingdom, 2018).

Para além destes serviços, o NHS dispõe:

NHS Direto 111:

O serviço do NHS 111 é uma linha telefónica que funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, por uma equipa de consultores totalmente treinados, que para além de fazerem o atendimento da chamada, têm de fazer uma avaliação da gravidade da situação e um aconselhamento. Dependendo da situação, podem apenas, colocar o doente em contacto direto com um enfermeiro, dentista de emergência ou clínico geral. Podem, além disso, fazer a marcação de consulta ou, caso seja necessário, enviar uma ambulância (NHS, 2017).

Centros de Tratamento Urgente:

Centros de Tratamento Urgente são um serviço que está ao dispor da população, quando se tratam de situações de saúde consideradas menos urgentes, que não colocam em risco a vida das pessoas. Estes centros são liderados por um médico generalista e abertos pelo menos 12 horas por dia, todos os dias da semana (incluindo feriados) (NHS, 2018b).

Os doentes podem ser encaminhados a um destes centros pelo NHS 111 ou pelo médico de família (NHS, 2018b).

Condições como entorses, suspeita de fraturas simples, ferimentos simples na cabeça, cortes simples e escoriações, mordidas e picadas, pequenas queimaduras, infeções de ouvidos e garganta, constipações, contração de emergência podem ser tratadas num Centro de Tratamento Urgente (NHS, 2018b).

Linha de Emergência 999:

Segundo NHS (2018a), a Linha de Emergência 999 é uma linha usada quando alguém está gravemente doente ou ferido, podendo incorrer em risco de vida. Este serviço é assegurado por profissionais com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento e o envio dos meios de socorro mais adequados. Situações como perda ou alteração do estado de consciência, dor torácica, dificuldade respiratória, hemorragias, reações alérgicas graves, queimaduras graves deverão ser reportadas a esta linha de emergência para que seja enviada de imediato uma ambulância de emergência (NHS, 2018a).

Juntamente com o NHS, há um sistema de atendimento médico privado, tanto para atendimento nos cuidados primários, como para tratamento hospitalar. No sistema privado, o valor pago dependerá do plano escolhido. Os benefícios incluem: menor tempo de espera para consulta com um especialista, o tratamento pode ser iniciado mais rapidamente, escolha de hospitais particulares e escolha do médico especializado.

No passado dia 5 de julho de 2018 o NHS festejou o seu 70º aniversário e nestes últimos 70 anos houve uma grande transformação na saúde e consequentemente no bem-estar da nação (NHS, 2018c).

“The NHS has provided tremendous medical advances and improvements in public health, which means that we can all expect to live longer lives⁵”.
(NHS, 2018c)

Segundo Duncan & Juliette Jowit (2018), as taxas de mortalidade infantil foram reduzidas em mais de 80% desde 1960, as mortes por derrames e doenças cardíacas caíram acentuadamente, ligadas ao maior uso de medicação preventiva. Além disso, assistiu-se ao declínio do tabagismo, em parte como resultado da implementação de políticas restritivas de fumar em locais fechados.

De acordo com o fundo comunitário dos Estados Unidos da América, o Sistema de Saúde Britânico foi classificado como um dos mais abastados (Duncan & Juliette Jowit, 2018). O NHS

⁵ O NHS proporcionou enormes avanços médicos e melhorias na saúde pública, o que significa que todos podemos esperar vidas mais longas

teve um bom desempenho em termos de justiça, facilidade de acesso, e eficiência administrativa (Duncan & Juliette Jowit, 2018).

Segundo Boseley (2018) o NHS é um dos sistemas integrados de saúde que permite que os doentes sejam rastreados se assim o permitirem. A partir daí todos os doentes perante a mesma condição deverão ser tratados da mesma forma. Por sua vez, nos EUA o tratamento que o doente recebe será em função do seu plano de saúde (Boseley, 2018).

O *Princess Alexandra Hospital* localiza-se na cidade de Harlow Town, pertencente ao distrito de Essex, em Inglaterra. Trata-se de um hospital distrital, que funciona 24 horas por dia e atende a uma população de 258.000 utentes. Tem capacidade para 501 camas e fornece uma diversa gama de serviços especializados para uma população local. É liderado desde maio de 2017 por Alan Burns (presidente) e Lance McCarthy (diretor executivo). Tem uma estação de rádio hospitalar, a Harlow Hospital Radio.

O PAH dispõe das seguintes valências:

Cirurgia:

- Anestesiologia
- Bloco Operatório Central
- Cirurgia de Ambulatório
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Maxilofacial
- Cirurgia Plástica e Reconstructiva
- Cirurgia Vascular
- Estomatologia
- Oftalmologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Otorrinolaringologia
- Urologia

Medicina:

- Cardiologia
- Cuidados Paliativos
- Dermatologia

- Doenças Infeciosas
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Hematologia Clínica
- Medicina Física e de Reabilitação
- Medicina Interna
- Nefrologia
- Oncologia
- Pneumologia
- Reumatologia

Urgência e Medicina Intensiva:

- Urgência Polivalente
- Medicina Intensiva

Psiquiatria e Saúde Mental:

- Psiquiatria

Centro de Imagiologia:

- Radiologia

Centro Materno Pediátrico:

- Pediatria Médica
- Urgência Pediátrica
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Neonatologia
- Ginecologia e Obstetrícia

Centro de Ambulatório:

- Consultas Externas
- Hospital de Dia

The Princess Alexandra Hospital NHS Trust (2018) está comprometido em eliminar a discriminação e promover a igualdade e a diversidade em todos os serviços prestados. Além disso, compromete-se em oferecer um serviço justo, acessível e apropriado, quer para os doentes, quer para os seus familiares.

De acordo com GOV.UK (2013), *NHS organizations have a "general duty of equality"*⁶, devendo:

- Eliminar a discriminação, o assédio e a vitimização e qualquer outra conduta proibida pela Lei da Igualdade.
- Promover a igualdade de oportunidades e boas relações entre pessoas, independentemente do género, raça, cultura ou religião (GOV.UK, 2013).

O PAH pretende prestar os melhores cuidados de saúde, com níveis elevados de competência, excelência e rigor, tendo sempre especial atenção com pessoas mais vulneráveis, fornecendo-lhes a devida proteção (The Princess Alexandra Hospital NHS Trust, 2018a).

Valores	Respeito - Tratar os doentes com educação e respeito.
	Carinho - Colocar sempre os pacientes em primeiro lugar, sendo atencioso e demonstrando compaixão.
	Responsabilidade - Manter uma postura profissional, trabalhando em equipa.
	Comprometimento - Procurar sempre atingir a excelência nos cuidados

Fonte: (The Princess Alexandra Hospital NHS Trust, 2018b)

⁶ As organizações do NHS têm o dever geral de igualdade

1.2.1 Estrutura, Recursos Físicos e Materiais

O Departamento de Emergência funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, providenciando cuidados de emergência a cerca de 78.000 pacientes por ano, dando cobertura a uma ampla área geográfica. Este departamento recebe doentes urgentes e emergentes, que impliquem um diagnóstico e terapêutica não adiáveis, vindos pelos próprios meios, referenciados pelos médicos assistentes ou trazidos de ambulância (The Princess Alexandra Hospital NHS Trust, 2017).

É considerada a porta principal do PAH e foi desenhado para fornecer um ponto de acesso a todos os doentes urgentes e emergentes que necessitem de uma intervenção imediata (The Princess Alexandra Hospital NHS Trust, 2017).

De acordo com The Princess Alexandra Hospital NHS Trust (2017), este departamento compromete-se em admitir, tratar, dar alta ou internar os doentes em tempo útil. Os enfermeiros que trabalham neste serviço são dotados de conhecimentos e competências técnicas e humanas, prestando cuidados de elevada qualidade, quer aos doentes, quer às suas famílias.

Este departamento está organizado da seguinte forma:

*Streaming*⁷

É um serviço de pré-triagem que está na porta principal do Departamento de Emergência que recebe os doentes que se apresentam pelos seus próprios meios. Este serviço funciona sete dias por semana entre as 8:30 e as 21:30 e está sob a inteira responsabilidade de um enfermeiro ou paramédico, altamente treinados e experientes. *Streaming* é um serviço que existe com o intuito principal de alocar os doentes de forma rápida, segura e eficiente às áreas do Departamento de Emergência mais indicadas, face à situação clínica apresentada, garantindo que os doentes receberão os cuidados necessários (Dias, French, & Alliance Members, 2018).

⁷ Transmissão

Um dos objetivos da existência deste serviço é melhorar o desempenho do Departamento de Emergência de forma a cumprir o tempo estipulado pelo NHS “*The operational standard is that at least 95% of patients attending the Emergency Department must be admitted, transferred or released up to four hours*”⁸ (Foundation, 2018).

Este departamento dispõe de uma secretária; um computador e folhas de registo.

Depois de pré-triados, os doentes poderão ser encaminhados para: *Triage*⁹; *Resus*¹⁰; *High Dependency Unit*¹¹; *Low Dependency Unit*¹².

Triage

A *Triage* consiste numa avaliação rápida do doente com base nas queixas apresentadas e mediante a gravidade do seu estado é determinada a prioridade do seu tratamento.

Neste serviço estão enfermeiros ou paramédicos treinados e experientes, dos quais um deles tria exclusivamente doentes trazidos por ambulâncias.

Cabe ao profissional que tria: receber os doentes e fazer a sua avaliação inicial (sinais vitais) e sempre que assim se justifique fazer eletrocardiograma. O enfermeiro ou paramédico tem autonomia para administrar analgésicos e fazer os pedidos de exames complementares de diagnóstico que considera relevantes.

O sistema de triagem utilizado é o *NEWS2 (National Early Warning Score*¹³), através do qual se classifica a gravidade da situação de cada doente que recorre ao Departamento de Emergência.

O *NEWS2* trata-se de uma escala usada quer na triagem, quer em todos os serviços do PAH. O *NEWS* foi criado em 2012 e tem sido amplamente implementado em todo o NHS. O

⁸ O padrão operacional é que pelo menos 95% dos pacientes que frequentam o Departamento de Emergência devem ser admitidos, transferidos ou dispensados até quatro horas

⁹ Triagem

¹⁰ Reanimação

¹¹ Unidade de alta dependência

¹² Unidade de baixa dependência

¹³ Pontuação Nacional de Aviso Prévio

NEWS é recomendado para determinar a urgência da resposta clínica e a competência clínica do médico que a irá assumir, de acordo com a gravidade da doença (Royal College of Physicians, 2017).

Segundo Royal College of Physicians (2017) o *NEWS* consiste numa abordagem útil e pragmática na medida em que permite a padronização do registo, pontuação e alterações nos parâmetros vitais dos doentes. É considerado um sistema de deteção precoce que, quando corretamente usado, permite identificar a deterioração atempada dos doentes.

O *NEWS* baseia-se num sistema de pontuação mediante a avaliação de seis parâmetros, atribuindo um valor de 0 a 3, mediante a alteração dos sinais vitais:

- Frequência respiratória
- Saturação de oxigénio
- Temperatura
- Pressão arterial sistólica
- Frequência cardíaca
- Nível consciência

Figura nº 1 - NEWS

NHS Early Warning Score (NEWS)							
Physiological parameters	3	2	1	0	1	2	3
Respiration rate	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Oxygen Saturations	≤91	92-93	94-95	≥96			
Any Supplemental Oxygen		Yes		No			
Temperature	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Systolic BP	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Heart Rate	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Consciousness Level				A			V,P,U

(Fonte: Documento interno da instituição PAH)

De acordo com a pontuação adquirida no *NEWS*:

Um doente com a pontuação de 0 deverá ser avaliado nas próximas 12 horas; um doente com a pontuação de 1-4 deverá ser avaliado entre 4 a 6 horas; um doente com a pontuação de

5-6 deverá ser avaliado de hora a hora; e um doente com pontuação igual ou superior a 7 deverá ser avaliado de forma contínua.

Figura nº 2 – NEWS: Clinical Risk and Clinical Response¹⁴

NEWS Clinical Risk and Clinical Response			
News Score	Clinical Risk	Frequency Of Monitoring	Clinical Response
0	-	Minimum 12 hourly	Continue routine NEWS monitoring with every set of observations.
Total: 1-4	Low	Minimum 4-6 Hourly	- Inform registered nurse who must assess the patient. - Registered nurse to decide if increased frequency of monitoring and/or escalation of clinical care is required.
Total: 5 or more Or Score of 3 in a single parameter	Medium	Increase Frequency to a Minimum of 1 hourly	- Registered nurse to urgently inform medical team caring for patient using SBAR referral for deteriorating patient. - Urgent assessment by a clinician with core competencies to assess acutely ill patients. - Discussion with CCOT. Contact via Bleep 901. - Clinical care in an environment with monitoring facilities.
Total: 7 or more	High	Continuous monitoring of vital signs	- Registered nurse to immediately inform the medical team caring for the patient (Registrar or higher). - Emergency assessment by clinical team with critical care competencies, which also includes a practitioner/s with advanced airway skills (Registrar or higher). - Assessment by CCOT. Contact via Bleep 901. - Consider the need for higher dependency care (ITU/HDU).

(Fonte: Documento interno da instituição PAH)

O NEWS contribui para uma maior segurança e melhoria dos resultados clínicos dos doentes através da padronização da avaliação e classificação dos sinais vitais no NHS (Royal College of Physicians, 2017).

Neste serviço trabalham também técnicos auxiliares de saúde, que trabalham em equipa com o enfermeiro ou paramédico, procedendo à colocação de cateteres venosos periféricos, colheitas de sangue e eletrocardiogramas.

A Triage tem disponíveis 5 computadores portáteis (3 atribuídos aos enfermeiros ou paramédicos e 2 atribuídos a técnicos auxiliares de saúde); 5 monitores sinais vitais; 1 monitor desfibrilhador; 1 carro de emergência; 4 macas; 2 cadeirões; 2 eletrocardiógrafos e 1 máquina de gasimetria.

Resus

Esta sala destina-se a receber, avaliar e estabilizar doentes emergentes, em que existe risco de vida ou compromisso de funções vitais, que necessitam de intervenção imediata.

¹⁴ Pontuação Nacional de Aviso Prévio: Risco Clínico e Resposta Clínica

É uma sala de emergência, onde trabalham enfermeiros ou paramédicos e quatro médicos. Esta sala está organizada por boxes individuais.

Esta sala dispõe de 4 macas; 4 monitores desfibrilhadores; 2 ventiladores; 4 monitores sinais vitais; 1 compressor automático externo; 4 carros de emergência; 4 aspiradores fixos; 2 eletrocardiógrafos; 8 seringas infusoras; 1 ecógrafo; 3 computadores; frigorífico para medicação; 1 bomba de pressão para soros; 3 aquecedores corporais; 1 plano duro; 4 aspiradores portáteis; 2 armários de medicação; 1 máquina de gasimetria; 3 lâmpadas cirúrgicas e 1 *optiflow*.

*Majors*¹⁵

É uma sala de observação e vigilância de doentes agudos de curta permanência.

Esta sala é composta por 17 boxes, quatro das quais são totalmente fechadas e uma delas está adaptada a doentes com alterações do foro psiquiátrico (sem mobiliário e com sistema de alarme).

Aqui trabalham médicos, técnicos auxiliares de saúde e enfermeiros, dos quais um deles desempenha funções de *In Charge*¹⁶.

As 17 boxes estão dotadas de monitor de sinais vitais, rampa de oxigénio e aspirador. Esta área tem 2 casas de banho; 1 sala de sujos; 1 sala de limpos; 1 sala de arrecadação de medicação; 1 carro de emergência; sala de RX.

*Miners*¹⁷

Este espaço é reservado a doentes com um nível baixo ou intermédio de prioridade. Aqui trabalham enfermeiros, médicos e técnicos auxiliares de saúde. Esta sala é composta por 8 boxes com macas e uma zona de lugares sentados.

¹⁵ Sala de observação de doentes que exigem monitorização

¹⁶ Responsável de turno

¹⁷ Sala de observação de doentes que não exigem monitorização

Cada boxe é dotada de maca, monitor de sinais vitais e rampa de oxigénio; 9 cadeirões com acesso a rampa de oxigénio; 1 carro de emergência; 1 máquina de teste sumário de urina; 2 monitores portáteis.

1.2.2 Recursos Humanos

O Departamento de Emergência é composto por uma equipa de 42 enfermeiros e 2 *matrons*¹⁸. Em cada turno estão presentes 12 médicos e 5 técnicos auxiliares de saúde. Apresenta também administrativos, funcionários de serviço de higiene, limpeza e vigilantes.

Tabela n.º 2 - Distribuição dos enfermeiros por turnos e por setores no PAH

	Dia	Noite
Enfermeiro <i>in charge</i>	1	1
<i>Streaming</i>	1	
<i>Triage</i>	3	3
<i>Resus</i>	2	2
<i>Majors</i>	5	4
<i>Miners</i>	3	2

(Fonte: Do próprio)

1.2.3 Análise da Produção de Cuidados

Relativamente à organização da equipa de enfermagem, cada enfermeiro assegura um diferente setor no Departamento de Emergência, estabelecido pelo enfermeiro *In Charge*, que elabora um plano do turno em questão.

O início do turno é feito numa sala de *handover*¹⁹, onde se reúnem todos os enfermeiros que vão entrar ao serviço, juntamente com o enfermeiro *In Charge* do turno anterior, que faz a devida transição de informação de assuntos relevantes do turno anterior.

¹⁸ Oficial de enfermagem sénior

¹⁹ Passagem de turno; transição de cuidados

Após o *handover*, o enfermeiro *In Charge* faz a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes setores do Departamento de Emergência, que depois se dirigem para a sua área e aí é feita a transição de informação dos doentes. Relativamente aos horários dos turnos: o turno do dia inicia às 7h30 e termina às 20h30. O turno da noite tem início às 20h30 e termina às 8h00.

1.3. Centro Hospitalar Universitário do Algarve

O Centro Hospitalar do Algarve E.P.E., criado pelo Decreto-Lei n.º 69/2013, de 17 de maio, resultou da fusão entre o Hospital de Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Hospital de Portimão e Hospital de Lagos) (Centro Hospitalar Universitário do Algarve, 2019b). Em 2017, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 101/2017, de 23 de agosto, foi alterada a sua designação para Centro Hospitalar Universitário do Algarve EPE. Além disso, foram para este hospital transferidas as competências da Administração Regional de Saúde do Algarve IP referentes ao Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul. Assim sendo, numa perspetiva de utilização mais eficiente dos recursos disponíveis, com ganhos de racionalidade e qualidade, passou a estar a seu cargo a manutenção e conservação do edifício, bem como a realização de prestações de cuidados de saúde especializados de medicina física e de reabilitação, mediante internamento e ambulatório, à população da área geográfica dos distritos de Faro e Beja, podendo ainda alargar os cuidados à população pertencente a outros distritos, caso haja disponibilidade (CHUA, 2019b).

O CHUA, integrado no SNS, é composto por três unidades hospitalares: Faro, Portimão e Lagos e por quatro SUB: Vila Real Santo António, Loulé, Albufeira e Lagos. Para além de ser uma unidade hospitalar de referência no SNS, fomenta o desenvolvimento de atividades de formação e ensino pré, pós-graduado e de investigação, pelo que adotou a denominação Centro Hospitalar Universitário (CHUA, 2019b).

Missão

Carateriza-se como uma das unidades hospitalares de referência no SNS, assumindo a responsabilidade direta pela prestação de cuidados de saúde diferenciados aos 16 concelhos do Algarve. Paralelamente, a unidade de saúde algarvia desenvolve um importante trabalho na

área da formação contínua dos profissionais de saúde, colaborando ainda, através de vários protocolos, com universidades e cursos nas áreas médicas de enfermagem e das ciências da saúde (CHUA, 2019a).

Valores

- Trabalho em prol do Utente, respondendo às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas disponíveis;
- Trabalho em Equipa, favorecendo um clima organizacional positivo, dinâmico e inovador, que propicie o elevado desempenho dos profissionais;
- Aposta na Inovação;
- Gestão Participativa, de acordo com a qual é valorizada a satisfação tanto dos profissionais, como dos doentes;
- Orientação para os Resultados, assumindo um comportamento socialmente responsável e coerente para todas as partes (CHUA, 2019a).

1.3.1 Estrutura, Recursos Físicos e Materiais

De acordo com o Diário da Republica (2006), o Despacho nº 18459/2006, de 12 de setembro, prevê a existência de uma rede articulada do SU com três níveis de atendimento, com diferentes características e diferentes níveis de resposta: SUP, SUMC e SUB, pretendendo obter ganhos em saúde que uma rede devidamente organizada, qualificada e amplamente divulgada e conhecida pode promover ao orientar a procura direta do nível de cuidados adequados à situação específica de urgência/emergência (Diário da Republica, 2006, pp.18611).

Em 28 de Fevereiro de 2008, surgiu o despacho n.º 5414, com vista a apoiar o processo de requalificação das urgências, sendo identificado também o Serviço de Urgência do Hospital de Faro, como SUP, serviço este como um nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência (Diário da Republica, 2008) e (Diário da Republica, 2006). Tem como missão prestar cuidados de saúde em situação de urgência/emergência ao utente/família 365/7 dias por ano, 24h por dia, satisfazendo as necessidades e expectativas dos utentes.

De acordo com o despacho referido anteriormente, o SUP do CHUA dispõe das seguintes valências:

- Medicina Interna;
- Cirurgia Geral;
- Ortopedia;
- Imuno-hemoterapia;
- Anestesiologia;
- Bloco Operatório;
- Imagiologia;
- Patologia Clínica;
- Medicina Física e de Reabilitação;
- Cardiologia e Cardiologia de Intervenção;
- Neurologia;
- Oftalmologia;
- Otorrinolaringologia;
- Urologia;
- Nefrologia;
- Medicina Intensiva;
- Gastroenterologia;

Garante articulação com as urgências específicas de pediatria, obstetrícia e psiquiatria.

O SUP ocupa a ala poente do 2º piso do edifício principal e está organizado em três áreas distintas:

- Área da prestação de cuidados;
- Área administrativa;
- Área de apoio.

O setor da área da prestação de cuidados está dividido por:

- Sala de espera para Triage (Verdes e Azuis) local onde é efetuado o primeiro contato com o utente, através da admissão.

- Gabinete de Triagem, onde é atribuída uma prioridade identificada através de um código de cores, baseado no protocolo de Triagem de Manchester.
- Sala de Espera Amarelos-Laranjas (Sala 1)
- Sala de Reanimação, direcionada para a prestação de cuidados de saúde a utentes em situação clínica crítica. Localizada junto do gabinete de triagem, com uma capacidade máxima de 3 utentes, dispondo também de uma antecâmara para avaliação do utente de acordo com o fluxograma de entrada na Sala de Reanimação. Esta sala dispõe do seguinte material: 2 carros de emergência, 3 monitores cardíacos, 2 monitores desfibriladores, 4 bombas e 4 seringas infusoras, 2 ventiladores com capacidade de ventilação não invasiva, 2 ventiladores invasivos e 1 sistema informatizado de dispensa de terapêutica (Pyxis MedStation).
- Balcão Médico-Cirúrgico 1:
 - ✓ Balcão de Enfermagem (Salas 3 e 4), direcionado para utentes que conseguem deambular ou que permanecem em cadeira de rodas. Também possui cadeirões para vigilância dos utentes que já tenham sido observados na consulta clínica e que ainda possuam critérios clínicos para permanecer na mesma e que simultaneamente precisem realizar tratamentos farmacológicos. Ambas as salas dispõem de rampas de ar e oxigénio.
 - ✓ Balcão Médico (Salas 5 e 6). Ambas as salas estão munidas de rampas de ar e oxigénio para uma possível utilização em situação de catástrofe e multivítimas;
- Sala Trauma (Sala 7)
- Sala Otorrinolaringologia e Oftalmologia (Sala 8)
- Sala de Pequena Cirurgia (Sala 9), recebe utentes a necessitar de cuidados do foro cirúrgico.
- Sala de Espera para Especialidade Cirúrgicas (Sala 10)
- Sala de Ortopedia (Sala 11)
- Decisão Clínica
 - ✓ Unidade de Reanimação (Box n.º 1 e 2) permite assegurar o atendimento rápido nas manobras de reanimação aos utentes que se encontram em qualquer área da decisão clínica, articulando-se se necessário com a sala de reanimação.
 - ✓ Observação (Box n.º 3 a 6), unidade que permite um internamento temporário no SUP de utentes instáveis, dispondo este mesmo local de monitorização car-

diorrespiratória não invasiva, para pessoas em risco de desenvolver disfunção/falência de órgão. Esta unidade dispõe do seguinte material: 1 carro de emergência, 4 monitores cardíacos, 1 monitores desfibriladores, 4 bombas e 4 seringas infusoras, 2 ventiladores com capacidade de ventilação não invasiva e 1 sistema informatizado de dispensa de terapêutica (Pyxis MedStation).

- ✓ Internamento (Box n.º 7 a 11), unidade que permite um internamento temporário no SUP de utentes estáveis, mas que ainda não disponham de vaga nos respetivos serviços.
- ✓ Balcão Médico-Cirúrgica 2 (Box nº 12 a 24 e A a H), utentes a necessitar de permanecer no leito, independentemente da cor da triagem.
- Unidade de Cuidados Intermédios do SUP, capacidade de internamento de 10 utentes, equipada com monitores de multi-parâmetros em todas as unidades, rampas de oxigénio, vácuo e ar comprimido. Esta unidade dispõe do seguinte material: 1 carro de emergência, 10 monitores cardíacos, 1 monitor desfibriladores, 20 bombas e 20 seringas infusoras, 1 ventilador invasivo e 1 sistema informatizado de dispensa de terapêutica (Pyxis MedStation).

O setor da área administrativa está dividido por:

- Posto de atendimento do SU
- Secretariado
- Gabinete do Administrador Hospitalar
- Gabinete do Enfermeiro Chefe
- Sala de Reuniões/pausa
- Gabinete Médico da Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Urgência
- Núcleo de Transportes

1.3.2 Recursos Humanos

O SUP é composto por uma equipa multidisciplinar dispondo de médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde de dimensão e especialização adequada, necessária ao atendimento da população da respetiva área de influência, preparados para proporcionar assistência

diferenciada aos utentes. Apresenta também administrativos, funcionários de serviços de higiene, limpeza e vigilantes.

Relativamente à equipa de enfermagem, a mesma é composta por 93 elementos, incluindo o enfermeiro a desempenhar funções de chefia e uma enfermeira a desempenhar funções de gestão do serviço, ambos em regime de horário fixo, conforme discriminado na tabela nº 3.

Tabela n.º 3 - Equipa de Enfermagem do SU do CHUA-Faro

Carreira Profissional	Número de elementos
Enfermeiro Chefe	1
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica	4
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação	3
Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária	2
Enfermeiros	82
Total de Enfermeiros	93

(Fonte: Do Póprio)

1.3.3 Análise da Produção de Cuidados

A distribuição dos enfermeiros pelos diferentes turnos segue em regra a seguinte distribuição: manhã (8h-16h) 16 elementos, tarde (15:30h-00h) 16 elementos e noite (23:30h-8:30h) 13 elementos. Cada enfermeiro é distribuído por posto de trabalho, onde são responsáveis pela prestação de cuidados, à exceção de um elemento que fica com a função de enfermeiro responsável, denominado chefe de equipa, com reconhecida competência e capacidade de gestão de cuidados, de recursos humanos e recursos materiais. À exceção do turno da noite, que fica alocado à sala de reanimação, este elemento não tem setor atribuído. (Tabela n.º 4).

Tabela n.º 4 - Distribuição dos enfermeiros por turnos e por setores do SU do CHUA-Faro

	Noite	Manhã	Tarde
Chefe de Equipa	1	1	1
SR	1	1	1
Triagem	1	1	1
Cirurgia/ORL	1	1	1
Ortopedia/Oftalmologia	1	1	1
BMC 1	2	2	2
BMC 2	2	2	2
S.O.	2	3	3
O.B.S.	1	1	1
UCINT	3	3	3

(Fonte: Do próprio)

Os turnos são rotativos, onde está definido pela chefia, que cada enfermeiro agregado à SO é responsável por um máximo de 10 utentes no período diurno e 15 no período noturno. Nos restantes setores o enfermeiro é responsável por todos os utentes alocados aos respetivos serviços, sem número limite estabelecido. Pode-se assim verificar, que o método de distribuição do trabalho utilizado no SUP é o de enfermeiro alocado ao posto de trabalho, sendo que a prestação de cuidados é realizada de acordo com o método individual de trabalho. No entanto, sempre que se verificam situações de emergência, é necessário mobilizar enfermeiros para este respetivo setor, sendo visível a interação, interajuda e partilha de responsabilidades entre a equipa.

2. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Sendo o enfermeiro especialista de acordo com Diário da República (2011) um profissional com competências clínicas especializadas e um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, é esperado que faça a boa gestão e colabore em programas de melhoria contínua.

Face a isto, é importante que o enfermeiro mantenha uma atualização constante, quer de conhecimentos, quer de boas práticas, na medida em que este desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e no suporte de iniciativas estratégicas institucionais. De acordo com Diário da República (2015), cabe ao enfermeiro especialista assegurar e garantir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados, sendo para isso importante a existência de uma política de formação contínua, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade da intervenção especializada.

Assumindo a segurança como um fator de elevada importância para a qualidade em saúde, foi introduzido na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, seguindo as recomendações do Conselho da União Europeia de 9 de junho de 2009, publicado em Diário da República no Despacho nº1400-A/2015 de 10 de fevereiro de 2015 (Diário da Republica, 2015).

Este plano consiste essencialmente numa ferramenta de apoio a gestores e clínicos do SNS, no que concerne à gestão do risco associado aos cuidados de saúde. Um dos objetivos estratégicos deste plano, compreende o aumento da segurança na comunicação, sendo esta considerada um pilar fundamental na garantia da segurança do doente, principalmente nos momentos de transição de cuidados dos doentes, que são “consideradas situações vulneráveis para o doente, pela sua natureza de alto risco, uma vez que são ocasiões de grande exigência, no que diz respeito à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde” (DGS, 2017a).

A proposta de elaboração de um Projeto de Intervenção no âmbito da UC-Estágio Final com vista à aquisição de competências de ME permite dar resposta a estes pressupostos, através da identificação de um problema real e na determinação de estratégias e intervenções que possam resolver ou minimizar os problemas inicialmente identificados (Ferrito et al., 2010).

O Projeto desenvolvido terá como foco principal a temática da Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados dos doentes que são transferidos do SU para uma Unidade de Internamento, com recurso à técnica ISBAR (*Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation*²⁰)

De acordo com Ferrito et al. (2010) “esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência”. Constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática (Ferrito et al., 2010, pp.3).

Assim, assume-se a metodologia de projeto como linha orientadora deste Projeto de Intervenção a ser implementado no SU - Faro do CHUA, nas suas 5 etapas: Diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento e execução, avaliação e divulgação dos resultados. Para além destas etapas, considera-se essencial fazer uma breve fundamentação teórica da referida intervenção.

Consideramos importante neste ponto de desenvolvimento do trabalho fazer uma breve descrição da teoria que serve como base concetual ao Projeto de Intervenção. “De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem”, desenvolvida por Patricia Benner (2001), enfermeira detentora de uma vasta experiência clínica, incluindo médico-cirúrgica, cuidados intensivos, cuidados de saúde ao domicílio, ensino universitário e palestrante Benner (2001).

São várias as teorias existentes relativamente à profissão de enfermagem. Segundo Peterson & Bredow (2013), as teorias tornam as profissões únicas e distintas. O desenvolvimento de uma teoria envolve o conteúdo e o processo. É um conjunto de conceitos interligados, que são construídos, utilizando uma variedade de processos (Peterson & Bredow, 2013). Há uma relação dinâmica entre teoria, investigação e prática. A investigação é a fonte do desenvolvimento da teoria e a teoria é a fonte das questões de investigação. A teoria é utilizada para a melhoria da prática e a prática é utilizada para refinar a teoria (Peterson & Bredow, 2013).

De entre as várias teorias e modelos da enfermagem, o modelo de Benner é o que melhor se enquadra no nosso trabalho, permitindo-nos dar sustento à nossa preocupação em

²⁰ Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendações

torno da comunicação eficaz na transferência de informação dos doentes, promovendo a sua segurança e excelência na continuidade dos cuidados prestados. De acordo com esta autora a experiência profissional é adquirida com a prática ao longo do tempo e o conhecimento e as competências de um enfermeiro poderão fazer a diferença nos resultados do doente (Benner, 2001).

A sua teoria serviu como alicerce para o nosso trabalho, na medida em que só um enfermeiro com determinado nível de experiência profissional poderá estar desperto para questões como a segurança do doente, na medida em que perante a sua elevada experiência e o seu vasto domínio vai transformando a sua competência. e, face à aquisição de uma nova competência, a sua perceção é modificada (Benner, 2001, pp.39). Um enfermeiro com um domínio intuitivo desenvolvido, permitindo a identificação das situações clínicas e saber estabelecer soluções alternativas. O Enfermeiro Perito consegue fazer o reconhecimento dos padrões com base na sua experiência profissional passada. As linhas orientadoras da prática da enfermagem perita são: “domínio clínico e uma prática baseada na investigação; o “know-how” incorporado; ver a situação no seu todo e ver o inesperado”(Benner, 2001).

De acordo com a descrição que Benner faz do Enfermeiro Perito, penso que é o que melhor se enquadra no perfil do enfermeiro especialista, pois prevê-se que possua conhecimentos técnicos, tome decisões, comunique eficazmente, seja flexível, responsável e criativo, possua espírito crítico e de iniciativa, bem como uma conduta ética e deontológica (Benner, 2011).

Além de fazer abordagem ao Enfermeiro Perito, a autora faz referência a outros níveis de desenvolvimento do enfermeiro, baseando-se no modelo de aquisição de competências de Dreyfus, que assenta em 5 fases distintas:

1 - Principiante - aplica-se por norma a estudantes de enfermagem, que cumprem normas e centram-se nas regras, não conseguindo ainda estabelecer prioridades. Benner, considera que também neste grupo podem ser incluídos enfermeiros com elevado nível de competência numa área prática, mas principiantes quando colocados numa área ou situação desconhecida (Benner, 2001);

2 - Principiante Avançado - aplica-se a enfermeiros recém-formados, que assumem a responsabilidade pela gestão dos cuidados do doente, no entanto ainda dependem da ajuda de profissionais mais experientes. “As enfermeiras no nível de principiante

avançado vêm as situações clínicas como um teste às suas capacidades e as exigências da situação colocadas sobre elas em vez de na necessidade e resposta do doente”. Ainda se deparam com dificuldades no estabelecimento de prioridades (Benner, 2001).

3 - Competente - advém da aprendizagem a partir de situações da prática corrente. Assume grande importância na aprendizagem clínica, porque o enfermeiro nesta fase deve reconhecer os padrões e determinar os elementos que requerem a sua atenção e aqueles que poderão ser adiados. No entanto, ainda não adquiriu a velocidade de decisão e ação que certas situações exigem (Benner, 2001).

4 - Proficiente - nesta fase prevê-se um grande envolvimento do enfermeiro com o doente e respetiva família. Com base nos seus conhecimentos precedentes, passa a ter um domínio intuitivo nas situações clínicas que lhe são apresentadas, conseguindo reconhecer e responder de forma eficiente às situações com que se depara (Benner, 2001). De acordo com os vários estudos de investigação levados a cabo por Benner (2001), considerou-se que a “teoria deriva da prática e a prática é alterada ou alargada pela teoria” (Tomey & Alligood, 2002, p.187).

“À medida que o enfermeiro ganha experiência, o conhecimento clínico torna-se uma mistura de conhecimento teórico e prático” (Tomey & Alligood, 2002, pp.188). Considera-se, segundo o modelo de Dreyfus que a competência é reforçada com base nas experiências profissionais (Tomey & Alligood, 2002).

Benner (2001) é defensora de que a prática competente da enfermagem excede os limites da teoria formal, pois há sempre muito mais para qualquer situação do que é previsto pela teoria.

De acordo com Benner (2001, pp 32), a perícia vai-se desenvolvendo à medida que o clínico vai testando propostas, hipóteses e expectativas fundadas em situações da prática real. É defensora que a perícia advém da experiência, alegando que a solução encontrada por um enfermeiro proficiente ou perito para a resolução de um determinado problema será diferente de um enfermeiro principiante ou competente. Esta diferença pode estar atribuída ao saber fazer adquirido e ao juízo clínico (Benner, 2001) e (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011).

O enfermeiro foi educado para acreditar que o pensamento, raciocínio e juízo na prática clínica são a base do processo de enfermagem. Todas as etapas do processo de enfermagem

ocorrem numa sequência lógica na prática. O enfermeiro perito perante uma situação que lhe é familiar, diagnostica e inicia tratamentos no momento que reconhece o problema clínico (Benner, 2011).

O enfermeiro entende de forma intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos, agindo a partir da compreensão da situação na sua globalidade (Benner, 2001, pp.58).

Consideramos a abordagem da obra de Benner (2001) útil e pertinente para o desenvolvimento da temática deste trabalho, na medida em que se debruçou na enfermagem a partir de factos concretos e objetivos, afastando-se de descrições meramente teóricas consideradas ideais, mas muitas vezes descontextualizadas.

Benner e Wrubel deram o seu contributo com a sua teoria e o seu paradigma científico para que a investigação em enfermagem adquirisse maior credibilidade. Consideraram que o corpo e a mente não são entidades separadas e distintas, mas interdependentes e inseparáveis (Benner & Wrubel, 1989). Todos os cuidados são centrados no doente, sendo este o nosso foco de atenção (Tomey & Alligood, 2002).

Benner (2001) considera que o conhecimento e as competências de um enfermeiro poderão fazer a diferença nos resultados do doente. Aos enfermeiros é exigida a excelência do exercício, fazendo uso da sua experiência profissional para se tornarem melhores cuidadores da pessoa, observando-a de forma holística, tornando-os mais perspicazes a diagnosticar situações potencialmente críticas.

De acordo com Benner (2011), as competências comunicacionais e o trabalho em equipa deverão ser desenvolvidas, nomeadamente comunicação sobre transições clínicas, para que possam ser tomadas decisões clínicas sólidas em situações mais delicadas da prática. Neste domínio, defende também a mudança da prática e o desenvolvimento de novo conhecimento. Além disso, outro domínio da sua prática é a manutenção da segurança do doente através da monitorização da qualidade e gestão e prevenção de situações inesperadas, no qual Benner (2011) identifica seis aspetos da prática do enfermeiro experiente quando se depara com erros: influência na gestão de situações de erro; melhoria da qualidade, monitorização e gestão de risco; ajuste da prática para evitar riscos iminentes; trabalho de equipa na resolução de conflitos; promoção de alterações no sistema para evitar novos erros; aceitação das quebras na prática – prevenir erros é fundamental no papel do enfermeiro.

O juízo clínico e tomada de decisão estão sempre presentes em toda a teoria de Benner (2011). Dado a linha de estudo onde o Projeto de Intervenção se insere, os domínios postulados pela teoria encontram-se perfeitamente integrados na fundamentação do Projeto e na breve concetualização centrada na Comunicação Eficaz como elemento fundamental na Segurança do doente, que se enuncia no ponto seguinte.

2.1 Fundamentação Teórica do Projeto: Revisão Integrativa

A DGS, na Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, aponta como fator humano contribuinte do erro, a comunicação. Uma comunicação pouco precisa, poderá levar a falhas nos cuidados de saúde, colocando em causa a segurança do doente, pelo que é necessário que o profissional de saúde deva aprimorar a eficácia da comunicação, devendo saber quando falar, o que dizer e como dizer, confirmando a receção da informação (DGS, 2011).

O tema que decidimos abordar emerge do diagnóstico de situação feito no SU de Faro, local onde foi realizado o ensino clínico.

Através de uma entrevista informal realizada com o Enfermeiro Chefe e outros elementos do SU na qual se discutiam alguns aspetos que poderiam ser melhorados no serviço, foi abordado o tema da Comunicação Eficaz. De acordo com a relevância e destaque que esta temática tem assumido nos dias de hoje no âmbito da saúde, através de inúmeras atualizações, considerou-se que também no SU poderiam efetivamente haver melhorias na comunicação, garantindo mais segurança ao doente. Numa reflexão conjunta percebemos que da forma como é hoje feita a transferência de informação dos doentes do SU para outras Unidades de Internamento poderá levar a omissões e falhas na interpretação, implicando riscos para o doente. Assumindo que a qualidade da transição de cuidados é imprescindível na medida em que o doente poderá ser sujeito a uma multidisciplinaridade de cuidados prestados em diversos serviços diferentes, constatamos que urge a necessidade de uma comunicação eficaz nos momentos de transição de cuidados dos doentes que são transferidos da Urgência para uma Unidade de Internamento, garantindo que esta se faz de uma forma precisa, oportuna e sem espaço a qualquer ambiguidade.

Segundo a DGS (2017a), as falhas na comunicação são as principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.

No topo da lista de eventos reportados à Joint Commission in the United States of America, a comunicação ineficaz durante a transferência de cuidados, tem sido apontado como uma das principais causas de erros médicos entre 2011 e 2013 (Nether, 2017).

Segundo Kohn, Corrigan, & Donaldson (2000), os erros em torno da má comunicação na transição de cuidados do doente são causa de 44.000 a 98.000 mortes por ano.

A Norma nº 001/2017 da DGS (2017a) aponta relativamente a estudos nacionais, um estudo de 2012 onde se verificou que 50% dos casos sofriam de uma comunicação pouco eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade dos cuidados ao doente.

Posto isto, foi elaborado um Plano Nacional para a Segurança dos doentes que está em vigor de 2015 até 2020 e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que visa apoiar os profissionais do SNS a gerir melhor os riscos associados à prestação de cuidados de saúde, por forma a garantir a maior segurança possível dos doentes (Diário da Republica, 2015). De entre os vários objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, aumentar a segurança da comunicação foi um deles (Diário da Republica, 2015).

Assim sendo, dada a relevância que a questão da comunicação eficaz assumiu no âmbito da saúde, nomeadamente no Plano Nacional Para a Segurança do Doente 2015-2020, levou-nos a fazer uma pesquisa no sentido de encontrar evidências científicas que validem a nossa preocupação em torno do aperfeiçoamento da comunicação entre profissionais de saúde, no sentido de evitar falhas, que poderão por em causa a segurança do doente. É muito importante dotar os enfermeiros das melhores ferramentas e habilidades comunicacionais, por forma a garantirem a prestação de cuidados com qualidade e com segurança.

The Joint Commission define *handover* como um processo de transferência de informação entre os profissionais de saúde, cuja missão assenta na continuidade e segurança dos cuidados. Este processo é feito em tempo real e através de uma comunicação efetiva (TJC, 2017). A transição de cuidados pode ser feita entre serviços, entre turnos, entre instituições e entre diferentes níveis de cuidados (Eiras, 2017).

Eiras (2017) defende que a transmissão de informação deve obedecer a determinados parâmetros para ser eficiente: oportuna, completa, precisa, sem ambiguidade, atempada e compreendida. De acordo com Silva, Anders, Rocha, Souza, & Burciaga (2016) a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde contribui para a redução de erros, favorecendo a segurança do doente. As falhas na comunicação para além de causarem danos nos doentes, interferem na continuidade do tratamento e assistência.

Há vários métodos e ferramentas usados para melhorar a transição de cuidados baseados no SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*²¹) e ferramentas de tecnologia de informação IT (*Information Technology*²²), nomeadamente o ISBAR; I-PASS (*Illness severity, Patient summary, Action list, Situation awareness and contingency plans, Synthesis by receiver*²³), ISOBAR (*Identify, Situation, Observations, Background, Assessment, and action, Responsibility*²⁴), que permitem aos profissionais de saúde fazerem transições de cuidados de forma mais consistente e estruturada (TJC, 2017, pp.5).

De acordo com Norma nº 001/2017 DGS (2017a), comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, aponta como eventos frequentes nas instituições de saúde a transição de cuidados de saúde. Contudo, estes momentos são frequentemente relativizados pelos próprios profissionais de saúde, podendo colocar em causa o nível de prestação de cuidados e de assistência ao doente.

Sabendo que os enfermeiros são os profissionais de saúde mais próximos do doente enquanto este está num SU e, grande parte destes tratando-se de doentes críticos, os dados clínicos fiáveis, concretos e rapidamente acessíveis são considerados imprescindíveis para que, como refere a OE no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a prestação de “cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, com resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Diário da República, 2018).

²¹ Situação, Antecedentes, Avaliação, Recomendações

²² Tecnologia de informação

²³ Gravidade da doença, Resumo do paciente, Lista de ações, Conscientização da situação e planos de contingência, Síntese por recetor

²⁴ Identificação, Situação, Observações, Antecedentes, Avaliação e ação, Responsabilidade

A tomada de consciência da existência de uma transição de cuidados não estruturada/padronizada é motivo de preocupação neste serviço. Desta forma, consideramos pertinente para a prática profissional a realização de uma revisão integrativa da literatura a cerca da problemática da transição de cuidados dos doentes que são transferidos do Serviço de Urgência para uma outra Unidade de Internamento, enumerando as práticas mais comuns de transição de cuidados padronizadas e percebendo através da evidência se a padronização da transição de cuidados poderá ou não contribuir para uma comunicação mais eficaz.

Trata-se de uma revisão integrativa de trabalhos científicos que estudaram a transição de cuidados de forma sistemática e padronizada, usando para o efeito algumas ferramentas.

Da aplicação da metodologia PICO (ver Tabela nº 5), a questão apontada é a seguinte:

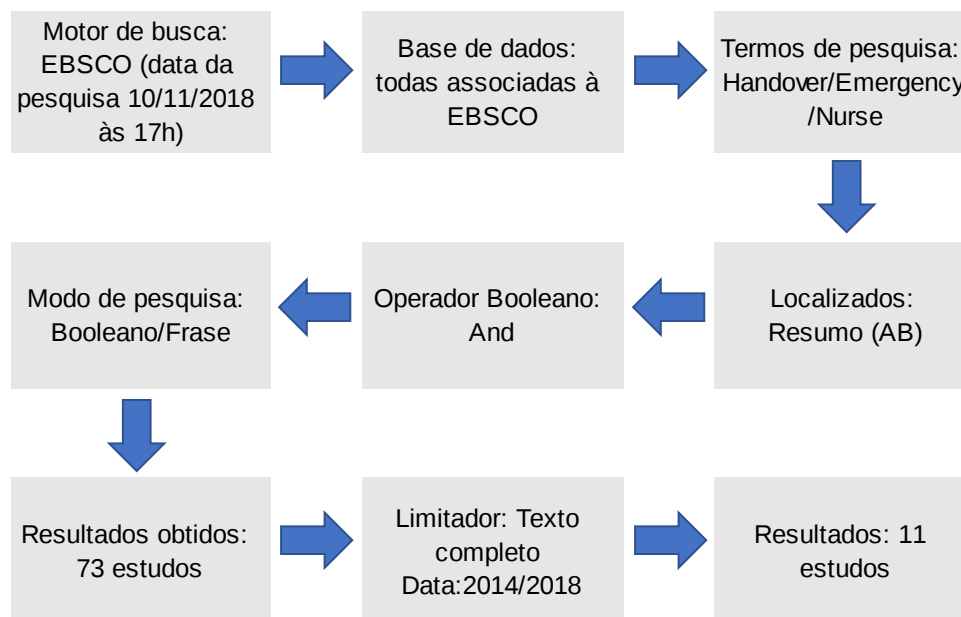
Quais as metodologias de Transição de Cuidados estruturadas mais usadas em contexto de Urgência?

Tabela nº 5 – Critérios utilizados para a formulação da questão em Investigação

P	Participantes	Quem foi objeto de estudo?	Enfermeiros Serviço Urgência
I	Intervenções	O que foi feito?	Transição de cuidados
C	Contexto	Local?	Urgência
O	Outcomes	Resultados/consequências?	Metodologia de transição estruturada
D	Desenho do Estudo	Como foi recolhida a evidência?	Pesquisa em base de dados

(Fonte: Do próprio)

Para realizar esta pesquisa recorreremos ao motor de busca EBSCO Hot, com todas as bases de dados associadas, da qual resultou o fluxograma da estratégia da pesquisa apresentado na figura nº 3.

Figura nº 3 – Organigrama de Pesquisa:

(Fonte: Do próprio)

Na pesquisa realizada em português e inglês (Figura nº 3) cheguei a um total de 11 artigos, dos quais após a sua leitura integral, resultou a dispensa de cinco artigos por não cumprirem os critérios de inclusão previamente estabelecidos na tabela nº 6.

Tabela nº 6 – Critérios de Inclusão

Critérios de seleção	Critérios de Inclusão
Participantes	Enfermeiros do Serviço de Urgência
Intervenções	Transição de informação/ Comunicação
Contexto dos Estudos	Estudos em contexto de Urgência
Desenho	Estudos em abordagem quantitativa/qualitativa
<i>Outcomes</i> ²⁵	Quais as metodologias de transição mais usadas e o seu impacto na comunicação eficaz
Tipo de Estudos	Fontes primárias
Informação apresentada	No resumo conter as palavras: transição, informação; urgência; enfermeiro Apresentação de texto completo para possível análise e interpretação dos conteúdos Língua usada: Português e Inglês
Ano de publicação	2014-2018

(Fonte: Do próprio)

²⁵ Resultados

No sentido de avaliar o nível de evidência, a qualidade metodológica e a força dos estudos, adotamos as tabelas de acordo com Joanna Briggs, cuja informação se encontra sintetizada na Tabela nº 7. Após esta análise não resultou a exclusão de mais nenhum artigo (Institute, 2014).

Tabela nº 7 – Nível de evidência e qualidade dos estudos

Título do Artigo	Nível de Evidência de acordo com Joanna Briggs	Qualidade de acordo com JBI Grades of Recommendation
A tool for assessing the quality of nursing handovers: a validation study	Level 3.e - Observational study without a control group	GRADE A
Evaluation of a Novel Handoff Communication Strategy for Patients Admitted from the Emergency Department	Level 2.d - pre-test/pos-test or historic/retrospective control group study	GRADE A
Am I getting an accurate picture: a tool to assess clinical handover in remote settings?	Level 3.e - Observational study without a control group	GRADE A
Improved Accuracy and Quality of Information During Emergency Department Care Transitions	Level 2.d - pre-test/pos-test or historic/retrospective control group study	GRADE A
Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong	Level 3.e - Observational study without a control group	GRADE A
Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study	Level 2.d - pre-test/pos-test or historic/retrospective control group study	GRADE A

(Fonte: Do próprio)

Em todos os estudos primários realizados, o tema da comunicação tem sido alvo de destaque, sendo esta considerada um elemento chave para garantir a segurança do doente (WHO, 2007).

De acordo com DGS (2017), a transição de cuidados, momento em que se verifica uma transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, é sempre considerada um momento vulnerável e crítico, podendo ser colocada em causa essa segurança.

A necessidade de uniformizar a transição de cuidados dentro das Unidades de Saúde é comum em todos os estudos, por forma a garantir uma transferência de informação dos doentes

de uma forma mais congruente e sustentada. De acordo com TJC, este processo de transferência de informação deverá ser feito através de uma comunicação efetiva, pois quando ocorrem falhas na comunicação entre as várias equipas de saúde, poderão causar uma franca diminuição da qualidade dos cuidados prestados ou até, erros no tratamento (M. Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010) e (TJC, 2017).

De forma transversal, os intervenientes nos estudos salientam a necessidade de mudança nesta área, manifestando a sua opinião quer através de entrevistas, resposta a questionários ou mesmo durante simulações práticas, fazendo experiências através de aplicação de *checklists*²⁶ ou de mnemónicas no momento de transição de cuidados.

No estudo que analisou a transição de cuidados em várias Unidades pertencentes ao Hospital Universitário San Paolo em Milão, os resultados foram claros no que concerne a importância da utilização da escala *“The Handoff Cex”* usada para avaliar a qualidade da transferência de informação dos doentes entre enfermeiros. Através desta escala era feita a avaliação de determinadas áreas como: conteúdo da informação, juízo clínico, qualidades humanas, contexto, organização da informação, capacidade de comunicação. Ao serem analisadas 48 transições de cuidados nas passagens de turno, depreendeu-se que havia pontuações baixas nas áreas da capacidade de comunicação, contexto e organização da informação. Numa Unidade do mesmo hospital, onde havia um quarto reservado para serem feitas as passagens de turno e onde há muito pouco tempo os profissionais tinham adotado a ferramenta SBAR para a transferência de informação, notou-se um melhor resultado, quer na área da capacidade de comunicação, quer na área do contexto. Embora o tamanho da amostra deste estudo seja limitado, conseguiu comprovar-se que o uso da escala *“The Handoff Cex”* pode e deve ser recomendado para avaliar as transições de cuidados em Organizações de Saúde (Ferrara, Terzoni, Davì, Bisesti, & Destrebecq, 2017).

De acordo com a Norma nº 001/2017 da DGS (2017a), a transição de cuidados assume um papel crucial no que se refere à segurança do doente, sendo inequívocas as orientações lançadas para os profissionais de saúde e instituições. Segundo a mesma norma, serão as instituições as preconizadoras da uniformização do processo de transição de cuidados, fazendo constar no plano de formação anual, formação que uniformize o processo de acordo com a

²⁶ Lista de verificação

técnica ISBAR. Serão também as instituições as auditoras do processo de transição de cuidados, fazendo recurso do instrumento de auditoria que consta na mesma norma.

No estudo qualitativo sobre os fatores que afetam a comunicação num Serviço de Urgência em Hong Kong, das entrevistas realizadas foi geral a percepção dos entrevistados sobre multiplicidade fatorial que afeta este processo. Através deste estudo foram identificados três problemas essenciais na comunicação no Departamento de Emergência: o parâmetro experimental, que engloba a transferência inadequada de informação e a discrepância de informação dada aos médicos e enfermeiros; o parâmetro interpessoal, do qual faz parte a falta de empatia e envolvimento com os doentes e as diferenças entre os níveis de diferenciação dos profissionais; fatores contextuais, onde se incluem, a pressão do nº elevado de doentes atribuídos a cada profissional de saúde, as longas horas de trabalho e as altas expectativas criadas pelos doentes. Estes são considerados fatores que afetam de forma negativa a comunicação durante a transição de cuidados e, como tal podem comprometer a segurança do doente (Pun, Matthiessen, Murray, & Slade, 2015).

Para tentar solucionar estes problemas os profissionais sugeriram: a padronização dos registos dos doentes numa folha previamente estruturada em formato eletrónico, que fosse acessível a todos os profissionais de forma rápida e consistente, o desenvolvimento de programas educacionais dirigidos aos profissionais de saúde que enfoquem o seguinte: entender as causas primárias dos problemas associados à comunicação nos Departamentos de Emergência; aceitar os princípios e as práticas do cuidados centradas nos pacientes; estabelecer procedimentos de transferência de cuidados claros e consistentes e reduzir o rácio de doentes por profissional de saúde, a fim de criar as condições necessárias para que possa existir uma comunicação efetiva, não só entre profissionais, mas também entre profissionais e doentes.

Neste estudo concluiu-se que para que os doentes tenham uma experiência positiva no Departamento de Emergência deverá existir um equilíbrio dos fatores experienciais, interpessoais e contextuais, que estão interligados entre si e que poderão contribuir para uma comunicação eficaz. De acordo com este estudo é altamente provável que estes esforços reduzam os eventos adversos, aumentem o nível de satisfação dos doentes, o nível de satisfação dos profissionais de saúde, bem como os resultados dos doentes (Pun et al., 2015).

No estudo, *“Improved Accuracy and Quality of Information During Emergency Department Care Transitions”*²⁷ Chambers (2017) foi avaliada a transição de cuidados antes e após a aplicação de um padrão para uniformização do processo, que incluía seis itens essenciais na transferência de informação dos doentes: Sinais vitais; resultados laboratoriais e radiológicos; ECG; história da doença atual e achados no exame físico. O estudo foi realizado entre fevereiro e maio de 2012, em que foi feita uma avaliação da transição de cuidados antes e após a aplicação desta ferramenta padrão que revelou que a aplicação de um padrão para a transição de cuidados, tornando-o um processo standard, diminuía os erros associados à transmissão de informação relevante do doente.

Com a realização do estudo supramencionado, algumas orientações sobre a forma de realizar a transição de cuidados foram apontadas como benéficas na diminuição da probabilidade de erro, tais como: definição de um espaço específico com recursos disponíveis que permitam o acesso a informação; predefinição de um elemento “gestor” de interrupções e sistema informático para gravar informação (exemplo sinais vitais; resultados laboratoriais ou radiológicos). Dos 321 casos de transição de cuidados analisados, em que foram obtidos dados objetivos, verificou-se uma diminuição de erro na comunicação em 58% (Chambers, 2017).

Constatou-se que a implementação de uma transição de cuidados padronizada e que contemple dados essenciais do doente, não teve qualquer impacto no tempo gasto nas transições de cuidados, resultou numa maior exatidão e integridade das informações transferidas, melhorou o índice de satisfação dos profissionais de saúde e evidenciou uma maior proficiência na definição de planos de tratamento para os doentes. De acordo com este estudo, a implementação de uma transição de cuidados estruturada aumenta o foco dos profissionais de saúde, limitando o espaço para comentários e discussões acerca de assuntos não relevantes para o doente (Chambers, 2017).

Para se considerar que a comunicação é eficaz entre os profissionais da área da saúde, esta deve ser: “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor.” (DGS, 2017a). Um estudo de 2012 analisou a transição de cuidados, onde 50% dos casos se constatou que a comunicação entre os profissionais não foi eficaz. É ainda mencionado que para se atingir uma comunicação eficaz é necessário conhecimento, competência e empatia, sendo que para se alcançar essa competência é imperativo apreender e praticar (DGS, 2017a). Sendo os enfermeiros, os profissionais de saúde que assumem maior proximidade com

²⁷ Maior precisão e qualidade das informações durante as transições de atendimento no departamento de emergência

o doente, é imprescindível que estes adquiram e atualizem constantemente competências comunicacionais.

Moore, Roberts, Newbury, & Crossley (2017) desenvolveram um estudo para avaliar a transição de cuidados através da ferramenta denominada CHAT (*Clinical Handover Assessment Tool*²⁸) com base na mnemónica ISBAR através de chamadas telefónicas de um ambiente remoto (Broken Hill) para um serviço de transporte aeromédico. Foram planeadas e gravadas chamadas telefónicas durante um ano entre estudantes de medicina e enfermeiros que prestavam cuidados de saúde num meio rural distante e que transmitiam informações a uma equipa de médicos que prestavam serviço aeromédico. Foram considerados para o estudo 55 atendimentos de chamadas telefónicas e depreendeu-se que esta ferramenta é viável, flexível e fácil de usar. Poderá ser benéfico o seu uso no dia a dia dos profissionais de saúde, tendo em conta que permite avaliar o *handover* de forma eficaz. (Moore et al., 2017).

De igual forma, Smith et al. (2018) desenvolveram um estudo com o intuito de avaliar o impacto da realização de uma transição de cuidados verbal através de chamadas telefónicas. Este estudo foi desenvolvido no sentido de avaliar o impacto da transferência de informação de doentes do Departamento de Emergência para uma Unidade de Internamento através de chamadas telefónicas, usando a ferramenta “SBAR-DR” (*Situation, Background, Assessment, Responsibilities and Risk, Discussion and Disposition, Read-back and Record*²⁹). Das 220 chamadas telefónicas gravadas (110 no pré teste e 110 no pós teste), conclui-se que a implementação desta ferramenta estruturada teve um impacto positivo na transferência de informação verbal, contribuindo para uma maior segurança dos doentes e eficácia dos cuidados prestados. No entanto este estudo apresenta limitações pelo facto de ter sido aplicado apenas num único contexto e o desenho do pré e pós estudo não pode por si só, excluir a possibilidade de outros fatores, para além desta intervenção terem influenciado os resultados. Sugerem que em estudos futuros, toda a instituição seja abrangida na aplicação do modelo SBAR-DR, no sentido de evitar o uso de outras estratégias concorrentes de transição de cuidados (Smith et al., 2018).

Em Portugal a norma emitida pela DGS, e já citada neste artigo, é rigorosa no que diz respeito à técnica adequada para implementar na transição de cuidados. A técnica ISBAR foi adotada para Portugal, devendo ser usada entre profissionais da saúde “no caso particular das

²⁸ Ferramenta de Avaliação de Transferência Clínica

²⁹ Situação, Antecedentes, Avaliação, Responsabilidades e Riscos, Discussão e Disposição, Leitura de volta e Registo

mudanças de turno ou de outra transição de cuidados de saúde, em que a transmissão de informação assume a forma oral” (DGS, 2017a).

A técnica ISBAR foi também usada no estudo desenvolvido sobre a transição de cuidados do recobro para unidades de cuidados pós-anestésicos. Este estudo pretende avaliar o impacto da implementação da ferramenta ISBAR na transição de cuidados de uma Unidade de Cuidados Anestésicos para Pós Anestésicos. Realizaram-se em dois hospitais sessões de formação de 30 minutos a anestesistas e a enfermeiros da Unidade de Cuidados Pós anestésicos. Foram afixados cartazes ilustrativos da ferramenta ISBAR em ambos os hospitais. Previamente à formação, foram aplicados pré-testes com 14 itens de avaliação, que constam na ferramenta ISBAR. Posteriormente à formação, foi aplicado o mesmo teste. Na avaliação estatística dos dados recolhidos nos dois hospitais, resultantes da aplicação do pré e pós teste, verificou-se que a aplicação da ferramenta ISBAR tornou a transição de cuidados mais estruturada e, como tal, menos propensa a erros. Da avaliação que foi feita pré e pós implementação da técnica ISBAR, constatou-se a alteração na quantidade de qualidade de informação transmitida. Este estudo demonstrou que a implementação da ISBAR neste ambiente de Cuidados Pós anestésicos, onde é vulgar haver stress e falhas na comunicação, teve um impacto bastante positivo, na medida em que, contribuindo para a padronização da informação relativa aos doentes, a transferência da informação faz-se de forma mais completa, eficaz, evitando atrasos no diagnóstico e na implementação de medidas terapêuticas.

Contudo, limita-se este estudo ao contexto onde foi realizado, não podendo por isso ser generalizado a todos os locais em que ocorre a transição de cuidados. Não podemos também concluir que a alteração na qualidade da transição de cuidados se deveu apenas à técnica ISBAR ou também à uniformização do processo, pois outras técnicas como a ISOBAR e SBAR não foram estudadas (Kitney et al., 2016).

De acordo com a norma da DGS, a mais recente orientação emitida sobre a transição de cuidados, refere que para o processo de transição não colocar em risco a segurança do doente deverá constar a seguinte informação: I- identificação; S- situação atual; B- antecedentes; A- avaliação e R- recomendações. Portanto, a técnica de uniformização da transição de cuidados validada para Portugal de acordo com a DGS é a ISBAR (DGS, 2017a).

Deste modo, considera-se o presente Projeto de Intervenção relevante e pertinente, contribuindo para a melhoria da segurança do doente, intervindo na área da transição de

cuidados de saúde, mais concretamente na transição de cuidados entre serviços. Desta forma, foi sugerida a temática “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados no Serviço de Urgência” para desenvolvimento de implementação do Projeto de Intervenção e Relatório de Estágio, que depois de analisado foi aprovado pelo Conselho de Administração do CHUA.

2.2 Diagnóstico de Situação

O Diagnóstico de Situação é a primeira etapa do Projeto de Intervenção e visa a elaboração de um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar e deve corresponder às necessidades de saúde das populações (Ferrito et al., 2010, pp.10).

“O diagnóstico da situação é dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes.” (Ferrito et al., 2010, pp.10).

De acordo com o contextualizado no ponto 2.1, os momentos de transferência de informação dos doentes são considerados momentos vulneráveis/críticos para a segurança do doente, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição (DGS, 2017a).

Assim sendo, numa reunião informal com o enfermeiro chefe e outros elementos pertencentes à equipa de enfermagem do SU, acordamos ser necessário uniformizar e padronizar a comunicação nos mais diversos momentos em que há uma transferência de informação relativa aos doentes de forma a garantir que toda a informação é transmitida, salvaguardando a segurança do doente.

Para assegurar a pertinência da intervenção e melhor caracterizar e quantificar a necessidade identificada, elaborou-se um questionário (Apêndice A), a fim de auscultar a equipa de Enfermagem do SU de Faro e aferir os conhecimentos acerca da temática da transição de cuidados em Enfermagem e dos documentos normativos à mesma. Este encontra-se dividido em 3 partes, caracterização sociodemográfica, caracterização profissional e académica e a referida aferição de conhecimentos da equipa. Da interpretação da análise *SWOT* (*Weakness, Threats, Strenghts and Opportunities*³⁰) que elaborámos, verificou-se a viabilidade do nosso

³⁰ Fraqueza, Ameaças, Forças, Oportunidades

trabalho em termos de diagnóstico de situação, tanto a nível interno como externo, pois as forças e oportunidades superam a fraquezas e ameaças (Apêndice B).

Do referido questionário fez-se uma análise estatística quantitativa, recorrendo ao Microsoft Office Excel, cujos resultados se encontram no Apêndice C. De um universo de 93 Enfermeiros, responderam 67 Enfermeiros (84,31%), que se considera uma amostra representativa da equipa em epígrafe, cuja dimensão total da mesma se reporta à data de 22 de janeiro de 2019. No que concerne a caracterização sociodemográfica, a equipa é maioritariamente do sexo feminino (64%) e pode caracterizar-se como sendo jovem, sendo que 79% dos enfermeiros têm entre 20 e 40 anos de idade. Relativamente à experiência profissional e académica, 45% têm até 5 anos de serviço e 15% é detentor da categoria de especialista.

Relativamente à terceira parte do questionário é patente que a maioria dos profissionais não tem conhecimento acerca da temática da transição de cuidados, nem dos documentos normativos atuais: 60% dos profissionais desconhece o Plano Nacional para a Segurança do Doente; 76% nunca frequentou qualquer formação na área da comunicação eficaz em saúde; 85% desconhecem a norma nº 001/2017 da DGS e apenas 18% tem conhecimento de alguma abordagem sistematizada/padronizada usada na transferência de informação do doente. De acordo com Ferrito et al.(2010, pp.11) “o diagnóstico da situação implica primeiramente, a identificação dos problemas e posteriormente a determinação das necessidades”.

Assim sendo, partindo da interpretação dos resultados colhidos através dos questionários e análise *SWOT*, definimos como problema o nível reduzido de conhecimentos atualizados referentes à comunicação eficaz, bem como a inexistência de uma ferramenta padronizada na transição de cuidados dos doentes.

2.3 Definição de Objetivos

Segundo Calçada (2013), a formulação de objetivos a atingir num determinado período de tempo permite aferir resultados. Considera objetivos como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema...” (Calçada, 2013, p.38)

Os objetivos do projeto, deverão ter as seguintes características: ser claros, de linguagem precisa e concisa, em número reduzido, realizáveis e mensuráveis em termos de qualidade, quantidade e duração (Ferrito et al., 2010, pp.19).

Objetivo Geral:

- Garantir uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, promovendo a segurança do doente.

Segundo Mão de Ferro (1999), os objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar, podendo ir do geral ao mais específico.

Objetivos Específicos:

- Aferir os conhecimentos da equipa de Enfermagem relativamente à Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde e os documentos normativos que sustentam esta temática;
- Otimizar os conhecimentos da equipa de enfermagem relativamente à norma nº001/2017 da DGS;
- Construir uma ferramenta em suporte de papel com base na norma nº 001/2017 que permita a sistematização da informação em situações de transição de cuidados;
- Avaliar a perceção da Equipa de Enfermagem acerca da ferramenta estruturada a ser usada na transferência de informação dos doentes;
- Implementar a ferramenta estruturada sugerida com base na norma nº 001/2017 da DGS.

2.4 Planeamento, Execução e Discussão dos Resultados

O planeamento estratégico em qualquer área é primordial para estabelecer uma direção, tendo em consideração as várias condicionantes e objetivos a atingir de modo a que o sucesso seja alcançado (Serra, F. et.al., 2010).

O planeamento é a terceira fase do Projeto de Intervenção e é nesta etapa que são planeadas todas as estratégias/atividades entendidas como necessárias, de forma a atingir os objetivos traçados (Ferrito et al., 2010). Para uma melhor organização do plano de trabalho, realizamos um cronograma (Apêndice D) com as atividades a desenvolver.

Tanto as atividades, como as estratégias e meios, são parte integrante do planeamento, pelo que é considerado fundamental definir e explorar os respetivos conceitos (Ferrito et al., 2010, pp.20).

Miguel (2006) descreve atividade como o “elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto. Uma atividade normalmente possui uma duração esperada, um custo esperado e requisitos esperados de recursos.”

Já Fortin (1999), descreve estratégia como a adequação das capacidades dos membros que pretendem desenvolver um projeto aos objetivos pretendidos, rentabilizando da melhor forma o tempo disponível, por forma a atingir melhores e mais céleres resultados. Segundo o mesmo autor, os meios não são mais do que os recursos a que se pode ter acesso para a realização do projeto.

Uma vez que a fase da execução do Projeto de Intervenção é, segundo Ferrito et al. (2010, pp.22) o “colocar em prática de tudo o que foi planeado”, optou-se por tratar e descrever estas fases em simultâneo pela estreita dependência entre elas.

Para a realização deste Projeto de Intervenção, de acordo com as normas definidas pelo Centro de Formação, Investigação e Conhecimento – Centro Hospitalar Universitário do Algarve, procedeu-se à elaboração e formalização de pedidos de autorização para a intervenção em epígrafe, dirigidos ao Presidente do Conselho de Administração (Apêndice E), Presidente da Comissão de Ética para a Saúde (Apêndice F) e à estrutura de gestão intermédia do SU do CHUA, EPE (Apêndice G), nomeadamente ao Enfermeiro Chefe, os quais tiveram um parecer positivo destes órgãos. (Anexo II) Além disso, ainda de acordo com indicações emanadas pelo Centro de Formação foi elaborada a proposta do Projeto de Investigação (Apêndice H) e os devidos termos de responsabilidade: do aluno (Apêndice I), do orientador da Instituição de Ensino (Apêndice J) e do Orientador/Supervisor no CHUA (Apêndice K).

Apesar da intervenção não versar sobre a prestação direta de cuidados, considerou-se pertinente um enquadramento e delimitação ética pelo uso de um documento de consentimento informado, livre e esclarecido, tendo em conta que, segundo Almeida (2007, pp.41) "Consentimento esclarecido ou informado é mais do que uma mera autorização, na medida em que é resultado de reflexão e deliberação profundas. Para além de ser um ato racional, é um ato livre, isto é, sem contrariedades, manipulação, coação", encontrando-se este no Apêndice L.

De acordo com os objetivos já previamente definidos, iremos delinear as atividades para que estes possam ser atingidos, fazendo também referência aos recursos humanos e materiais necessários.

Desta forma, para conseguirmos atingir o objetivo **"Aferir os conhecimentos da equipa de Enfermagem relativamente à Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde e os documentos normativos que sustentam esta temática"** a que nos propusemos, estabelecemos:

Atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática da Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde, tendo em conta a sua importância e impacto na segurança do doente;
- Elaboração de um questionário de diagnóstico de situação;
- Apresentação do questionário à equipa de Enfermagem para o devido preenchimento;
- Tratamento dos dados recolhidos;

Recursos Humanos:

- Equipa de Enfermagem; Docente Orientador.

Recursos Materiais:

- Papel de impressão, computador, programa informático Excel, caneta.

De modo a atingir este objetivo, após a realização de uma entrevista informal com o Enfermeiro Chefe na etapa do diagnóstico de situação, foi efetuada uma revisão bibliográfica nas várias bases científicas, de forma a ter um conhecimento mais aprofundado acerca da área e objeto de estudo/intervenção. A fundamentação já previamente referida no ponto 2.2, referente ao diagnóstico de situação, serve também como justificação deste objetivo específico.

Finalmente, foi aplicado um questionário no sentido de aferir os conhecimentos da equipa de enfermagem relativamente à temática “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados no Serviço de Urgência” e dos documentos normativos atualizados que a sustentam. De um universo de 93 Enfermeiros, responderam 67 Enfermeiros (84,31%), que se considera uma amostra representativa da equipa.

Por forma a atingirmos este objetivo específico **“Otimizar os conhecimentos da equipa de enfermagem relativamente à norma nº001/2017 da DGS”** estabelecemos:

Atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática da transição de cuidados e dos documentos normativos que a sustentam;
- Elaboração de um plano de sessão de formação alusivo ao tema (Apêndice N);
- Elaboração de uma apresentação em power point (Apêndice O) subordinada ao tema para sustentar o momento formativo;
- Elaboração de um questionário de avaliação do momento formativo (Apêndice P);
- Realização de vários (4) momentos formativos à Equipa de Enfermagem.

Recursos Humanos:

- Equipa de enfermagem; Enfermeiras Supervisoras.

Recursos Materiais:

- Computador, Papel de impressão, canetas.

Relativamente a este objetivo, manteve-se a constante revisão bibliográfica, acerca da comunicação efetiva nos momentos de transição de cuidados, com recurso à metodologia ISBAR, mais concretamente na procura de estudos que sustentem a aplicação desta metodologia de comunicação.

Com vista a aperfeiçoar e atualizar os conhecimentos dos enfermeiros do SU Faro- CHUA relativamente à metodologia ISBAR, foram realizadas sessões de formação referentes a esta temática. Estiveram presentes nas diversas sessões um total de 35 enfermeiros.

Tojal (2011) refere que a formação em serviço visa, através de um planeamento adequado, colmatar as necessidades formativas dos enfermeiros, promover o desenvolvimento

de competências nos diferentes contextos de trabalho e a partilha de diferentes saberes entre elementos pertencentes à mesma equipa.

No âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de acordo com o Artigo 6º, estão descritas as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade (Diário da República, 2011). De acordo com este artigo, o enfermeiro especialista deverá ser capaz de, entre outras competências, conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade. Os momentos de formação em serviço são ideais para o desenvolvimento desta competência, na medida em que o enfermeiro especialista é motivado a identificar oportunidades de melhoria/mudança.

Assim, o Enfermeiro Especialista deverá ser facilitador da aprendizagem, assumindo o papel de formador oportuno no seu contexto de trabalho, na supervisão clínica e em planos formativos formais, como por exemplo na implementação de sessões de formação em serviço. Para isso, e de acordo com as suas competências, deve fazer o levantamento das necessidades formativas, identificando lacunas do conhecimento no seu contexto de trabalho e na sua área de especialidade, e, por conseguinte, planear, gerir, implementar e dinamizar planos formativos. (Diário da República, 2011)

Cabe então ao enfermeiro especialista facilitar aos seus pares a atualização constante de conhecimentos previamente adquiridos, a promoção da aprendizagem, o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, de forma a desenvolverem a sua prática clínica. (Diário da República, 2011)

No final da sessão de formação foi realizada a avaliação. Para esse efeito, foi elaborada uma ferramenta de avaliação que consistiu num questionário de avaliação da sessão de formação para recolher uma opinião de todos os presentes, tendo sido feita uma análise dos resultados obtidos (Apêndice Q). Segundo Imperatori (1993) “avaliar é comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar. Este conceito leva-nos a precisar simultaneamente o objetivo e o objeto da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão.

Para o objetivo específico **“Construir uma ferramenta em suporte de papel com base na Norma nº001/2017 que permita a sistematização da informação em situações de transição de cuidados”** ser alcançado, foram definidas:

Atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática da transição de cuidados e dos documentos normativos que a sustentam;
- Realização de uma ferramenta estruturada para a transição de cuidados de saúde;
- Apresentação da ferramenta à Enfermeira Supervisora para aprovação (Apêndice M);
- Apresentação da ferramenta estruturada à equipa de Enfermagem após aprovação;

Recursos Humanos:

- Enfermeira Supervisora; Equipa de enfermagem; Docente Orientador.

Recursos Materiais:

- Computador; papel de impressão.

De forma a atingir este objetivo, foi novamente realizada uma revisão bibliográfica, que já encontra esplanada no enquadramento conceptual deste trabalho. Nesta revisão bibliográfica destaca-se o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Anexo III) e a Norma nº001/2017 da DGS “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” (Anexo IV), que foi uma das bases para a elaboração deste trabalho e revelou-se um elemento norteador deste Projeto de Intervenção.

De acordo com o Diário da República (2015), sendo a comunicação considerada um pilar fundamental para a segurança do doente, foi definido como um dos objetivos estratégicos, aumentar a segurança da comunicação, nomeadamente nos momentos de transferência de responsabilidade da prestação de cuidados. Face a este objetivo, a DGS em 02/08/2017 publicou a Norma nº001/2017, que estabelece que a transferência de informação dos doentes entre equipas prestadoras de cuidados, de forma a garantir a segurança do doente, deve ser normalizada, utilizando a técnica ISBAR, que é uma mnemónica de fácil memorização (DGS, 2017a).

Também Benner et al.(2011) defendem a mudança na prática, baseada no desenvolvimento de um novo conhecimento, considerando pertinente o desenvolvimento de competências comunicacionais nas transições clínicas, garantindo a segurança do doente e prevenindo erros.

Desta forma, foi elaborada uma ferramenta com base na norma supracitada para ser usada pelos enfermeiros nos momentos de transição de cuidados dos doentes que são transferidos do SU para outras Unidades de Internamento.

Para o objetivo **“Avaliar a perceção da Equipa de Enfermagem acerca da ferramenta estruturada a ser usada na transferência de informação dos doentes”** ser alcançado, propusemos:

Atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica acerca da temática da transição de cuidados e dos documentos normativos que a sustentam;
- Elaboração de um questionário pós intervenção (Apêndice R);
- Apresentação do questionário à Equipa de Enfermagem para o devido preenchimento;
- Tratamento e análise dos dados recolhidos.

Recursos Humanos:

- Equipa de Enfermagem.

Recursos Materiais:

- Papel de impressão, computador, programa informático Excel, canetas.

No âmbito deste objetivo, pretende-se avaliar o conhecimento adquirido pelos Enfermeiros na sessão de formação em relação à temática da Comunicação eficaz na transição de cuidados e dos documentos normativos. Tendo em conta que face à aplicação do questionário na fase do diagnóstico de situação o conhecimento dos profissionais acerca desta temática foi considerado insuficiente, é imperativo fazer uma aferição dos conhecimentos dos profissionais após a implementação da intervenção, avaliando assim a eficácia do momento formativo. Foi então entregue aos enfermeiros que assistiram à sessão de formação um segundo questionário, no sentido de avaliar, quer os conhecimentos relativamente à temática, quer a utilidade e adaptabilidade da ferramenta sugerida para ser usada na transição de cuidados de

saúde. Usamos a escala tipo Likert de 10 pontos numa parte do questionário para proceder à avaliação acima descrita de forma mais simples e concisa. Dos 93 enfermeiros do serviço, assistiram à sessão de formação 35, pelo que é essa amostra que será alvo de avaliação.

Tendo em conta as atuais orientações contempladas no Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020, bem como emanadas na Norma nº 001/2017 de 08/02/2017 relativas à transição de cuidados de saúde entre profissionais de saúde, decidimos desenvolver um Projeto de Intervenção em torno desta temática, na medida em que após o diagnóstico de situação percebemos que o conhecimento dos profissionais acerca da temática era insuficiente, podendo ser colocado em causa, quer a continuidade dos cuidados, quer a segurança dos doentes. De um universo de 93 Enfermeiros, responderam 67 Enfermeiros (84,31%), que se considera uma amostra representativa da equipa em epígrafe, cuja dimensão total da mesma se reporta à data de 22 de janeiro de 2019. Perante a evidência de que a maioria dos profissionais não tem conhecimento acerca da temática da transição de cuidados, nem dos documentos normativos atuais: 60% dos profissionais desconhece o Plano Nacional para a Segurança do Doente; 76% nunca frequentou qualquer formação na área da comunicação eficaz em saúde; 85% desconhecem a norma 001/2017 da DGS e apenas 18% tem conhecimento de alguma abordagem sistematizada/padronizada usada na transferência de informação do doente, definimos objetivos e planeamos atividades no sentido de aperfeiçoar e atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem. Para isso, foram planeadas e implementadas quatro sessões de formação, por forma a conseguirmos ter contacto com o maior número possível de profissionais. Dos 93 enfermeiros, 35 assistiram ao momento formativo e responderam a um questionário pós intervenção (Apêndice R), no sentido de avaliar os conhecimentos da equipa de enfermagem acerca da temática em questão, bem como colher a sua opinião quanto à efetividade da ferramenta sugerida baseada na norma (Apêndice N) para ser usada na transição de cuidados de saúde.

Os dados colhidos foram processados no Microsoft Office Excel, sendo apresentados seguidamente na forma que se considerou de mais fácil leitura e interpretação.

Tabela n.º 8 – Conhecimento adquirido pelos Enfermeiros relativo aos documentos norteadores para a Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Questões colocadas	% de Resposta positiva
Conhece o Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020?	100%
Conhece a norma da Direção Geral da Saúde nº001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde?	100%
Conhece alguma abordagem padronizada, estruturada ou semiestruturada da transição de cuidados de saúde?	100%
Se sim, qual(ais)?	ISBAR, SBAR, IDEIA

(Fonte: Do próprio)

Na questão “Conhece o Plano Nacional para a Segurança dos doentes?” responderam positivamente 100%.

Na questão “Conhece a norma da DGS nº001/2017: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados?” No questionário pós intervenção 100% dos enfermeiros respondeu positivamente.

Finalmente, na questão “Conhece alguma abordagem padronizada, estruturada ou semiestruturada da transição de cuidados de saúde?” No questionário pós intervenção, 100% dos profissionais responderam afirmativamente.

Deste modo, releva-se uma taxa de resposta positiva às perguntas do questionário aplicado após a intervenção e a efetividade do Projeto de Intervenção

Concluindo, na tabela seguinte (Tabela n.º 9) encontram-se os resultados da segunda parte do questionário referido, que avalia a perceção da equipa de Enfermagem relativamente à intervenção, nomeadamente relativa à ferramenta estruturada apresentada com base na norma. Esta avaliação foi feita com recurso a uma escala Likert de 10 pontos, cuja concordância às afirmações efetuadas variava de 1 - Discordo totalmente a 10 - Concordo totalmente.

Tabela nº 9 - Análise da perceção da Equipa de Enfermagem que assistiu à sessão de formação (35 elementos) acerca da ferramenta estruturada usada na transferência de informação dos doentes.

· Contribui para uma comunicação eficaz;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0%	0%	0%	0%	0%	3%	3%	29%	26%	40%

1-Discordo totalmente 10- Concordo totalmente

· Permite uma melhor organização e sistematização da informação a transmitir;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	20%	34%	43%

1-Discordo totalmente 10- Concordo totalmente

- Permite que a transferência de informação dos doentes se faça de forma mais objetiva, clara e consistente

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	20%	29%	49%

1-Discordo totalmente 10- Concordo totalmente

- Garante uma maior eficácia, qualidade e segurança na continuidade dos cuidados prestados ao doente;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	14%	37%	46%

1-Discordo totalmente 10- Concordo totalmente

- É útil nos momentos de transição de cuidados;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	17%	37%	37%

1-Discordo totalmente 10- Concordo totalmente

(Fonte: Do próprio)

Nesta tabela, onde estão os expostos os resultados da avaliação a percepção da Equipa de Enfermagem relativamente à intervenção, é notória uma percepção elevada de uma melhor organização e sistematização da passagem de turno, mais eficiência e de melhor qualidade, sendo o instrumento estruturado construído considerado útil, contribuindo para a aumento de satisfação da Equipa de Enfermagem na transição de cuidados de saúde.

Para atingirmos objetivo específico “**Implementar a ferramenta estruturada sugerida com base na norma nº001/2017 da DGS**” definimos:

Atividades:

- Criação de uma *checklist* (Apêndice S) para avaliar o cumprimento da ferramenta estruturada construída;
- Observação direta das transições de cuidados de saúde feitas ao telefone dos doentes transferidos do SU para outras Unidades de Internamento com o prévio conhecimento e autorização da equipa de enfermagem;
- Preenchimento da *checklist* nos momentos de transição de cuidados de saúde com o intuito de avaliar o cumprimento da ferramenta estruturada construída;
- Tratamento e análise dos dados recolhidos;

Recursos Humanos:

- Equipa de Enfermagem.

Recursos Materiais:

- Papel de impressão, computador, programa informático Excel, canetas.

De acordo com Ferrito et al.(2010, pp.24), para que se possa avaliar de modo rigoroso é fundamental recorrer a instrumentos de avaliação. Tendo em conta esta premissa, decidimos elaborar e implementar uma *checklist* que será preenchida mediante observação de transferência de informação dos doentes que serão transferidos do SU para outras Unidades de Internamento nos 15 dias seguintes à divulgação e implementação da ferramenta estruturada. Esta observação será feita aos profissionais de saúde mediante o seu prévio conhecimento e autorização, pois de acordo com Ferrito et al.,(2010, pp.13), tanto o registo de acontecimentos, como as listas de verificação de comportamentos, são instrumentos frequentemente usados para avaliar comportamentos e situações. Em virtude da ferramenta estruturada ter sido entregue às Enfermeiras Supervisoras no intuito de ser impressa e colocada, como combinado previamente, em todos os setores do SU, como linha orientadora dos momentos de transição de cuidados dos doentes transferidos do SU para outras Unidades de Internamento, cabe-nos aferir através da *checklist*, se a transferência de informação dos doentes está a ser feita com base na ferramenta sugerida. Definimos 15 dias como período temporal destinado a efetuarmos observações de transições de cuidados de saúde feitas via telefone, preconizando-se como indicador o cumprimento da mnemónica ISBAR em pelo menos 80% das observações feitas. A análise e tratamento dos dados será feito e apresentado através do programa informático Microsoft Office Excel.

2.5 Avaliação

O processo de avaliação é essencial, inevitável e parte integrante de qualquer plano de intervenção. Assim, é fundamental existir um método formal de avaliação de desempenho, face aos objetivos do plano implementado. Com isto, torna-se possível “examinar os resultados e garantir a implementação do que foi planeado” (Serra, F. et. al., 2010, p. 346). É também com o processo de avaliação que se podem aferir as necessidades de fazer ajustes ao plano

previamente implementado e, por isso, este não pode ser visto como um processo estanque (Serra, F., et. al., 2010).

“Avaliar um Projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente. Para fazer essa avaliação pode ser importante ter um método de verificação da consecução dos objetivos”(Ferrito et al., 2010, pp.26).

Atendendo ao desenho da intervenção, pensamos que esta teve um impacto positivo na equipa de enfermagem, na medida em teve adesão significativa, quer nas respostas aos questionários, quer na comparência no momento formativo. Com o Desenvolvimento deste Projeto de Intervenção constatou-se um diminuto conhecimento da equipa de enfermagem acerca da temática da Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde e pelos documentos essenciais que sustentam a temática em epígrafe. É de salientar que após a intervenção verificou-se uma melhoria significativa deste conhecimento.

Verificou-se também uma perceção elevada por parte da Equipa de enfermagem relativamente à ferramenta estruturada, construída para os momentos de transições de cuidados de saúde, no que respeita à melhoria da organização, sistematização, eficiência, qualidade e satisfação, havendo, portanto concordância por parte da referida equipa da utilidade da ferramenta criada e adaptada, levando-nos a acreditar termos conseguido um contributo válido para o estabelecimento de uma conduta profissional assente na prestação de cuidados seguros, de qualidade, com base na evidência científica, no decorrer de todo o processo de transferência de informação dos doentes do SU para as Unidades de Internamento.

No que toca a limitações, enaltece o tempo limitado para a implementação do Projeto de Intervenção, não sendo possível avaliar a taxa de adesão ao uso da ferramenta sugerida no momento formativo, bem como o seu cumprimento, pelo que fica planeado a realização de observações feitas por nós à Equipa de Enfermagem nos momentos de transição de cuidados de saúde dos doentes que serão transferidos do SU para outras Unidades de Internamento via telefone. Esta observação direta será feita com o prévio conhecimento e autorização de toda a equipa e durante o período de 15 dias, imediatamente após a divulgação e implementação da ferramenta no SU pelas Enfermeira Supervisoras e Enfermeiro Chefe. Para o efeito foi elaborada uma *checklist* a ser preenchida por nós nos momentos de transferência de informação dos doentes, no sentido de aferir o cumprimento da ferramenta construída e

sugerida com base na norma nº 001/2017. Pretende-se que os enfermeiros adotem a mnemónica ISBAR nos momentos considerados vulneráveis, que são as transições de cuidados de saúde, contribuindo para uma maior segurança dos doentes, diminuindo a propensão a erros ou possíveis esquecimentos. Esta mnemónica confere maior sustentabilidade a estes momentos, permitindo uma padronização, sistematização e normalização das transferências de informação entre profissionais de saúde.

Preconiza-se como indicador o cumprimento da mnemónica ISBAR em pelo menos 80% das observações feitas aos momentos de transição de cuidados de saúde dos doentes transferidos do SU para outras Unidades de Internamento. Quando a implementação da ferramenta perfizer 3 meses de implementação, propomo-nos a fazer um segundo momento avaliativo, no sentido de aferir se a Equipa de Enfermagem continua a fazer as suas transições de cuidados com base na ferramenta implementada. Mediante a observação dos momentos de transferência de informação dos doentes que são transferidos do SU para outras Unidades de Internamento, definimos como indicador do cumprimento da ferramenta 100%, o que significa que se pretende que a adoção da mnemónica ISBAR nas transições de cuidados de saúde seja adotada por toda a Equipa de Enfermagem, sem exceção. Caso não se cumpra este indicador, definiremos as medidas corretivas necessárias para o efeito. A análise e tratamento dos dados será feita e apresentada através do programa informático Microsoft Office Excel.

No que se refere aos recursos financeiros, os gastos expectáveis para a realização deste Projeto de Intervenção, prendem-se essencialmente com os materiais consumíveis, nomeadamente a impressão dos questionários, não havendo previsão de outros gastos.

Neste item, são descritos alguns dos passíveis de constrangimento durante o Projeto de Intervenção, bem como as estratégias subsequentes que permitiram que fossem superados. Assim, foram identificados os seguintes constrangimentos:

- Escassez de tempo para aplicar e desenvolver o trabalho projetado.

Estratégia: Procurar cumprir o cronograma de forma rigorosa.

- Adesão da equipa em participar na formação em período não laboral.

Estratégia: Marcar sessões de formação curtas e nos períodos de passagem de turno.

- Elevado número de elementos pertencentes à equipa de enfermagem.

Estratégia: Marcar diversas sessões de formação.

Assim, face aos resultados apresentados, infere-se a necessidade premente e inevitável, da prossecução da investigação nesta área, pela importância demonstrada.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo será desenvolvida uma breve reflexão acerca da aquisição e desenvolvimento das competências adquiridas, quer competências Comuns, como Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na vertente PSC, bem como as competências conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem de acordo com o Aviso n.º 5622/2016, publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 84 — a 2 de maio de 2016. De acordo com NCE/14/0177, que regulamenta o ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem pela Universidade de Évora em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal, o Mestre em Enfermagem deverá ser capaz de:

1. Demonstrar competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Iniciar, contribuir, desenvolver e disseminar investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Ter capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realizar desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participar de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realizar análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidenciar competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (IPS, 2015).

No âmbito das Unidades Curriculares Estágio I e Estágio Final foi-nos solicitada a definição prévia de objetivos a atingir durante os períodos de estágio, bem como as atividades a serem desenvolvidas para o desenvolvimento de saberes e aquisição das competências de

Enfermeiro Especialista. Estes documentos encontram-se nos Apêndices T e U e a sua elaboração consistiu em definir e planear o caminho a seguir no sentido de direccionar a minha prática de forma a atingir os objetivos e a desenvolver as competências a que me propus. O planeamento estratégico em qualquer área é primordial para estabelecer uma direção, tendo em consideração as várias condicionantes e objetivos a atingir de modo a que o sucesso seja alcançado (Serra, Ferreira, Torres, & Torres, 2010).

Em suma, face à transversalidade das competências associadas ao grau de Mestre, descritas anteriormente, no âmbito das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas para o EEEPSC, optamos por fazer uma descrição, análise e reflexão das competências referidas em conjunto abordadas e fundamentadas à luz da prática baseada na evidência.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências de Mestre

De acordo com Diário da República (2011, pp.8649), “Competências comuns”, são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade...” e estão divididas por quatro domínios: “Responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.”

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA: A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

As duas competências comuns conducentes ao grau de Enfermeiro Especialista (A1 e A2), bem como a competência 3 referente ao grau de Mestre dizem respeito ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pelo que serão explanadas de forma conjunta.

A1 - Desenvolve uma prática profissional ética no seu campo de intervenção;

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

COMPETÊNCIA DE MESTRE:

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

De acordo com a Lei de Bases nº 48/90 publicada em Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24, os profissionais de saúde deverão ter como requisitos indispensáveis ao desempenho das suas funções, direitos e deveres de natureza deontológica, tendo em conta a relevância social da sua atividade. De acordo com o Código Deontológico Lei nº 156/2015 publicada em Diário da República, 1ª série - Nº181 - 16 de setembro de 2015, artigo 100º na alínea C, o enfermeiro assume o dever de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” e “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão.”

Durante os estágios clínicos tivemos sempre presentes estes conceitos em todas as intervenções, adotando sempre uma “conduta responsável e ética e atuando no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos” de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, capítulo IV, artigo 8º (Diário da República, 1996).

Procuramos manter uma postura ética e profissional a cada situação com a qual nos deparamos, sendo envolvidos muitas vezes na tomada de decisão juntamente com a restante equipa multidisciplinar, “cuidando da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.”(Diário da República, 2015a).

É de salientar o grande contributo que a UC “Epistemologia, ética e direito em enfermagem” teve, na medida em que forneceu as bases teóricas que permitiram que esta competência pudesse ter sido desenvolvida na componente prática com sucesso.

Os Enfermeiros Supervisores que acompanharam os ensinamentos clínicos ocuparam um papel de destaque no que concerne a referência, enquanto agente promotor da proteção dos direitos humanos no processo de prestação de cuidados. Face ao exposto consideram-se adquiridas as competências que fazem parte do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA: B- Domínio da melhoria contínua

As competências comuns do Enfermeiro Especialista no domínio da melhoria contínua (B1, B2 e B3) têm pontos comuns com a competência 5 conferente do grau de Mestre, pelo que serão descritas e fundamentadas em conjunto.

B1 - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

COMPETÊNCIA DE MESTRE:

5- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2019), os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem referem a grande importância da existência de qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Pretende-se que os enfermeiros “se envolvam num processo de reflexão, tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional, conducente à melhoria contínua dos cuidados prestados à população.”

O Código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo 97º (Diário da República, 2015) refere que é dever do enfermeiro exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas medidas que a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e “frequentar ações de qualificação profissional, a promover pela Ordem ou por esta reconhecidas, nos termos a fixar em regulamento de qualificação”.

No Artigo 100º do mesmo documento, é dever do enfermeiro assegurar constantemente a atualização dos seus conhecimentos. Ainda no Artigo 109º é referido que é dever do enfermeiro “garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”.

Durante os estágios tivemos sempre presente esta fundamentação normativa, e, para além de ter sido para nós uma prioridade o conhecimento da estrutura, recursos humanos e

materiais das instituições, preocupamo-nos também no conhecimento dos projetos, bem como das normas e protocolos de atuação para que pudéssemos prevenir, detetar e tratar complicações durante o tratamento do doente.

Tendo em conta que os estágios incidiram no doente crítico, em Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos, apercebemo-nos da existência de muitos protocolos de atuação, especialmente no SU do PAH, que se rege maioritariamente por protocolos. (Anexos: V, VI, VII, VIII)

Após o levantamento de necessidades, identificamos uma oportunidade de melhoria e desenvolvemos e implementamos um Projeto de Intervenção na área da comunicação, mais especificamente na transição de cuidados de saúde. O desenvolvimento desta temática sustentou-se em documentos normativos recentes e pautou-se pelo aperfeiçoamento da comunicação nos momentos de transição de cuidados de saúde, promovendo a segurança do doente. Ao longo da intervenção, pretendeu-se desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade tendo como objetivo, entre outros, a criação de um ambiente terapêutico mais seguro.

Deste modo, pela fundamentação, considera-se terem sido adquiridas e desenvolvidas as competências referentes ao domínio da melhoria contínua da qualidade.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA: C- Domínio da Gestão dos Cuidados

As competências comuns do Enfermeiro Especialista (C1 e C2), assim como a competência 3 de Mestre remetem-nos para a gestão dos cuidados e da equipa de enfermagem e liderança e supervisão numa perspetiva de otimização da qualidade dos cuidados pelo que serão fundamentadas em conjunto.

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;

COMPETÊNCIA DE MESTRE:

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

Atendendo a que os Enfermeiros Supervisores, quer da UCIPU CHUSJ, quer do SU- Faro do CHUA, assumiam frequentemente o papel de chefe de equipa, pudemos assistir as funções inerentes à coordenação e gestão de processos, de cuidados, de recursos e de prioridades do serviço. Assim sendo, pudemos identificar junto dos Enfermeiros Supervisores Clínicos, os pressupostos a ter em conta na gestão e liderança de uma equipa, bem como observar estilos de liderança adotados. De forma conjunta, pudemos refletir acerca das principais dificuldades associadas ao processo de liderança e gestão do serviço e das estratégias usadas para ultrapassá-las. Benner et al. (2011) defendem que um líder em enfermagem forte é aquele que integra a melhor da prática de enfermagem com base no conhecimento que adquire e acumula pela experiência e pela ciência.

Neste contexto, faz parte das funções do chefe de equipa assistir à passagem de turno e fazer a passagem de turno entre chefes de equipa, onde são transmitidas informações de âmbito não clínico. Para além da excelente oportunidade de acompanhar o Enfermeiro Supervisor em todo este processo, acresce a oportunidade de poder assistir a outros métodos de gestão utilizados por outros enfermeiros designados de chefes de equipa.

Na UCIPU do CHUSJ tivemos também a oportunidade de assistir e participar na reunião multidisciplinar diária, no turno da manhã, que reúne Médicos, Enfermeiros e todos os profissionais de saúde envolvidos nos processos do doente. Nesta reunião são discutidos os casos clínicos e é definido o plano terapêutico e os objetivos a atingir, com o contributo do Enfermeiro responsável de turno, que funciona como elo de ligação à restante equipa.

Assistir e vivenciar de perto este papel permitiu-nos refletir acerca dos vários estilos de liderança existentes e da sua adequação aos diferentes momentos e dinâmicas do serviço. No que se refere ao Projeto de Intervenção, também a sua implementação contribuiu para o desenvolvimento da competência acima descrita, uma vez que levar a cabo um Projeto de Intervenção carece de uma boa gestão de recursos humanos, físicos e materiais.

As Unidades Curriculares “Gestão em Saúde e Governação Clínica” e “Políticas e Modelos de Cuidados” deram também uma contributo fundamental para a aquisição de e desenvolvimento

destas competências, tendo em conta que nos permitiram compreender e organização e os modelos em funcionamento das organizações de saúde, desenvolver as capacidades de comunicação interpessoal, aplicar metodologias e estratégias de promoção da segurança da pessoa doente, o desenvolvimento da capacidade de liderança nos diferentes contextos, o conhecimento dos diferentes modelos de saúde vigentes no nosso e noutros países, o aprofundamento de conceitos como determinantes sociais da saúde, estratégias de saúde, cidadania e participação em saúde.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA: D-Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, as duas competências que lhe são devidas (D1 e D2), bem como a competência 2, 4 e 6 de Mestre são transversais, considerando que o enfermeiro deverá desenvolver e disseminar investigação com o objetivo primordial de desenvolver a prática da enfermagem baseada na evidência científica. Tendo em conta que as competências comuns do Enfermeiro Especialista se complementam com as competências de Mestre decidimos abordá-las de forma conjunta.

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

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

COMPETÊNCIAS DE MESTRE:

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

4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

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

De acordo com Benner (2001), as linhas orientadoras da prática da enfermagem perita são o domínio clínico e a prática baseada na investigação. Ao longo dos nossos estágios fomos refletindo acerca das dificuldades sentidas e através da busca incessante em tentar colmatá-las fomos adquirindo mais conhecimento, mais segurança e maior autonomia. Empenhamo-nos em aprofundar o nosso autoconhecimento durante os estágios, refletindo sobre os medos e dificuldades sentidas, quer na relação com os doentes e suas famílias, quer com a equipa multidisciplinar. Além disso, apreciamos e analisamos atentamente atitudes e comportamentos tanto dos Enfermeiros Supervisores, como dos restantes elementos da equipa perante os doentes e suas famílias e perante a equipa multidisciplinar.

Segundo Benner et al.(2011), ao enfermeiro especialista não chega saber, tem de saber como e porquê. Segundo os mesmos autores, um enfermeiro perito é detentor de juízo clínico e tomada de decisão face ao reconhecimento do problema clínico.

No sentido de aumentar o nosso conhecimento na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente em contexto de urgência/emergência, efetuamos um profundo estudo de bibliografia relevante, incluindo pesquisa de artigos atuais com conteúdos pertinentes e que fundamentem a prática clínica, elaboramos um artigo científico (Apêndice V) direcionado para a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde e assumimos o papel de formadores oportuno em contexto de estágio, nomeadamente na implementação de ações de formação em serviço. Para isso, em primeira instância, fizemos o levantamento das necessidades, e, mediante a identificação das lacunas existentes, planeamos e dinamizamos vários momentos formativos, intervindo de forma autónoma na formação da equipa de enfermagem em contexto clínico.

É de salientar a importância que as UC “Investigação em Enfermagem”, “Formação e Supervisão em Enfermagem” e “Desenvolvimento Pessoal em Saúde Mental” foram fundamentais para a aquisição e consolidação destas competências, tendo em conta que os conteúdos programáticos abordados, bem como os trabalhos efetuados em torno destas temáticas contribuíram para o desenvolvimento e aquisição de saberes do foro teórico e prático que se revelaram imprescindíveis.

Dada a pertinência da temática abordada em torno do Projeto de Intervenção, decidimos propor à nossa entidade patronal a realização de uma sessão de formação para

atualização dos conhecimentos da equipa de enfermagem no que concerne a transição de cuidados. Tendo em conta que o meio SIV está integrado na Urgência Básica de Loulé, pertencente ao CHUA, foram também convidados enfermeiros deste serviço. Esta formação contou com a presença de 6 elementos pertencentes ao INEM e 6 elementos pertencentes ao CHUA, num total de 12 enfermeiros que participaram neste momento formativo (Anexo IX)

Pela fundamentação acima descrita consideramos ter atingido e adquirido a competência em epígrafe.

3.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, A Pessoa em Situação Crítica e Competências de Mestre

De acordo com o Diário da República (2018, pp.19363) as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a Pessoa Situação Crítica dizem respeito à área de especialização em enfermagem que tem como alvo a pessoa em situação crítica, aquela “cuja vida está ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais...”.

Atendendo a que segundo o Diário da República (2018, pp.19363) cabe a um Enfermeiro Especialista prestar cuidados altamente qualificados de forma contínua, tendo em vista a recuperação total dos doentes, é imperativo que possua conhecimentos atualizados e competências que lhe permitam dar resposta às necessidades com as quais é confrontado.

Mantendo a metodologia usada para a descrição, análise, reflexão e a fundamentação associada às competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências conducentes ao grau de Mestre serão abordadas em conjunto com as competências específicas do EEPSC.

COMPETÊNCIA ESPECÍFICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- 1- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;**

COMPETÊNCIA DE MESTRE:

7- Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade;

A prestação de cuidados de Enfermagem especializados à PSC, carecem e exigem do EEEPSC uma constante atualização tanto de conhecimentos, aptidões, como de competências ao longo de todo o seu percurso profissional, uma vez que é um elemento fulcral na prestação de cuidados e na recuperação do doente.

De acordo com Benner (2001, pp.63), “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se e esta mudança leva a melhoramento das atuações.”

De acordo com estas premissas, durante os ensinos clínicos, quer em contexto de UCI, como de SU, tivemos a possibilidade de contactar com o doente crítico, podendo executar procedimentos técnicos e instituindo protocolos terapêuticos complexos com autonomia, eficácia e eficiência, prevenindo, identificando e corrigindo atempadamente riscos de falência orgânica ou de instabilidade. Colaboramos, quer com os Enfermeiros Supervisores, quer com os demais elementos da equipa multidisciplinar na execução de intervenções interdependentes. Durante os estágios tivemos oportunidade de prestar cuidados ao doente crítico com diversas patologias, entre elas: edema agudo do pulmão, paragem cardiorrespiratória, pós-paragem cardiorrespiratória, arritmias (taquicardia supraventricular, bradicardia, fibrilhação auricular), síndromes coronárias agudas, doentes com quadro de sépsis, acidente vascular cerebral, vítimas de trauma, doentes com quadro de cetoacidose diabética, aneurisma da aorta, tromboembolismo pulmonar, alterações eletrolíticas (hipercaliémia), entre outras. Além disso, possuímos já alguma experiência na prestação de cuidados ao doente crítico na medida em que desempenhamos funções numa ambulância de Suporte Imediato de Vida, que se destina a garantir a estabilização e o transporte de vítimas de trauma ou doença súbita em situações de emergência.

A Unidade Curricular Médico-Cirúrgica 4, a qual tivemos equivalência, pressupõe a aquisição do curso Suporte Básico de Vida (Anexo X), Suporte Avançado de Vida (Anexo XI) e curso de abordagem de trauma em contexto extra-hospitalar (Anexo XII), conteúdos muito pertinentes para a prestação de cuidados ao doente crítico. As Unidades Curriculares

“Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem Especializada”, Enfermagem Médico Cirúrgica 1 e 2” deram também um grande contributo para a aquisição e consolidação destas competências, dada a pertinência dos conteúdos programáticos serem direcionados para a pessoa em situação crítica, o que nos forneceu um conjunto de saberes orientado para o exercício profissional avançado centrado na pessoa e na família ao longo do ciclo vital, com grande impacto na abordagem e estabilização da pessoa em estado crítico, tendo em vista a promoção de ganhos em saúde da população. Além disso, no sentido de mantermos atualizados os nossos conhecimentos estivemos presentes no III Congresso da Secção regional do Sul, o qual se desenrolou maioritariamente em temáticas referentes ao doente crítico (Anexo XIII) e participamos numa formação em contexto de trauma (Anexo XIV) no decorrer do Programa Erasmus+.

A dor foi sempre valorizada em todos os momentos do estágio, implementando medidas farmacológicas e não farmacológicas para a sua otimização. Deste modo, mobilizamos e posicionamos os doentes com uma frequência adequada, de forma a, pelo menos, atenuar a dor e o desconforto.

No que concerne a comunicação interpessoal, é importante que o enfermeiro, como principal interveniente na comunicação em saúde, deva otimizar o triângulo terapêutico (pessoa, família e profissional de saúde) (Sá, Botelho, & Henriques, 2015). Neste sentido, a partilha de informação com o doente/família constitui um aspeto essencial em saúde, tendo em conta que é através desta partilha que se identificam necessidades a serem atendidas, de forma a se poderem traçar estratégias que promovam, mantenham ou recuperem determinada situação de saúde (K. Santos & Silva, 2006). Posto isto, estabelecemos e gerimos relações terapêuticas favoráveis, adotando estratégias comunicacionais de acordo com o doente/família, estabelecendo com estes uma relação empática, potenciando ganhos em saúde e contribuindo na evolução da situação clínica.

Esta variedade de contextos permitiu-nos adquirir e atualizar conhecimentos nesta área tão específica que é a do doente crítico, com vários níveis de complexidade pelo que consideramos adquirida a competência específica do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica: **1** - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e a competências de Mestre: **7**- Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

COMPETÊNCIA ESPECÍFICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

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

COMPETÊNCIA DE MESTRE:

7- Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade;

De acordo com Diário da República (2018,pp.19364), cabe ao enfermeiro especialista atuar, concebendo, planeando e gerindo a resposta perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe.

Em todos os locais de estágio fizemos uma leitura do plano de resposta a situações de catástrofe, bem como uma reflexão conjunta com os enfermeiros supervisores relativamente a situações de catástrofe já ocorridas. Tendo em conta que em nenhum dos locais onde desenvolvemos o ensino clínico ocorreu nenhuma situação de exceção ou catástrofe a evidência desta competência ficou condicionada a conteúdos mais teóricos, na medida em que fizemos um estudo de bibliografia relevante acerca da temática.

É de salientar a unidade curricular Médico-Cirúrgica 3 tivemos o primeiro contacto com as orientações nacionais e internacionais relativamente ao modo de atuação dos vários organismos, serviços e estruturas em situações de catástrofe. Foram abordados os vários tipos de Triagem, primária e secundária, nomeadamente a *START (Simple Triage and Rapid Treatment)*³¹).

No nosso contexto profissional, a SIV Lisboa organizou uma formação contínua *Mass Shooting*³² – Intervenção em situações multivítimas (Anexo XV), tendo como formador convidado um médico Major da GNR, perito nesta área de intervenção. Nesta formação

³¹ Triagem Simples e Tratamento Rápido

³² Tiroteio

continua foram debatidos conteúdos teóricos e houve também espaço para um exercício prático juntamente com profissionais bem treinados pertencentes à companhia de operações especiais, com os quais treinamos a triagem START e o resgate das vítimas. Além disso, para enriquecer ainda mais o nosso conhecimento nesta área estamos inscritos numa formação denominada “Medical Response to Major Incidents” (Anexo XVI) a decorrer nos dias 22, 23 e 24 de março, no sentido de obtermos maior diferenciação na área de gestão e comando num cenário de catástrofe. Esta formação baseia-se num modelo de simulação avançada treinando toda a cadeia de comando, cenário do acidente, transportes pré-hospitalar, gestão de hospitais face a este cenário, triagem, corredores de evacuação e estrutura da comunidade que possa utilizar na resposta a um grande incidente com multivítimas. O *Medical Response to Major Incidents*, teve origem na Suécia em 2009, com o Professor Sten Lennquist como responsável e, desde então, tem sido realizado em vários países, sobretudo pela facilidade com que a resposta à catástrofe é estruturada. Este exercício é uma formação internacional, pós-graduada, diferenciada na área da emergência e catástrofe, certificada por entidades internacionais.

Consideramos que toda a pesquisa efetuada, os documentos vigentes consultados e as atividades desenvolvidas e planeadas concorreram para aquisição e consolidação da competência: **2-** Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação e competência de Mestre: **7-** Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

COMPETÊNCIA ESPECÍFICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas;

COMPETÊNCIA DE MESTRE:

7- Evidencia competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista, na sua área de especialidade;

As infeções associadas aos cuidados de saúde são reconhecidas mundialmente pela OMS, e especificamente em Portugal pela DGS, como um grave problema, uma vez que aumentam o consumo de recursos, quer hospitalares quer comunitários. As IACS estão definidas pela DGS como: "uma infeção adquirida pelos doentes, em consequência de cuidados e procedimentos de saúde prestados, e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade" (DGS, 2007, pp.4).

Concomitantemente, representam também uma causa importante de mortalidade e morbilidade. Vários estudos referem que cerca de um terço das IACS, poderiam ser evitadas. Urge assim, planear e definir estratégias que permitam a redução das complicações resultantes das IACS, onde o enfermeiro, pela inerência das suas competências, terá um papel de primordial relevância (World Health Organization, 2011).

De acordo com o Diário da República (2018, pp.19364) o facto da complexidade das situações em que se encontram os doentes, sendo muitas vezes expostos a múltiplos contextos de atuação com recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, contribui para um maior risco de infeção. A existência de IACS acentua o uso de antimicrobianos, levando à resistência dos microrganismos, quando estes são prescritos de forma imprudente colocando, por isso, a segurança dos cidadãos em risco.

De acordo com o relatório de 2017 do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, as principais infeções associadas aos cuidados de saúde e o consumo indevido de antibióticos têm vindo a diminuir (DGS, 2017b).

Também os enfermeiros têm vindo a contribuir para este decréscimo. Atualmente, sabe-se que o enfermeiro desempenha um importante papel na prevenção e controlo de infeção. Esse facto é amplamente reconhecido e aparece descrito em regulamento pela nossa ordem profissional como uma das competências inerentes aos enfermeiros, nomeadamente ao EEPSC (Diário da República, 2018, pp.19364).

Nos locais onde desenvolvemos os estágios, inteiramo-nos dos principais documentos inerentes à prevenção e controlo de infeções e orientamos a nossa prestação de cuidados pelas diretivas de prevenção e controlo de infeção de caris nacional e institucional. Além disso

inteiramo-nos dos protocolos, normas e planos de prevenção e controlo de infeção dos serviços onde desenvolvemos o estágio.

Tivemos a oportunidade de participar numa formação (Anexo XVII) em contexto do Programa Erasmus+ relativa à temática que nos permitiu verificar que a preocupação em torno da prevenção e controlo da infeção é transversal a outros países, nomeadamente Inglaterra.

A UC “Médico Cirúrgica 5” teve um papel fundamental na aquisição e desenvolvimento desta competência, uma vez que foram adquiridos conhecimentos específicos sobre a prevenção e controle das IACS, bem como a identificação precoce de situações de risco acrescido de transmissão de infeção em contexto de cuidados à pessoa em situação crítica, adotando as medidas adequadas. Além disso, nesta UC foi-nos proposta a elaboração de um trabalho que consistiu na elaboração de um plano de prevenção e controlo de infeção, permitindo-nos a liderança de processos de melhoria contínua.

Em última análise consideramos que, ao longo de todo este percurso, ficou consolidada esta competência específica do EEEPSC, pois foi tido em conta desde o primeiro momento o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, a complexidade das situações e a diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica ou falência orgânica, atuando em conformidade na prevenção e controlo da infeção (Diário da República, 2018, pp.19364).

CONCLUSÃO

No culminar deste percurso académico, importa fazer uma reflexão, como balanço final do caminho percorrido através da descrição e análise das atividades desenvolvidas com vista à aquisição e consolidação das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Competências de Mestre em Enfermagem. Atendendo a que o EEEPSC está constantemente exposto a uma multiplicidade de cenários e face a doentes que apresentam um risco acrescido de falência múltipla de órgãos ou sistemas, é exigido da parte deste, a identificação de problemas e promoção de estratégias que melhorem a qualidade dos cuidados prestados.

Pelo exposto, consideramos ter atingido os objetivos definidos para este Relatório bem como os objetivos propostos no projeto do Estágio Final, com vista à aquisição das Competências conducentes ao grau de Mestre, bem como às Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

Com base na teoria “De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem”, desenvolvida por Patricia Benner, e a sistematização metodológica apoiada na metodologia de projeto foi elaborada uma estratégia de intervenção no SU do Hospital de Faro, com vista à melhoria e atualização da comunicação nos momentos de transição de cuidados de saúde dos doentes que são transferidos do SU para outras Unidades de Internamento, com vista a diminuir a existência de erros e omissões, favorecendo a segurança do doente.

Em primeira instância foi feito um diagnóstico de situação, no qual se depreendeu que a forma como a equipa de enfermagem do SU de Faro faz as transições de cuidados dos doentes do Serviço de Urgência para outras Unidades de Internamento poderá levar a omissões e falhas na interpretação, implicando riscos para o doente. Assumindo que a qualidade da transição de cuidados é imprescindível na medida em que o doente poderá ser sujeito a uma multidisciplinaridade de cuidados prestados em diversos serviços diferentes e face às novas diretrizes emanadas pela DGS, constatamos que seria urgente a implementação de uma ferramenta que permitisse a padronização e estruturação da informação a ser transmitida entre os profissionais, garantindo que esta se faz de uma forma precisa, oportuna e sem espaço a qualquer ambiguidade. Refletindo sobre a utilização desta metodologia, concluímos que esta

contribuiu de forma inovadora para a incorporação de novas aprendizagens e envolvimento de toda a equipa multidisciplinar no projeto.

Todo este percurso formativo foi altamente gratificante para nós enquanto profissionais, tendo em conta que tivemos a oportunidade de experienciar uma multiplicidade de contextos diferentes, desde a Unidade de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência, no qual estivemos a maioria do tempo alocados à sala de emergência. Para enriquecer ainda mais este percurso, participamos no Programa Erasmus+ através da realização de um estágio no PAH em Inglaterra, do qual tivemos a oportunidade de experienciar uma realidade diferente da existente no nosso país.

O acompanhamento do doente crítico nestas diferentes vertentes contribuiu grandemente para o desenvolvimento de competências que, simultaneamente, são comuns ao Enfermeiro Especialista e ao Mestre em Enfermagem.

No que se refere aos constrangimentos e dificuldades encontradas, podemos destacar a dificuldade sentida em gerir a disponibilidade para a realização dos estágios, tendo em conta as Instituições escolhidas localizavam-se bastante longe do nosso atual contexto laboral. Esta dificuldade foi, contudo, por nós superada pela motivação e persistência e também pela compreensão e colaboração, tanto dos Docentes orientadores, como dos Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Supervisores/Orientadores. Outra limitação a apontar foi a dificuldade em avaliar a implementação da Ferramenta estruturada no SU de Hospital de Faro devido à escassez de tempo para o efeito.

Com base na análise crítica e reflexiva, apoiada numa metodologia descritiva, foram relatadas as experiências vividas, os problemas identificados, bem como as soluções encontradas que permitiram desenvolver os conhecimentos necessários para a aquisição de novas competências, pautando-nos pela melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do doente crítico.

Este longo e desafiante percurso académico foi gerador de uma grande crescimento e desenvolvimento tendo em conta que a procura incessante de novo conhecimento, novas experiências, permitiu-nos a aquisição de novas ferramentas e aprendizagens diferenciadas tanto na forma de pensar, como de agir em contexto profissional e pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel-Smith, B. (1992). The Beveridge Report: Its origins and outcomes. *International Social Security Review*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.1992.tb00900.x>
- Almeida, O. M. de O. (2007). *O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O Consentimento Informado na Prtica do Cuidar em Enfermagem.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (Quarteto, Ed.). Coimbra.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Widsdom and Interventions in Acute and Critical care - A thinking-in-Action Approach*. (S.P Company, Ed.) (2ª Edição). New York.
- Boseley, S. (2018). Getting results: Why NHS clinical trials are the envy of the world. *The Guardian*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/society/2018/jul/05/nhs-clinical-trials-other-countries-enviuous-getting-results>
- Calçada, S. R. F. R. (2013). *Intervenção na Pessoa Idosa: A Dependência nos Autocuidados Deambular/transferir-se*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Retrieved from https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/4674/1/msc_srfrcalçada.pdf
- Chambers, K. (2017). Improved Accuracy and Quality of information During Emergency Department Care Transitions. *Westerm Journal of Emergency Medicine: Integrating Care With Population Health*.
- CHUA. (2019a). Portal do Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Retrieved January 2, 2019, from <http://www.chualgarve.min-saude.pt/posicionamento-estrategico/>
- CHUA. (2019b). Portal do Centro Hospitalar Universitário do Algarve Inst. Retrieved January 14, 2019, from <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- CHUSJ. (2017a). Portal do Centro Hospitalar Universitário de São João. Retrieved from <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/2>
- CHUSJ. (2017b). Portal Intranet Centro Hospitalar Universitário de São João. Retrieved from

http://intranet/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=39795

CHUSJ. (2017c). Portal Intranet Centro Hospitalar Universitário de São João. Retrieved from http://intranet/PageGen.aspx?WMCM_Paginal=39878

DGS. Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (2007). Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

DGS. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente; tradução realizada pela divisão de segurança do doente, departamento de qualidade na saúde*. Lisboa.

DGS. (2017a). Norma nº 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, de 08/02/2017. Portugal.

DGS. (2017b). *Programa de Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa. Retrieved from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf

Diário da Republica. (2008). Despacho nº5414/2008, Diário da República, 2ª série - Nº 42- 28 de Fevereiro de 2008, 8083–8085.

Diário da Republica. (2006). Despacho 18459/2006, de 12 de Setembro do Ministério da Saúde. *Diário Da República - 2.ª Série, Nº 176*, 18611–18613.

Diário da Republica. (2015). Despacho nº 1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário Da República, 28(2)*, 4–9. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154>

Diário da República. (1990). Lei nº 48/90 - Lei de Bases da Saúde, Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24, 1–18. Retrieved from https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/34540475/view?p_p_state=maximized

Diário da República. (1996). Decreto-Lei nº 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), de 04 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril.

- Diário da República. (2011). Regulamento nº 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série - nº 35 - 18 de Fevereiro.
- Diário da República. (2015a). Lei nº 156/2015 - Código Deontológico, de 16 de setembro.
- Diário da República. (2015b). Regulamento nº 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª Série - nº 123 - 26 de junho, (0).
- Diário da República. (2016). Universidade Évora Curso 2º Ciclo em Enfermagem, Aviso nº 5622/2016- Diário da República, 2ª série - nº84 de 2 de maio de 2016, 4–11. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/74313910>
- Diário da República. (2018). Regulamento nº 429/2018 - Diário da Republica, 2ª Série Nº 135 - 16 de julho de 2018, 19359–19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Dias, M., French, K., & Alliance Members. (2018). *Service Specification for The Integrated Urgent Care Service at Princess Alexandra Hospital Emergency Department Front Door Clinical Streaming*. Harlow Town.
- Duncan, P., & Juliette Jowit. (2018). Is the NHS the World's best healthcare system? *The Guardian*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/society/2018/jul/02/is-the-nhs-the-worlds-best-healthcare-system>
- Eiras, M. (2017). COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO Doente. *Apdh (Associação Portuguesa Para o Desenvolvimento Hospitalar)*. Retrieved from [https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7201/1/Comunicação e segurança do doente.pdf](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7201/1/Comunicação%20e%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf)
- Ferrara, P., Terzoni, S., Davì, S., Bisesti, A., & Destrebecq, A. (2017). A toll for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *British Journal of Nursing*, 26(15), 882–887. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2016.11.007>
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. [https://doi.org/ISSN 1646-5067](https://doi.org/ISSN%201646-5067)
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Loures.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação - da concepção à realização*. (Lusociência, Ed.). Loures.

Foundation, T. H. (2018). A&E waiting times. Retrieved October 31, 2018, from <http://www.qualitywatch.org.uk/indicator/ae-waiting-times>

GOV.UK. (2013). Equality Act 2010: guidance. Retrieved October 30, 2018, from <https://www.gov.uk/guidance/equality-act-2010-guidance>

Imperatori, E. (1993). Avaliação In E. Imperatori. & M.R Giraldes: Metodologia do planeamento em saúde. In E. N. de S. Pública (Ed.), *Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (pp. 173–196). Lisboa.

Institute, T. J. B. (2014). The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute of Evidence and Grades of Recommendation. Retrieved from www.joannabriggs.org

IPS. (2015). Proposta de criação do Curso de Mestrado. Retrieved February 28, 2019, from <https://www.ess.ips.pt/cursos/mestrados/me>

Joint Commission International. Center for patient Safety Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve the questions [Internet, Available from <http://www.jcipatientsafety.org>], JCI (2005).

Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 29(1), 30–35 6p.

Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To Err is Human: Building a Safer System: a report of the Committee on Quality of Health Care in America*. (W. DC, Ed.) (National A).

Lale, A. S., & Temple, J. M. F. (2016). Has NHS reorganisation saved lives? A CuSum study using 65 years of data. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(1), 18–26. <https://doi.org/10.1177/0141076815608853>

Mão de Ferro, A. (1999). *Na rota da Pedagogia*. (E. Colibri, Ed.). Lisboa.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing*

research and practice. (P. C. LLC, Ed.).

Miguel, A. (2006). *Gestão moderna de Projetos: Melhores Técnicas e Práticas*. (FCA, Ed.) (2ª edição). Lousã.

Moore, M., Roberts, C., Newbury, J., & Crossley, J. (2017). Am i getting an accurate picture: A tool to assess clinical handover in remote settings? *BMC Medical Education*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1067-0>

Nether, K. (2017). The Art of Handoff Communication. Retrieved December 3, 2018, from https://www.jointcommission.org/quality_reliability__leadership/the_art_of_handoff_communication/

NHS. (2017). <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-/nhs-111/>. Retrieved October 28, 2018, from <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-care/nhs-111/>

NHS. (2018a). When to call 999. Retrieved October 28, 2018, from <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-care/when-to-call-999/>

NHS. (2018b). When to visit an urgent care centre (walk-in centre or minor injury unit). Retrieved October 28, 2018, from <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-care/when-to-visit-an-urgent-care-centre/>

NHS. (2018c). You searched for: 70 years. Retrieved October 28, 2018, from <https://www.england.nhs.uk/?s=70+years>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Padrões de Qualidade. Retrieved February 10, 2019, from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Paginas/PadroesdeQualidadeQuestoes>

Peterson, S., & Bredow, T. (2013). *Middle Range Theories Application to Nursing Research* (3rd ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Pun, J., Matthiessen, C., Murray, K., & Slade, D. (2015). Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. *International Journal of Emergency Medicine*, 8(1), 12.

Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª Série - nº 35 de 18 de fevereiro. (2011).

Royal College of Physicians. (2017). National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. *RCP London*. London. Retrieved from <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>

Rua, M. do S. (2009). *A REFLEXÃO COMO ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO*. Universidade de Aveiro. Retrieved from <https://ria.ua.pt>

Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da pessoa em Situação Crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(nº1), 31–45.

Santos, K., & Silva, M. (2006). Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Revista Brasileira de Enfermagem Acedido a 31 de Dezembro de 2017*. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100012

Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em Saúde e a Segurança do Doente: Problemas e Desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 47–57.

Serra, F. R., Ferreira, M. P., Torres, M. C., & Torres, A. P. (2010). *Gestão Estratégica Conceitos e Prática*. (L. Lidel - Edições Técnicas, Ed.) (2ª edição). Lisboa.

Silva, M., Anders, J., Rocha, P., Souza, A., & Burciaga, V. (2016). Comunicação na Passagem de Plantão de enfermagem: Segurança do paciente pediátrico. *Texto e Contexto Em Enfermagem*, vol.25(nº3). Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>

Smith, C., Buzalko, R., Anderson, N., Michalski, J., Warchol, J., Ducey, S., & Branecki, C. (2018). Evaluation of a Novel Handoff Communication Strategy for Patients Admitted from the Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 372–379. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.9.35121>

The Princess Alexandra Hospital NHS Trust. (2017). Portal Intranet The Princess Alexandra

Hospital. Retrieved October 30, 2018, from
http://intranet.rqw.local/index.php?cms_page_id=153

The Princess Alexandra Hospital NHS Trust. (2018a). The Princess Alexandra Hospital NHS Trust. Retrieved October 30, 2018, from <https://www.pah.nhs.uk/>

The Princess Alexandra Hospital NHS Trust. (2018b). Vision and Values. Retrieved October 30, 2018, from <https://www.pah.nhs.uk/article/945/Vision-and-Values>

TJC. (2017). Inadequate hand-off communication. Retrieved December 3, 2018, from https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_58_inadequate_handoff_communications/

Tojal, A. (2011). *Percepção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Tomey, A. ., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. (L. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Ed.) (5ª). Loures.

United Kingdom. (2018). Retrieved October 26, 2018, from
<https://www.britannica.com/place/United-Kingdom>

WHO, C. C. for P. S. S. I. S. C. M. (2007). Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions*, 1(3), 1–4.

World Health Organization, (Who). (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. (WHO, Ed.), *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data* (1ª). Switzerland.
https://doi.org/http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E APRECIÇÃO DA PERTINÊNCIA DE ELABORAÇÃO DE PROJETO DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DA COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

Introdução

Eu, Marta Sofia Oliveira Dias, enfermeira e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, no âmbito das Unidades Curriculares Estágio Final e Relatório de Mestrado, pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção, cujo objetivo geral é aperfeiçoar a comunicação na transição de cuidados de saúde, promovendo a segurança do doente.

Nos últimos tempos a comunicação tem tido um papel de destaque no âmbito da saúde. Tendo em conta que esta temática assume grande importância na qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente, é de todo pertinente que os enfermeiros aperfeiçoem e atualizem os seus conhecimentos nesse sentido. Para garantir a segurança do doente, é importante que a transição de cuidados obedeça a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados.

O presente questionário surge no âmbito do Projeto de Intervenção “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados no Serviço de Urgência” e tem como finalidade a caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência, bem como aferir os seus conhecimentos relativamente à comunicação eficaz na transição de cuidados em saúde e dos documentos normativos que sustentam esta temática.

A confidencialidade dos dados será garantida, e estes, serão apenas utilizados como ferramenta de trabalho associada a este Projeto de Intervenção.

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL E ACADÉMICA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

Por favor, assinale com uma cruz (X):

GÉNERO	Masculino	Feminino		
IDADE	20-30	31-40	41-50	>50
ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	0-5	6-10	11-15	>16
GRAU ACADÉMICO	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
ESPECIALIDADE	SIM		NÃO	
Se SIM, qual(ais)?	Saúde Comunitária			
	Médico-Cirúrgica			
	Saúde Mental e Psiquiátrica			
	Saúde Infantil e Pediátrica			
	Reabilitação			

PARTE II - APRECIÇÃO DA PERTINÊNCIA DA INTERVENÇÃO

Conhece o Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020?			
SIM		NÃO	
Já frequentou alguma formação na área da comunicação eficaz em saúde?			
SIM		NÃO	
Conhece a norma da Direção Geral da Saúde nº001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde?			
SIM		NÃO	
Tem conhecimento de alguma abordagem sistematizada/padronizada usada na transferência de informação do doente?			
SIM		NÃO	
Se SIM, qual(ais)?			

Grata pela colaboração

Marta Dias

APÊNDICE B – ANÁLISE *SWOT*

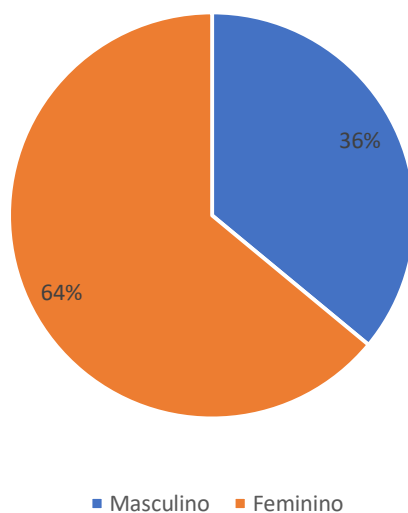
Análise SWOT

FATORES POSITIVOS			
VERTENTE INTERNA	Forças (Strengths) - Equipa de enfermagem motivada e recetiva - Ausência de formação na área da comunicação eficaz - Ausência de protocolos ou normas instituídas nos momentos de transição de cuidados - Abertura da Instituição à introdução de novos projetos - Inexistência de custos associados ao Projeto	Oportunidades (Opportunities) - Cumprimentos das recomendações emitidas pela DGS - Cumprimentos das recomendações emanadas no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 - Melhoria das boas práticas, no que concerne à comunicação nos momentos de transferência de informação dos doentes	VERTENTE EXTERNA
	Fraquezas (Weaknesses) - Formação realizada dentro do horário laboral, mas com reduzida duração - Risco de não adesão da equipa - Complexidade do SU	Ameaças (Threats) - Resistência da equipa à mudança de comportamentos	

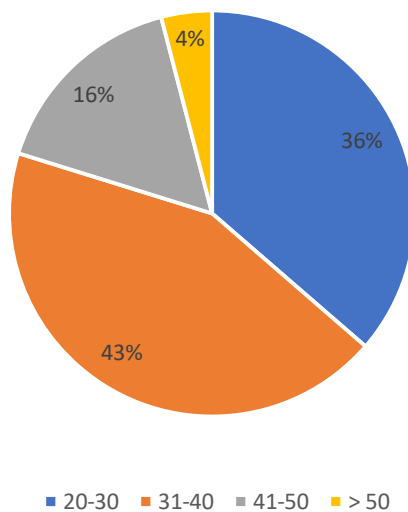
APÊNDICE C – RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Caraterização Sociodemográfica

Género



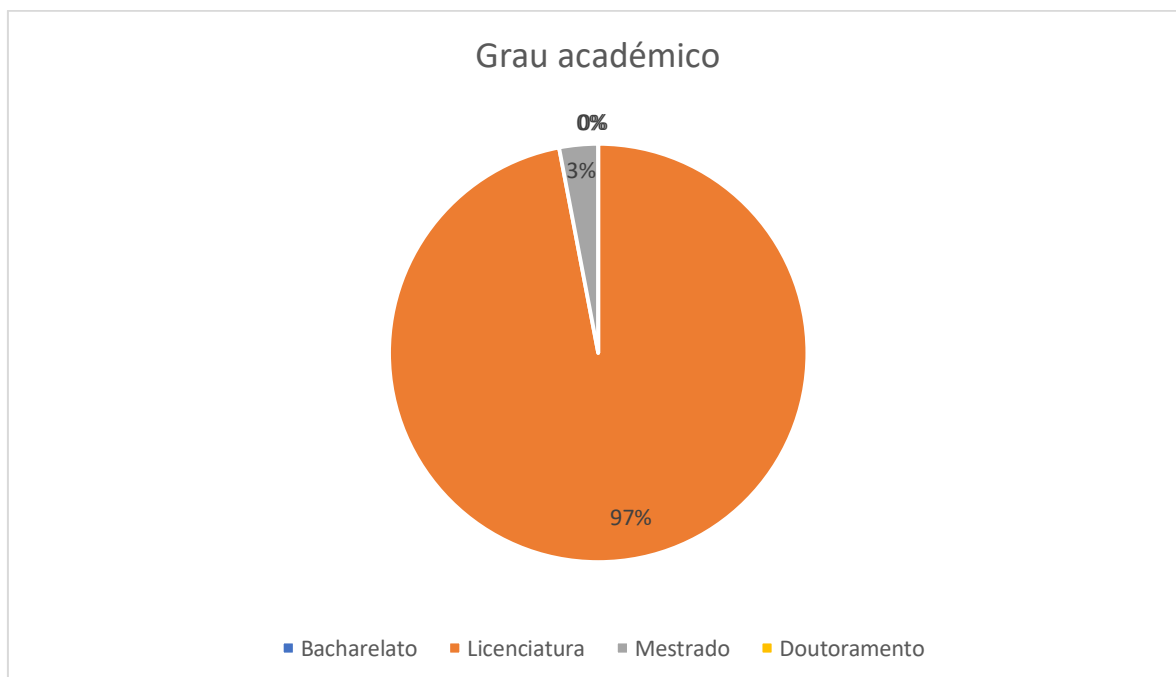
Idade



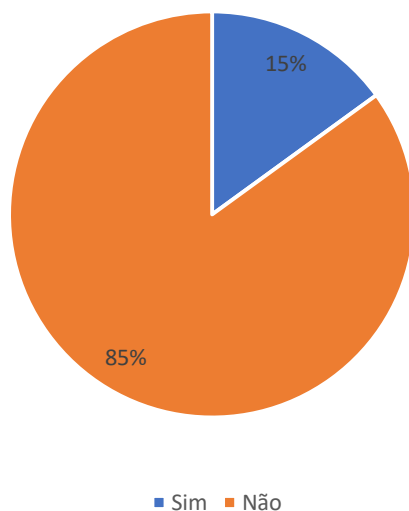
Caraterização Profissional



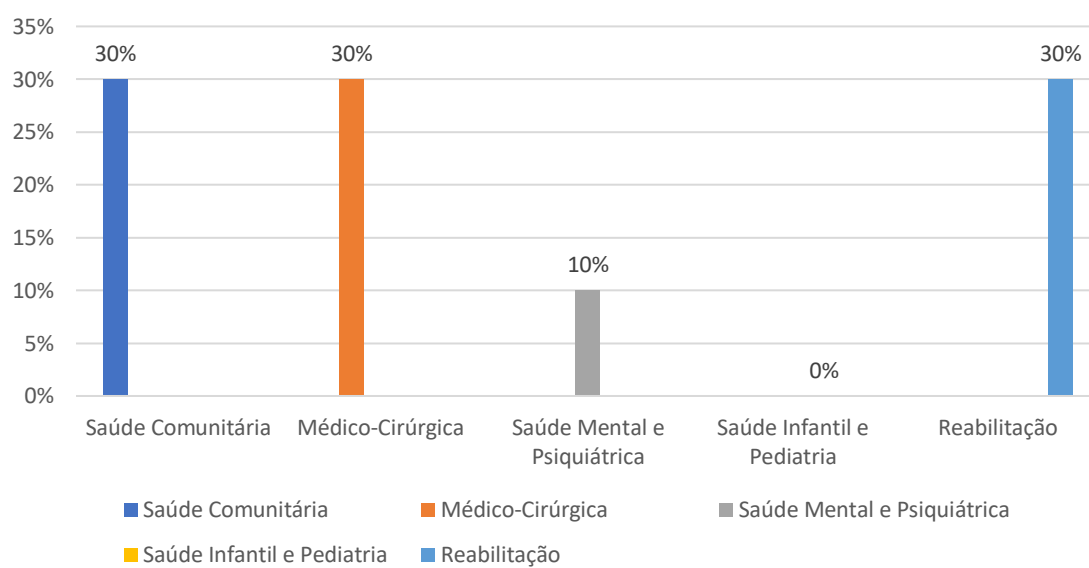
Caraterização académica



Especialidade

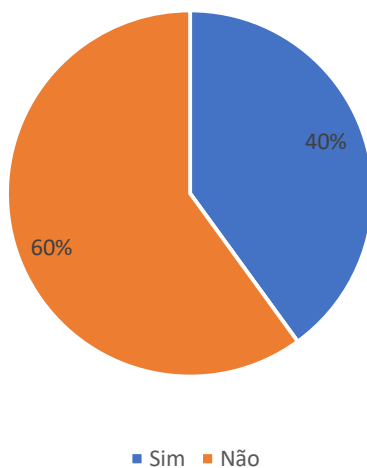


Tipo de Especialidade

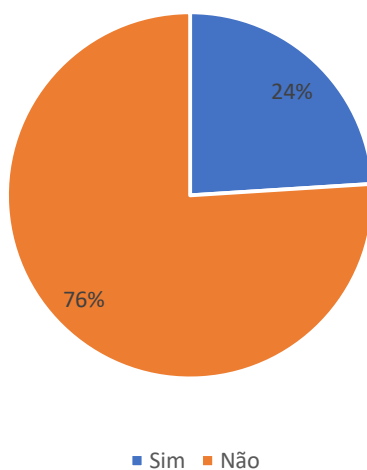


Apreciação da pertinência da intervenção

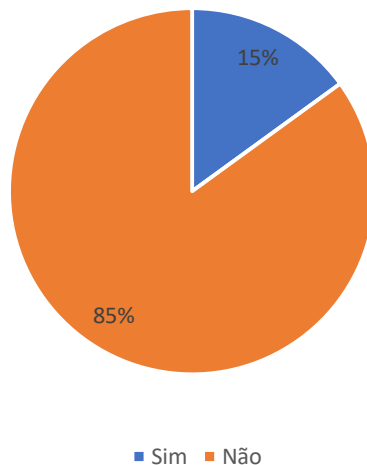
Conhece o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020?



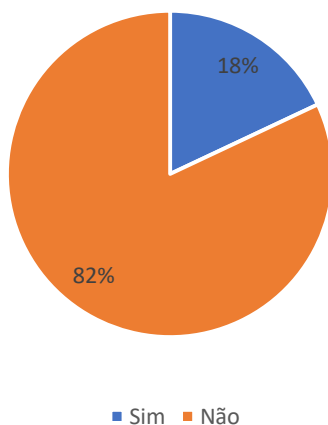
Já frequentou alguma formação na área da comunicação eficaz em saúde ?



Conhece a norma da DGS nº001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde ?



Tem conhecimento de alguma abordagem sistematizada/padronizada usada na transferência de informação do doente ?



Se sim, qual(ais)?

SAMPLE; ISBAR; ABCDE

APÊNCICE D – CRONOGRAMA

CRONOGRAMA INICIAL PROPOSTO

FASES	TEMPO ATIVIDADES	Ano/Mês/Quinzena									
		2018						2019			
		Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro		Março	
		1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Diagnóstico de Situação	Reunião com o enfermeiro chefe										
	Identificação da necessidade										
	Análise SWOT										
	Pesquisa bibliográfica										
	Definição do objectivo geral										
	Construção de um questionário										
	Aplicação do questionário										
	Recolha de dados										
Planeamento	Definição de objectivos específicos										
	Construção do cronograma do projeto										
	Definição das estratégias e atividades a desenvolver										
	Definição dos recursos necessários										
	Criação de consentimento informado, livre e esclarecido										
	Construção de proposta de projeto										
	Envio da proposta de projeto ao CFIC/ Comissão de Ética/ CA										
Execução	Pesquisa bibliográfica										
	Revisão integrativa da literatura										
	Preparação de sessão de formação										
	Sessão de formação										
	Construção de uma ferramenta em suporte de papel com base na norma nº001/2017										
	Reunião com o enfermeiro chefe para apreciação da ferramenta										
	Construção de um questionário pós intervenção										
	Aplicação do questionário pós intervenção										
	Implementação da ferramenta estruturada sugerida com base na norma nº001/2017										
Avaliação	Construção de uma checklist para aferir o cumprimento da ferramenta estruturada										
	Implementação da checklist na observação do cumprimento na utilização da ferramenta estruturada										
	Observação do cumprimento na utilização da ferramenta contruida										
	Análise dos objetivos delineados / Relatório de mestrado										

APÊNDICE E – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Anexo 3

Modelo 2: Pedido de autorização institucional

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

Assunto: Estudo de Investigação COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA (título)

MARTA SOFIA OLIVEIRA DIAS (nome completo), na qualidade de Investigador Principal / ~~Investigador Responsável~~ / Aluno, vem, por este meio, solicitar a V. Ex.ª autorização para realizar no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 19/11/2018

Assinatura Marta Sofia Oliveira Dias

APÊNDICE F – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Modelo 3: Pedido de autorização institucional

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

Assunto: Estudo de Investigação _____ COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE URGENCIA _____ (título)

MARTA SOFIA OLIVEIRA DIAS _____ (nome completo), na qualidade de Investigador
Principal / ~~Investigador Responsável~~ / Aluno, vem, por este meio, solicitar a V. Ex.^a autorização para realizar no
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o
programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 19/11/2017

Assinatura Marta Sofia Oliveira Dias

APÊNDICE G – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO ENFERMEIRO CHEFE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Modelo 7: Termo de autorização local

Estudo de investigação COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

(Nome) JOSÉ VIEIRA DOS SANTOS, na qualidade de ~~Director~~
~~do Serviço~~ / Enfermeiro Chefe / ~~Responsável de~~ DO SERVIÇO DE URGÊNCIA, declaro que autorizo / dou parecer
favorável à execução do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições
necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data __/__/____

Assinatura _____

APÊNDICE H – PROPOSTA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO



2º Mestrado em Enfermagem em Associação

Unidades Curriculares: Estágio Final/ Relatório

Proposta de projeto de intervenção profissional

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados no Serviço de Urgência

Docente Orientador:

Professor Doutor Adriano Dias Pedro

Orientador Supervisor Clínico:

Enfermeiras Especialistas Ana Agostinho e Bruna Paiva

Discente:

Marta Dias, n.º de aluno: 170531020

Faro, 19 de novembro de 2018

RESUMO

A comunicação em saúde assume grande importância nos cuidados prestados. Tendo em conta a relevância da comunicação na saúde, é importante que os profissionais desenvolvam cada vez mais capacidades nesse sentido, de forma a garantirem a prestação de cuidados de qualidade.

Atualmente, fala-se cada vez mais na segurança dos doentes, que acabou por se tornar numa prioridade na busca da qualidade nos serviços prestados. Daí ter sido elaborado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, que está em vigor de 2015 até 2020 e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que visa apoiar os profissionais de saúde, de forma a garantir a maior segurança possível dos doentes. De entre os vários objetivos estratégicos do Plano Nacional para a segurança dos Doentes, aumentar a segurança da comunicação foi um deles. (Diário da República, 2015)

Tendo em conta que a comunicação eficaz na transição de cuidados tem um papel importante, quer na segurança do doente, quer na diminuição de eventos adversos, foi criada uma ferramenta estruturada e padronizada que promove a uniformização da informação transmitida. (DGS, 2017a)

A presente intervenção segue as fases da metodologia de projeto e pretende o aperfeiçoamento da comunicação na transição de cuidados de saúde, promovendo a segurança do doente, através de um ou vários momentos formativos aos enfermeiros do Serviço de Urgência e aplicação de uma ferramenta em suporte papel que permita a transição de informação dos doentes transferidos do Serviço de Urgência para uma Unidade de Internamento de forma padronizada.

INDICE

<u>NOTA INTRODUTÓRIA</u>	6
<u>1. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO</u>	7
<u>2. OBJETIVOS</u>	12
<u>3. METODOLOGIA</u>	13
<u>4. QUESTÕES ÉTICAS</u>	15
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	16

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I. Cronograma Inicial Proposto.....	18
APÊNDICE II. Questionário de caracterização sociodemográfica e apreciação da pertinência de elaboração de projeto de intervenção na área da comunicação eficaz na transição de cuidados.....	20
APÊNDICE III. Consentimento informado, esclarecido e livre.....	23

SIGLAS

CHUA- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

DGS- Direção Geral de Saúde

EEEPSC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

ISBAR- “Identify”(Identificação); “Situation” (Situação atual); “Background” (Antecedentes); “Assessment” (Avaliação); “Recommendation” (recomendações)

PSC- Pessoa em Situação Crítica

SBAR- “Situation”; Background; Assessment; Recommendation

SU - Serviço de Urgência

WHO- “World Health Organisation”

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica (PSC), ministrado pela Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde de Évora, Setúbal, Beja, Portalegre e Castelo Branco, decorre o estágio final no Serviço de Urgência (SU), integrada no Centro Hospitalar Universitário do Algarve [CHUA].

O estágio final é considerado imprescindível para o desenvolvimento de competências comuns e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC), bem como de competências de Mestre em Enfermagem. Será então desenvolvida uma intervenção profissional major, evidenciada no Relatório de Mestrado a apresentar.

Posto isto, após reunião com a enfermeiro-chefe do SU, Sr.º Enfermeiro José Vieira dos Santos, foi identificada como necessidade do serviço a melhoria da comunicação na transição de cuidados de saúde com o intuito de promover maior segurança ao doente.

1. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A Direção Geral de Saúde (DGS), na Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, aponta como fator humano contribuinte do erro, a comunicação. Uma comunicação pouco precisa, poderá levar a falhas nos cuidados de saúde, colocando em causa a segurança do doente, pelo que é necessário que o profissional de saúde deva aprimorar a eficácia da comunicação, devendo saber quando falar, o que dizer e como dizer, confirmando a receção da informação (DGS, 2011).

Segundo Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes (2010) as falhas na comunicação são as principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.

No documento produzido pela WHO(2007), com o título Communication During Patient Hand-Overs, a comunicação surge como um elemento chave na transição de cuidados, pois por vezes a informação transmitida poderá ser mal interpretada ou omissa. Esta falha de comunicação (omissão/má interpretação) poderá levar a tratamentos inadequados ou negligência de cuidados, em que o risco de dano para o doente se torna maior. No topo da lista de eventos reportados à Joint Commission in the United States of America, entre 1995 e 2006, surge como causa principal a comunicação. De acordo com os dados recolhidos na Austrália, 11% dos 25000 a 30000 eventos adversos permanentes, ocorreram devido a falhas na comunicação, pelo que poderiam ter sido evitados.(WHO, 2007)

Segundo Kohn, Corrigan, & Donaldson (2000), os erros em torno da má comunicação na transição de cuidados do doente são causa de 44.000 a 98.000 mortes por ano.

A Norma nº 001/2017 da DGS (DGS, 2017a) aponta relativamente a estudos nacionais, um estudo de 2012 onde se verificou que 50% dos casos sofriam de uma comunicação pouco eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade dos cuidados ao doente.

Se é verdade que uma má comunicação pode colocar em risco a excelência da prestação de cuidados, também é verdade que a segurança do doente está posta em causa. De acordo com o Despacho nº1400-A/2015 Diário da Republica, 2ª série – Nº28 – 10 de fevereiro de 2015, a ocorrência de incidentes são sempre dramáticos para o doente e sua família, para os profissionais e para o Serviço Nacional de Saúde (Diário da Republica, 2015).

Posto isto, foi elaborado um Plano Nacional para a Segurança dos doentes que está em vigor de 2015 até 2020 e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que visa apoiar os profissionais do Serviço Nacional de Saúde a gerir melhor os riscos associados à prestação de cuidados de saúde, de forma a garantir a maior segurança possível dos doentes (Diário da Republica, 2015). De entre os vários objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, aumentar a segurança da comunicação foi um deles (Diário da Republica, 2015).

De uma forma geral, segundo o Despacho nº1400-A/2015 Diário da República, 2ª série – Nº28 – 10 de fevereiro de 2015, a comunicação está presente nos serviços de saúde nos mais diversos momentos: transferência de responsabilidade da prestação de cuidados; mudanças de turno; transferências e altas dos doentes. Posto isto, é mandatório que as instituições de saúde implementem procedimentos standard de forma a assegurar que a comunicação se faça de forma clara, objetiva, precisa, completa, atempada e, acima de tudo que seja bem compreendida pelo recetor.

Dada a importância que a prática de uma boa comunicação dos cuidados de saúde assume na segurança do doente, com a implementação deste plano pretende-se desenvolver entre 2015 e 2020 auditorias internas à transferência de informação nas transições, transferências e nas altas dos doentes e a publicação da norma sobre procedimentos seguros na transição de cuidados (Diário da Republica, 2015).

Segundo Meleis, transição é definida como a passagem de um estado de saúde/doença ou de um local para outro. Ainda de acordo com a mesma autora, a transição é um conceito base na enfermagem, pois está associado a processos de saúde/doença (Meleis, 2010).

Naylor, M. e Cleave, J., citados por Meleis (2010) mencionam de acordo com a American Geriatrics Society, que a transição envolve uma vasta gama de serviços limitados no tempo e ambiente, visando assegurar a continuidade de cuidados e prevenir maus resultados. Assegurar a qualidade na transição de cuidados, é

imprescindível, tendo em conta a multidisciplinaridade de cuidados a que o doente poderá ser sujeito.

De acordo com Naylor, M. e Cleave, J. a transição de cuidados é influenciada pela comunicação, ambiente, falta de acesso a serviços e pelos diferentes níveis de competência dos profissionais. Além disto, a barreira linguística, o nível de literacia e diferenças culturais poderão constituir uma dificuldade na transição de cuidados (Meleis, 2010).

Naylor, M. e Cleave, J. desenvolveram um estudo aleatório, sobre Modelo de Transição de Cuidados, centrado na relação estabelecida entre doente, família e prestadores de cuidados. Este modelo assenta em 10 pressupostos, entre os quais: avaliação intra-hospitalar em equipa multidisciplinar no sentido de prevenção de eventos adversos, preparação e desenvolvimento do plano de cuidados; continuidade de cuidados entre unidades de saúde diferenciadas e unidades de saúde primárias; visão holística do doente tendo em conta os seus objetivos e suas necessidades; envolvimento do paciente e familiares no processo de saúde/doença; identificação precoce de sintomas e riscos que podem influenciar efeitos adversos e futuras readmissões; comunicação entre equipa multidisciplinar, bem como com a família durante o processo saúde/doença; A aplicação deste modelo conduziu à melhoria de cuidados após a alta, ao aumento da satisfação do doente, à redução dos custos hospitalares e à redução do número de re-internamentos (Meleis, 2010).

Assim sendo, o mesmo documento sugere algumas estratégias a serem consideradas por cada país, nomeadamente: utilização da mnemónica SBAR (situação; antecedentes; avaliação; recomendação); atribuição de tempo suficiente para a passagem de informação; utilização de sistemas que permitam o acesso a informação à posteriori; formação contínua em comunicação, com treino para os profissionais; promoção da transmissão de informação entre organizações e entre profissionais (Meleis, 2010).

A comunicação é um fator determinante na qualidade e na segurança do doente durante a prestação de cuidados. As falhas na comunicação entre as várias equipas de saúde, poderão causar uma franca diminuição da qualidade dos cuidados prestados ou até, erros no tratamento (M. Santos et al., 2010). A Joint Commission on Accreditation of Health Care, em 2005, define *handover* como um processo de passagem de informação entre os profissionais de saúde, cuja missão assenta na continuidade e segurança dos

cuidados. Tal processo poderá ocorrer em 3 momentos: troca de turno no mesmo serviço; entre serviços; entre instituições. Neste sentido, é enfatizada a dimensão da continuidade informacional, que se define como a transferência efetiva de informações e conhecimentos face à situação da pessoa, a fim de colmatar eventos de fragmentação de cuidados e, garantir o atendimento atual e apropriado quando as pessoas se movem de um contexto para outro (Joint Commission International, 2005).

São ocorrências de risco elevado no momento em que informações críticas podem ser dadas de forma incompleta, omitidas por completo ou incorretamente compreendidas, levando à prestação de cuidados de qualidade inferior ou danos para a pessoa (Joint Commission International, 2005).

No estudo, “Improved Accuracy and Quality of Information During Emergency Department Care Transitions”(Chambers, 2017) foi avaliada a transição de cuidados antes e após a aplicação de um padrão para uniformização do processo. O estudo revelou que a aplicação de um padrão para a transição de cuidados, tornando-o um processo standard, diminuía os erros associados à transmissão de informação relevante do doente (parâmetro vitais; resultados laboratoriais e radiológicos; ECG; história de doença atual; achados no exame físico).

Com a realização do estudo supramencionado, algumas orientações sobre a forma de realizar a transição de cuidados foram apontadas como benéficas na diminuição da probabilidade de erro, tais como: definição de um espaço específico com recursos disponíveis que permitam o acesso a informação; predefinição de um elemento “gestor” de interrupções e sistema informático para gravar informação (exemplo sinais vitais; resultados laboratoriais ou radiológicos). Dos 321 casos de transição de cuidados analisados, em que foram obtidos dados objetivos, verificou-se uma diminuição de erro na comunicação em 58%(Chambers, 2017).

Estudos relativos à padronização da comunicação verbal de dados, bem como a diminuição de dados fornecidos durante a transição de cuidados foram essenciais para a mudança de procedimentos associados à transição de cuidados.

De acordo com Norma 001/2017 (DGS, 2017a), comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, aponta como eventos frequentes nas instituições de saúde a transição de cuidados de saúde. Contudo, estes momentos são frequentemente relativizados pelos próprios profissionais de saúde, podendo colocar em causa o nível de prestação de cuidados e de assistência ao doente.

(Diário da República, 2015).

Tendo em conta o supracitado, uma comunicação pouco estruturada poderá colocar em risco a segurança dos doentes. Face a isto, em Portugal, de acordo com a norma da DGS (DGS, 2017a) a transição de cuidados dos doentes deverá ser feita de forma “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor”, utilizando para o efeito a mnemónica ISBAR *Identify* (Identificação); *Situation* (Situação atual); *Background* (Antecedentes); *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações).

Assim, penso que o desenvolvimento deste projeto de intervenção é pertinente, tendo em conta que visa aperfeiçoar a comunicação na transição de cuidados de saúde dos doentes que são transferidos do SU para uma Unidade de Internamento, promovendo a sua segurança.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Aperfeiçoar a comunicação na transição de cuidados de saúde, promovendo a segurança do doente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a transição de cuidados através de uma ou várias sessões de formação;
- Otimizar os conhecimentos da equipa de enfermagem relativamente à norma nº001/2017 da DGS;
- Construir uma ferramenta em suporte de papel com base na norma nº001/2017 que permita a sistematização da informação em situações de transição de cuidados;
- Implementar a metodologia ISBAR no Serviço de Urgência.

3. METODOLOGIA

De acordo com Ferrito, Nunes, & Ruivo (2010) a Metodologia de Projeto, “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução”.

Para o desenvolvimento deste projeto de intervenção será adotada a metodologia de projeto, que pressupõe a identificação de uma necessidade num determinado contexto e a implementação de estratégias e intervenções para colmatar a necessidade identificada. A metodologia de projeto divide-se em cinco fases: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados. (Ferrito et al., 2010)

As atividades previstas para a consecução do projeto estão planificadas no cronograma (**Apêndice I**), das quais se destacam:

- Aplicação de um questionário aos enfermeiros do Serviço de Urgência, com o objetivo de realizar a caracterização sociodemográfica, profissional e académica e a apreciação da pertinência da intervenção proposta;
- Realizar uma ou mais sessões de formação acerca da temática “ISBAR” (Identify; Situation; Background; Assessment; Recommendation);
- Implementar uma ferramenta em suporte de papel com base na norma nº001/2017 que permita a sistematização da informação em situações de transição de cuidados
- Avaliação e controlo através da observação direta, após obtenção do consentimento informado livre e esclarecido aos observados.

CONTEXTO CLÍNICO

Serviço de Urgência do CHUA - Faro.

POPULAÇÃO ALVO

Este projeto de intervenção tem como população alvo os enfermeiros do Serviço de Urgência do CHUA- Faro

RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Os dados referentes à caracterização sociodemográfica, académica e profissional dos enfermeiros do SU do CHUA- Faro e apreciação da pertinência da intervenção serão recolhidos através da aplicação de um questionário desenvolvido para o efeito. **(Apêndice II).**

Relativamente ao tratamento estatístico dos dados, importa referir que os mesmos serão apresentados com recurso ao programa informático Excel.

RECURSOS E CUSTOS

Não se preveem custos adicionais à entidade patronal, nem condicionamento da normal atividade e dinâmica do Serviço de Urgência do CHUA-Faro.

4. QUESTÕES ÉTICAS

De acordo com Fortin (2009) durante a implementação da metodologia de projeto há limites que não devem ser transpostos, nomeadamente o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito digno e livre de viver e, por isso, poder decidir sobre os aspetos da sua vida que lhe dizem respeito.

Assim, afirma-se que serão cumpridos os procedimentos éticos e legais da Instituição Hospitalar CHUA, garantindo o direito à confidencialidade e anonimato com fornecimento a todos os participantes do consentimento informado acerca do tema do projeto em anexo, contexto de aplicação e objetivos do mesmo, por forma a existir uma decisão livre e fundamentada. A participação neste projeto de intervenção assume um carácter voluntário, pelo que será solicitado o consentimento livre e esclarecido aos enfermeiros. (**Apêndice III**).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel-Smith, B. (1992). The Beveridge Report: Its origins and outcomes. *International Social Security Review*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.1992.tb00900.x>
- Almeida, O. M. de O. (2007). *O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O Consentimento Informado na Prtica do Cuidar em Enfermagem.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (Quarteto, Ed.). Coimbra.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Widsdom and Interventions in Acute and Critical care - A thinking-in-Action Approach*. (S.P Company, Ed.) (2ª Edição). New York.
- Boseley, S. (2018). Getting results: Why NHS clinical trials are the envy of the world. *The Guardian*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/society/2018/jul/05/nhs-clinical-trials-other-countries-enviuous-getting-results>
- Calçada, S. R. F. R. (2013). *Intervenção na Pessoa Idosa: A Dependência nos Autocuidados Deambular/transferir-se*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Retrieved from https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/4674/1/msc_srfrcalçada.pdf
- Chambers, K. (2017). Improved Accuracy and Quality of information During Emergency Department Care Transitions. *Westerm Journal of Emergency Medicine: Integrating Care With Population Health*.
- CHUA. (2019a). Portal do Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Retrieved January 2, 2019, from <http://www.chualgarve.min-saude.pt/posicionamento-estrategico/>
- CHUA. (2019b). Portal do Centro Hospitalar Universitário do Algarve Inst. Retrieved January 14, 2019, from <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>

- CHUSJ. (2017a). Portal do Centro Hospitalar Universitário de São João. Retrieved from <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/2>
- CHUSJ. (2017b). Portal Intranet Centro Hospitalar Universitário de São João. Retrieved from http://intranet/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=39795
- CHUSJ. (2017c). Portal Intranet Centro Hospitalar Universitário de São João. Retrieved from http://intranet/PageGen.aspx?WMCM_Paginal=39878
- DGS. Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (2007). Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
- DGS. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente; tradução realizada pela divisão de segurança do doente, departamento de qualidade na saúde*. Lisboa.
- DGS. (2017a). Norma nº 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, de 08/02/2017. Portugal.
- DGS. (2017b). *Programa de Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa. Retrieved from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Diário da Republica. (2008). Despacho nº5414/2008, Diário da República, 2ª série - Nº 42- 28 de Fevereiro de 2008, 8083–8085.
- Diário da Republica. (2006). Despacho 18459/2006, de 12 de Setembro do Ministério da Saúde. *Diário Da República - 2.ª Série, Nº 176*, 18611–18613.
- Diário da Republica. (2015). Despacho nº 1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário Da República*, 28(2), 4–9. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Diário da República. (1990). Lei nº 48/90 - Lei de Bases da Saúde, Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24, 1–18. Retrieved from https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/34540475/view?p_p_state=maximized

- Diário da República. (1996). Decreto-Lei nº 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), de 04 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril.
- Diário da República. (2011). Regulamento nº 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série - nº 35 - 18 de Fevereiro.
- Diário da República. (2015a). Lei nº 156/2015 - Código Deontológico, de 16 de setembro.
- Diário da República. (2015b). Regulamento nº 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª Série - nº 123 - 26 de junho, (0).
- Diário da República. (2016). Universidade Évora Curso 2º Ciclo em Enfermagem, Aviso nº 5622/2016- Diário da República, 2ª série - nº84 de 2 de maio de 2016, 4–11. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/74313910>
- Diário da República. (2018). Regulamento nº 429/2018 - Diário da Republica, 2ª Série Nº 135 - 16 de julho de 2018, 19359–19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Dias, M., French, K., & Alliance Members. (2018). *Service Specification for The Integrated Urgent Care Service at Princess Alexandra Hospital Emergency Department Front Door Clinical Streaming*. Harlow Town.
- Duncan, P., & Juliette Jowit. (2018). Is the NHS the World's best healthcare system? *The Guardian*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/society/2018/jul/02/is-the-nhs-the-worlds-best-healthcare-system>
- Eiras, M. (2017). COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO Doente. *Apdh (Associação Portuguesa Para o Desenvolvimento Hospitalar)*. Retrieved from [https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7201/1/Comunicação e segurança do doente.pdf](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7201/1/Comunicação%20e%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf)
- Ferrara, P., Terzoni, S., Davì, S., Bisesti, A., & Destrebecq, A. (2017). A toll for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *British Journal of Nursing*, 26(15), 882–887. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2016.11.007>

- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Loures.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação - da concepção à realização*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Foundation, T. H. (2018). A&E waiting times. Retrieved October 31, 2018, from <http://www.qualitywatch.org.uk/indicator/ae-waiting-times>
- GOV.UK. (2013). Equality Act 2010: guidance. Retrieved October 30, 2018, from <https://www.gov.uk/guidance/equality-act-2010-guidance>
- Imperatori, E. (1993). Avaliação In E. Imperatori. & M.R Giraldes: Metodologia do planeamento em saúde. In E. N. de S. Pública (Ed.), *Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (pp. 173–196). Lisboa.
- Institute, T. J. B. (2014). The Joanna Briggs Institute Levels os Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting Document for the Joana Briggs Institute of Evidence and Grades of Recommendation. Retrieved from www.joannabriggs.org
- IPS. (2015). Proposta de criação do Curso de Mestrado. Retrieved February 28, 2019, from <https://www.ess.ips.pt/cursos/mestrados/me>
- Joint Commission International. Center for patient Safety Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve the questions [Internet, Available from <http://www.jcipatientsafety.org>], JCI (2005).
- Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 29(1), 30–35 6p.
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To Err is Human: Building a Safer System: a report of the Comitee on Quality of Health Care in America*. (W. DC, Ed.) (National A).

- Lale, A. S., & Temple, J. M. F. (2016). Has NHS reorganisation saved lives? A CuSum study using 65 years of data. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(1), 18–26. <https://doi.org/10.1177/0141076815608853>
- Mão de Ferro, A. (1999). *Na rota da Pedagogia*. (E. Colibri, Ed.). Lisboa.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing research and practice*. (P. C. LLC, Ed.).
- Miguel, A. (2006). *Gestão moderna de Projetos: Melhores Técnicas e Práticas*. (FCA, Ed.) (2ª edição). Lousã.
- Moore, M., Roberts, C., Newbury, J., & Crossley, J. (2017). Am i getting an accurate picture: A tool to assess clinical handover in remote settings? *BMC Medical Education*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1067-0>
- Nether, K. (2017). The Art of Handoff Communication. Retrieved December 3, 2018, from https://www.jointcommission.org/quality_reliability__leadership/the_art_of_handoff_communication/
- NHS. (2017). <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-care/nhs-111/>. Retrieved October 28, 2018, from <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-care/nhs-111/>
- NHS. (2018a). When to call 999. Retrieved October 28, 2018, from <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-care/when-to-call-999/>
- NHS. (2018b). When to visit an urgent care centre (walk-in centre or minor injury unit). Retrieved October 28, 2018, from <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-care/when-to-visit-an-urgent-care-centre/>
- NHS. (2018c). You searched for: 70 years. Retrieved October 28, 2018, from <https://www.england.nhs.uk/?s=70+years>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Padrões de Qualidade. Retrieved February 10, 2019, from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Paginas/PadroesdeQualidade>

Questões

- Peterson, S., & Bredow, T. (2013). *Middle Range Theories Application to Nursing Research* (3rd ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Pun, J., Matthiessen, C., Murray, K., & Slade, D. (2015). Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. *International Journal of Emergency Medicine*, 8(1), 12.
- Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª Série - nº 35 de 18 de fevereiro. (2011).
- Royal College of Physicians. (2017). National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. *RCP London*. London. Retrieved from <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>
- Rua, M. do S. (2009). *A REFLEXÃO COMO ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO*. Universidade de Aveiro. Retrieved from <https://ria.ua.pt>
- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da pessoa em Situação Crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(nº1), 31–45.
- Santos, K., & Silva, M. (2006). Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Revista Brasileira de Enfermagem Acedido a 31 de Dezembro de 2017*. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100012
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em Saúde e a Segurança do Doente: Problemas e Desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 47–57.
- Serra, F. R., Ferreira, M. P., Torres, M. C., & Torres, A. P. (2010). *Gestão Estratégica Conceitos e Prática*. (L. Lidel - Edições Técnicas, Ed.) (2ª edição). Lisboa.

- Silva, M., Anders, J., Rocha, P., Souza, A., & Burciaga, V. (2016). Comunicação na Passagem de Plantão de enfermagem: Segurança do paciente pediátrico. *Texto e Contexto Em Enfermagem*, vol.25(nº3). Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>
- Smith, C., Buzalko, R., Anderson, N., Michalski, J., Warchol, J., Ducey, S., & Branecki, C. (2018). Evaluation of a Novel Handoff Communication Strategy for Patients Admitted from the Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 372–379. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.9.35121>
- The Princess Alexandra Hospital NHS Trust. (2017). Portal Intranet The Princess Alexandra Hospital. Retrieved October 30, 2018, from http://intranet.rqw.local/index.php?cms_page_id=153
- The Princess Alexandra Hospital NHS Trust. (2018a). The Princess Alexandra Hospital NHS Trust. Retrieved October 30, 2018, from <https://www.pah.nhs.uk/>
- The Princess Alexandra Hospital NHS Trust. (2018b). Vision and Values. Retrieved October 30, 2018, from <https://www.pah.nhs.uk/article/945/Vision-and-Values>
- TJC. (2017). Inadequate hand-off communication. Retrieved December 3, 2018, from https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_58_inadequate_handoff_communications/
- Tojal, A. (2011). *Percepção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Tomey, A. ., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. (L. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Ed.) (5ª). Loures.
- United Kingdom. (2018). Retrieved October 26, 2018, from <https://www.britannica.com/place/United-Kingdom>
- WHO, C. C. for P. S. S. I. S. C. M. (2007). Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions*, 1(3), 1–4.
- World Health Organization, (Who). (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. (WHO, Ed.), WHO Library Cataloguing-in-

Publication Data (1ª). Switzerland.

https://doi.org/http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf

APÊNDICE I – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ALUNO

Modelo 5: Termo de responsabilidade – Aluno

Trabalho académico de investigação COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

(Nome) MARTA SOFIA OLIVEIRA DIAS, na qualidade de Aluno, comprometo-me a executar o Trabalho Académico de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição.

Mais me comprometo a informar o Centro Hospitalar Universitário do Algarve de todas as comunicações, apresentações e publicações respeitantes ao Estudo supra identificado, através do endereço de correio eletrónico unidade.investigacao@ch.algarve.min-saude.pt e cfic.ptm@ch.algarve.min-saude.pt.

Data 14/10/2018

Assinatura Marta Sofia Oliveira Dias

APÊNDICE J – TERMO DE RESPONSABILIDADE O ORIENTADOR DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Modelo 6: Termo de responsabilidade – Orientador / Orientador Supervisor

Trabalho académico de investigação COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

(Nome) ADRIANO DIAS PEDRO, na qualidade de Professor Orientador / ~~Orientador Supervisor no CHUA~~, comprometo-me a prestar a orientação necessária para uma boa execução do mesmo e a acompanhar o Aluno nas diferentes fases da sua realização, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, bem como por zelar pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos e pelo cumprimento das normas internas da instituição.

Data 16/11/2018

Assinatura



APÊNDICE K – TERMO DE RESPONSABILIDADE DO ORIENTADOR/SUPERVISOR DO CHUA

Modelo 6: Termo de responsabilidade – Orientador / Orientador Supervisor

Trabalho académico de Investigação – TRANSIÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

(Nome) BRUNA PAIVA, na qualidade de **professora-orientadora / Orientador Supervisor** no CHUA, comprometo-me a prestar a orientação necessária para uma boa execução do trabalho e a acompanhar o Aluno nas diferentes fases da sua realização, de acordo com o programa de trabalho e os meios disponíveis, bem como por toda a parte pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos e pelo cumprimento das normas internas da instituição.

A **comp. Bruna Paiva** em data de **15/11/2018**

data: 15/11/2018

assinatura: Bruna Paiva

Luís Simão (2018)

Modelo 6: Termo de responsabilidade – Orientador / Orientador Supervisor

Trabalho académico de investigação COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

(Nome) ANA AGOSTINHO, na qualidade de ~~Professor Orientador~~ / Orientador Supervisor no CHUA, comprometo-me a prestar a orientação necessária para uma boa execução do mesmo e a acompanhar o Aluno nas diferentes fases da sua realização, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, bem como por zelar pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos e pelo cumprimento das normas internas da instituição.

A eufr^a Ana Agostinho encontra-se de férias
até 12/12/2018

Data 19/11/2018

Assinatura Prof. Ana Agostinho Dr. Luís Soares (2136)

APÊNDICE L – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO O CONTEÚDO DESTA DOCUMENTO.

Eu, Marta Sofia Oliveira Dias, enfermeira no Instituto Nacional de Emergência Médica, a desempenhar funções na SIV de Loulé, com o n.º mecanográfico 94104 e cédula profissional n.º 4-E-67003, estudante do Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, no âmbito das Unidades Curriculares “Estágio Final” e “Relatório de Mestrado”, encontro-me a desenvolver um projeto intitulado: **Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados no serviço de Urgência**, cujo objetivo geral consiste em aperfeiçoar a comunicação na transição de cuidados de saúde, promovendo a segurança do doente. Para realização de um diagnóstico de situação apropriado solicita-se a sua colaboração através do preenchimento de um questionário dividido em duas partes: a primeira parte inclui a caracterização sociodemográfica, profissional e académica da equipa; e a segunda parte consiste na apreciação da pertinência da intervenção.

Garante-se o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos e o seu uso restringe-se ao contexto académico e de investigação associado a este Projeto de Intervenção.

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

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

NOME _____

ASSINATURA _____ DATA ____/____/____

Assinatura de quem pede consentimento: _____ (Marta Dias)

APÊNDICE M - FERRAMENTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SITUAÇÕES DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE BASEADA NA NORMA Nº001/2017

TRANSIÇÃO DE CUIDADOS - ISBAR

I	Nome completo:	Género:				
	Data de nascimento:	Nacionalidade:				
	Serviço origem:	Serviço destino:				
	Nome Enfermeiro:					
	Nome cuidador informal/pessoa significativa:					
	Contato:					
Identificação						
S	Data admissão:	Hora admissão:				
	Motivo de admissão:	Diagnóstico:				
	Meios complementares diagnóstico realizados:					
	Terapêutica administrada:					
	Terapêutica em curso:					
Situação atual						
B	Antecedentes clínicos	Necessidade de isolamento:				
	Nível de dependência:					
	Diretivas antecipadas de vontade:					
	Alergias conhecidas:					
	Medicação habitual:					
	Técnicas invasivas realizadas:					
Antecedentes/Anamnese	Situação social (suporte familiar/institucional):					
A	A	Permeável	Não permeável			
	B	FR	SPO2	%	O2:	L/m
	C	FC bpm	TPC: ≤ 2seg	≥ 2seg		
		TA	/	mmHg	Caraterísticas da pele:	
	D	A	V	D	S	Dor (0-10)
	E	Temp	°C	BM:	mg/dL	Úlcera por pressão:
Avaliação		Focos de atenção relevantes:				
R	Plano de continuidade de cuidados					
	Recomendações					

APÊNDICE N – PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Curso: Ação N.º 1	Data: --.01.2019 Horário: 15h
Módulo: Comunicação eficaz na transição de cuidados	Sessão n.º 1
Formadora: Enfermeira Marta Sofia Oliveira Dias	Público-Alvo/Destinatários: Enfermeiros
Duração do módulo: 30 min	Local da realização: Serviço Urgência - Faro Centro Hospitalar Universitário do Algarve
Objetivo Geral: Atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem relativamente à norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro de 2017, demonstrando o seu impacto na comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.	
Objetivos Específicos: Compreender a importância da comunicação na transição de cuidados; Relacionar os erros de comunicação como fator de risco para a segurança do doente; Conhecer a norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro de 2017; Reconhecer a técnica ISBAR como uma ferramenta útil na transferência de informação do doente.	

	Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologias e Técnicas Pedagógicas	Recursos Técnico Pedagógicos	CrITÉrios e Instrumentos de Avaliação	Duração
Introdução	Compreender a importância da comunicação eficaz na transição de cuidados	- Apresentação do tema; - Objetivos da sessão; - Divulgação da percentagem de eventos adversos na saúde devido a falhas na comunicação; - Identificação das falhas mais comuns de comunicação na transferência de cuidados.	Expositivo: projeção de slides e exposição oral	Videoprojetor	Observação direta em sala: motivação e participação	5min
Desenvolvimento	Relacionar as falhas na comunicação como causa da falta de segurança do doente; Conhecer a norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro de 2017.	- Apresentação do Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020; - Apresentação da norma nº 001/2017 da DGS; - Esclarecimento da equipa das vantagens de estruturar e padronizar a informação a transmitir na transferência de informação do doente; - Demonstração da aplicabilidade da técnica ISBAR.	Expositivo: projeção de slides e exposição oral	Videoprojetor	Observação direta em sala: motivação e participação	15min
Conclusão	Reconhecer a técnica ISBAR como uma ferramenta útil na transferência de informação do doente.	- Síntese de informação; - Esclarecimento de dúvidas.	Expositivo: projeção de slides e exposição oral	Videoprojetor	Observação direta em sala: motivação e participação; Preenchimento de um questionário.	10min

APÊNDICE O – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde

Técnica ISBAR

Sessão de Formação em Serviço

SU Faro - SUB Loulé - CHUA Faro

Marta Dias

Objetivo Geral

- Atualizar os conhecimentos da equipa de enfermagem relativamente à norma nº001/2017 de 8 de fevereiro de 2017, demonstrando o seu impacto na comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Objetivos Específicos

- Compreender a importância da comunicação eficaz na transição de cuidados;
- Relacionar os erros de comunicação como fator risco para a segurança do doente;
- Conhecer a norma nº001/2017 de 08 de fevereiro de 2017;
- Reconhecer a técnica ISBAR como uma ferramenta útil na transferência de informação do doente.





Comunicação pouco eficaz: eventos adversos

- No topo da lista de eventos reportados à *Joint Commission in the United States of America*, a **comunicação ineficaz** durante a transferência de cuidados, tem sido apontada como uma das principais **causas de eventos adversos entre 2011 e 2013**. (Nether, 2017)
- **70% dos eventos adversos** na saúde a nível internacional ocorrem devido a falhas na comunicação entre os profissionais de saúde durante a transição de cuidados/*handover*. (DGS, 2017)
- Nos EUA, as **falhas na comunicação** foram responsáveis por, pelo menos, **30%** de todas as reclamações por más práticas, resultando em **1744 mortes e 1.7 biliões de dólares** gastos em indemnizações durante os últimos cinco anos. (TJC, 2017)
- Um estudo nacional de 2012 revela que **50% dos casos** estudados tinham **inexistência de comunicação eficaz** entre os profissionais de saúde por forma a garantir a continuidade dos cuidados. (DGS, 2017)



Comunicação em Saúde

“Pilar fundamental para a segurança do doente”
(Diário da República, 2015)

O profissional de saúde deve:

- ✓ **Saber quando falar**
- ✓ **Saber o que dizer**
- ✓ **Saber como dizer**



Para isso, é necessário que:

Desenvolva, atualize e pratique constantemente competências comunicacionais.



Garantir a prestação de cuidados de qualidade, eficaz e segura.



Transição de Cuidados/*Handover*

Definição:

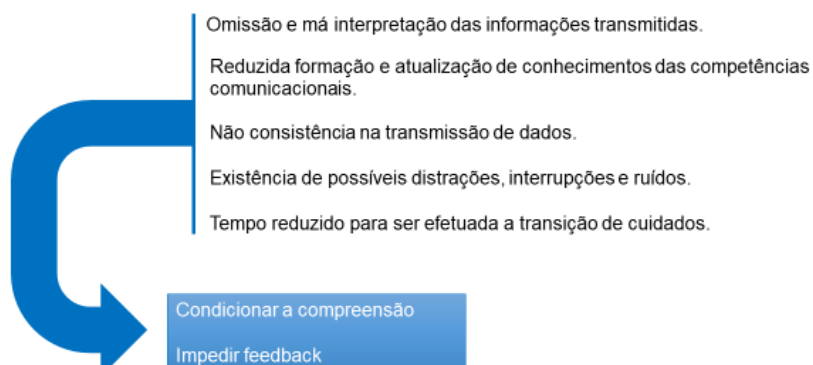
- Processo de comunicação entre os profissionais e transferência de responsabilidade do cuidado prestado. (TJC, 2017)
- São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação. (DGS,2017)



Pode ser feita:

- Entre serviços
- Entre turnos
- Entre Instituições
- Entre diferentes níveis de cuidados (Eiras, 2017)

Principais Barreiras da Comunicação na transição de cuidados





Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

AUMENTAR A SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO

Sendo a comunicação um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno e as transferências ou altas dos doentes, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de

cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente.

De acordo com o diagnóstico de situação, realizado no âmbito dos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015 nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, o número médio nacional de auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados é de 5 auditorias/ano.

As tecnologias de informação e comunicação desempenham, neste contexto, uma função estruturante fundamental, não apenas entre diferentes instituições prestadoras de cuidados, nacionais, europeias ou internacionais, mas, também, entre serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço.

Norma nº 001/2017 de 8/02/2017



NORMA

Francisco
Henrique
Moura George

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR

PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

A transição de cuidados deve obedecer a uma **comunicação eficaz** na transferência de informação entre os profissionais de saúde.



Foi criada uma ferramenta estruturada e padronizada



A técnica ISBAR



Técnica ISBAR – Modelo explicativo



Utilidade:

- Uniformização da comunicação;
- Fácil memorização pelos profissionais;
- Metodologia padronizada, simples, flexível e clara para sustentar a transição de cuidados;
- Rápida tomada de decisões e diminuição do tempo na transferência de informação.

(DGS,2017)

ANEXOS

Anexo I – modelo explicativo da técnica ISBAR

Memória ISBAR	
I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar;
B Antecedentes/Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretos antecipados de vontade	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador;
A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

Evidência Revisão da Literatura (2014-2018)

EM - ORIGINAL

Communication during handover in the pre-hospital/hospital interface in Italy: from evaluation to implementation of multidisciplinary training through high-fidelity simulation

Francesco Dojmi Di Delupis · Paolo Pisanelli · Giovanni Di Luccio · Maura Kennedy · Sabrina Tellini · Nadia Nenci · Elisa Guerrini · Riccardo Pini · Gian Franco Gensini

OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS/CONCLUSÃO
Avaliar a comunicação na transferência de informação do pré-hospitalar para o intra-hospitalar ao nível da triagem através do uso da ferramenta ISBAR	- Gravadas 12 simulações de transições de cuidados com posterior debriefing, sob avaliação de peritos. - Estas gravações foram alvo de discussão e revisão. - Realizadas 16 sessões de formação e treino com simulações práticas de acordo com a ferramenta ISBAR. - Repetição de 24 simulações após 4 meses de conclusão da formação inicial.	Por consenso (100%) dos 23 enfermeiros da triagem concordaram que a transição de cuidados deverá ser estruturada/padronizada de acordo com a ferramenta ISBAR de forma a tomar sistemática a transferência de informação.



Evidência Revisão da Literatura (2014-2018)

ORIGINAL RESEARCH

Evaluation of a Novel Handoff Communication Strategy for Patients Admitted from the Emergency Department

Christopher J. Smith, MD^{*}
Russell J. Buzalko, PhD[†]
Nathan Anderson, MD[‡]
Joel Michalski, MD[§]
Jordan Warchol, MD[¶]
Stephen Ducey, MD[¶]
Chad E. Branecki, MD[¶]

^{*}University of Nebraska Medical Center, Department of Internal Medicine, Omaha, Nebraska
[†]Children's Hospital & Medical Center, Omaha, Nebraska
[‡]George Washington School of Medicine & Health Sciences, Department of Emergency Medicine, Washington, District of Columbia
[§]Salt Lake Regional Medical Center, Department of Emergency Medicine, Salt Lake, Utah
[¶]University of Nebraska Medical Center, Department of Emergency Medicine, Omaha, Nebraska

OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS/CONCLUSÃO
Avaliar o impacto de uma comunicação padronizada na qualidade da transição de cuidados do serviço de Urgência para Unidades de Internamento	O formato SBAR foi então modificado para SBAR-DR (situation; background; assessment; responsibilities and risks - discussion and disposition; read-back and record) adaptado à transição de cuidados feita via telefone pelos médicos do Departamento de Emergência para os médicos de Medicina Interna.	110 chamadas gravadas pré-implementação do SBAR-DR 110 chamadas gravadas pós-implementação do SBAR-DR A maioria dos médicos sentiu que o uso desta ferramenta se repercutiu em maior segurança e eficácia face ao doente. A introdução desta ferramenta melhora a qualidade da transição de cuidados verbal.

Técnica ISBAR- Contexto Urgência

I Identificação	Nome completo:	Gênero:	
	Data de nascimento:	Nacionalidade:	
S Situação atual	Serviço origem:	Serviço destino:	
	Nome Enfermeiro:	Nome cuidador informal/pessoa significativa:	
B Antecedentes/Anamnese	Contato:		
A Avaliação	Data admissão:	Hora admissão:	
	Motivo de admissão:	Diagnóstico:	
R Recomendações	Meios complementares diagnóstico realizados:		
	Terapêutica administrada:	Terapêutica em curso:	
B Antecedentes/Anamnese	Antecedentes clínicos:	Necessidade de isolamento:	
	Nível de dependência:	Diretivas antecipadas de vontade:	
A Avaliação	Alergias conhecidas:		
	Medicação habitual:	Técnicas invasivas realizadas:	
R Recomendações	Situação social (suporte familiar/institucional):		
A Avaliação	Permeável	Não permeável	
	PC bpm	SPO2 %	O2: L/m
R Recomendações	TA mmHg	TPC: s 2seg	≥ 2seg
	D A V D S	Características da pele:	Dor (0-10)
A Avaliação	Temp °C 8M	mg/dL	Úlcera por pressão:
	Focos de atenção relevantes:		
R Recomendações	Piano de continuidade de cuidados		



Técnica ISBAR- Contexto Extra Hospitalar

CODU		TRIAGEM
I Identificação	Identificação do Profissional de Saúde emissor Serviço de origem Identificação do doente (nº de ficha/género/idade)	Identificação do Profissional de Saúde emissor Serviço de origem Identificação do doente (nome completo/data nascimento)
S Situação atual	Motivo da chamada Hora de início da sintomatologia Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizada ou a realizar	Motivo da chamada Hora de início da sintomatologia Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizada ou a realizar
B Antecedentes/Anamnese	Antecedentes clínicos Medicação habitual Nível de dependência Alergias conhecidas Técnicas invasivas realizadas Identificação social	Antecedentes clínicos Medicação habitual Nível de dependência Alergias conhecidas Técnicas invasivas realizadas Identificação social
A Avaliação	Avaliação ABCDE Focos de alteração relevante	Avaliação ABCDE Focos de alteração relevante (evolução da situação clínica)
R Recomendações	Validação do protocolo adequado à situação clínica do doente Recomendação da unidade hospitalar de destino mais apropriada	Identificação do cuidador informal/pessoa significativa Outras relevantes



Obrigada pela vossa colaboração.

Marta Dias



Bibliografia

- Delupis, F., Mancini, N., Nota, T., & Pisanelli, P. (2014). Communication during handover in the pre-hospital/hospital interface in Italy: From evaluation to implementation of multidisciplinary training through high-fidelity simulation. *Internal and Emergency Medicine*, 9(5), 575–582. <https://doi.org/10.1007/s11739-013-1040-9>
- DGS. (2017). *Norma nº 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, de 08/02/2017*. Portugal.
- Diário da Republica. (2015). Despacho nº 1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 28(2), 4–9. Obtido de <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Eiras, M. (2017). COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO Doente. *Apdh (Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar)*. Obtido de [https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7201/1/Comunicação e segurança do doente.pdf](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7201/1/Comunicação%20e%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf)
- Ferrara, P., Terzoni, S., Davi, S., Bisesti, A., & Destrebecq, A. (2017). A toll for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *British Journal of Nursing*, 26(15), 882–887. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2016.11.007>
- Goelzer, E., Follak, N., Dezordi, C., F, N., & Bagetti, T. (2016). A Comunicação na Passagem de Plantão e sua Repercussão na Segurança do Doente. Obtido de <https://www.google.pt/search?q=A+COMUNICAÇÃO+NA+PASSAGEM+DE+PLANTÃO+E+SUA+REPERCUSSÃO+NA+SEGURANÇA+DO+PACIENTE&og=A+COMUNICAÇÃO+NA+PASSAGEM+DE+PLANTÃO+E+SUA+REPERCUSSÃO+NA+SEGURANÇA+DO+PACIENTE&aqs=chrome..69i57j1522j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Moore, M., Roberts, C., Newbury, J., & Crossley, J. (2017). Am i getting an accurate picture: A tool to assess clinical handover in remote settings? *BMC Medical Education*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1067-0>
- Nether, K. (2017). The Art of Handoff Communication. Retrieved December 3, 2018, from https://www.jointcommission.org/quality_reliability_leadership/the_art_of_handoff_communication/



Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 29(1), 30–35 6p.

Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em Saúde e a Segurança do Doente: Problemas e Desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 47–57

Smith, C., Buzalko, R., Anderson, N., Michalski, J., Warchol, J., Ducey, S., & Branecki, C. (2018). Evaluation of a Novel Handoff Communication Strategy for Patients Admitted from the Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 372–379. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.9.35121>

TJC. (2017). Inadequate hand-off communication. Retrieved December 3, 2018, from https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_58_inadequate_handoff_communications/

WHO, C. C. for P. S. S. I. S. C. M. (2007). Communication During Patient Hand-Over. *Patient Safety Solutions*, 1(3), 1–4.

APÊNDICE P – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO MOMENTO FORMATIVO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE FORMAÇÃO/ CONHECIMENTOS

Designação da ação de formação: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados

Formador da ação de formação: Marta Sofia Oliveira Dias

Local:

Data:

Gostaríamos, que respondesse às seguintes questões, colocando um **(X)** no respetivo número, sendo que:

- 1- **POUCO SATISFATÓRIO;**
- 2- **SATISFATÓRIO;**
- 3- **BOM;**
- 4- **EXCELENTE.**

Relativamente à formação ministrada:

1. Avaliação do programa da ação de formação	1	2	3	4
1.1. Objetivos da ação				
1.2. Conteúdo da ação				
1.3. Utilidade dos temas				
1.4. Duração				

2. Relativamente aos conteúdos programáticos considera:	1	2	3	4
2.1. Pertinência dos temas				
2.2. Tempo dedicado à exposição dos temas				

3. Relativamente ao desenvolvimento da ação	1	2	3	4
3.1. Meios audiovisuais/outras recursos				
3.2. Instalações e equipamentos				
3.3. O horário da ação de formação				

4. Relativamente ao desempenho do formador considera:	1	2	3	4
4.1. Domínio dos temas				
4.2. Métodos Utilizados				
4.3. Linguagem Utilizada				
4.4. Empenho e apoio aos formandos				
4.5. Relacionamento com os formandos				

Sugestões/Críticas (temas considerados importantes, temas a desenvolver com maior profundidade, outros temas a abordar)

Observações (por exemplo: ações em que gostaria de participar no futuro e outros aspetos relevantes)

Apreciação Global da Ação da Formação

Apreciação global

Nada Esclarecedora_____

Pouco Esclarecedora_____

Esclarecedora_____

Muito Esclarecedora_____

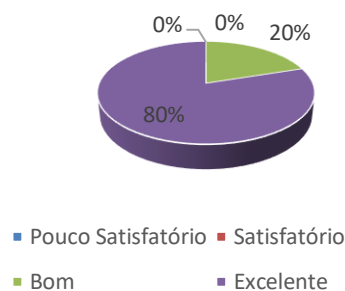
APÊNDICE Q – ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DO MOMENTO FORMATIVO

No final da sessão procedeu-se à avaliação da mesma através do preenchimento de um questionário em que é avaliada a sessão e o formador. Pretende-se desta forma confirmar a concretização dos objetivos propostos na sessão bem como captar a atenção dos formandos para o tema em destaque. Para avaliação foi utilizada uma escala com os itens de pouco satisfatório, satisfatório, bom e excelente.

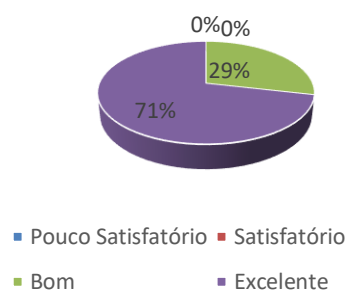
Dos 35 enfermeiros presentes na sessão de formação responderam todos ao questionário proposto.

1. Avaliação do programa da ação de formação

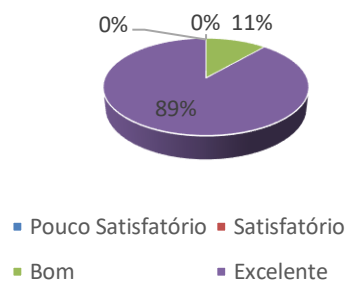
1.1. Objetivos da ação



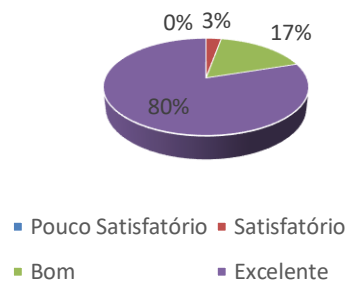
1.2. Conteúdo da ação



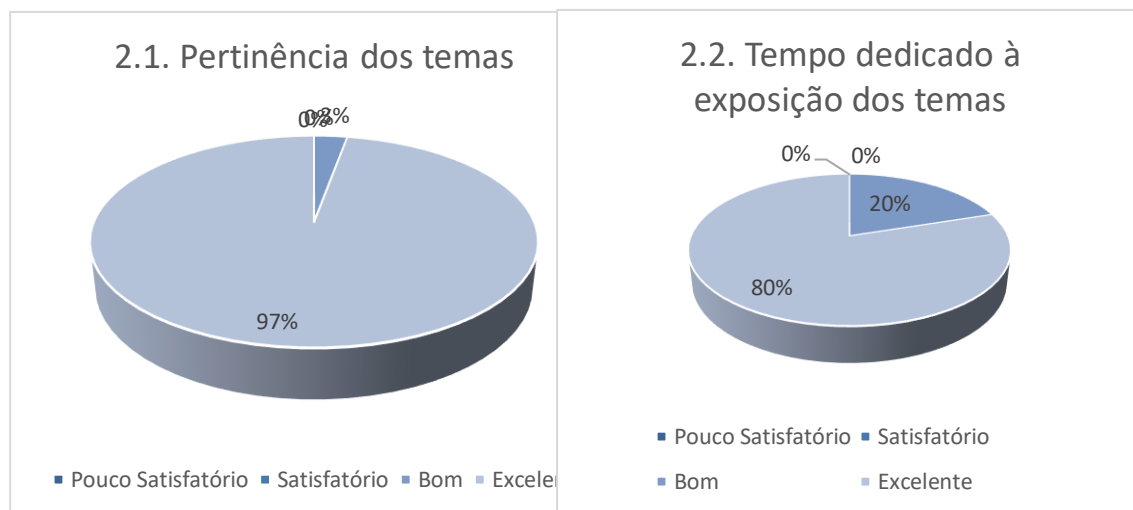
1.3. Utilidade dos temas



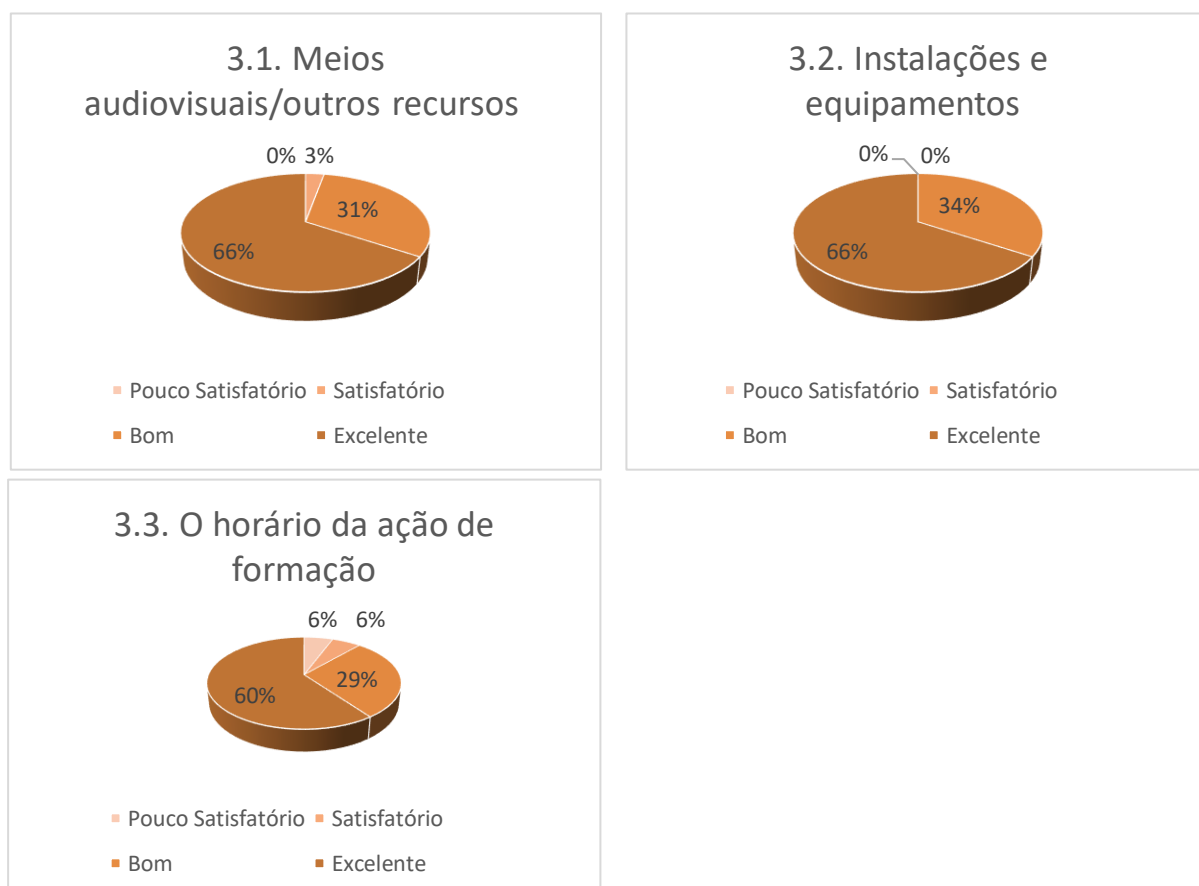
1.4. Duração



2. Relativamente aos conteúdos programáticos considera:

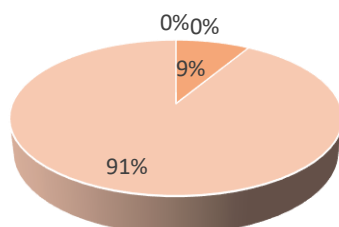


3. Relativamente ao desenvolvimento da ação



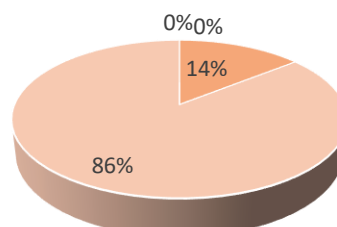
4. Relativamente ao desempenho do formador considera:

4.1. Domínio dos temas



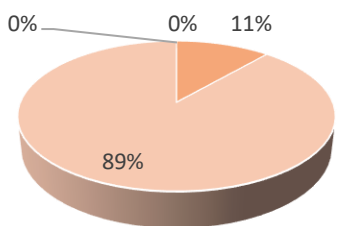
■ Pouco Satisfatório ■ Satisfatório ■ Bom ■ Excelente

4.2. Métodos Utilizados



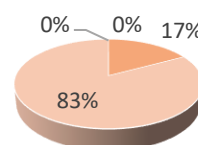
■ Pouco Satisfatório ■ Satisfatório ■ Bom ■ Excelente

4.3. Linguagem Utilizada



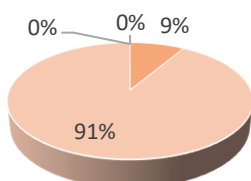
■ Pouco Satisfatório ■ Satisfatório ■ Bom ■ Excelente

4.4. Empenho e apoio aos formandos



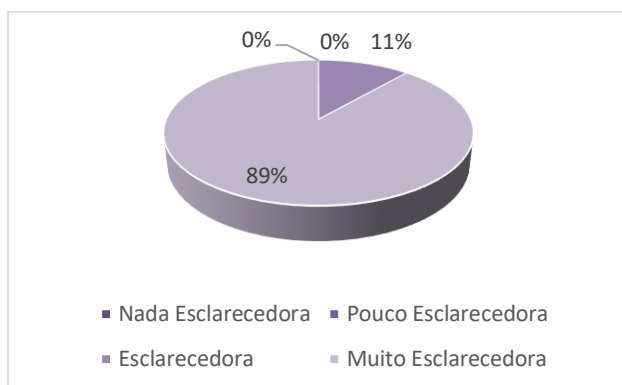
■ Pouco Satisfatório ■ Satisfatório
■ Bom ■ Excelente

4.5. Relacionamento com os formandos



■ Pouco Satisfatório ■ Satisfatório ■ Bom ■ Excelente

Apreciação Global da Ação da Formação



APÊNDICE R - QUESTIONÁRIO PÓS INTERVENÇÃO

QUESTIONÁRIO PÓS INTERVENÇÃO NA ÁREA DA COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

Introdução

No âmbito do Projeto de Intervenção Profissional "Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados no Serviço de Urgência" o presente questionário tem como objetivo a avaliação do Projeto de Intervenção por parte da equipa de Enfermagem.

Deste modo o questionário encontra-se dividido em duas partes, a primeira parte centra-se nos conhecimentos relativos aos documentos normativos da temática da Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados e a segunda parte avalia a perceção da equipa acerca da ferramenta estruturada a ser usada na transferência de informação dos doentes.

A confidencialidade dos dados será garantida, e estes, serão apenas utilizados como ferramenta de trabalho associada a este Projeto de Intervenção.

Agradece-se o preenchimento deste questionário pelos Enfermeiros que efetivamente estiveram presentes na sessão de formação e que tiveram conhecimento da ferramenta de transição de cuidados normalizada, de forma a ter uma avaliação mais real e fidedigna.

PARTE I - Aferição dos conhecimentos relativos aos documentos normativos da temática da Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados.

Conhece o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020?			
SIM		NÃO	

Conhece a norma da Direção-Geral da Saúde nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde?			
SIM		NÃO	

Conhece alguma abordagem padronizada, estruturada ou semiestruturada da transição de cuidados de saúde?			
SIM		NÃO	

Se sim, qual(ais)?			
--------------------	--	--	--

PARTE II - Análise da Percepção da Equipa de Enfermagem acerca da ferramenta estruturada usada na transferência de informação dos doentes.

A utilização da ferramenta padronizada na transição de cuidados:

- Contribui para uma comunicação eficaz;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1 - Discordo totalmente 10 - Concordo totalmente

- Permite uma melhor organização e sistematização da informação a transmitir;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1 - Discordo totalmente 10 - Concordo totalmente

- Permite que a transferência de informação dos doentes se faça de forma mais objetiva, clara e consistente;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1 - Discordo totalmente 10 - Concordo totalmente

- Garante uma maior eficácia, qualidade e segurança na continuidade dos cuidados prestados ao doente;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1 - Discordo totalmente 10 - Concordo totalmente

- É útil nos momentos de transição de cuidados;

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1 - Discordo totalmente 10 - Concordo totalmente

Grata pela colaboração

Marta Dias

APÊNDICE S - CHECKLIST PARA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA UTILIZAÇÃO FERRAMENTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SITUAÇÕES DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

TRANSIÇÃO DE CUIDADOS - ISBAR - CHECKLIST

I	Nome completo:	☐	Género:	☐	
	Data de nascimento:	☐	Nacionalidade:	☐	
	Serviço origem:	☐	Serviço destino:	☐	
	Nome Enfermeiro:			☐	
	Nome cuidador informal/pessoa significativa:			☐	
	Contato:			☐	
	Identificação				
S	Data admissão:	☐	Hora admissão:	☐	
	Motivo de admissão:	☐	Diagnóstico:	☐	
	Meios complementares diagnóstico realizados:			☐	
	Terapêutica administrada:			☐	
	Terapêutica em curso:			☐	
Situação atual					
B	Antecedentes clínicos	☐	Necessidade de isolamento:	☐	
	Nível de dependência:			☐	
	Diretivas antecipadas de vontade:			☐	
	Alergias conhecidas:			☐	
	Medicação habitual:			☐	
	Técnicas invasivas realizadas:			☐	
	Situação social (suporte familiar/institucional):			☐	
Antecedentes/Anamnese					
A	A	Permeável	☐	Não permeável	☐
	B	FR	☐	SPO2	☐
	C	FC bpm	☐	TPC: ≤ 2seg	☐
	D	TA	/	mmHg	Caraterísticas da pele:
	E	Temp	☐	°C	BM:
				mg/dL	Úlcera por pressão:
Avaliação					
R	Plano de continuidade de cuidados	☐			
	Recomendações				

APÊNDICE T - OBJETIVOS DO ESTÁGIO I

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem em Associação

Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica

Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Unidade Cuidados Intensivos de Urgência

Centro Hospitalar São João, Porto

Autora:

Marta Dias.º 170531020

Docente responsável:

Prof.^a Dr.^a Adriano Pedro

Enfermeiro Orientador:

Enfermeiro Especialista Mário Branco

maio

2018

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Objetivos	Atividades propostas	Competência Comum do Enfermeiro Especialista e específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC)
Prestar cuidados à pessoa/família em contexto da Unidade Cuidados Intensivos	Realização de pesquisa bibliográfica sobre doente crítico	K 1- Cuida da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e ou falência orgânica K 1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. K.1.1.3 – Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e ou falência orgânica. K.1.1.4 - Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida
	Desenvolvimento de novos conhecimentos ao nível das intervenções de enfermagem e tratamento médico e articulá-los com os já adquiridos	
	Planeamento e aplicação de intervenções de enfermagem adequadas às necessidades do utente/família e de acordo com a sua situação clínica, potenciando os ganhos em saúde	
	Prestação de cuidados de enfermagem globais que evitem ou minimizem o desconforto físico e psicológico do doente crítico	
	Avaliação do estado clínico dos utentes face às medidas de tratamento implementadas e propor atualização do plano de cuidados de acordo com as alterações verificadas	
	Manipulação de dispositivos invasivos (cateter arterial e cateter central)	
	Aprofundamento de conhecimentos da ventilação mecânica no doente crítico	
	Prestação de cuidados ao doente submetido a ventilação mecânica	
	Colaboração com o enfermeiro orientador em intervenções relacionadas com técnicas de ventilação mecânica	
Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos em contexto de Cuidados Intensivos	Realização de pesquisa bibliográfica sobre doente crítico	K 1.2 - Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos. K 1.2.1 - Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos.
	Observação direta sobre a dinâmica de funcionamento do serviço	
	Comunicação com o enfermeiro orientador e com a equipa multidisciplinar, estabelecendo uma relação de confiança com os profissionais de saúde	
	Planeamento e prestação de cuidados de enfermagem autónomos e interdependentes de acordo com a situação clínica	

	Prestação de cuidados como membro ativo da equipa ao doente em estado crítico	K-1.2.2- Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações
	Monitorização e avaliação da adequação das respostas face aos problemas identificados	K-1.2.3- Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados
Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem estar à pessoa em contexto de Cuidados Intensivos	Identificação e interpretação de evidências fisiológicas e emocionais de mal estar	K 1.3 – Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas K.1.3.2 - Demonstra conhecimentos sobre bem estar físico, psico-social e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica
	Aplicação de protocolos de avaliação e utilização de escalas de dor	
	Planeamento de cuidados de enfermagem que evitem ou minimizem o desconforto físico e psicológico de doente em estado crítico, através da elaboração de planos de cuidados de acordo com o sistema em vigor na instituição, estabelecendo prioridades de intervenção	
	Estabelecimento e aplicação de estratégias não farmacológicas e farmacológicas no alívio da dor	
Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em contexto de Cuidados Intensivos	Realização de pesquisa bibliográfica sobre o doente crítico	A 1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; C 1- Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade D2.2- Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade
	Observação direta da dinâmica de funcionamento do serviço	
	Comunicação com a equipa multidisciplinar, estabelecendo uma relação de confiança com os profissionais de saúde	
	Planeamento de uma sessão de formação, favorecendo a aprendizagem e o aprofundamento de habilidades e competências dos enfermeiros da equipa	
	Formulação de processos de formação adequados à prática clínica, utilizando as tecnologias da informação e os métodos de pesquisa adequados	
	Realização de auto análise e reflexão	
	Discussão de casos clínicos com o enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar	
Identificar focos de instabilidade	Identificação precoce de focos de instabilidade	K1 - Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica
	Atuação de forma pronta e antecipada a focos de instabilidade	

	Avaliação do estado clínico dos doentes face às medidas de tratamento implementadas	K1.1 - Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica. K.1.1.1- Identifica prontamente focos de instabilidade
	Demonstração de conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida	
Assistir a pessoa e família nas perturbações decorrentes do contexto de Cuidados Intensivos	Demonstração de conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	A2. – Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais K1.4 - Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.
	Demonstração de conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto	
	Promoção de um ambiente propício para o atendimento à família, com ambiente calmo, confortável e que possibilite a privacidade e disponibilidade mútua	
	Promoção de uma relação de confiança, empatia, privacidade e confidencialidade com o doente/família	
	Demonstração de uma prática que respeite os direitos humanos	
	Desenvolvimento de estratégias de comunicação funcional que facilitem a recolha e exploração dos dados (atitudes de receptividade, de partilha, questões adequadas à condição da pessoa, escuta ativa, respostas reflexo que permitam validar/clarificar a informação transmitida)	
Gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em contexto de Cuidados Intensivos	Demonstração de conhecimentos avançados em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica	K1.5 - Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.
	Desenvolvimento de estratégias de comunicação funcional que facilitem a recolha e exploração dos dados e minimizem o desconforto psicológico da família (partilha, escuta ativa, abordagem compassiva com a família)	
	Adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	
	Verificação da eficácia da comunicação	
Gerir o estabelecimento de relação terapêutica perante a pessoa/família em contexto de Cuidados Intensivos	Realização de atendimento à família, com ambiente calmo, confortável e que possibilite a privacidade e disponibilidade mútua	K1.6 - Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica.
	Acolhimento da família no serviço de forma a estabelecer uma relação de confiança, facultando a informação necessária	

	Identificação do nível intelectual e sociocultural da família, de forma a usar o vocabulário adequado ao fornecimento da informação	
	Disponibilização de ajuda para suporte religioso, caso a família o solicite/deseje	
	Colaboração e informação à família na preparação para a transferência/alta	
	Discussão com os restantes elementos da equipa multidisciplinar e particularmente com a orientadora, das informações, dados recolhidos e intervenções	

APÊNDICE U – OBJETIVOS DO ESTÁGIO FINAL

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
de Saúde



ES
Escola
Superior
de Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Mestrado em Enfermagem em Associação

Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em situação crítica

Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica

Projeto de Desenvolvimento de Competências

Serviço de Urgência:

Princess Alexandra Hospital NHS Trust-
Harlow Town

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve-Unidade de Faro

Autora:

Marta Dias n.º 170531020

Docente Responsável:

Prof.º Dr.º Adriano Pedro

Enfermeiras Orientadoras:

Enfermeira Supervisora Teresa Borges

Enfermeiras Especialistas Ana Agostinho e Bruna Paiva

Outubro

2018

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde



Escola Superior de Saúde
IP Portalegre



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Mestrado em Enfermagem em Associação

Especialidade Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em situação crítica

Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica

Projeto de Desenvolvimento de Competências

Serviço de Urgência:

Princess Alexandra Hospital NHS Trust-
Harlow Town

Centro Hospitalar e Universitário do Algarve-Unidade de Faro

Autora:

Marta Dias n.º170531020

Docente Responsável:

Prof.º Dr.º Adriano Pedro

Enfermeiras Orientadoras:

Enfermeira Supervisora Teresa Borges

Enfermeiras Especialistas Ana Agostinho e Bruna Paiva

Outubro

2018

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

APA - American Psychological Association

CHUAlgarve – Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESS – Escola Superior de Saúde

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

PAH – Princess Alexandra Hospital

SU – Serviço de Urgência

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM	7
3. CONCLUSÃO.....	12
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), foi-me solicitada a elaboração de um projeto de desenvolvimento de competências a adquirir durante o período de estágio.

Pretende-se que este trabalho contribua para o desenvolvimento de saberes e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica em contexto de Urgência. A realização deste projeto consiste em definir e planear o caminho a seguir no sentido de direcionar a minha prática de forma a atingir os objetivos e a desenvolver as competências a que me propus. O planeamento estratégico em qualquer área é primordial para estabelecer uma direção, tendo em consideração as várias condicionantes e objetivos a atingir de modo a que o sucesso seja alcançado. (Serra et al., 2010)

Importa salientar que o meu estágio irá ser desenvolvido em contexto de Urgência mas em duas realidades distintas:

Numa primeira fase irei permanecer 60 dias, ao abrigo do programa Erasmus, no Serviço de Urgência (SU), no Princess Alexandra Hospital (PAH), em Harlow Town – Inglaterra, no período compreendido entre 24 de setembro e 23 de novembro de 2018, perfazendo um total de 240 horas.

Posteriormente irei dar continuidade ao meu processo de estágio no SU, no Centro Hospitalar e Universitário do Algarve (CHUAlgarve) – Unidade de Faro, num total de 96 horas no período compreendido entre 3 de dezembro de 2018 e 25 de janeiro de 2019. Será neste campo de estágio que irei proceder à implementação do meu Projeto de Intervenção.

Este ensino clínico contribuirá certamente para que eu possa continuar a desenvolver as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

De acordo com o Diário da República (2011), o Enfermeiro Especialista é detentor de um conjunto de competências que lhe permitem níveis elevados de julgamento clínico e tomada

de decisão. Além disso, cabe ao Enfermeiro Especialista o papel de orientar, aconselhar, liderar e levar a cabo investigação relevante, que permita melhorar a prática da enfermagem. (Diário da República, 2011)

Segundo o Diário da República (2011) “A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência de uma ou mais funções”. (Diário da República, 2011)

A pessoa em situação crítica carece de cuidados altamente qualificados que exigem observação e vigilância contínua, de forma a poder prever e detetar precocemente complicações, assegurando a intervenção mais indicada em tempo útil. (Diário da República, 2011)

De acordo com Rua (2009) é importante que os estudantes em contexto de ensino clínico desenvolvam a reflexão como estratégia de desenvolvimento das suas competências. Além disso, os ensinamentos clínicos são promotores da aquisição e do desenvolvimento de conhecimentos científicos, técnicos e culturais.

Este ensino clínico permitir-me-á criar um substrato favorável à aquisição de novos conhecimentos e competências de mestre que me permitam prestar cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica. (Diário da República, 2011)

O presente trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português e rege-se pelas normas de referência da American Psychological Association (APA) na sua edição mais recente.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM - Estágio II

Segundo (Calçada, 2013) a formulação de objetivos a atingir num determinado período de tempo, permite aferir resultados.

Como tal, na seguinte tabela estão delineados os objetivos que visam a aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que estão divididas em quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria continua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais. (Diário da República, 2011)

Seja qual for a área da especialidade, todos os enfermeiros partilham das competências acima mencionadas, podendo atuar em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários ou terciários com a função de orientar, liderar e fazer investigação numa perspetiva de melhorar a prática da enfermagem. (Diário da República, 2011)

Para além das competências comuns estão também delineadas as três competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica: K1 - cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, em que cabe ao Enfermeiro Especialista mobilizar conhecimentos e habilidades de forma a dar resposta em tempo útil a essas necessidades; K2 – dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima da conceção à ação, em que o enfermeiro especialista assume a liderança, fazendo a gestão das equipas por forma a dar resposta eficaz às situações; K3 - maximiza a intervenção na prevenção da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica face a complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas, em que o enfermeiro especialista deverá assumir o papel de dinamizador, no que concerne a prevenção e o controlo da infeção. (Diário da República, 2011)

As competências estão intimamente ligadas entre si e, pretende-se que ao longo deste mestrado sejam desenvolvidas e cimentadas.

Na mesma tabela está descrita uma sequência de atividades a desenvolver que irão conduzir à aquisição das competências e a uma análise crítica e reflexiva sobre as mesmas.

Embora considere que os conteúdos lecionados ao longo do mestrado tenham tido um contributo extremamente relevante, quer na aquisição, quer na consolidação de competências, acredito que o ensino clínico me permitirá aprofundar e mobilizar os conhecimentos teóricos e práticos anteriormente adquiridos. De acordo com (Benner, 2001) a teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas na verdade a prática é sempre bem mais complexa e apresenta muito mais realidades do que aquelas que se aprendem na teoria.

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA (EEEPSC)	ATIVIDADES PROPOSTAS
Integra princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica		- Estudo de bibliografia relevante na área da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente em contexto de urgência e emergência;
	D1 - Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;	- Apreciação das atitudes da supervisora clínica, dos enfermeiros chefes de equipa e dos restantes colegas, quer perante si próprios, quer no estabelecimento de relações interpessoais no seio da equipa multidisciplinar e com os pacientes e seus familiares;
	D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;	- Identificação de algumas estratégias de resolução de conflitos utilizadas pelos enfermeiros supra citados;
		- Partilha informal de conhecimentos decorrentes da pesquisa com a supervisora clínica e restantes enfermeiros da equipa.

Desenvolva a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento		- Conhecimento e integração no serviço: - Conhecer as instalações e dinâmica do serviço;
		- Dominar a aplicação informática de registo;
		- Conhecer e saber manusear os recursos materiais existentes;
		- Identificação precoce de dados clínicos e/ou queixas do doente sugestivos de focos de instabilidade;
		- Planeamento e implementação de intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades do doente em situação crítica no contexto do serviço de urgência;
	K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;	- Avaliação do impacto das intervenções implementadas;
	K 1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica;	- Observação da supervisora clínica e de outros enfermeiros na prestação de cuidados ao doente em situação crítica e sua família;
	K 1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos;	- Conhecimento de protocolos de atuação do serviço e prestação de cuidados de acordo com os mesmos;
	K 1.2.2 – Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações;	- Colaboração com a supervisora clínica na execução de intervenções de enfermagem com as quais não tenha ainda contactado durante o meu percurso profissional.
		- Identificação de evidências emocionais de mal estar e/ou dor;
Saiba gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica		- Aplicação de protocolos de avaliação e utilização de escalas de dor;
		- Estabelecimento e aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor;
		- Planeamento de cuidados de enfermagem que evitem ou minimizem o desconforto físico e psicológico do doente em estado crítico, através da elaboração de planos de cuidados de acordo com o sistema em vigor na instituição, estabelecendo prioridades de intervenção.
		- Criação de uma relação empática com o doente e sua família que propicie a partilha de informação e manifestação de emoções;
		- Adaptação da comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica;
	K 1.4 – Assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica;	- Demonstração de conhecimentos em técnicas de comunicação perante a pessoa/família em situação crítica;
	K 1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde;	- Transmissão de confiança e demonstração de disponibilidade para esclarecimento de dúvidas;
	K 1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica;	- Transmissão de informação relativa a ajudas disponíveis (apoio religioso e/ou psicológico) caso desejem;

Colabora em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações	K2- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima da conceção à ação.	- Leitura do plano de intervenção em catástrofe da instituição;
	C 1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multi-profissional;	- Reflexão com a supervisora clínica sobre a intervenção do serviço de urgência em catástrofes já ocorridas;
	C 2- Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;	- Colaboração com a supervisora clínica na gestão e atribuição de funções à equipa multi-disciplinar caso ocorra uma situação de catástrofe durante o estágio;
Participe na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	K3 – Maximiza a intervenção na prevenção da infeção 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;	- Prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, cumprindo as medidas de prevenção e controlo de infeção emanadas a nível nacional e a nível hospitalar;
		- Realização de pesquisa bibliográfica;
		- Observação das práticas empreendidas pela supervisora clínica e pelos demais elementos da equipa multi-disciplinar, atendendo à prevenção e controlo de infeção em contexto de prestação de cuidados no serviço de urgência.
Participe no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas	A 1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;	- Revisão e consolidação de conhecimentos deontológicos e éticos;
	A1.1 - Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;	- Utilização do Código Deontológico e dos princípios éticos e deontológicos nas decisões inerentes a toda a prática clínica;
	A1.2 - Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;	- Proteção dos direitos humanos dos doentes e dos restantes elementos envolvidos no processo de prestação de cuidados, respeitando a confidencialidade, a privacidade e a autodeterminação, bem como os seus valores, costumes e crenças;
	A 2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;	- Colaboração com a supervisora clínica na deteção de situações que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos doentes e na adoção de medidas que visem a sua prevenção (caso estas ocorram durante o período de estágio).

Demonstre uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo		- Realização de entrevista informal com a enfermeira orientadora;
	B 2.2 – Planeia programas de melhoria contínua;	- Realização de entrevista informal com a enfermeira chefe;
	B 2.2.1 – Identifica oportunidades de melhoria;	- Discussão das temáticas com o docente orientador;
	B 2.2.3 – Seleciona estratégias de melhoria;	- Consulta dos protocolos em vigor no serviço;
	D 2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho na área da especialidade;	- Realização de pesquisa bibliográfica relevante sobre os temas cujos conhecimentos necessitam de ser aprofundados;
	D 2.1.2 – Diagnostica necessidades formativas;	- Realização de um Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência indo com a temática: "Transição de Cuidados do Extra-Hospitalar para o Intra-Hospitalar - ISBAR".
	D 2.1.3 – Concebe e gere programas e dispositivos formativos;	- Sistematização da informação recolhida sobre a temática e cedência a consulta a todos os enfermeiros do serviço;
	D 2.3.4 – Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados;	- Realização de um artigo sobre a temática;
		- Construção de uma ferramenta de trabalho a ser usada na triagem de doentes trazidos do extra-hospitalar.

CONCLUSÃO

A realização do presente trabalho revelou-se imprescindível para o planeamento do estágio, sistematizando e organizando o processo de aprendizagem, levando-me a fazer uma reflexão pessoal aprofundada e sustentada sobre o meu percurso formativo e profissional. Ao realizar este projeto fui organizando o meu pensamento e direcionando o meu foco para os aspetos mais relevantes a ter em consideração durante o estágio no sentido de adquirir as competências mencionadas.

De acordo com os objetivos apresentados para este estágio, foram planeadas atividades plausíveis a realizar para a consecução dos mesmos, que servirão com um guia orientador durante o ensino clínico.

O estágio a realizar em contexto de Urgência contribuirá, certamente, para que possa aprofundar e cimentar os meus conhecimentos teóricos e práticos, bem como adquirir novas competências nos domínios do Enfermeiro Especialista, aproximando-me cada vez mais do grande marco que é concluir o grau de mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel-Smith, B. (1992). The Beveridge Report: Its origins and outcomes. *International Social Security Review*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.1992.tb00900.x>
- Almeida, O. M. de O. (2007). *O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (Quarteto, Ed.). Coimbra.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical care - A thinking-in-Action Approach*. (S.P Company, Ed.) (2ª Edição). New York.
- Boseley, S. (2018). Getting results: Why NHS clinical trials are the envy of the world. *The Guardian*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/society/2018/jul/05/nhs-clinical-trials-other-countries-envy-getting-results>
- Calçada, S. R. F. R. (2013). *Intervenção na Pessoa Idosa: A Dependência nos Autocuidados Deambular/transferir-se*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Retrieved from https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/4674/1/msc_srfrcalçada.pdf
- Chambers, K. (2017). Improved Accuracy and Quality of information During Emergency Department Care Transitions. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Care With Population Health*.
- CHUA. (2019a). Portal do Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Retrieved January 2, 2019, from <http://www.chualgarve.min-saude.pt/posicionamento-estrategico/>
- CHUA. (2019b). Portal do Centro Hospitalar Universitário do Algarve Inst. Retrieved January 14, 2019, from <http://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- CHUSJ. (2017a). Portal do Centro Hospitalar Universitário de São João. Retrieved from <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/2>
- CHUSJ. (2017b). Portal Intranet Centro Hospitalar Universitário de São João. Retrieved from http://intranet/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=39795
- CHUSJ. (2017c). Portal Intranet Centro Hospitalar Universitário de São João. Retrieved from http://intranet/PageGen.aspx?WMCM_Paginal=39878
- DGS. Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (2007). Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
- DGS. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente; tradução realizada pela divisão de segurança do doente, departamento de qualidade na saúde*. Lisboa.
- DGS. (2017a). Norma nº 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, de

08/02/2017. Portugal.

- DGS. (2017b). *Programa de Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Lisboa. Retrieved from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Diário da Republica. (2008). Despacho nº5414/2008, Diário da República, 2ª série - Nº 42- 28 de Fevereiro de 2008, 8083–8085.
- Diário da Republica. (2006). Despacho 18459/2006, de 12 de Setembro do Ministério da Saúde. *Diário Da República - 2.ª Série, Nº 176*, 18611–18613.
- Diário da Republica. (2015). Despacho nº 1400-A/2015 - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário Da República*, 28(2), 4–9. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Diário da República. (1990). Lei nº 48/90 - Lei de Bases da Saúde, Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24, 1–18. Retrieved from https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/34540475/view?p_p_state=maximized
- Diário da República. (1996). Decreto-Lei nº 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), de 04 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril.
- Diário da República. (2011). Regulamento nº 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª Série - nº 35 - 18 de Fevereiro.
- Diário da República. (2015a). Lei nº 156/2015 - Código Deontológico, de 16 de setembro.
- Diário da República. (2015b). Regulamento nº 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2ª Série - nº 123 - 26 de junho, (0).
- Diário da República. (2016). Universidade Évora Curso 2º Ciclo em Enfermagem, Aviso nº 5622/2016- *Diário da República*, 2ª série - nº84 de 2 de maio de 2016, 4–11. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/74313910>
- Diário da República. (2018). Regulamento nº 429/2018 - *Diário da Republica*, 2ª Série Nº 135 - 16 de julho de 2018, 19359–19370. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Dias, M., French, K., & Alliance Members. (2018). *Service Specification for The Integrated Urgent Care Service at Princess Alexandra Hospital Emergency Department Front Door Clinical Streaming*. Harlow Town.
- Duncan, P., & Juliette Jowit. (2018). Is the NHS the World's best healthcare system? *The Guardian*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/society/2018/jul/02/is-the-nhs-the-worlds-best-healthcare-system>
- Eiras, M. (2017). COMUNICAÇÃO E SEGURANÇA DO Doente. *Apdh (Associação Portuguesa Para o Desenvolvimento Hospitalar)*. Retrieved from [https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7201/1/Comunicação e segurança do doente.pdf](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7201/1/Comunicação%20e%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf)
- Ferrara, P., Terzoni, S., Davì, S., Bisesti, A., & Destrebecq, A. (2017). A toll for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *British Journal of Nursing*, 26(15), 882–887. <https://doi.org/10.1016/j.nutres.2016.11.007>

- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Loures.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação - da concepção à realização*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Foundation, T. H. (2018). A&E waiting times. Retrieved October 31, 2018, from <http://www.qualitywatch.org.uk/indicator/ae-waiting-times>
- GOV.UK. (2013). Equality Act 2010: guidance. Retrieved October 30, 2018, from <https://www.gov.uk/guidance/equality-act-2010-guidance>
- Imperatori, E. (1993). Avaliação In E. Imperatori. & M.R Giraldes: Metodologia do planeamento em saúde. In E. N. de S. Pública (Ed.), *Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (pp. 173–196). Lisboa.
- Institute, T. J. B. (2014). The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute of Evidence and Grades of Recommendation. Retrieved from www.joannabriggs.org
- IPS. (2015). Proposta de criação do Curso de Mestrado. Retrieved February 28, 2019, from <https://www.ess.ips.pt/cursos/mestrados/me>
- Joint Commission International. Center for patient Safety Strategies to improve hand-off communication: implementing a process to resolve the questions [Internet, Available from <http://www.jcipatientsafety.org>], JCI (2005).
- Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 29(1), 30–35 6p.
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2000). *To Err is Human: Building a Safer System: a report of the Committee on Quality of Health Care in America*. (W. DC, Ed.) (National A).
- Lale, A. S., & Temple, J. M. F. (2016). Has NHS reorganisation saved lives? A CuSum study using 65 years of data. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(1), 18–26. <https://doi.org/10.1177/0141076815608853>
- Mão de Ferro, A. (1999). *Na rota da Pedagogia*. (E. Colibri, Ed.). Lisboa.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing research and practice*. (P. C. LLC, Ed.).
- Miguel, A. (2006). *Gestão moderna de Projetos: Melhores Técnicas e Práticas*. (FCA, Ed.) (2ª edição). Lousã.
- Moore, M., Roberts, C., Newbury, J., & Crossley, J. (2017). Am i getting an accurate picture: A tool to assess clinical handover in remote settings? *BMC Medical Education*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1067-0>
- Nether, K. (2017). The Art of Handoff Communication. Retrieved December 3, 2018, from https://www.jointcommission.org/quality_reliability__leadership/the_art_of_handoff_communication/
- NHS. (2017). <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency/nhs->

- 111/. Retrieved October 28, 2018, from <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-care/nhs-111/>
- NHS. (2018a). When to call 999. Retrieved October 28, 2018, from <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-care/when-to-call-999/>
- NHS. (2018b). When to visit an urgent care centre (walk-in centre or minor injury unit). Retrieved October 28, 2018, from <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/urgent-and-emergency-care/when-to-visit-an-urgent-care-centre/>
- NHS. (2018c). You searched for: 70 years. Retrieved October 28, 2018, from <https://www.england.nhs.uk/?s=70+years>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Padrões de Qualidade. Retrieved February 10, 2019, from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Paginas/PadroesdeQualidadeQuestoes>
- Peterson, S., & Bredow, T. (2013). *Middle Range Theories Application to Nursing Research* (3rd ed.). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Pun, J., Matthiessen, C., Murray, K., & Slade, D. (2015). Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. *International Journal of Emergency Medicine*, 8(1), 12.
- Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2ª Série - nº 35 de 18 de fevereiro. (2011).
- Royal College of Physicians. (2017). National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. *RCPLondon*. London. Retrieved from <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>
- Rua, M. do S. (2009). *A REFLEXÃO COMO ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO*. Universidade de Aveiro. Retrieved from <https://ria.ua.pt>
- Sá, F., Botelho, M., & Henriques, M. (2015). Cuidar da Família da pessoa em Situação Crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(nº1), 31–45.
- Santos, K., & Silva, M. (2006). Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Revista Brasileira de Enfermagem Acedido a 31 de Dezembro de 2017*. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100012
- Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em Saúde e a Segurança do Doente: Problemas e Desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 47–57.
- Serra, F. R., Ferreira, M. P., Torres, M. C., & Torres, A. P. (2010). *Gestão Estratégica Conceitos e Prática*. (L. Lidel - Edições Técnicas, Ed.) (2ª edição). Lisboa.
- Silva, M., Anders, J., Rocha, P., Souza, A., & Burciaga, V. (2016). Comunicação na Passagem de Plantão de enfermagem: Segurança do paciente pediátrico. *Texto e Contexto Em Enfermagem*, vol.25(nº3). Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003600015>
- Smith, C., Buzalko, R., Anderson, N., Michalski, J., Warchol, J., Ducey, S., & Branecki, C. (2018). Evaluation of a Novel Handoff Communication Strategy for Patients Admitted from the

- Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 372–379.
<https://doi.org/10.5811/westjem.2017.9.35121>
- The Princess Alexandra Hospital NHS Trust. (2017). Portal Intranet The Princess Alexandra Hospital. Retrieved October 30, 2018, from http://intranet.rqw.local/index.php?cms_page_id=153
- The Princess Alexandra Hospital NHS Trust. (2018a). The Princess Alexandra Hospital NHS Trust. Retrieved October 30, 2018, from <https://www.pah.nhs.uk/>
- The Princess Alexandra Hospital NHS Trust. (2018b). Vision and Values. Retrieved October 30, 2018, from <https://www.pah.nhs.uk/article/945/Vision-and-Values>
- TJC. (2017). Inadequate hand-off communication. Retrieved December 3, 2018, from https://www.jointcommission.org/sentinel_event_alert_58_inadequate_handoff_communications/
- Tojal, A. (2011). *Percepção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Tomey, A. ., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. (L. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Ed.) (5ª). Loures.
- United Kingdom. (2018). Retrieved October 26, 2018, from <https://www.britannica.com/place/United-Kingdom>
- WHO, C. C. for P. S. S. I. S. C. M. (2007). Communication During Patient Hand-Overs. *Patient Safety Solutions*, 1(3), 1–4.
- World Health Organization, (Who). (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. (WHO, Ed.), *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data* (1ª). Switzerland.
https://doi.org/http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf

APÊNDICE V – ARTIGO CIENTÍFICO

Título

Transição de Cuidados de Enfermagem em Contexto de Urgência: Revisão Sistemática da Literatura.

Handover in an Emergency Setting: An Systematic Review of Literature.

Transición de Cuidados en el Contexto de Urgencia: Una Revisión Sistemática de la Literatura.

Autora

Marta Sofia Oliveira Dias, Enfermeira na SIV Loulé e aluna do 2º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica - Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS).
170531020@estudantes.ips.pt

Orientação:

Professor Doutor Adriano Pedro
Escola Superior de Enfermagem IPP Portalegre
apedro@ippportalegre.pt

Resumo

Enquadramento: A transição de cuidados é um momento que ocorre frequentemente nas Instituições de Saúde, sendo considerado um momento crucial, uma vez que permite a passagem de informação de um profissional de saúde para outro com o intuito de dar continuidade aos cuidados pautados pela qualidade e segurança do doente

Objetivos: Identificar as metodologias de transição de cuidados estruturadas usadas e o seu impacto na comunicação eficaz, especialmente na pessoa em situação crítica, em contexto de Urgência.

Metodologia: Revisão sistemática da literatura realizada através da pesquisa de artigos em todas as bases de dados da EBSCO publicados no período entre 2014 e 2018.

Conclusão: Existe uma grande variedade de métodos usados na transição de cuidados com base em mnemónicas usadas para uniformizar o processo de transferência de informação do doente.

Palavras Chave: Transição de Cuidados de Saúde; Enfermeiro; Urgência

Abstract

Background: The transition of care is a frequent occurrence in the Health Institutions, being considered a crucial moment, since it allows the passage of information from one health professional to another with the intention of giving continuity to the care guided by the quality and provided to the patient.

Objectives: To identify the structured care transition methodologies used and their impact on effective communication, especially in the critically ill person, in an emergency context.

Methodology: Systematic review of the literature by searching articles in all EBSCO databases published between 2014 and 2018.

Conclusion: There is a wide variety of methods used in the transition from mnemonic-based care, used to standardize the process of transferring patient information.

Keywords: Health Care Transition; Nurse; Emergency

Resumen

Marco: La transición de cuidados es un momento que ocurre frecuentemente en las Instituciones de Salud, siendo considerado un momento crucial, ya que permite el paso de información de un profesional de salud a otro con el propósito de dar continuidad a los cuidados pautados por la calidad y seguridad al paciente.

Objetivos: Identificar las metodologías de transición de cuidados estructurados usadas y su impacto en la comunicación eficaz, especialmente en la persona en situación crítica, en contexto de Urgencia.

Metodología: Revisión sistemática de la literatura realizada a través de la investigación de artículos en todas las bases de datos de la EBSCO publicados en el período entre 2014 y 2018.

Conclusión: Existe una gran variedad de métodos usados en la transición de cuidados basados en mnemónicos, usados para uniformizar el proceso de transferencia de información del paciente.

Palabras clave: Transición de atención de salud; enfermera; urgencia

ANEXOS

ANEXO I – TRAINING AGREEMENT

**Higher Education
Learning Agreement for
Traineeships**

Erasmus+
Marta Dias
Academic Year 2018/2019

Table B - Sending Institution
Please use only one of the following three boxes: *

1. The traineeship is embedded in the curriculum and upon satisfactory completion of the traineeship, the institution undertakes to:

Award 24 ECTS credits (or equivalent): Yes ☐ No ☐	Give a grade based on: Traineeship certificate ☒ Final report ☒ Interview ☐
Record the traineeship in the trainee's Transcript of Records and Diploma Supplement (or equivalent).	
Record the traineeship in the trainee's Europass Mobility Document: Yes ☐ No ☒	

2. The traineeship is voluntary and, upon satisfactory completion of the traineeship, the institution undertakes to:

Award ECTS credits (or equivalent): Yes ☐ No ☐	If yes, please indicate the number of credits: ...
Give a grade: Yes ☐ No ☐	If yes, please indicate if this will be based on: Traineeship certificate ☐ Final report ☐ Interview ☐
Record the traineeship in the trainee's Transcript of Records: Yes ☐ No ☐	
Record the traineeship in the trainee's Diploma Supplement (or equivalent).	
Record the traineeship in the trainee's Europass Mobility Document: Yes ☐ No ☐	

3. The traineeship is carried out by a recent graduate and, upon satisfactory completion of the traineeship, the institution undertakes to:

Award ECTS credits (or equivalent): Yes ☐ No ☐	If yes, please indicate the number of credits: ...
Record the traineeship in the trainee's Europass Mobility Document (highly recommended): Yes ☐ No ☐	

Accident insurance for the trainee

The Sending Institution will provide an accident insurance to the trainee (if not provided by the Receiving Organisation/Enterprise): Yes ☒ No ☐	The accident insurance covers: - accidents during travels made for work purposes: Yes ☒ No ☐ - accidents on the way to work and back from work: Yes ☒ No ☐
The Sending Institution will provide a liability insurance to the trainee (if not provided by the Receiving Organisation/Enterprise): Yes ☒ No ☐	

Table C - Receiving Organisation/Enterprise

The Receiving Organisation/Enterprise will provide financial support to the trainee for the traineeship: Yes ☐ No ☐	If yes, amount (EUR/month):
The Receiving Organisation/Enterprise will provide a contribution in kind to the trainee for the traineeship: Yes ☐ No ☐	
If yes, please specify: ...	
The Receiving Organisation/Enterprise will provide an accident insurance to the trainee (if not provided by the Sending Institution): Yes ☐ No ☐	The accident insurance covers: - accidents during travels made for work purposes: Yes ☐ No ☐ - accidents on the way to work and back from work: Yes ☐ No ☐
The Receiving Organisation/Enterprise will provide a liability insurance to the trainee (if not provided by the Sending Institution): Yes ☐ No ☐	
The Receiving Organisation/Enterprise will provide appropriate support and equipment to the trainee.	
Upon completion of the traineeship, the Organisation/Enterprise undertakes to issue a Traineeship Certificate within 5 weeks after the end of the traineeship.	

By signing this document, the trainee, the Sending Institution and the Receiving Organisation/Enterprise confirm that they approve the Learning Agreement and that they will comply with all the arrangements agreed by all parties. The trainee and Receiving Organisation/Enterprise will communicate to the Sending Institution any problem or changes regarding the traineeship period. The Sending Institution and the trainee should also commit to what is set out in the Erasmus+ grant agreement. The institution undertakes to respect all the principles of the Erasmus Charter for Higher Education relating to traineeships (or the principles agreed in the partnership agreement for institutions located in Partner Countries).

Commitment	Name	Email	Position	Date	Signature
Trainee	Marta Dias	marta.s.dias@hotmail.com	Trainee	13/08/18	
Responsible person ¹¹ at the Sending Institution	Prof. Madalena Gomes da Silva	madalena.silva@ess.ips.pt	Mobility Coordinator	30/8/18	
	Prof. Susana Pizarra	proppresidente.sp@ips.pt	Institutional Coordinator	20/8/18	
Representative of Receiving institution	Victoria Barnes	victoria.barnes@open.nhs.uk	Medical	25/7/18	



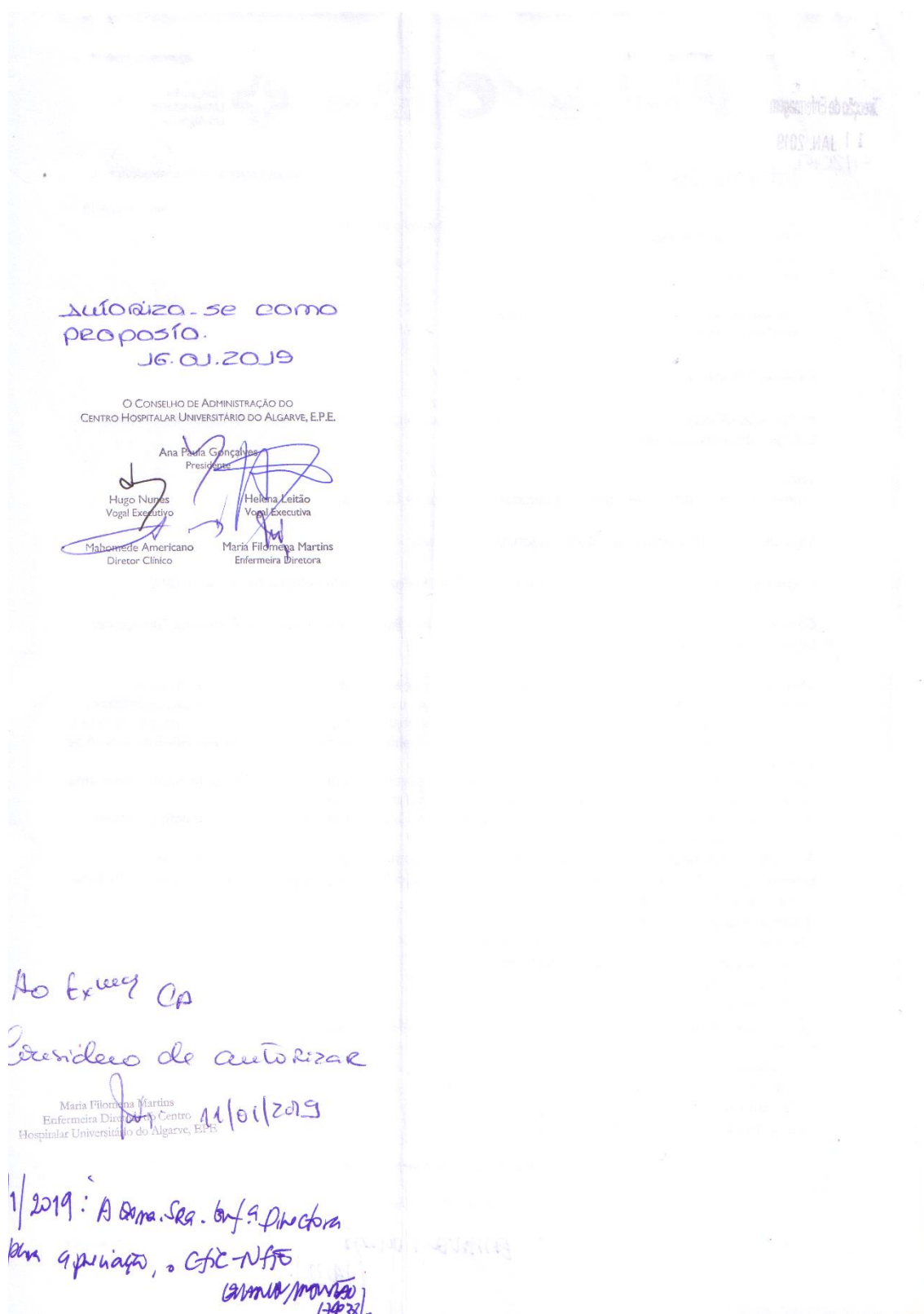
Higher Education
Learning Agreement for
Traineeships



After the Mobility

Table D - Traineeship Certificate by the Receiving Organisation/Enterprise	
Name of the trainee:	Marta Dias
Name of the Receiving Organisation/Enterprise:	Princess Alexandra Hospital NHS trust
Sector of the Receiving Organisation/Enterprise:	NHS
Address of the Receiving Organisation/Enterprise (street, city, country, phone, e-mail address), website:	01279 444455. Hamstel Road Harrow, Essex, England
Start date and end date of traineeship: from [day/month/year] to [day/month/year]	24/9/18 to 23/11/18
Traineeship title:	MASTER IN MEDICAL/SURGICAL NURSING
Detailed programme of the traineeship period including tasks carried out by the trainee:	The trainee worked under supervision with critically unwell patients in the resuscitation area of the Emergency Dept. She has been involved in all aspects of care of the critically ill patient, from initial assessment to admission to hospital. She has enhanced knowledge of infection control processes and organisation.
Knowledge, skills (intellectual and practical) and competences acquired (achieved Learning Outcomes):	Procedures. Under supervision Marta has gained knowledge of the emotional impact of family and patient. She has had to manage multiple critically ill patients and prioritise their care accordingly.
Evaluation of the trainee:	Marta has shown herself to be enthusiastic and knowledgeable. She has worked closely with 2 members of staff whom has helped her progress. Awareness of Trust policy and gives confident speaking to relatives and patients.
Date:	23/11/18
Name and signature of the Supervisor at the Receiving Organisation/Enterprise:	 VICTORIA BARNES

ANEXO II – RESPOSTAS FAVORÁVEIS AOS PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAIS



 11 JAN. 2019 912019	 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE	 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	 Centro Hospitalar Universitário do Algarve
---	---	--	---

Número Clique aqui para introduzir texto.

Data 11/01/2019

Serviço CFIC-NFIE Unidade de Faro	Despacho superior:
Remetente Emanuel Mourão	
Destinatário Conselho de Administração A/C da Exma. Sr.ª Enfermeira Directora do CHUA	

Assunto: Proposta de Projecto de Investigação 131/2018

Marta Sofia Oliveira Dias, Enfermeira Mestranda em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica pelo Instituto Politécnico de Setúbal.

Tema:
Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados no Serviço de Urgência.

Tipo de Estudo/Investigação: Observacional, Prospectivo.

Orientação Pedagógica: Professor Doutor Adriano Dias Pedro (Instituto Politécnico de Portalegre).

Co-orientação/Supervisão: Enfermeira Bruna Patrícia Pires Paiva e Enfermeira Ana Agostinho (Serviço de Urgência Polivalente da Unidade de Faro do CHUA).

Objectivos: melhorar a comunicação na transição de cuidados de saúde promovendo a segurança do doente, sensibilizar a equipa de enfermagem para a transição de cuidados através de uma sessão de formação, otimizar os conhecimentos da equipa de enfermagem relativamente à norma 001/2017; construir uma ferramenta que permita a sistematização da informação em situações de transição de cuidados, implementar a metodologia ISBAR no Serviço de Urgência.

Colheita de Dados: Aplicação de um questionário à equipa; Realização de uma sessão de formação, Implementar uma ferramenta em papel que sirva de sustento à transição de cuidados entre serviços.
A avaliação e controlo serão realizados através de observação directa após obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido dos observados.

Aspectos relacionados: A Investigadora pretende realizar uma sessão de formação à Equipa de Enfermagem. O Projecto será desenvolvido durante o Estágio Final no Serviço de Urgência Geral da Unidade de Faro do CHUA de 03-12-2018 a 25-01-2019.

Documentos da Proposta:

- Pedido ao Conselho de Administração do CHUA;
- Pedido à Comissão de Ética para a Saúde do CHUA;
- Projecto de Estudo;
- Instrumentos de Colheita de Dados;
- Declaração de Autorização Local do Enf. Chefe do Serviço de Urgência Polivalente – Faro;
- Parecer do Sr. Director de Serviço da Urgência Polivalente – Faro;
- Declarações de Orientação;
- Termo de responsabilidade do Investigador Principal;
- Currículo *vitae* da investigadora Principal;
- Comprovativo de Inscrição no Mestrado.

Com os melhores cumprimentos,

Emanuel Mourão.

Emanuel Mourão
(74038).

CHUALG_2017_05

Página 1 de 1



Comissão de Ética para a Saúde

tel. 41110 / 8596
e-mail comissao.etica@ch Algarve.min-saude.pt

Exm.(a) Sr.(a)
Conselho de Administração
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

s. ref. s. com. n. ref./data 13/19, 10.01.2019

Assunto: Comunicação eficaz na transição de cuidados no Serviço de Urgência

No seguimento do solicitado, e após análise em reunião de dia 10 de Janeiro, informa-se que considera esta Comissão de Ética para a Saúde que o estudo mencionado é de aprovar.

Sem outro assunto enviamos os nossos cumprimentos,

A Comissão de Ética para a Saúde

[Handwritten signatures and names:]
F. Alves
João P. Silva
J. Silva
Adriana Ribeiro
Gonçalo Greenheiro
B. Silva
L. Silva

CHUALG_2017_01

Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE - Sede: Rua Leão Penedo, 8000-386 Faro, Portugal
Tel. 289 891 100 - Fax 289 891 159 - administracao@ch Algarve.min-saude.pt - www.chalgarve.min-saude.pt

ANEXO III – PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DO DOENTE 2015-2020

2) Reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado. Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Publicar Norma	X	X					Direção-Geral da Saúde
Implementar práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Audit, semestralmente, as práticas para a avaliação, prevenção e tratamento de úlceras de pressão.		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

ASSEGURAR A PRÁTICA SISTEMÁTICA DE NOTIFICAÇÃO, ANÁLISE E PREVENÇÃO DE INCIDENTES

A Organização Mundial de Saúde e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança, independentes dos sistemas de reclamações e ou disciplinares, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria. Recomendam, ainda, que seja garantida a confidencialidade ao notificador e o anonimato da informação notificada e reportada.

A notificação de incidentes de segurança é considerada como uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro.

Contudo, outras estratégias, como reuniões com profissionais de saúde ou com os doentes e familiares, a análise de registos clínicos, as auditorias internas e os sistemas de alertas de segurança, entre outras iniciativas, devem ser estabelecidas para que as vulnerabilidades da instituição, que poderão dar origem a incidentes de segurança, possam ser proativamente identificadas e minimizadas.

A subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde determina a criação de “um sistema nacional de notificação de incidentes, não punitivo mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro”.

Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde tem vindo a desenvolver várias iniciativas de promoção do sistema nacional de notificação de incidentes, lançado em 2012, através da publicação de normas e orientações, de manuais de apoio para os profissionais de saúde e para o cidadão e publicação de *newsletters* com reporte do progresso do sistema.

O sistema de notificação de incidentes de segurança é designado, atualmente, por “notific@”, tendo sido requalificado em 2014, através da integração de melhorias na sua estrutura e na organização de conteúdos.

O apoio à notificação por parte dos dirigentes das instituições prestadoras de cuidados de saúde, reforçando o propósito da aprendizagem organizacional com os incidentes em detrimento da identificação da autoria desses incidentes, é fundamental para aumentar a segurança dos doentes. Só assim cada instituição pode desenhar um plano interno dos riscos clínicos e não clínicos existentes que permita implementar medidas preventivas de ocorrência de incidentes de segurança.

Do mesmo modo, é fundamental que seja dada informação de retorno ao notificador sobre a análise da notificação realizada e a descrição da implementação das respetivas medidas corretoras levadas a cabo, para que a causa que motivou o incidente não se volte a repetir. Estas medidas, por uma questão de transparência e de aumento de confiança nos serviços de saúde, devem ter visibilidade pública.

Metas para 2020:

Aumentar, em 20%/ano, o n.º de notificação de incidentes de segurança no notific@.

Na persecução desta meta, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Promover a adesão dos profissionais à notificação de incidentes no Notific@.	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Analisar as causas dos incidentes	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Implementar medidas preventivas de recorrência de incidentes	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Audit, semestralmente, as práticas realizadas na análise de incidentes.		X		X		X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9

PREVENIR E CONTROLAR AS INFECÇÕES E AS RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS

As infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, cerca de um terço são, seguramente, evitáveis.

O controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde está associado à prevenção da resistência aos antimicrobianos. Os antimicrobianos revolucionaram, a partir da década de 40, o tratamento dos doentes com infeções, contribuindo, significativamente, para a redução da mortalidade. Contudo, o seu uso maciço, e frequentemente inadequado,

promoveu a emergência e seleção de bactérias resistentes e multirresistentes, existindo evidência de associação, consistente e estatisticamente relevante, entre o nível de consumo de classes específicas de antibióticos e a resistência bacteriana a essas mesmas classes. É crescente, a nível mundial, a resistência aos antimicrobianos, existindo bactérias apenas suscetíveis a poucos antibióticos e, como tal, causadoras de infeções de tratamento extremamente difícil.

Assim, o antibiótico, essencial para a realização, em segurança, de muitas intervenções e processos de saúde e determinante do aumento da esperança de vida verificado na segunda metade do século XX, passou a estar ameaçado de perda de eficácia. Há que reduzir a pressão antibiótica, prevenindo todas as infeções evitáveis, não usando antibióticos quando não existe infeção bacteriana e reduzindo a duração da terapêutica ao mínimo indispensável para curar a infeção e evitar a recidiva.

A prevenção de quedas deve incluir a avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de quedas, a implementação de medidas ou ações preventivas e/ou corretoras do ponto de vista institucional e a execução de intervenções individualizadas.

De facto, deve haver uma avaliação dos fatores de risco de todos os cidadãos no momento de entrada em serviços prestadores de cuidados de saúde, sempre que seja clinicamente indicado, após qualquer alteração notória dos fatores de risco e após uma queda. É, também, necessário que o resultado dessa avaliação seja comunicado à própria pessoa, à família e à equipa prestadora de cuidados de saúde e que os doentes sejam educados/habilitados sobre as melhores ações/estratégias a serem implementadas na prevenção das quedas. As ações preventivas devem ser asseguradas sempre que ocorra transferência do doente para outro local de permanência, seja outro serviço, outra instituição ou a sua própria residência.

As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem desenvolver planos para a gestão da prevenção das quedas, investigar as causas das que ocorrem na instituição e realizar auditorias internas regulares, para identificar os fatores contribuintes e prevenir a recorrência das mesmas.

As intervenções individualizadas devem ser realizadas em relação aos doentes com maior risco de quedas.

Em Portugal, não existe uma política nacional consensualizada de intervenção nesta matéria, realidade esta que urge rapidamente mudar. A Direção-Geral da Saúde deve emitir orientações nacionais nesta área e as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementá-las de forma sistemática e reportar com regularidade a monitorização dessa implementação.

Metas para o final de 2020:

1) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas.

2) Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de quedas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Publicar norma sobre a prevenção e redução da ocorrência de quedas.		X					Direção-Geral da Saúde
Implementar estratégia de intervenção para a prevenção e redução de quedas.			X	X			Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, as práticas para a prevenção e redução de quedas.			X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7

PREVENIR A OCORRÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública mundial e um indicador da qualidade dos cuidados prestados.

As úlceras de pressão, em particular, e as feridas crónicas, em geral, causam sofrimento, aumentam a prevalência de infeções, diminuem a qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores podendo, em situações extremas, levar à morte.

Para além do impacto na qualidade de vida das pessoas, as úlceras de pressão estão na origem do aumento de dias de internamento e de readmissões hospitalares e, por conseguinte, do aumento dos encargos para os serviços de saúde.

As úlceras de pressão podem ocorrer não só em doentes geriátricos, mas em todos os doentes com algum ou todos os fatores de risco associados. Estes fatores não se limitam à imobilidade, frequentemente associada à permanência numa cama hospitalar, mas incluem fatores como o estado nutricional, a integridade da pele, a idade e o nível de oxigenação do sangue. Uma úlcera de pressão pode começar a desenvolver-se em qualquer contexto assistencial, incluindo num bloco operatório ou numa unidade de cuidados intensivos.

Apesar da evidência internacional indicar que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco, é reconhecido que a utilização dessas práticas não é sistemática nas unidades prestadoras de cuidados de saúde.

De acordo com o *International Pressure Ulcer Prevalence Survey* realizado em 2011, um em cada dez doentes em hospital de agudos desenvolve uma úlcera de pressão. Em unidades de cuidados continuados, o risco aumenta para cerca de um em cada quatro doentes. Neste estudo, a taxa de prevalência global de úlceras de pressão foi de 10,8% e a taxa de prevalência de úlceras associadas aos cuidados de saúde hospitalares foi de 4,5%. Em unidades de cuidados continuados a taxa de prevalência foi de 8,4%. Verificou-se, igualmente, que em doentes com idade igual ou superior a 80 anos de idade, a taxa de prevalência de úlceras adquiridas em hospital ascendeu a 7,3%, e nos doentes com idade igual ou superior a 90 anos, ascendeu para 9,6%.

De acordo com o *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, verifica-se uma variação entre os 400 euros e os 56 mil euros por tratamento de úlcera. Estes custos não incluem, contudo, os custos humanos relativos à dor, à debilidade, à baixa qualidade de vida e, inclusivamente, à própria ameaça de vida.

A prevenção de úlceras de pressão é um desafio organizacional, pois requer uma abordagem interdisciplinar e adaptada ao risco específico de cada doente, sendo, também, necessário existir uma cultura organizacional que promova o trabalho em equipa e a comunicação eficaz.

De facto, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem ter sistemas e estruturas de governação para a prevenção e a gestão de úlceras de pressão, designadamente, a implementação de procedimentos e protocolos baseados na melhor evidência e a avaliação do risco e sistemas de notificação para identificar, investigar e atuar com prontidão para reduzir a frequência e a severidade das úlceras de pressão. As instituições devem, igualmente, implementar planos de gestão do tratamento da úlcera de pressão e de comunicação/educação ao doente e ao cuidador.

A identificação de fatores de risco deve realizar-se utilizando um dos instrumentos de avaliação recomendados pelas entidades internacionais, como é o caso, entre outras, da escala de *Braden* e da escala de *Norton*.

A regularidade da avaliação da pele está relacionada com o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão no momento da admissão na instituição prestadora de cuidados de saúde, durante a sua estadia e ainda antes da alta.

O risco de desenvolver uma úlcera de pressão deve estar devidamente registado no processo clínico do doente, assim como o seu tratamento.

A informação clínica transmitida nos momentos das mudanças de turno, transferências de cuidados e altas deve ser, regular e internamente, auditada.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde emitiu, em 2011, orientações sobre a avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, tendo disponibilizado, para o efeito, a Escala de *Braden*; Versão Adulto e Pediátrica (*Braden Q*), bem como os respetivos critérios de avaliação do risco no adulto e na criança.

É necessário que as instituições realizem, de forma sistemática, a avaliação do risco, a prevenção e o tratamento das úlceras de pressão, de acordo com a realidade institucional, e que realizem auditorias internas para assegurar a melhoria contínua destas práticas. Os resultados destas auditorias devem ser reportados à Direção-Geral da Saúde, que deve proceder à revisão das orientações nacionais em vigor.

Metas para o final de 2020:

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

Quanto mais graves puderem vir a ser as consequências para o doente relativamente a uma identificação equivocada, mais normalizados devem ser os procedimentos internos a realizar. Por exemplo, nas transfusões de sangue, deve ser verificada tanto a dispensa correta de sangue com a requisição do doente, como a correspondência do tipo de sangue com o do doente. Além disso, a verificação do procedimento deve ser realizada por duas pessoas ou então utilizar-se um sistema informático que assegure a correta identificação através da leitura de códigos de barras no dispositivo eletrónico de identificação do doente.

A prestação segura de cuidados de saúde fica comprometida caso a identificação correta do doente ou a correspondência deste ao ato a que é submetido não sejam devidamente realizados. Por esta razão, várias têm sido as organizações internacionais a apelarem para que os países desenvolvam estratégias que minimizem os riscos inerentes à identificação dos doentes.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que sejam adotadas estratégias nacionais que promovam a normalização de boas práticas nesta área, nomeadamente a utilização de sistemas com códigos de barras ou utilização de pulseiras de identificação de doentes e, ainda, que seja providenciada informação e formação específica tanto aos profissionais de saúde, como ao cidadão em geral.

As instituições devem implementar e auditar com regularidade as boas práticas e os protocolos internos que assegurem a identificação inequívoca do doente e a verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar.

No âmbito do diagnóstico de situação realizado nos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015, verificou-se que as entidades prestadoras de cuidados de saúde realizam, em média, 8 auditorias internas/ano às práticas de identificação inequívoca do doente.

Por outro lado, é fundamental que existam notificações dos incidentes que ocorram na instituição e que esta seja capaz de responder de forma rápida e estruturada por forma a evitar a sua repetição. Devem ainda ser elaborados ou revistos com regularidade, os procedimentos internos relativos à identificação do doente nos processos de passagem de turno, transferência ou altas dos doentes.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde recomendou às instituições prestadoras de cuidados de saúde os mecanismos e procedimentos a adotar para a identificação inequívoca dos doentes. Para que esta prática seja implementada de forma generalizada a nível nacional é necessário que sejam empreendidas as seguintes ações:

Metas para o final de 2020:

95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas seguras da identificação dos doentes.

Na persecução desta meta, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Implementar práticas seguras no âmbito da verificação entre a identificação do doente e o procedimento a realizar.	X						Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a colheita de sangue ou outros espécimes para análise e a identificação correta do doente na rotulagem.		X					Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de sangue e seus componentes e a identificação correta do doente na rotulagem.			X				Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de medicamentos.				X			Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Auditar, semestralmente, a validação prévia entre a identificação do doente e a administração de tratamentos oncológicos.					X		Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

PREVENIR A OCORRÊNCIA DE QUEDAS

As quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo. Ocorrem em todas as faixas etárias, contudo, é na população mais idosa que a prevalência do risco de queda e os danos daí resultantes têm sido maiores.

As quedas estão na origem de uma significativa morbilidade ou mortalidade, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar. O seu impacto pode ser enorme e com consequências pessoais, familiares e sociais, para além das implicações financeiras para os serviços de saúde.

As quedas representam, portanto, um grave problema de saúde pública e requerem, na maioria das vezes, cuidados médicos. A literatura internacional refere que as quedas são a causa subjacente de cerca de 10 a 15% de todos os episódios que ocorrem aos serviços de urgência. A maioria dos diagnósticos relacionados com quedas nas admissões hospitalares são as fraturas da anca, os traumatismos cranianos e as lesões dos membros superiores. Estima-se, ainda, que a estadia hospitalar varie entre quatro a 15 dias e que cerca de 20% da população idosa com fratura da anca provocada por uma queda, morra após um ano.

As quedas têm, assim, um pesado impacto económico nas famílias, na comunidade e na sociedade. O seu impacto financeiro nos sistemas de saúde está a aumentar em todo o mundo. Em 2006, estimava-se que o custo médio por cada episódio de queda com dano, envolvendo uma pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, era de cerca de 2 900 euros.

As quedas podem, também, originar estados de dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que conduzem a restrições variadas nas atividades do dia-a-dia.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade. Refere, ainda, que a prevalência de quedas na população residente em lares é superior àquela que vive na comunidade. Entre 30 a 50% da população residente em instituições de cuidados continuados de longa duração sofre uma queda por ano e cerca de 40% experência mais do que uma queda.

Em Portugal, de acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 21% do total de incidentes notificados são incidentes relacionados com quedas.

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde, os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais e refletem a multiplicidade de determinantes da saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar. Estes fatores podem ser biológicos, como é o caso da idade e condições de saúde agudas ou crónicas, comportamentais, socioeconómicos, como é o caso do isolamento social, fraca rede de apoio social, baixos rendimentos e, por último, ambientais, como é o caso, nomeadamente, dos perigos existentes no ambiente envolvente, na inexistência de estruturas de apoio à mobilidade ou nas barreiras à mobilidade no espaço físico.

Quanto mais fatores de risco uma pessoa tiver, maior é o risco de queda. Alguns fatores de risco podem ser alterados, mas nem todos podem ser eliminados.

O envelhecimento da população é uma realidade nacional, o que faz prever que esta problemática se venha a acentuar.

A estratégia de intervenção que deve ser adotada consiste na prevenção de quedas, designadamente na avaliação e monitorização do risco da sua ocorrência, investindo-se, assim, na melhoria da qualidade de vida dos doentes e, simultaneamente, na redução dos custos para a sociedade em geral e o sistema de saúde em particular.

Estimulando a adesão dos profissionais e cidadãos à notificação de incidentes e de reações adversas a medicamentos, a instituição está indiretamente a impulsionar a utilização segura da medicação.

Em Portugal, tanto os profissionais como o cidadão podem reportar, em portais disponíveis *online*, as reações adversas a medicamentos (Portal RAM, disponível em www.infamed.pt) e os incidentes (Notific@, disponível em www.dgs.pt) que ocorram numa instituição de saúde e que envolvam a medicação.

De acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 13% do total de incidentes notificados são incidentes de medicação.

Apesar de disponibilizada informação a profissionais de saúde e ao cidadão sobre o medicamento e a sua correta utilização, é necessário reforçar as orientações nacionais para as instituições prestadoras de cuidados de saúde. Existe, ainda, a necessidade de garantir a adequada comunicação entre os sistemas de informação, para que, nos momentos das transições e transferências de cuidados, seja reforçada a comunicação eficaz de informação sobre a medicação do doente, apoiando o profissional de saúde na reconciliação terapêutica.

A reconciliação terapêutica é um processo de verificação da lista completa da medicação de cada doente, que deverá ser realizada sempre que existe uma nova prescrição de medicação, através da confrontação da prescrição atual de medicamentos face à já existente. Sempre que houver discrepâncias, estas devem ser discutidas entre os médicos prescritores, de forma que seja selecionada a medicação mais adequada à situação clínica do doente. Todas as alterações efetuadas devem ser devidamente registadas no processo do doente.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a reconciliação terapêutica nas admissões, nas transferências entre serviços e nas altas,

ou seja, nestes momentos, a lista completa da medicação do doente, com denominação, dose, frequência e via de administração, deve ser sempre revista.

A reconciliação terapêutica permite reduzir a omissão, a duplicação ou a prescrição incorreta de medicação nas transições e transferências de cuidados e, reduzir, assim, os incidentes com medicação.

As instituições prestadoras de cuidados de saúde, para além de implementarem as boas práticas emanadas pela Direção-Geral da Saúde, devem, igualmente, assegurar auditorias internas aos procedimentos, reportando periodicamente à Direção-Geral da Saúde, os resultados dessas auditorias.

Neste objetivo estratégico, os responsáveis locais pela segurança na utilização da medicação são as direções clínicas, os conselhos clínicos e de saúde, as comissões da qualidade e segurança, os médicos, os enfermeiros, os farmacêuticos, os técnicos de farmácia, os assistentes operacionais e, ainda, o doente e o cuidador.

Metas para o final de 2020:

1) 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementou práticas seguras de medicação de acordo com os normativos nacionais.

2) Reduzir 50% em cada ano, face ao ano anterior, o número de ocorrências relacionadas com erro de medicação nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsáveis
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Publicar normas sobre práticas seguras da medicação	X	X					Direção-Geral da Saúde
Desenvolver sistema de informação para a reconciliação terapêutica das instituições do Serviço Nacional de Saúde.	X	X	X				Direção-Geral da Saúde Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Implementar a intercomunicação entre o Portal das Reações Adversas a Medicamentos e o Notific@.	X	X					Direção-Geral da Saúde INFARMED Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.	X	X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Implementar práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco.		X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Implementar práticas seguras no âmbito da reconciliação terapêutica.				X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Assegurar informatização de sistema de alertas para reações medicamentosas.	X		X		X		Serviços Partilhados do Ministério da Saúde INFARMED
Auditar, semestralmente, as práticas seguras da medicação		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

ASSEGURAR A IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DOS DOENTES

O elevado número de doentes e de profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde e a necessidade de resposta imediata às situações agudas ou de crise, como as de urgência ou emergência, potenciam a probabilidade de ocorrência de incidentes relacionados com a identificação dos doentes.

A literatura internacional e os sistemas de notificação de incidentes de segurança atestam que a identificação incorreta do doente pode resultar na troca de tratamentos invasivos ou potencialmente perigosos, como são exemplos a troca de medicação, de transfusões de sangue, de análises clínicas e de intervenções cirúrgicas.

De facto, nos serviços prestadores de cuidados de saúde, a identidade dos doentes deve ser sempre confirmada através de dados fidedignos, como é o caso do nome, da data de nascimento e do número único de processo clínico na instituição, sendo prática segura o recurso a, pelo menos, dois destes dados. O número do quarto ou da cama de um

doente internado não pode ser considerado um dado de identificação fidedigno.

A identificação inequívoca do doente deve, sempre, ocorrer antes de qualquer intervenção, quer ela diga respeito ao diagnóstico, ao tratamento ou à prestação de serviços de apoio. Mas a identificação inequívoca do doente deve ir mais longe e assegurar, igualmente, a correta correspondência da intervenção a realizar com o doente. Deve ocorrer, por exemplo, antes da realização de exames radiológicos, da administração de medicamentos, sangue ou componentes do sangue, antes da colheita de sangue ou de outros espécimes para análise, antes de tratamentos oncológicos ou de qualquer ato cirúrgico, bem como antes da prestação de um serviço de apoio, como é o caso de servir uma refeição. Assim, deve também ser verificada a correta correspondência do doente com a rotulagem de medicamentos, recipientes e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Quando a instituição prestadora de cuidados de saúde utiliza a pulseira como meio de identificação do doente, esta deve ser consultada antes de qualquer procedimento, sendo necessário que haja uma validação dos dados do doente aí inscritos antes da sua colocação.

zar os riscos de ocorrência de incidentes. Com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, os profissionais podem, assim, determinar um momento operacional onde se centram na execução da sua prática profissional.

É de referir que a Organização Mundial da Saúde identificou três momentos-chave para a equipa utilizar a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes do doente sair da sala de operações.

A Organização Mundial de Saúde recomenda, ainda, que sejam estabelecidas e desenvolvidas rotinas de vigilância da capacidade cirúrgica, do seu volume e dos seus resultados, monitorizando-se e avaliando-se a segurança cirúrgica e indica um conjunto de estatísticas de nível básico, intermédio ou avançado, que podem ser adotadas de acordo com a maturidade dos sistemas de informação existentes.

A Direção-Geral da Saúde emitiu normas que visam reforçar a adoção das orientações da Organização Mundial de Saúde para a segurança cirúrgica, como o padrão mínimo de qualidade clínica, disponibilizando a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, o Índice de *Appar* Cirúrgico, o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e as Orientações para a Cirurgia Segura.

A Direção-Geral da Saúde recomendou, portanto, que os hospitais devem desenvolver estratégias de dinamização, de melhoria do trabalho em equipa e da comunicação das equipas cirúrgicas, devendo assegurar a realização de auditorias internas de acompanhamento e avaliação.

No entanto, apesar do Serviço Nacional de Saúde não dispor, ainda, de evidência robusta sobre o nível de segurança cirúrgica dos blocos operatórios, pode constatar-se, pelo diagnóstico de situação realizado no âmbito dos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015, que a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica nos hospitais é de cerca de 20%.

Na verdade, os dados nacionais existentes, por não estarem agregados, devido a constrangimentos informáticos, dificultam a caracterização objetiva da realidade nacional, impossibilitando o retorno fidedigno

da informação aos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde.

Por outro lado, tem-se constatado uma baixa adesão a este projeto por parte de alguns hospitais, o que reflete que não o têm encarado como uma prioridade nacional. Refira-se, a título de exemplo, que no 1.º semestre de 2014 apenas seis das 47 entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde com valências cirúrgicas e uma entidade convencionada enviaram, à Direção-Geral da Saúde, relatório da monitorização da implementação do projeto “Cirurgia Segura Salva Vidas”.

A monitorização e avaliação da implementação deste objetivo estratégico assenta em indicadores de processo e de resultado definidos pelo Ministério da Saúde, sendo obrigatório, em todos os procedimentos cirúrgicos, o registo da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica e do *Appar* Cirúrgico nos sistemas de informação locais.

Os hospitais devem, ainda, reportar semestralmente à Direção-Geral da Saúde a taxa de não conformidade da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, a taxa de infeção do local cirúrgico, bem como as taxas de incidentes cirúrgicos com dano, ou seja, aquelas relativas às cirurgias realizadas ao lado cirúrgico errado, ao procedimento ou ao doente errados, ou em que tenha ocorrido retenção de objetos estranhos no local cirúrgico ou, ainda, em caso de morte intraoperatória.

A taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica é um indicador da segurança cirúrgica que deve integrar, sempre, os contratos programa das organizações hospitalares.

Metas para o final de 2020:

- 1) Utilizar em 95% das cirurgias a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.
- 2) Reduzir a taxa de não conformidade da utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica em 5% face ao ano anterior.
- 3) Reduzir anualmente em 1% a taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Disponibilizar o sistema de registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em todos os blocos operatórios. Registar a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.	X	X	X	X	X	X	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Auditar, mensalmente, a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em, pelo menos, 10% do total de cirurgias efetuadas no mês homólogo ao ano anterior.	X	X	X	X	X	X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Incluir a taxa de registo de utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica institucional nos contratos programa		X	X	X	X	X	Administração Central do Sistema de Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

AUMENTAR A SEGURANÇA NA UTILIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO

A toma de medicamentos, prescritos pelo médico ou em automedicação, é um ato comum no quotidiano da população.

A literatura internacional refere que 82% da população adulta toma, pelo menos, um medicamento e 29% toma cinco ou mais medicamentos. Estima-se, ainda, que ocorram, anualmente, inúmeras consultas em serviços de urgência devido a incidentes relacionados com a medicação, com elevados custos financeiros decorrentes de incidentes com medicamentos.

A polimedicação é, portanto, uma realidade frequente na sociedade dos nossos dias, resultado da presença de inúmeras comorbilidades associadas à doença crónica, em especial no doente idoso.

O medicamento, apesar do fim a que se destina ser benéfico, pode apresentar efeitos colaterais ou reações intermedicamentosas, existindo, ainda, probabilidade acrescida de ocorrência de incidentes.

A Organização Mundial de Saúde estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde.

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

De facto, pretende-se que o medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verifiquem sejam os previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar.

Se por um lado as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica, por outro, os cidadãos devem ser ativamente envolvidos na utilização da medicação e os profissionais devem assegurar a reconciliação da terapêutica nos momentos de transferência e de transição de cuidados do doente.

As instituições devem implementar especificamente estratégias que assegurem o uso seguro dos medicamentos de alto risco, ou seja, aqueles medicamentos que têm um risco potencial de causar danos graves ou até mesmo fatais no curso da sua utilização, bem como dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, conhecidos como medicamentos “Look-alike” e “Sound-alike” ou simplesmente medicamentos LASA.

Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde devem assegurar o diálogo seguro entre sistemas eletrónicos de informação e a integração de múltiplos desses sistemas, tanto na instituição, como entre instituições.

Com a recente criação das comissões da qualidade e segurança nos hospitais e nos agrupamentos de centros de saúde, constituiu-se, pela primeira vez, a malha de uma rede nacional promotora da partilha interprofissional, interinstitucional e entre nível de cuidados, do conhecimento na área da qualidade e da segurança dos doentes. As mencionadas comissões, ao longo dos vários níveis de cuidados da mesma área geográfica ou de referência, têm a obrigação de comunicar entre si, veiculando a informação necessária e desenvolvendo atividades conjuntas que promovam a melhoria contínua da qualidade e a sua monitorização.

Quando se fala de comunicação na saúde não se pode deixar de falar, também, na difusão de orientações e de normas nacionais de boa prática profissional.

A comunicação na saúde está, também, intimamente associada à transversalidade. De facto, deve atravessar toda a organização do Serviço Nacional de Saúde, de modo a que a informação disponibilizada aos profissionais de saúde e aos cidadãos permita a comparação entre produtos, técnicas, práticas profissionais, estruturas ou modelos de organização.

O Conselho da União Europeia recomenda que os doentes sejam informados e integrados na equipa que lhes presta cuidados de saúde. Só assim poderão ser responsabilizados quer pela sua saúde, quer pelo controlo da evolução da sua doença. Se não forem ativamente implicados no processo de prestação de cuidados, os doentes não poderão, também eles, contribuir para a segurança dos cuidados de saúde que lhes são prestados.

A legislação portuguesa consagra ao cidadão o direito a ser informado sobre o seu estado de saúde, sobre as alternativas de tratamento que lhe são propostas e sobre a evolução provável do seu estado de saúde.

Os cidadãos têm igualmente direito à informação sobre as normas e as boas práticas de segurança em vigor no Serviço Nacional de Saúde e sobre os mecanismos e procedimentos de reclamação e vias de recurso que se encontram à sua disposição.

Este processo de informação e esclarecimento do cidadão, que implica a execução de planos de comunicação, encontra-se previsto em várias normas da Direção-Geral da Saúde, procurando garantir que, para além de receber informação sobre os riscos e benefícios potenciais de cada procedimento diagnóstico ou terapêutico que lhe é dirigido, o

doente dê o seu consentimento informado, esclarecido e livre para a sua prestação.

As instituições de saúde devem disponibilizar informação simples, objetiva e decodificada, facilmente entendível pelos cidadãos, contribuindo para o reforço da sua confiança no serviço público de saúde, ao terem possibilidade de aumentar o conhecimento sobre o seu funcionamento e os seus resultados.

As instituições de saúde devem, igualmente, promover ações locais de sensibilização e de informação ao cidadão, em especial nas áreas da prevenção e controlo da infeção, da resistência aos antibióticos, do uso seguro da medicação e do consentimento informado.

Um cidadão melhor informado tem mais possibilidade de gerir as suas expectativas face aos cuidados que pretende ou necessita receber do Serviço Nacional de Saúde e, por outro lado, se essa informação for transformada, pela ação dos profissionais de saúde, em capacitação, mais possibilidade terá de participar ativamente na melhoria do desempenho e dos resultados da prestação de cuidados.

Mas a comunicação na saúde tem limites. Os limites estão na fiabilidade, isenção e independência da informação a disponibilizar. E os limites estão, também, na legibilidade e aceitabilidade, adequação e bondade dessa informação. Ou seja, os limites estão na qualidade da informação. Só é legível e aceitável a informação entendível por qualquer profissional de saúde ou qualquer cidadão. Só é adequada a informação que não viole dados protegidos por lei ou dados clínicos que violem a vida privada. Só é bondosa a informação que permite aos profissionais de saúde e aos cidadãos opções informadas e esclarecidas.

Metas para o final de 2020:

- 1) 90% dos sistemas informáticos dos Serviços de Urgência e dos Serviços de Internamento das instituições hospitalares intercomunicam.
- 2) 100% das instituições prestadoras de cuidados de saúde têm plano de contingência de recuperação das aplicações e dados/processo clínico dos doentes em situações extremas (*disaster recovery*).
- 3) 100% das instituições prestadoras de cuidados de saúde têm de garantir disponibilidade do sistema de informação superior a 99,9%, para garantir que não ocorram paragens de funcionamento.
- 4) 90% dos Agrupamentos de Centros de Saúde têm acesso às notas de alta das entidades hospitalares de referência.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Executar ações de sensibilização e de informação ao cidadão	X	X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionadas
Realizar auditorias internas à transferência de informação nas transições, transferências e altas dos doentes.		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionadas
Integrar os sistemas informáticos internos das instituições prestadoras de cuidados de saúde.			X	X	X	X	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Assegurar a intercomunicação dos sistemas informáticos entre as várias instituições prestadoras de cuidados de saúde.				X	X	X	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
Publicar norma sobre procedimentos seguros na transição de cuidados.		X					Direção-Geral da Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

AUMENTAR A SEGURANÇA CIRÚRGICA

A garantia da segurança cirúrgica é uma preocupação mundial.

A Organização Mundial da Saúde estima que, pelo menos, metade dos incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde ocorre durante o ato cirúrgico, num universo em que o número de cirurgias *major*, realizadas no mundo, é superior ao número de nascimentos. Estima, ainda, que 50% das complicações associadas à prática cirúrgica são evitáveis.

É no bloco operatório que parece constatar-se um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde.

A tecnologia sofisticada, de acordo com o procedimento cirúrgico a realizar e a multidisciplinaridade a que obriga, constituída por anestesiologistas, cirurgiões, enfermeiros e outros técnicos, obriga a uma interação perfeita num contexto de elevada complexidade.

Como a segurança cirúrgica não era reconhecida como um problema de saúde pública e os sistemas de informação, quando existentes, não

permitiam monitorizar os procedimentos nem avaliar os resultados e, ainda, como não existia padronização dos procedimentos de garantia da segurança cirúrgica na maioria dos países, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu, em 2007, o projeto "Cirurgia Segura Salva Vidas".

Este projeto pretende promover o compromisso político e a vontade clínica para que a intervenção concertada, em questões determinantes da segurança cirúrgica, seja concretizável. Pretende-se, desta forma, e sistematicamente, melhorar a identificação correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico, implementar práticas anestésicas universalmente aceites, prevenir a infeção do local cirúrgico e, de forma abrangente, melhorar o trabalho em equipa e a comunicação entre os elementos da equipa cirúrgica.

Neste âmbito, a Organização Mundial da Saúde identificou dez objetivos básicos para a segurança cirúrgica, concretizáveis através da adoção de uma estratégia global, tornada visível pela adoção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

Esta Lista torna-se o meio agregador, através do qual a equipa cirúrgica pode validar, numa sequência de atividades, o modo de assegurar cuidados seguros perioperatórios sistemáticos e, desta forma, minimi-

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

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

Para serem atingidos tais objetivos, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 obriga a que as Comissões da Qualidade e Segurança dos hospitais e agrupamentos de centros de saúde inscrevam nos seus planos de ação anuais atividades que visem alcançar os seguintes objetivos estratégicos:

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

AUMENTAR A CULTURA DE SEGURANÇA DO AMBIENTE INTERNO

A melhoria da cultura de segurança do ambiente interno das instituições prestadoras de cuidados de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

A Organização Mundial de Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam aos Estados-Membros a avaliação da perceção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança da instituição onde trabalham, como condição essencial para a introdução de mudanças nos seus comportamentos e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam aos doentes.

A cultura de segurança de uma instituição prestadora de cuidados de saúde é, segundo a Organização Mundial de Saúde, para além de um estilo e de uma competência de gestão, um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento, que determinam o compromisso dessa instituição para com a segurança dos doentes.

Uma instituição que presta cuidados de saúde detém um ambiente próprio, através do qual influencia os que a frequentam e se deixa por eles

influenciar. Ou seja, os utentes e os profissionais são, simultaneamente, agentes e destinatários da mudança e, portanto, da própria cultura de segurança da instituição.

A Organização Mundial de Saúde e o Conselho da União Europeia recomendam, ainda, o desenvolvimento de planos de formação graduada, pós-graduada e contínua, que potenciem a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de segurança dos doentes.

A avaliação da cultura de segurança dos doentes, em Portugal, irá decorrer anualmente, em anos alternados, para os hospitais, já ocorrido em 2014, e para os agrupamentos de centros de saúde, em 2015.

De acordo com o relatório preliminar da avaliação da cultura de segurança dos doentes nas instituições hospitalares, verifica-se que os resultados não são muito dispares daqueles que são descritos internacionalmente. Em Portugal, as dimensões com maior potencial de melhoria a curto prazo são as seguintes:

Dimensão 3, *Apoio à segurança do doente pela gestão*

Dimensão 8, *Frequência da Notificação*

Dimensão 9, *Trabalho entre unidades*

Dimensão 10, *Dotação de profissionais*

Dimensão 12, *Resposta ao erro não punitiva*

É necessário, contudo, garantir que as direções clínicas, os conselhos clínicos e de saúde e as comissões da qualidade e segurança promovam a adesão dos seus profissionais à avaliação da cultura de segurança dos doentes, uma vez que, em 2014, a taxa de adesão nacional foi de 18,3%.

Assim, compete à Direção-Geral da Saúde definir os valores-padrão das taxas de adesão das instituições à avaliação da cultura de segurança dos doentes e dos valores-padrão nacionais para as várias dimensões. A Administração Central do Sistema de Saúde compete incluir os valores-padrão nas metas dos contratos programa das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Metas para o final de 2020:

1) Atingir uma taxa de adesão nacional à avaliação da cultura de segurança $\geq 90\%$

2) Atingir uma média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente $\geq 50\%$

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Participar na avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais.		X		X		X	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas
Participar na avaliação da cultura de segurança do doente nos cuidados de saúde primários.	X		X		X		Agrupamentos de centros de saúde e unidades locais de saúde
Monitorizar a adesão das instituições	X	X	X	X	X	X	Direção-Geral da Saúde
Implementar medidas de melhoria nos hospitais de acordo com os resultados obtidos.	X		X		X		Hospitais, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde do Serviço Nacional de Saúde e entidades convencionadas
Implementar medidas de melhoria nos cuidados de saúde primários de acordo com os resultados obtidos.		X		X		X	Agrupamentos de centros de saúde e unidades locais de saúde
Desenvolver plano de formação de serviço na área da segurança dos doentes.		X	X	X	X	X	Instituições prestadoras de cuidados de saúde
Incluir a média nacional ponderada de todas as dimensões do questionário da avaliação da cultura de segurança do doente nos contratos programa.		X	X	X	X	X	Administração Central do Sistema de Saúde

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

AUMENTAR A SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO

Sendo a comunicação um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno e as transferências ou altas dos doentes, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de

cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente.

De acordo com o diagnóstico de situação, realizado no âmbito dos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015 nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, o número médio nacional de auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados é de 5 auditorias/ano.

As tecnologias de informação e comunicação desempenham, neste contexto, uma função estruturante fundamental, não apenas entre diferentes instituições prestadoras de cuidados, nacionais, europeias ou internacionais, mas, também, entre serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço.



PARTE C

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto
do Ministro da Saúde

Despacho n.º 1400-A/2015

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados, sendo que a segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. A segurança é um dado essencial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em particular.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 inscreve-se no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS.

Este Plano respeita a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos doentes, e decorre da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, passando a integrá-la, devendo ser considerado como uma orientação do Ministério da Saúde, que visa reforçar, de forma particular, os dispositivos concretos de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, para benefício dos doentes utilizadores do Serviço Nacional de Saúde e dos seus profissionais.

Importa referir que a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde está intimamente ligada quer ao nível de cultura de segurança existente nas instituições que prestam estes cuidados, quer à sua organização, havendo evidência que demonstra que o risco de ocorrerem aumenta dez vezes nas instituições que negligenciam o investimento nas boas práticas de segurança dos cuidados de saúde. As consequências nefastas resultantes de incidentes ocorridos na prestação de cuidados de saúde têm repercussão humana, física e emocional, nos doentes e nas suas famílias, mas também têm repercussões estratégicas na reputação do SNS e na sua economia. Os incidentes são raros, no entanto, contribuem para um risco global significativo pelo efeito numérico de acumulação e são sempre dramáticos para o doente, para os profissionais envolvidos e para o SNS.

Há, no entanto, que ter em consideração que a qualidade dos cuidados de saúde não se resume à garantia da sua segurança. O conceito de qualidade na saúde assenta em várias dimensões, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado. Assenta, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade.

A necessidade de se enfatizar, de modo particular, a segurança dos doentes através do presente Plano, não deve fazer esquecer a necessidade de serem garantidas as outras dimensões da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Cada serviço prestador de cuidados de saúde é, em si mesmo, um sistema muito complexo e instável, que requer uma forte e permanente capacidade de adaptação à multiplicidade de patologias, de atos e de percursos diagnósticos e terapêuticos, requerendo, por este motivo, uma gestão atenta e inovadora dos numerosos aspetos humanos, técnicos e organizacionais associados à prestação de cuidados de saúde. Neste tipo de ambiente, a gestão dos riscos associados aos cuidados obriga a uma abordagem global, coletiva, organizada e permanentemente acompanhada. A eficácia desta abordagem global assenta na implicação ativa de três grandes funções estreitamente ligadas entre si: a função de governação, a função de acompanhamento e a função operacional.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 1.º, nas alíneas a) e b) do artigo 2.º, no artigo 7.º, na alínea c) do n.º 1 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, do artigo 5.º, artigo 6.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, determino:

1. Aprovo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, anexo ao presente despacho do qual faz parte integrante.

2. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 integra a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

3. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 é coordenado, a nível nacional, pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

4. Compete aos órgãos máximos de gestão dos serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente os agrupamentos de centros de saúde, os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, e as unidades locais de saúde, alocar recursos, validar as ações programadas e monitorizar os resultados da gestão dos riscos associados aos cuidados de saúde.

5. Cada unidade de saúde deve assegurar, através da respetiva comissão da qualidade e segurança, criada nos termos do Despacho n.º 3635/2013, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 47, de 7 de março, a implementação e acompanhamento das ações identificadas no plano e o cumprimento dos calendários estabelecidos, assegurando a boa gestão dos recursos envolvidos.

6. Aos profissionais prestadores diretos de cuidados de saúde compete assegurar o cumprimento das ações estabelecidas nos planos de ação de cada unidade de saúde.

7. A Direção-Geral da Saúde deve apresentar relatórios anuais sobre a execução e os resultados do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

2 de fevereiro de 2015. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

ANEXO

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES
2015-2020

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.

O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear. A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde deve, assim, assentar nestes princípios fundamentais. Por um lado, requer a identificação das ações preventivas que já existem e a avaliação das medidas tomadas. Por outro lado, requer a tomada de medidas reativas e corretoras após a ocorrência de incidentes. Sublinha-se, portanto, a estreita complementaridade existente entre uma análise *a priori*, que é enriquecida a partir de análises *a posteriori*, colocando em evidência falhas não identificadas como fatores e perigos contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança.

O presente Plano, concebido com base numa visão transversal do Serviço Nacional de Saúde, obriga ao envolvimento das responsabilidades de governação, de coordenação e da prática operacional da prestação de cuidados, visando a convergência metodológica dos diversos dispositivos existentes que contribuem para a gestão dos riscos associados à prática dos cuidados.

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é, assim, um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde. A causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 deve ser assumido por cada estabelecimento prestador de cuidados de saúde, através da respetiva adaptação à sua organização.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

De acordo com os dados de vigilância epidemiológica da European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net), Portugal apresenta uma taxa elevada de resistência bacteriana aos antimicrobianos, e encontra-se também entre os países europeus com a taxa mais elevada de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina, de *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina e de *Acinetobacter* com resistência combinada a antimicrobianos. Nos países do leste e sul da Europa, incluindo Portugal, é crescente a resistência de *Klebsiella spp* a cefalosporinas de terceira geração e de *Escherichia coli* a quinolonas.

A taxa de *Enterobacteriaceae* resistente a carbapenemes é ainda baixa em Portugal, mas preocupantemente crescente, como decorre dos dados da EARS-Net e também do estudo de prevalência 2011-2012.

De acordo com os dados do diagnóstico de situação realizado nos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015, verifica-se, em 2014, uma percentagem média nacional de doentes com colonização ou infeção por microorganismo problema ou alerta de cerca de 1,3%.

Portugal apresenta evidentes dismorfias no que diz respeito ao consumo de antimicrobianos, designadamente um consumo excessivo de quinolonas na comunidade, um elevado consumo hospitalar de carbapenemes, uma excessiva duração da profilaxia antibiótica cirúrgica e, provavelmente, uma excessiva prescrição e duração de terapêutica antimicrobiana.

A taxa de infeção hospitalar em Portugal é mais elevada do que a média europeia e há infeções do local cirúrgico, como a cesariana e a infeção do local cirúrgico associada a cirurgia da vesícula biliar que apresentam tendência crescente.

A taxa de infeção e o uso de antimicrobianos em unidades de cuidados continuados são elevados, nomeadamente a taxa de infeção e o uso de antibióticos associados a lesões da pele e tecidos moles e à prescrição do diagnóstico de infeção urinária.

A adesão dos hospitais portugueses à vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde é ainda pouco significativa, sobretudo em termos de vigilância de infeção do local cirúrgico.

Na realidade, controlo de infeção e prevenção de resistências aos antimicrobianos são duas faces da mesma moeda, com estratégias de

intervenção comuns e/ou complementares, o que justificou, em 2013, a fusão do programa da prevenção e do controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e do programa da prevenção das resistências aos antibióticos, no Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, conforme Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro.

Os objetivos gerais deste Programa prioritário são a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos, objetivos estes que decorrem das recomendações dos organismos internacionais de referência, como é o caso da Organização Mundial de Saúde e do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. O Despacho n.º 15423/2013, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, vem determinar a estrutura orgânica deste Programa, a nível central, regional e local, bem como as respetivas competências, expressando a estratégia global de intervenção que visa envolver os vários níveis de prestação.

Das estratégias específicas de intervenção adotadas pelo Programa destacam-se a informação/educação dos profissionais e cidadãos, a vigilância epidemiológica das infeções, da resistência aos antimicrobianos e do consumo de antibióticos e a normalização das estruturas e dos procedimentos e práticas clínicas. Neste âmbito, têm sido publicadas, pela Direção-Geral da Saúde, várias Normas e Orientações, nomeadamente sobre vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos, sobre a duração da terapêutica antibiótica, sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico e sobre precauções básicas do controlo da infeção.

Metas para o final de 2020:

- 1) Atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%.
- 2) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos.
- 3) Atingir uma taxa de MRSA de 20%.
- 4) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes.
- 5) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de quinolonas.

Na persecução destas metas, devem ser desenvolvidas as seguintes ações:

Ações	Calendarização						Responsável
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Monitorizar as infeções associadas a cuidados de saúde, o consumo de antibióticos em ambulatório e em meio hospitalar e a resistência a antibióticos.	X	X	X	X	X	X	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos
Reportar anualmente à Direção-Geral da Saúde os resultados das monitorizações realizadas.	X	X	X	X	X	X	Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

208415077

Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

Aviso n.º 1572-A/2015

Nos termos e para os efeitos do artigo 30.º da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de janeiro, alterada e republicada pela Portaria n.º 145-A/2011, de 6 de abril, informam-se os candidatos aos procedimentos concursais publicados através do aviso n.º 11565/2014, no D.R., 2.ª série, n.º 201, de 17 de outubro (Ref.º 2014/G1 a 2014/G10), que foram notificados

por e-mail das deliberações do júri na fase de audiência de interessados, nos termos do Código do Procedimento Administrativo, estando as listas definitivas de candidatos admitidos e excluídos publicadas em www.ina.pt/acss.

Mais se informa que os candidatos admitidos foram notificados para a realização do método de seleção prova de conhecimentos.

9 de fevereiro de 2015. — O Presidente do Conselho Diretivo, Rui Santos Ivo.

208428312

II SÉRIE



Depósito legal n.º 8815/85 ISSN 0870-9963

Diário da República Eletrónico:

Endereço Internet: <http://dre.pt>

Contactos:

Correio eletrónico: dre@incm.pt

Tel.: 21 781 0870

Fax: 21 394 5750

ANEXO IV – NORMA Nº 001/2017 DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE



NORMA

Francisco
Henrique
Moura George

Digitally signed by Francisco
Henrique Moura George
DN: cn=PT, o=Direção-Geral da
Saúde, ou=Francisco Henrique
Moura George
Date: 2017.02.08 11:05:47 Z

NÚMERO: 001/2017

DATA: 08/02/2017

ASSUNTO: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do doente; Transição de cuidados; Comunicação eficaz, ISBAR

PARA: Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dgs@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite, na área da qualidade organizacional, a seguinte:

NORMA

1. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR¹.
2. A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos, sem prejuízo das situações referidas no n.º 1 do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro.
3. A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados.
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, devem estar identificados de forma inequívoca (nome, categoria e função).
5. A transmissão de informação nas transições deve ser escrita, nos termos do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, devendo ser garantida a clareza e a legibilidade da informação;
 - a) Nas situações de transição não contempladas do Despacho n.º 2784/2013 de 11 de fevereiro, a informação a transmitir deverá corresponder aos conteúdos constantes do Anexo I;
 - b) No caso particular das mudanças de turno ou de outra transição de cuidados de saúde, em que a transmissão de informação assume a forma oral, esta deve ser realizada sem interrupções, utilizando o modelo contido no Anexo I.

¹ ISBAR é a sigla que corresponde a: *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações).



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



6. As instituições devem assegurar que:

- O respetivo plano anual de formação contemple formação específica para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, que inclua a técnica ISBAR;
- O processo de transferência de informação é monitorizado através da execução de auditorias internas, nos termos do Despacho nº 2784/2013.

Instrumento de auditoria organizacional:

Instrumento de Auditoria				
Norma "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"				
Unidade:				
Momentos da transição de cuidados:				
☐ Admissão hospitalar ☐ Admissão na unidade de cuidados de saúde primários ☐ Admissão na unidade de cuidados continuados integrados ☐ Alta hospitalar				
Data: __/__/__				
Equipa auditora:				
Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência / Fonte
1. Na transição de cuidados é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?				
2. Na transição de cuidados, sem prejuízo das situações a que se refere o nº 1 do Despacho nº 2784/2013, de 11 de fevereiro, é utilizada a técnica de comunicação ISBAR?				
3. Nos momentos vulneráveis/críticos, a transferência de informação entre profissionais é prioritária?				
4. Os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, estão identificados de forma inequívoca?				
5. A transmissão de informação nas transições ocorre de forma escrita?				
6. A instituição assegura formação aos profissionais envolvidos no processo de transferência de informação sobre a técnica ISBAR?				
7. A instituição monitoriza o processo de transferência de informação nos termos do Despacho nº 2784/2013?				
Subtotal	/_	/_	/_	
ÍNDICE CONFORMIDADE (IC)	%			



Avaliação final:

$$IC = \frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = \text{---}\%$$

7. A presente Norma é complementada com o seguinte texto de apoio que orienta e fundamenta a sua implementação.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde



TEXTO DE APOIO

Conceitos, definições e orientações

- A. **Segurança do doente:** redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.
- B. **Transição de cuidados de saúde:** qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos.
São exemplos, a transição de cuidados entre os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados integrados, bem como, a transição intra/inter-instituições.
São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões e altas hospitalares para o domicílio ou para outro nível de cuidados, e das mudanças de turno na mesma instituição.
- C. **Transmissão de informação:** comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados.
- D. **Comunicação eficaz entre profissionais de saúde:** Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor.
- E. **ISBAR:** ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.
- F. **Mnemónica ISBAR:** auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações.

Identificação: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;

Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;

Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;

Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;

Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.



- G. **Profissionais responsáveis pelo processo de transferência de informação:** o médico e/ou o enfermeiro da equipa que acompanha o doente na instituição de origem e de receção, bem como o Técnico de Emergência Pré-Hospitalar, aquando da admissão nos serviços de urgência.
- H. É utilizado o termo **doente**, sendo o racional da sua escolha o “Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes 2015-2020”, que, tendo em mente a transversalidade do Serviço Nacional de Saúde, engloba a pessoa que não está doente, como o adulto submetido a imunização, a grávida, a puérpera, o recém-nascido e a criança/adolescente.

Fundamentação

- A. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tem como objetivo, “melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS” e para isso recorre a objetivos estratégicos, entre os quais, o aumento da segurança da comunicação.
- B. A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade.
- C. As transições de cuidados no doente são momentos frequentes nas organizações de saúde, que podem até passar despercebidos. Mas são consideradas situações vulneráveis para o doente, pela sua natureza de alto risco, uma vez que são ocasiões de grande exigência, no que diz respeito à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde.
- D. As transições de cuidados seguros baseiam-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, competindo a estas o dever de assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado.
- E. As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.
- F. As falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades.
- G. Em relação aos estudos nacionais, apesar da pouca diversidade, no que diz respeito a falhas na comunicação em situações de transição, é de referenciar um estudo de 2012, onde se verificou que 50% dos casos tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade informacional nos cuidados de saúde.
- H. A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do doente e contribui para a diminuição dos eventos adversos.
- I. A comunicação eficaz na saúde requer conhecimento, competência e empatia. O profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer. A comunicação apesar de ser utilizada todos os dias durante a prestação de cuidados de saúde, exige competências que



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde.

- J. Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, mas também a sua implementação de forma ativa.
- K. A metodologia ISBAR é recomendada por várias organizações de saúde por força da sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados.
- L. Para além de funcionar como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, a metodologia ISBAR contribui para a rápida tomada de decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais.

Avaliação

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- B. A efetividade da implementação da presente Norma e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade das direções clínicas das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Comité Científico

- A. A presente Norma foi elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma teve o apoio científico de Cristina Ribeiro (coordenação), António Menezes da Silva (Ordem dos Médicos), Tânia Vieira Soares (Ordem dos Enfermeiros) e Tiago Soares.
- C. Foi ouvido o INEM.

Coordenação executiva

A coordenação executiva da atual versão da presente Norma foi assegurada por Maria João Gaspar.

Bibliografia

AZEVEDO, Paulo; SOUSA, Paulino. Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. Revista de enfermagem Referência. Lisboa. ISBN, n7 julho 2012, 113-122;

CLARK, Eileen et al. The PACT Project: improving communication at handover. Medical Journal of Australia. 190:11 (2009) 125-127.



CORNELL, Paul et al. Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. United States. ISSN 1092-0811. 23:5 (2014) 334-342.

DAWSON, Sarah; KING, Lindy; GRANTHAM, Hugh. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency medicine Australia : EMA*. ISSN 1742-6723. 25:5 (2013) 393-405. doi: 10.1111/1742-6723.12120.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. DGS: Lisboa, 2011.

JEFFCOTT, S. A. et al. Improving measurement in clinical handover. *Quality & safety in health care*. 18:4 (2009) 272-7.

JOHNSON, Julie K.; ARORA, Vineet M. Improving clinical handovers: creating local solutions for a global problem. *Quality & safety in health care*. 18:4 (2009) 244-5.

JORM, Christine M.; WHITE, Sarah; KANEEN, Tamsin. Clinical handover: critical communications. *The Medical Journal of Australia*. 190:11 Suppl (2009) S108-9.

MARSHALL, S et al. The Evaluation of Structured Communication Tools in Healthcare in Proceedings of The Human Factors And Ergonomics Society 52nd Annual Meeting. 2008 set 22-26; Nova Iorque, Estados Unidos da América [Consult. 21/12/2016]. Disponível em <http://pro.sagepub.com/content/52/12/860.abstract>.

Meester, K et al. SBAR improves nurse – physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Elsevier Ireland Ltd*. 84 (2013) 1192-1196.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho n.º 2784/2013, de 11 de fevereiro de 2013. Aprova os registos eletrónicos relativos às notas de alta médica e de enfermagem nos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 20 fev 2013; 36 (II série): 6908-6909.

PORTEOUS, J et al. iSoBAR - a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *Medical Journal of Australia*. 190:11 (2009) 152-156.

POTHIER, D et al. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing*. 14:19 (2005) 1034-1038.

RENZ, S et al. Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long term care. *Geriatric Nurse*. 34:4 (2013) 295-301.

SANTOS, M et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10 (2010) 47-57.

SCOTTEN, M et al. Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. *Patient Education and Counseling*. United States. ISSN 07383991, Julho, vol 98, 895-900.

THE JOINT COMMISSION; THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL; WORLD HEALTH ORGANIZATION - Communication During Patient Hand-Over. *Patient Safety Solutions*. 1:3 (2007) 1-4.

THOMAS, M et al. Failures in Transition: Learning from Incidents Relating to Clinical Handover in Acute Care. 35:3 (2013) 49-56.

THOMPSON, J et al. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal - BMJ Journals*. 87 (2011) 340-344.

VARDAMAN, James M et al. Beyond communication: The role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Management Review*. 37:1 (2012) 88-97.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



ANEXOS

Anexo I – modelo explicativo da técnica ISBAR

Mnemónica ISBAR	
I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação	a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.
B Antecedentes/Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade	a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Diretivas antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatorio e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.
A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.
R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente	a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDT agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

ANEXO V – PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE SÉPSIS

EMERGENCY DEPARTMENT DOCUMENTATION

ADULT SEPSIS SCREENING PROTOCOL

Does the Patient have a NEWS/MEOWS ≥ 3

YES

Conduct quick SOFA (qSOFA) assessment

Respiratory rate ≥ 22 ☐
 Systolic BP ≤ 100 mmHg ☐
 Altered mental status or GCS ≤ 13 ☐

Are ≥ 2 qSOFA criteria present?

YES

START 'SEPSIS 6'

- Escalate within your team as appropriate
- Notify CCOT (901) and ICU registrar (001)

If after 2L crystalloid fluid resuscitation, either:

Lactate >2.0 ☐
 MAP ≤ 65 ☐

Treat as SEPTIC SHOCK

- Consider central access
- Consider vasopressors

NO

Do you still suspect significant infection? If so, see if the following exist:

Lactate ≥ 2.5 ☐
 Temp $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ or $\leq 36.0^{\circ}\text{C}$ ☐
 Urine output $\leq 0.5\text{ml/kg/hr}$ ☐
 WBC ≥ 12 or $\leq 4 \times 10^9/\text{Litre}$ ☐
 Chemotherapy in last 6 weeks ☐

If one of ORANGE criteria and any of BLUE criteria present:

THE PATIENT IS **AT RISK** OF GOING ON TO DEVELOP SEPSIS

- Consider starting 'Sepsis Six' (below)
- Escalate within your team as appropriate
- Notify CCOT (901)

TREATED AS/TREATING AS:

SEPSIS ☐ SEPTIC SHOCK ☐

What is the suspected source? If neutropenic contact Acute Oncology Service (141)

Chest ☐ Urine ☐ Abdominal ☐ Bone/Joint ☐ Blood ☐ Tissue ☐ Line ☐ Neutropenia ☐ CNS ☐

SEPSIS 6		GUIDANCE (tick when started)	TIME STARTED	1 HOUR CLINICAL REVIEW	REASON(S) FOR NON-ADHERENCE
B	BLOOD CULTURES & SEPTIC SCREEN	BEFORE ANTIBIOTICS IS BEST PRACTICE ☐	:		
U	URINE OUTPUT	Consider urethral catheter ☐	:	:	
F	FLUID RESUSCITATION	250-500mL crystalloid STAT Observe response $\pm$ repeat ☐	:	:	
A	ANTIBIOTICS IV	As per PAH Guidelines ☐	:		
L	LACTATE MEASUREMENT	VBG or ABG as appropriate ☐	:	:	
O	OXYGEN TO CORRECT HYPOXIA	Target 94-98% SaO ₂ Or 88-92% if COPD ☐	:	:	
TIME ESCALATED TO CCOT :		Name, grade & signature			

1 hour review can be undertaken by appropriately trained staff including staff nurses and HCSWs.

ANEXO VI – PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE CETOACIDOSE DIABÉTICA

The Princess Alexandra Hospital
NHS Trust

ADULT DIABETIC KETOACIDOSIS PROTOCOL

Patient Details/Sticker:

First name:

Surname:

DOB:

Date:

Time:

Further actions:

- Prescribe further fluid regime as below
- Potassium monitoring and supplementation
- Monitor of the parameters outlined below

Prescribe 0.9% SALINE at rate of 2 hourly, 4 hourly & 6 hourly ☐

Evidence of heart failure?

NO → Prescribe 0.9% SALINE at rate of 2 hourly, 4 hourly & 6 hourly ☐

YES → Cautious fluid replacement with senior help ☐

K⁺ 3.5-5.5?

YES → Add 40 mmol KCL ☐

K⁺ <3.5?

YES → Seek senior advice ☐

K⁺ >5.5?

YES → No KCL ☒

Potassium to only be supplemented in 2 hr, 4 hr & 6 hr bag ☐

Is CBG <14?

YES ☐ NO ☐

If yes, continue regime but add 10% glucose at 1L per 8 hours.

Refer to Med Reg. (bleep 003)

Time:

PRESCRIBE PROPHYLACTIC CLEXANE UNLESS CONTRAINDICATED ☐

Monitor the following:

- Venous Gas: for pH, bicarbonate and Potassium:

@ 1hr ☐
Tick to confirm

@ 2hr ☐
Then 2 hourly thereafter
- Capillary Glucose and ketones hourly
- Fluid status & observations (NEWS)

Aim:

- Ketones reduce by 0.5mmol/L/hourly ☐
- Bicarb. Increase by 3 mmol/L/hourly ☐
- Glucose reduces by 3 mmol/L/hourly ☐

Are the aims achieved?

- If YES then continue ☐
- If NO then inform senior /ITU immediately ☐

The Princess Alexandra Hospital **NHS**
NHS Trust

ADULT DIABETIC KETOACIDOSIS PROTOCOL

Patient Details/Sticker:

First name:

Surname:

DOB:

Date:

Time:

Step 1: Confirm Diagnosis

Patient must have all three:

- Blood Glucose >11 or known diagnosis of diabetes mellitus
- Blood Ketones >3mmol/L or Urinary ketones ≥2+
- Blood pH <7.3 and/or Bicarbonate < 15 mmol/L

Tick to confirm

☐
☐
☐

Immediate actions:

- Place patient on cardiac monitoring
- Achieve IV Access (as large as possible) if NOT ESCALATE
- Request & send FBC/U&E/LFT/CRP/COAGULATION
- If Febrile or suspected infection CULTURES TAKEN
- Give 0.9% SALINE 500mls over 15 minutes
- What is the Blood Pressure after the fluid? /

Tick to confirm

☐
☐
☐
☐
☐

Give further 0.9% SALINE
500ml over 15 minutes

☐

Systolic
<90mmHg

Yes No

Give
0.9% SALINE
1Litre / 1 hour
Without
potassium

☐

Prescribe & start 50 units of Actrapid in 50mls 0.9% Saline to run at 0.1units/kg/hour (i.e. 70 kg adult runs at 7 units/hr), as per fixed rate insulin infusion chart ☐

If patient is on long acting insulin (lantus or levemir) give at normal dose and time ☐

Senior Review (Middlegrade/Consultant) at this point ☐

Contact ITU (Bleep 001) for review if any of the following (circle which apply): ☐

Age 16-25	Blood pH <7.1	GCS <12
Age (Elderly)	Potassium <3.5	O ₂ Sats <92% on air
Pregnant	Bicarbonate <5	Systolic BP <90mmHg despite fluids
Heart/Renal Failure	Blood ketones >6	Heart rate <60 or >100
Other co-morbidities	Anion gap >16 *	Other Concerns

Anion Gap = (Na+K) - (Cl+HCO)

The Princess Alexandra Hospital **NHS**
NHS Trust

ADULT DIABETIC KETOACIDOSIS PROTOCOL

Patient Details/Sticker:

First name:

Surname:

DOB:

Date:

Time:

Adult Diabetic Keto-Acidosis (DKA) monitoring chart

	1	2	3	4	5	6	7	8
pH								
Bicarbonate mmol/L								
Potassium mmol/L								
BP								
HR								
Sats.								
RR								
Glucose mmol/L								
Ketones mmol/L								

*Note if parameters are not improving according to aims above patient will need more regular monitoring. Seek advice from senior at this point

ANEXO VII – PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE SÍNDROME CORONÁRIO AGUDO

Princess Alexandra Hospital Acute Coronary Syndrome ICP

Risk Factor Assessment & Secondary Prevention Compliance

Must be completed and signed off



**The Princess Alexandra
Hospital**
NHS Trust

Place Patient Sticker Here
Or Write details
Name _____ Unit No. _____

Random Glucose on admission and HbA1c completed with 24hrs of admission

- Random Glucose Result on admission** _____ if >11 please re check in 1 hour and consider dose adjusted insulin infusion if clinically required with regular blood glucose monitoring and referral to in patient diabetic team for review.
- HbA1c ordered within 24 - 48 hours of admission ☐ Date completed _____
- Aim to keep blood sugar below 11.0 mmol/litre while avoiding hypoglycaemia.
- Please see page 2 for further guidelines

Ensure random cholesterol has been added to the bloods

- Random cholesterol added** ☐ (this can be added via biochemistry up to 3 days post admission via A&E)

Promote healthy living

- Promote healthy living** - dietary advice is available and ask nursing staff to refer patient via Ext 7443 ☐

Cardiology and echo referrals

- Referral to Cardiology team** ☐ Date Referred _____
- Referral for Echo if ACS confirmed** ☐ Date Referred _____

Please ensure bloods U&E, FBC, LFT, Clotting are performed for swift Angiogram referral

Tick and review the Current Prescribed Medications in accordance with NICE guidelines

Aspirin ☐	GTN PRN unless contraindicated ☐	ACE-I If contraindicated consider ARB ☐	Up-titrate ACE_I or ARB 24-48hrs post MI when clinically stable ☐
Clopidogrel or Ticagrelor ☐	Beta-blockers (if contraindicated consider alternative) ☐	PPI ☐	Smoking cessation advice via the cardiac rehabilitation service if patient is a smoker ☐
Fondaparinux (3 days) ☐	Statin (Atorvastatin 80mg od unless contra-indicated) ☐		Offer NRT under cardiology advice ☐

Cardiac Rehabilitation

Referral to Cardiac Rehabilitation Service

On Ext 7548 or Bleep 063 or email Tpr-tr.acscardiacrehabilitationpah@nhs.net

Date Referred _____ Name of person referring _____ Signature _____

Page 5

Princess Alexandra Hospital

Acute Coronary Syndrome ICP

For any adult (>18 years) presenting with non-traumatic chest pain most likely explained by acute coronary syndrome (i.e. atherosclerosis related coronary thrombosis).
(NB Clinical Pathways never replace clinical judgement)



The Princess Alexandra
Hospital
NHS Trust

Place Patient Sticker Here

Or

Write details

Name _____ Unit No. _____

Differential diagnoses of acute coronary syndromes in the setting of acute chest pain

Cardiac	Vascular	Pulmonary	Gastro-intestinal	Orthopaedic	Other
Myo-pericarditis Cardiomyopathies	Aortic Dissection	Pulmonary embolism	Oesophagitis, reflux or spasm	Musculoskeletal disorders	Anxiety disorders
Tachy-arrhythmias Acute heart failure	Symptomatic aortic aneurysm	(Tension) - Pneumothorax	Peptic ulcer, gastritis	Chest trauma	Herpes zoster
Hypertensive emergencies	Stroke	Bronchitis, pneumonia	Pancreatitis Cholecystitis	Costochondritis	Anaemia
Aortic valve stenosis		Pleuritis		Cervical spine pathologies	
Tako-Tsubo Cardiomyopathy					
Coronary spasm					
Cardiac trauma					

Definition of Myocardial infarction

Type 1

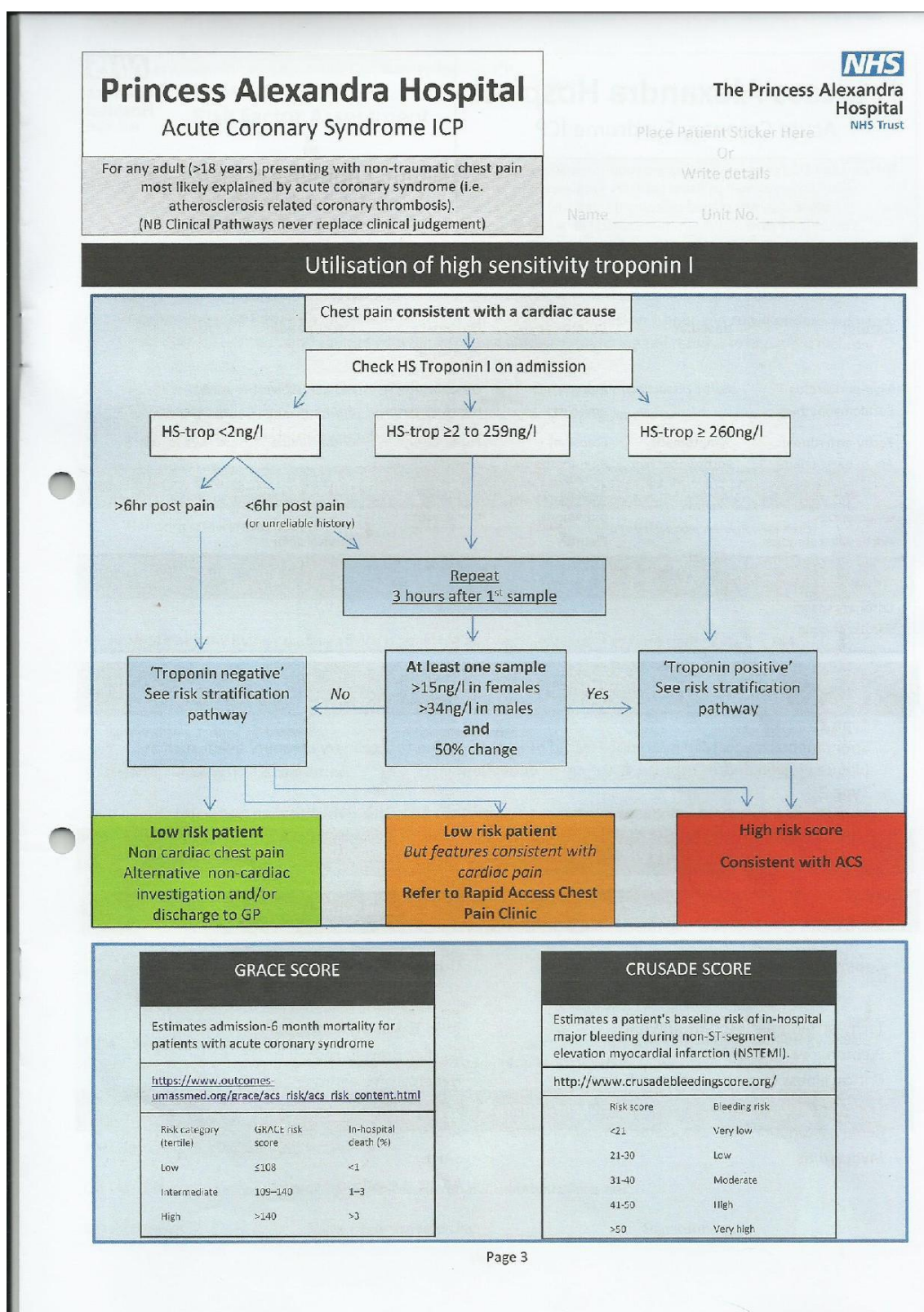
Spontaneous myocardial infarction related to ischaemia due to a primary coronary event such as plaque erosion and/or rupture, fissuring, or dissection.

Type 2

Myocardial infarction secondary to ischaemia due to either increased oxygen demand or decreased supply, e.g. coronary artery spasm, coronary embolism, anaemia, arrhythmias, hypertension, or hypotension.

Conditions other than acute myocardial infarction type 1 associated with cardiac troponin elevation

Common	Other
Tachy-arrhythmias (esp SVT and AF)	Tako-Tsubo cardiomyopathy
Pulmonary embolism	Cardiac procedures
Critical illness (e.g. shock, sepsis, burns)	Hypertensive emergencies
Acute heart failure	Extreme endurance efforts
Renal dysfunction with associated cardiac disease	Acute neurological event (e.g. stroke or SAH)
Myocarditis	Aortic dissection



Name: _____ Unit No: _____

ACUTE CORONARY SYNDROME TREATMENT

12 LEAD ECG

Is any one of the following present?

- ST segment elevation ≥ 1 mm in 2 consecutive limb leads (I, aVL, II, III, aVF) ☐
- ST segment elevation ≥ 2 mm in 2 consecutive chest leads (V1-V6) ☐
- New LBBB ☐

Yes ☐ No ☐

STE ACS / STEMI: TRANSFER TO ECTC FOR PPCI (TARGET: DOOR TO CALL TIME < 20 mins)

Call EOE ambulance first:	
Initial:	Date/Time:
Call ECTC (01268 394184)	
Initial:	Date/Time:
Aspirin 300mg po stat:	
Initial:	Date/Time:
Ticagrelor 180mg po stat:	
Initial:	Date/Time:

NSTE ACS / NSTEMI

Assess for high risk features:

On going or recurrent ischaemic symptoms ☐

PLUS ≥ 1 OF THE FOLLOWING:

- Transient ST segment elevation (>2 mm) ☐
- ST depression ≥ 2 mm in ≥ 2 leads ☐
- T wave inversion ≥ 3 mm in ≥ 2 leads ☐
- Shock or pulmonary oedema ☐
- Cardiac arrest, VF, VT, complete heart block ☐

Yes ☐ No ☐

REVIEW TROPONIN AND SERIAL ECGS

Are any of the following present:

- HSTnI compatible with ACS ☐
- Transient ST segment elevation (>2 mm) ☐
- ST depression ≥ 1 mm in ≥ 2 leads ☐
- T wave Inversion ≥ 2 mm in ≥ 2 leads ☐
- Any dynamic ST or T wave changes ☐

Yes ☐ No ☐

HIGHEST RISK NonSTE ACS / NSTEMI

Immediate review by StR or above	
Initial:	Date/Time:
Aspirin 300mg po:	
Initial:	Date/Time:
Ticagrelor 180 mg po stat:	
Initial:	Date/Time:
IV GTN (unless shocked or systolic < 90mmHg):	
Initial:	Date/Time:
IV Metoprolol 5mg (unless HR < 60, shocked or systolic < 90mmHg)	
Initial:	Date/Time:
Email ECGs to CTC (xxxxxxxxxx):	
Initial:	Date/Time:
Call ECTC SpR (0845 1553111 bleep 9010):	
Initial:	Date/Time:
Call EOE ambulance (if accepted)	
Initial:	Date/Time:
If not accepted admit to CCU	
Initial:	Date/Time:

TREAT AS NonSTE ACS

GRACE SCORE:	
(see next page for calculators)	
CRUSADE SCORE:	
If Crusade bleeding risk is high, seek senior / cardiology opinion before administering anti thrombotics	
Aspirin 300mg po:	
Initial:	Date/Time:
Clopidogrel 600 mg po stat:	
Initial:	Date/Time:
Fondaparinux 2.5mg sc (or enoxaparin 1mg/kg od sc if eGFR < 20ml/min/1.73m ² or haemodynamic compromise):	
Initial:	Date/Time:
Refer to CCU	
Initial:	Date/Time:
24 hr cardiac monitoring and bed rest	

SENIOR REVIEW

Check clinical history and patient characteristics:

Compatible with ACS ☐

AND

No other more likely diagnosis ☐

Yes ☐ No ☐

Consider alternative diagnosis and exit pathway

Page 2

Princess Alexandra Hospital

Acute Coronary Syndrome ICP

(Covering the first 48 hours of admission)

For any adult (>18 years) presenting with non-traumatic chest pain most likely explained by acute coronary syndrome (i.e. atherosclerosis related coronary thrombosis).
(NB Clinical Pathways never replace clinical judgement)

The Princess Alexandra Hospital
NHS Trust

Place Patient Sticker Here
Or
Write details

Name _____ Unit No. _____

Staff Assessing		
Junior Dr	Date and Time:	Sign and print:
Senior Dr	Date and Time:	Sign and print:
ACN	Date and Time:	Sign and print:
Nurse	Date and Time:	Sign and print:

ACUTE CORONARY SYNDROME ASSESSMENT

For all patients where diagnosis of ACS is being considered:

- 12 lead ECG on arrival and repeated after 20 minutes with active cardiac monitoring
- Bloods (admission hsTnI, 3 hour hsTnI, FBC, U+E, clotting, ABG if shock or hypoxia)
- IV access; O2 if sats < 92%; sublingual GTN if systolic BP ≥ 100mmHg

Atypical presentation (atypical CP, SOB, syncope)
consider the following:

- Ischaemic ECG (STE > 1mm, STD > 1mm, TWI > 2mm, new LBBB) ☐
- Raised cardiac markers (see guideline) ☐
- ≥ 2 Risk Factors -smoking, HT, Chol, DM, FH < 55 ☐

Typical cardiac chest pain
15 minutes duration with raised cardiac markers (see guideline) and / or ischaemic ECG ☐

AND
no suspicion of alternative diagnosis (e.g. Aortic dissection, arrhythmia, myopericarditis, severe hypotension with non ACS pathology) ☐

None of the above

↓

Consider alternative diagnosis and exit pathway

1 of the above

↓

Senior Review

≥ 2 of the above

↓

☐ No ☐ Yes

Consider alternative diagnosis and exit pathway

☐ No → Senior Review

☐ Yes → Diagnose ACS

Consider frailty and suitability for cardiac investigation
Does the patient have ≥ 1 of the following:

- DNAR / Advanced Directive in place / on EOL care ☐
- Dementia ☐
- Highly dependent for activities of daily living (ADLs) ☐
- Irreversible life limiting comorbidity ☐

D/W patient &/or relatives
Consider ACS medical management only with protocol below & secondary prevention
Referral to COE and cardiac rehab

☐ Yes ☐ No

☐ No → Treat for ACS (PTO)

Page 1

Version 14.06.18
Authors Jeremy Sayer & Louise Dean
Review Date August 2019

Secondary Prevention Guidance

GLUCOSE GUIDELINES

Perform Random Glucose within 4 hours of admission and HbA1c performed within 24 hours of admission on all ACS patients

- Random glucose to be completed on all patients on admission, if random glucose is above 11.0mmol/l repeat in 1 hour consider dose adjusted insulin infusion if clinically required. Careful consideration should be given if any clinical signs of fluid overload and discuss with the medical registrar either in your team or on call.
- New Variable Rate Intravenous Insulin Infusion (VRIII) is available on the intranet if required.
- Complete a HbA1c within the first 24-48 hours of admission on all patients.
- Fasting glucose should be added to each patient at day 4 post cardiac event. This is to help confirm a new diagnosis of diabetes.
- Patients who has no previous history of diabetes following HbA1c results should be interpreted as follows
- **HbA1c results**
 - < 48 mmol/l – Normal
 - 42- 48 mmol/l or fasting glucose 5.5 – 6.9 mmol/l – **High Risk** of diabetes GP to order Glucose Tolerance Testing. Refer the patient to the appropriate service.
 - >48 mmol/l consistent with diabetes. Monitor blood sugar at least QDS. Consider Metformin treatment if suspected Type 2 diabetes and inform the inpatient Diabetes Team.
- All diabetic patients should have a HbA1c recorded to optimise their treatment.
- Referral to diabetic team if HbA1c results are above 58mmol/l or has any of the Think Glucose criteria listed on the Diabetes Inpatient Team referral please refer for review as an inpatient.
- Ensure all results are clearly documented on discharge summary. GP to review results and make onward referral to the diabetic service after discharge and follow up as appropriate.
- Referral to dietitian if required.

LIPID GUIDELINES

Perform Random Cholesterol sample following ACS presentation

- This can be added to bloods via biochemistry on Ext 2543 up to 3 days after first sample
- This can be used as a benchmark for review targets in 3 months post event
- It is important to the patient as they wish to know results and has to be audited on MINAP

MEDICATION GUIDELINES

Please review all medication in line with NICE guidelines and up titrate as required

SMOKING CESSATION GUIDELINES

- If patient is a smoker consider NRT and referral to smoking cessation link on ward setting – Patient will require to be clinically reviewed by a senior member of the cardiology team and assess if NRT can be used as potentially contra indicated in some unstable cardiac patients.
- Referral to a smoking cessation level 2 counsellor regarding follow up and NRT management via the cardiac rehabilitation service.

CARDIAC REHABILITATION REFERRAL

- Please ensure all ACS patients are referred as soon as possible after admission
- Any patient should be referred that has got a confirmed diagnosis of ACS/MI
- Awaiting In patient CABG/PCI/Angiogram
- Post cardiac surgery
- This is an essential part of the treatment plan will assist with health education, promotion and answer all patient questions regarding lifestyle, risk factors and rehabilitation post cardiac event. Can also expedite ward transfers and swift discharges.

ANEXO VIII – PROTOCOLO DE ATUAÇÃO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS SOCIAIS

Name: Address: Hospital no: NHS no: Date of birth: Ward/Dept:		MCA/Best Interest completed by two qualified staff	
Signed: Grade: Date: Time:		Name: Signed: Grade: Date: Time:	

STAGE 2 MENTAL CAPACITY ACT/BEST INTEREST ASSESSMENT – TEP

STEP 1. What concerns/triggers have given rise to this assessment of capacity?

Describe your concerns:

STEP 2. Stage 1 Document the reason you believe the individual has an impairment or disturbance of the functioning of the brain or mind.

Reason:

STEP 3. Stage 2 – Can the individual:

Understand information about the decision made? Give rational for this:	YES / NO
Retain that information in their mind? Give rational for this:	YES / NO
Use or weigh that information as part of the decision making process? Give rational for this:	YES / NO
Communicate their decision (by talking, using sign language or any other means)? Give rational for this:	YES / NO

Step 4. Is the response to one (or more) of the stage 2 questions above NO?

Yes

Is this loss of capacity likely to be temporary and can the decision wait?

If Yes → Set decision review date:

If No → Is there a valid ADRT? (Advanced decision to refuse treatment)

If Yes → Incorporate into TEP form or Best Interests Decision

If No → Is there a Personal Welfare Lasting Power of Attorney (PW-LPA) registered with the Office of the Public Guardian?

If Yes → Ensure that the PW-LPA is consulted and incorporated in any decisions regarding TEP

If No → Proceed with completing the TEP in line with Best Interest principles (please note if the person has no friends, relatives or unpaid carers then you must include IMCA services). Please document rationale/Best Interest principles for TEP, be as specific as possible. Email a copy of the TEP form and completed MCA/Best Interest for TEP to PAHT Safeguarding Team

No

Complete TEP form as part of discussion with patient

Incorporate into TEP form or Best Interests Decision

Ensure PW-LPA or ADRT has been seen and that a copy is in the patient's current medical notes

Step 5. Document Best Interest outcome and decision:

NHS
The Princess Alexandra Hospital
NHS Trust

Name:
Hospital no:
Hospital number:
NHS number:
Date of birth:
Date:/...../..... Time:

Treatment Escalation Plan (TEP)

(For all adults over the age of 18 years)

This form is for clinical guidance and it does not replace clinical judgement

A TEP describes the interventions that would be considered in the event of a clinical deterioration. Review TEP whenever clinically appropriate. See guidance for completing TEP

Life expectancy
Would you be surprised if this patient died within the next 12 months.

If Yes, continue to fill in TEP form

Mental capacity
Do you have any reason to doubt the capacity of the individual to give consent to any of the TEP decisions?

If No, continue to fill in TEP form

If No

1 Complete stage 2 MCA if patient lacks capacity.
2 Complete TEP form.
3 Document patient to be considered for Gold Standard Framework (GSF) Register on discharge letter to the patients GP.
4 If the patient is in the last days/hours of life start EoL care & Individualised Care Plan for Anticipated Last Days of Life.
5 Contact SPC & EoL Team for support/guidance on x7846 or Bleep 317 if required.

If Yes, complete stage 2 Mental Capacity Assessment (MCA) overleaf. This is decision specific for TEP decisions only. Once MCA completed continue to fill in TEP form.

The Mental capacity Act (2005) requires you to assume that individuals have capacity unless you suspect the person has an impairment or disturbance of the mind or brain which affects their ability to make the decision. It also requires any assessment to be decision specific. If you require advice please contact the adult safeguarding team x7232 or via long range pager.

All patients (please tick)	YES	NO
Would Cardiopulmonary resuscitation (CPR) be appropriate? If No – Complete DNACPR form		
Would intravenous fluids be appropriate?		
Would artificial nutrition support be appropriate?		
Would intravenous antibiotics be appropriate?		
Would oral antibiotics be appropriate?		
Would blood products be appropriate?		
Would oxygen therapy be appropriate?		
Would ABG/VBG be appropriate?		
Would it be appropriate for the patient to be discussed with the Critical Care Team?		
Has a discussion with the patient occurred? Document the discussion or the reason why the discussion has not taken place on the TEP communication sheet.		
Has a discussion with NOK/Carers/LPA/Other occurred? Document the discussion or the reason why the discussion has not taken place on the TEP communication sheet.		
Has the patient been discussed with a senior Dr ST3 or above? Document the name and grade of the senior Dr and decisions on TEP communication sheet.		

Doctor completing TEP

Name Grade

Signature Date Time

Review and endorsement by responsible senior doctor (consultant, ST3 or above):

Name Grade

Signature Date Time

©Princess Alexandra Hospital NHS Trust 2017. Not to be reproduced in whole, or in part, without permission of the copyright owner. TEP (v6) SJ/PAH483

Name: Hospital number: NHS number: Date of birth: Ward/Department:	Treatment Escalation Plan (TEP) Communication Sheet
- The TEP form should be completed legibly in black ball point pen. - Complete all patient demographic details, the date and time of completing the form in full on all pages. - The Mental Capacity Assessment (MCA) must be completed by the Dr writing the TEP, and counter signed by a registered Dr or nurse who witnessed the MCA/Best interest assessment. - The patient's views must be taken into consideration between focusing treatment on prolonging life which may involve a degree of discomfort, and focusing care on comfort when discussing appropriate treatment options. - All communication with the patient, family/NOK and members of MDT must be clearly documented on the TEP communication sheet. - If following clinical review TEP decisions are changed, cross it through diagonally stating cancelled, signed and dated and write a new TEP form. - It is the responsibility of the Dr reviewing the patient and making any changes to the TEP decisions to communicate the changes to all parties involved in the patients care.	
Date & Time	Name & signature

©Princess Alexandra Hospital NHS Trust 2017. Not to be reproduced in whole, or in part, without permission of the copyright owner. TEP v5J SJ

ANEXO IX – CERTIFICADO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Ministério da Saúde
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.
Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
Pessoa Coletiva n.º 530.745.997

Entidade acreditada pelo ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009

 Centro Hospitalar
Universitário
do Algarve

Certificado de Formação em Serviço

Certifica-se que **Marta Dias**, Enfermeira, participou na formação em serviço "**Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados - ISBAR**", na qualidade de formadora que decorreu no dia 09 de Janeiro de 2019, com a carga horária de 40 mn.

Faro, 12 de Fevereiro de 2019

Nome <i>Filipa Simões</i> (83261)	Nome <i>Alvaro Jimenez</i> (72254)	Nome <i>Det.</i>
Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço	Enfermeiro Chefe	A Direção de Enfermagem

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro Tel. 289 89 11 47 - ext. 11 529
centroformacao@ch.algarve-min.saude.pt

Baseado no modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

CHUALG_CFC_CERT_2017

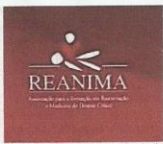
Entidade Reguladora

1.ª, 2.ª, 3.ª e 4.ª ETAPAS
DO CICLO DE VIDA

 GOVERNO DA REPÚBLICA
PORTUGUESA

 UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

ANEXO X– CERTIFICADO DO CURSO SBV



Associação para a Formação
Reanimação e Medicina do Doente Crítico

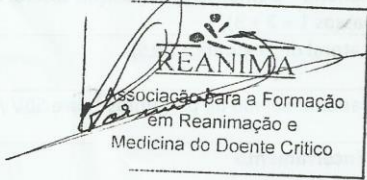
CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que, **MARTA SOFIA OLIVEIRA DIAS**, frequentou e concluiu com **Aproveitamento**, o **Curso de Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa** que decorreu no dia 30 de Maio de 2015, integrado na 3ª Pós Graduação de Enfermagem do Doente Crítico, com a duração total de 6h.

Este curso é certificado pelo Conselho Português de Ressuscitação e confere o nível de Formação Profissional.

Porto, 30 de Maio de 2015.

O Responsável pela entidade formadora

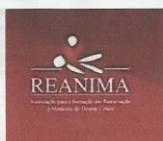


Associação para a Formação
em Reanimação e
Medicina do Doente Crítico

(Dr. António H. Carneiro)

Certificado nº 574/2015
(Programa no verso)





Associação para a Formação
Reanimação e Medicina do Doente Crítico

Programa

10h45 – 11h15: Abordagem da via aérea – Banca Prática- *grupos*
Curso de SBV / DAE (Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa)
M^o José Lage

11h45

	Atividade	Instrutores
11h45min	Sessão plenária: Introdução e Boas vindas ao CSBV / DAE	Diretor do curso
11h50min	Sessão plenária para demonstração da SBV	
11h55min	Sessão plenária em exposição ou demonstração da SBV (bancas) 2º passo 3º passo	Grupos
12h15min	Prática de SBV Treino prático da SBV (4º passo)	Grupos

13h30 – Intervalo para almoço

14h30min	Sessão plenária para demonstração da SBV /DAE 1º passo demonstração em tempo real Sessão plenária em exposição ou demonstração da SBV com DAE 2º passo 3º passo	Grupos
14h45min	Treino prático da DAE (4º passo) Durante a sessão rever as competências em SBV	Grupos
16h55min	Sessão plenária – Demonstração Posição Lateral de Segurança (PLS) - (passos 1 + 2 + 3)	
17h05min	Posição Lateral de Segurança (PLS) 4º passo	
17h25min	Sessão plenária: Sessão de perguntas sobre SBV / DAE.	
Encerramento		



ANEXO XI - CERTIFICADO DO CURSO SAV



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Marta Sofia Oliveira Dias

13/11/1980

Received the ERC qualification

Advanced Life Support (ALS)

In Setúbal, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO

Course Director



Date last course: 14/07/2018

This certificate is valid from 14/07/2018 to 14/07/2023

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-141-753869

ANEXO XII – CERTIFICADO DO CURSO ITLS



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Marta Sofia Dias, RN

has completed the
Advanced Provider Course

date
3/10/2017

course site
Bombeiros Voluntários de Gondomar, Gondomar, INTL
(International)

course director
Filomena Horta Correia MD

course coordinator
André Cunha



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Continuing Education Coordinating Board for Emergency Medical Services (CECBEMS).
Continuing Education Hours: 16.00 CECBEMS#: 14-ITLS-F2-CP03 CEH Type: Advanced CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)
You have participated in a continuing education program that has received CECBEMS approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CECBEMS at: CECBEMS - 12200 Ford Road, Suite 478, Dallas, Texas 75234. Phone: 972.247.4442 Email: lsulley@cecbems.org. CECBEMS represents only that its accredited programs have met CECBEMS' standards for accreditation. These standards require sound educational offerings determined by a review of its objectives, teaching plan, faculty, and program evaluation processes. CECBEMS does not endorse or support the actual teachings, opinions or material content as presented by the speaker(s) and/or sponsoring organization. CECBEMS accreditation does not represent that the content conforms to any national, state or local standard or best practice of any nature. No student shall have any cause of action against CECBEMS based on the accreditation of the material.

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



ITLS 239332-28764
International
Trauma Life Support

Marta Sofia Dias, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date 3/10/2017 Expiration Date 03/2020

Course Number 28764

Course Location

Bombeiros Voluntários de
Gondomar, Gondomar, INTL
(International)

ANEXO XIII– CERTIFICADO DE PRESENÇA NO III CONGRESSO DA SECÇÃO REGIONAL DO SUL



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

MARTA SOFIA OLIVEIRA DIAS

membro n.º **67003** desta Ordem, esteve presente no **III Congresso da Secção Regional do Sul** nos dias **5 e 6 de Dezembro de 2018**, no **Teatro das Figuras em Faro**.

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Sul

Sérgio Branco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,9** Créditos de Desenvolvimento Profissional



5 de Dezembro de 2018

QUARTA FEIRA

08h30_ ABERTURA DO SECRETARIADO

09h00_ APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES
 Moderadores: **Conceição Farinha**, Professora da Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve; **Maria Dulce Santiago**, Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja

10h30_ COFFEE-BREAK

11h00_ SESSÃO DE ABERTURA
 Ana Rita Cavaco, Representante da Ordem dos Enfermeiros; **Sérgio Branco**, Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros; **Dora Franco**, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros; **Rogério Bacalhau Coelho**, Presidente da Câmara Municipal de Faro; **Purificação Gandra**, Adjunta do Gabinete da Senhora Secretária de Estado da Saúde.

11h30_ MESA-REDONDA: INOVAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
 Moderadores: **Marco Batista**, Vogal do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Sul; **António Almeida**, Vogal da Secção de Enfermagem de Lisboa da Sociedade Portuguesa de Cuidados de Cuidados Intensivos.

TRIAGEM TELEFÓNICA E ACONSELHAMENTO - MODELO DOS AÇORES
Emílio Leal, Enfermeiro do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPCR
 Presença da família na sala de emergência: **Florinda Galinha de Sá**, Professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; A hospitalização domiciliar como resposta à urgência: **Fernando Palmim**, Enfermeiro do Hospital Garcia de Orta, EPE

13h00_ ALMOÇO LIVRE

14h30_ MESA-REDONDA: O ENFERMEIRO NA EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR
 Moderadores: **Marco Pinto**, Vogal do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros; **Maria Clara André**, Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém.

A RAZÃO E A EMOCÃO DE TRABALHAR EM EMERGÊNCIA
Pedro Vasconcelos, Enfermeiro do Instituto Nacional de Emergência Médica
 Competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar: **Miguel Correia**, Vice-presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros; Modelo ideal de resposta em emergência extra-hospitalar: **Mário Branco**, Enfermeiro em representação da Associação Portuguesa de Enfermeiros e Médicos de Emergência.

16h30_ COFFEE-BREAK

17h00_ MESA-REDONDA: ASORÇAM DO DOENTE CRÍTICO: NOVO E VELHOS DESAFIOS
 Moderadores: **José Abrantes**, Secretário do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros; **Anabela Mendes**, Professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

TRANSPORTE DO DOENTE CRÍTICO
Helena Correia, Enfermeira do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE (Hospital de Santa Maria)
CRITÉRIOS DE TERAPIA DE ALTO FLUXO
Ana Natário, Enfermeira do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Esposim, EPE (Unidade II E-CPR e doação de órgãos); **Mário Branco**, Enfermeiro do Centro Hospitalar Universitário de São João (Porto)

18h30_ MOMENTO SOCIAL

6 de Dezembro de 2018

QUINTA FEIRA

9h30_ MESA-REDONDA: CONSTRUIR PONTES NA COMUNIDADE
 Moderadores: **Luis Barreira**, Vice-Presidente do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros; **Paula Oliveira**, Professora da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

EMERGENCIAS DE SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL
Tatiana Alves, Enfermeira do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

PROGRAMA SIV-DAE NA COMUNIDADE
Pedro Caldeira, Enfermeiro do Hospital de Cascais (Dr. José de Almeida)

GERAÇÃO SALVA VIDAS
Carmelino Sul, Enfermeiro do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE (Hospital de Santa Cruz)

11h00_ COFFEE-BREAK

11h30_ MESA-REDONDA: DESAFIOS EM CUIDADOS CRÍTICOS
 Moderadores: **Ana Fonseca**, Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros; **Maria de Lurdes Martins**, Professora do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

CUIDADOS PALIATIVOS NOS CUIDADOS INTENSIVOS
Ana Leitoão, Enfermeira da Unidade de Cuidados Continuados Integrados Maria José Nogueira Pinto (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa)

TESTAMENTO VITAL
Maria de Sousa Freitas, Investigadora do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa

ENFERMAGEM FORENSE
Nuno Coelho, Professor da Escola de Polícia Judiciária

13h00_ ALMOÇO LIVRE

14h30_ MESA-REDONDA: POPULAÇÕES ESPECIAIS DE DOENTES
 Moderadores: **Susana Quintão**, Vogal do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros; **João Formiga**, Enfermeiro Director do Hospital Distrital de Santarém, EPE

ABUSO, NEGLIGÊNCIA E MAUS-TRATOS NA CRIANÇA
Maria do Rosário Almeida, Enfermeira do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (Hospital de São Francisco Xavier)

A PESSOA IDOSA
Vanda Veiga, Enfermeira do Centro Hospitalar Barrocelo Montijo, EPE (Hospital N. Senhora do Rosário)

EMERGENCIAS EM SAÚDE MENTAL
Maria Augusta Silva, Enfermeira da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE (Hospital José Joaquim Fernandes)
 Violência doméstica
Sofia Borges Rodrigues, Enfermeira do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

16h00_ DEBATE-ESPECIALIDADES E COMPETÊNCIAS ACRESCIDAS
Luis Barreira, Vice-Presidente do Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros; **Ana Fonseca**, Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros

17h30_ SESSÃO DE ENCERRAMENTO E ENTREGA DE PRÉMIOS
 Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros; Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros

ANEXO XIV – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO TRAUMA SIMULATION DAY



ANEXO XV – CERTIFICADO DE PRESENÇA NO MASS SHOOTING – INTERVENÇÃO EM SITUAÇÕES MULTIVÍTIMAS



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que Marta Dias, enfermeira do Instituto Nacional de Emergência Médica, com o número mecanográfico 94104, esteve presente na ação de formação contínua dedicada aos temas: **"BLAST INJURY; MASS SHOOTING E EVENTOS MULTIVITIMAS"**. Realizada nas instalações do Regimento dos Sapadores Bombeiros de Lisboa, em Chelas, no dia 19/01/2019, com duração de 5h, entre as 09:00 e as 14:00.

Por ser verdade se passa a presente declaração que vai por mim assinada.

Lisboa, 25 de Fevereiro de 2019

O Enfermeiro com Funções de Chefe de Gestão de Melos, DRS

(Enfª Carla Cristina)

ANEXO XVI – PROGRAMA MEDICAL RESPONSE TO MAJOR INCIDENTS

MEDICAL RESPONSE TO MAJOR INCIDENTS

Chairman MRMI Board
Sten Lennquist

International Faculty
Itamar Askenhazy
Cláudia Ruffini
Josip Samardzic

**Chairman MRMI-
National Board**
Pedro Ramos
Luís Vale

Course Director
Filipe Serralva

Formadores:

Ana Madruga
Armando David
Carlos Freitas
Carmo Caldeira
Dinarte Freitas
Dino Fernandes
Filipe Serralva
Lara Marcelo
Lúcia Andrade
Luís Gomes
Luís Jardim
Luís Vale
M. Carmo Silva
Magna Correia
Miguel Silva
Nicodemos Fernandes
Nicolau Pestana
Pedro Santos
Ricardo Pires
Ricardo Fernandes
Rui Faria
Sérgio Zenha
Válter Ferreira
Vitor Correia



Caldas das Taipas, Portugal - 22/23/24 - Março 2019

PROGRAMA

Sexta, 22 Março

08:30-09:30 | Chegada & Registo.
09:30-10:30 | Objetivos do projeto e do Curso MRMI. - Serralva/Luís Vale
10:30-10:45 | Pré-teste e auto-avaliação.
10:45-11:00 | Coffe Break
11:00-12:00 | Sessão de Abertura
12:00-12:30 | Introdução ao sistema de simulação Macsim. - Luís Jardim
12:30-13:00 | Resposta pré-hospitalar aos incidentes major. - Nicodemos
13:00-14:00 | Almoço
14:00-14:30 | Resposta hospitalar aos incidentes major. - Carmo Caldeira
14:30-15:00 | Princípios de triagem. - Vítor Correia
15:00-15:30 | Demonstração e treino em grupos.
15:30-17:30 | Introdução aos postos correspondentes ao exercício.
17:30-18:00 | Demonstração das diferentes estações.

Sábado, 23 Março

08:30-09:00 | Resposta incidente Major em Itália. - Cláudia Ruffini
09:00-09:30 | Resposta incidente em estádios de futebol - Serralva
09:30-10:00 | Terrorismo e Segurança - Ricardo Fernandes
10:00-10:30 | Coffe Break
10:30-11:00 | Comunicações e gestão de meios Incident Major - Pedro Santos
11:10-11:15 | Preparação das Skill Stations pelos Grupos
11:15-15:00 | Exercício I
15:00-15:30 | Debriefing nas Skill Stations
15:30-16:00 | Reorganização do Material para o Exercício II
16:00-17:30 | Avaliação do Exercício I

Domingo, 24 Março

08:30-09:00 | Resposta incidente Major na Croácia - Josip Samardzic
09:00-09:30 | A Gestão de uma Catástrofe: O que aprendemos? - Carla Santos
09:30-10:00 | Eventos de Massas em Fátima: Lições apreendidas. - António Marques
10:00-10:30 | Comunicação de Crise e relação com os Média - Carmo Silva
10:30-10:45 | Preparação das Skill Stations pelos grupos
10:45-14:00 | Exercício II
14:00-14:30 | Debriefing nas Skill Station
14:30-16:00 | Avaliação de Exercício II
16:00-17:30 | Avaliação do curso, exame e auto-avaliação
17:30-18:30 | Sessão de Encerramento

ANEXO XVII – PROGRAMA DE CONFERÊNCIA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO

Infection Prevention and Control Conference 2018 Agenda

8.30 – 9.00	Registration, teas, coffees.
9.00 – 9.15	Welcome by Director of Infection Prevention and Control and Consultant Microbiologist Dr Shico Visuvanathan
9.15 – 10.00	Reduction of Healthcare Associated Infection by Director of Infection Prevention and Control and Consultant Dr Shico Visuvanathan
10.00 – 10.30	Wound Care by Tissue Viability Nurse Specialist Dawn Royall
10.30 – 11.00	Measles Management by Public Health England and Consultant Microbiologist Dr Sally Millership
11.00 – 11.15	Break for tea and coffee
11.15 – 11.45	Adoption of a Universal Barcoding System by Associate Sterile Services Manager Anthony Heard
11.45 – 12.15	TB and Infection Prevention and Control by TB Nurse Specialist Gina Krishnan
12.15 – 12.45	Preventing Catheter Associated Urinary Tract Infections (CAUTI) by Continence Nurse Specialist Nora Roberts
12.45 – 13.30	Lunch
13.30 – 14.00	Critical Care and the Role of the Clinical Microbiologist by Consultant Microbiologist Professor Armine Sefton
14.00 – 14.20	Patient Experience by Patient Panel Member Diane Deane-Bowers
14.20 – 14.50	Sepsis Best Practice by Sepsis Nurse Specialist Debbie Thomas
14.50 – 15.00	Break for tea and coffee
15.00 – 15.30	Water Safety Management by Health and Safety Manager Alison Morris
15.30 – 16.00	Multi-drug Resistant Acinetobacter by CCG Infection Prevention and Control Nurse John Swanson
16.00 – 16.30	Evaluation, reflection and goodbyes. Thank you for coming!