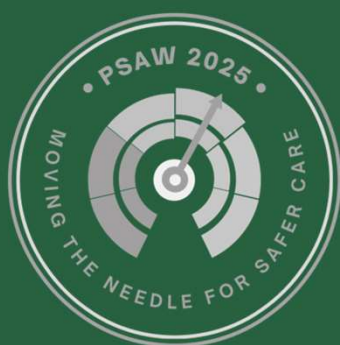


Volume II

Projetos Inovadores na Gestão em Enfermagem

Transformando os Cuidados de Saúde



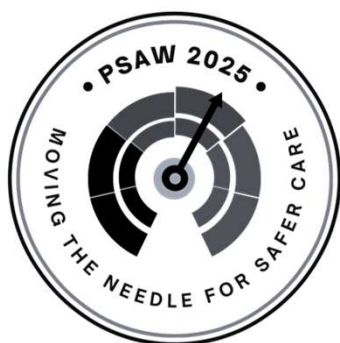
***Pedro Lucas
Paulo Cruchinho
Elisabete Nunes
Gisela Teixeira
Ana Carmona
Susana Ribeiro
Patrícia Costa***

Editores

Volume II

Projetos Inovadores na Gestão em Enfermagem

Transformando os Cuidados de Saúde



***Pedro Lucas
Paulo Cruchinho
Elisabete Nunes
Gisela Teixeira
Ana Carmona
Susana Ribeiro
Patrícia Costa***

Editores

FICHA TÉCNICA

Título

Projetos Inovadores na Gestão em Enfermagem: Transformando os Cuidados de Saúde

Editores

Pedro Lucas, PhD, RN
Paulo Cruchinho, MScN, RN
Elisabete Nunes, PhD, RN
Gisele Teixeira, MScN, RN
Ana Carmona, PhD, RN
Susana Ribeiro, MScN, RN
Patrícia Costa, RN

Coordenação Editorial

Pedro Lucas, PhD, RN
Paulo Cruchinho, MScN, RN
Gisela Teixeira, MScN, RN
Patrícia Costa, RN

Edição

Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Av. Dom João II, Lote 4.69.01, 1990-096 Lisboa

E-mail // cidnur@esel.pt

Web // <https://www.esel.pt/node/7853>

Série Monográfica Temas de Gestão em Enfermagem, Vol. II, 2025

ISBN: 978-989-53879-7-7

DOI: <https://doi.org/10.71861/1t1v-h377>

Informação

Este livro foi publicado no âmbito da Semana da Consciencialização para a Segurança do Doente.

(<https://www.centerforpatientsafety.org/patient-safety-awareness-week-psaw>)



Este livro é um documento de acesso aberto distribuído de acordo com a licença *Creative Commons* Atribuição 3.0 Portugal (CC BY-NC-ND 3.0 PT), permitindo a sua utilização desde que seja reconhecida a autoria e seja isento de quaisquer alterações.



“Building research capacity is a long-term process that requires sustained effort, in terms of formal training opportunities but, more importantly, in providing a nurturing environment for trainees to continue to develop their knowledge and skills by being involved in conducting research”

— Andermann et al., (2011, p. 100)



Ana Carmona, PhD, RN Doutora em Relações Interculturais pela Universidade Aberta; Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); Mestre em Enfermagem – especialidade em Gestão em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende; e Bacharel em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil. Enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia pela Ordem dos Enfermeiros. Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – ESEL. Revisora de diversas revistas científicas nacionais e internacionais indexadas. Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Ana Rita Figueiredo, MScN, RN Enfermeira Especialista na Unidade Local de Saúde de Santa Maria. Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Mestre em Gestão em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem na Universidade de Lisboa. Membro fundador da Rede Portuguesa da Ciência de Enfermagem para o Cuidado Humano, vinculada à *Watson Caring Science Institute*. Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Carina Horta, MScN, RN Enfermeira Responsável da Unidade Ambulatório II no Hospital Lusíadas de Lisboa, Pós-graduada em Prevenção e tratamento de feridas e viabilidade tecidual na Escola Superior de Saúde São Francisco das Misericórdias, Mestre em Enfermagem – especialidade em Gestão em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Cátia Pereira, MScN, RN Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade Cacém Care na Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa; Mestre em Enfermagem – especialidade em Gestão em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Elisabete Nunes, PhD, RN Doutora em Enfermagem, especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa. Mestre em Gestão de Serviços de Saúde pelo ISCTE. Licenciada em Enfermagem e especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa – CIDNUR.

Gisela Teixeira, MScN, RN Mestre em Enfermagem, especialidade em Gestão em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Pós-graduada em Estatística Aplicada à Saúde pela Universidade NOVA de Lisboa em colaboração com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Doutoranda do Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa em colaboração com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Professora Adjunta Convidada da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Revisora em diversas revistas científicas internacionais indexadas. Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Graça Quaresma, MScN, RN Mestre em Gestão de Serviços de Saúde e Especialista em Enfermagem à Pessoa Adulta e Idosa em Situação de Doença Crónica pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e Professora Especialista pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Enfermeira Gestora desde 2003, na ULS São José. Coordenadora de Enfermagem do Gabinete de Gestão de Programas da Qualidade e da Comissão da Diversidade e Inclusão da ULS São José. Professora Adjunta Convidada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa desde 2001 e Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Paulo Cruchinho, MScN, RN Mestre em Enfermagem, especialidade em Gestão em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Licenciado em Enfermagem e pós-graduado em Sistemas de Informação pela Universidade de Évora. Professor Adjunto e coordenador do gabinete de Empreendedorismo da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Revisor de diversas revistas científicas internacionais indexadas. Investigador no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Pedro Lucas, PhD, RN Doutor em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa; Doutor em Psicologia – especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Aberta; Mestre em Enfermagem – especialidade em Enfermagem Comunitária, pela Universidade Católica Portuguesa; Mestre em Saúde Pública – especialidade em Políticas e Administração de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa; Licenciado em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende; e Bacharel em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil. Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária pela Ordem dos Enfermeiros. Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - ESEL - e Coordenador do Mestrado de Gestão em Enfermagem. Coordenador do Departamento de Administração em Enfermagem da ESEL. Perito nas áreas de Tradução e Adaptação Transcultural de Instrumentos de Avaliação, Gestão em Enfermagem, Ambiente de Prática de Enfermagem, Segurança do Doente, Satisfação do Cliente, Satisfação Profissional, Liderança em Enfermagem, Liderança Clínica, Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e Políticas de Saúde, e com produção científica nestas áreas. Revisor de diversas revistas científicas nacionais e internacionais indexadas. Investigador no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Patrícia Costa, RN Enfermeira Especialista em Reabilitação pela Ordem dos Enfermeiros, no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E., Professora Assistente Convidada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Susana Ribeiro, MScN, RN Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação pela Ordem dos Enfermeiros; Mestre em Enfermagem, na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem e na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Licenciada em Enfermagem, pela ESEL; Enfermeira Gestora na ASFE Saúde; Professora Assistente Convidada na ESEL; Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Tiago Nascimento, PhD, RN Doutor em Gestão pela Universidade Europeia, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, com Competências Acrescidas Diferenciadas em Supervisão Clínica e Competências Acrescidas Avançadas em Gestão, Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem e na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária. Professor Adjunto. Conselheiro Alumni na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Vice-Presidente da Associação de Enfermagem de Cuidados Continuados e Paliativos. Exerceu funções de gestão na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e no Grupo Naturidade. Revisor de revistas científicas indexadas e Advisory Council na Harvard Business Review. Publicações de artigos nas áreas de translação do conhecimento, saúde comunitária, sistemas de informação, lesões músculo esqueléticas ligadas ao trabalho, gestão e bem-estar laboral. Investigador no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.

Teresa Potra, PhD, RN Doutora em Enfermagem pela Universidade de Lisboa. Mestre em Comportamento Organizacional pelo ISPA. Licenciada em Enfermagem e especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Investigadora do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento da Enfermagem de Lisboa - CIDNUR.





O projeto de investigação está integrado no Grupo de investigação: Investigação em Desenvolvimento Profissional de Enfermagem do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

Investigador principal: **Pedro Lucas** (prlucas@esel.pt)

Co-investigador responsável: **Filomena Gaspar**

Tem como objetivos:

1. Analisar o contributo do ambiente de prática de enfermagem para a qualidade dos cuidados de enfermagem nas suas diferentes dimensões: satisfação profissional; intenção de saída dos enfermeiros; exaustão dos enfermeiros; carga de trabalho e dotações de enfermeiros; segurança do cliente; e satisfação do cliente;
2. Desenvolver intervenções promotoras de ambientes de prática de enfermagem favoráveis e consequente qualidade dos cuidados de enfermagem, em contexto: hospitalar; cuidados de saúde primários; cuidados Continuados integrados e estruturas residenciais para idosos.



Handovers⁴SafeCare[®]

O projeto de investigação está integrado no Grupo de investigação: Investigação em Desenvolvimento Profissional de Enfermagem do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

Investigador principal: **Pedro Lucas**

Co-investigador responsável: **Paulo Cruchinho** (pjcruchinho@esel.pt)

Tem como objetivos:

1. Contribuir para o estudo, desenvolvimento, implementação e avaliação de métodos e instrumentos de comunicação focalizados na transição e transferência segura de cuidados de enfermagem, assim como, a sua integração nos currículos de ensino da formação pré e pós-graduada e da formação contínua em enfermagem;
2. Promover o desenvolvimento de projetos interinstitucionais que visem a transferência do conhecimento sobre os métodos e instrumentos de comunicação focalizados na transição e transferência segura de cuidados de enfermagem.





O projeto de investigação está integrado no Grupo de investigação: Investigação em Desenvolvimento Profissional de Enfermagem do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

Investigador principal: **Elisabete Nunes** (enunes@esel.pt)

Co-investigador responsável: **Filomena Gaspar**

Tem como objetivos:

1. Expandir o conhecimento sobre a liderança e a segurança do doente em vários contextos de cuidados, nomeadamente através da identificação e validação de instrumentos de avaliação e da análise da segurança do doente nos vários contextos de cuidados;
2. Estudar a relação existente entre a liderança dos enfermeiros e os resultados na segurança do doente.



Tenho imensa satisfação em apresentar à comunidade científica o conteúdo deste segundo volume do E-book “Práticas de Investigação em Gestão em Enfermagem”, dado o reconhecimento do impacto do primeiro volume, que compilou uma série de resultados de investigações científicas para apoiar a prática na gestão dos serviços e do cuidado em enfermagem.

Na continuidade dos trabalhos desenvolvidos pelos pesquisadores do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), é notória a evolução das produções, e o compromisso para expandir as práticas investigativas neste segundo volume, que emerge como uma continuidade natural dessa trajetória de excelência, e reflete um processo de expansão das bases teóricas e metodológicas na área da gestão em enfermagem.

Ao abordar questões fundamentais para a melhoria contínua da qualidade nas organizações de cuidado, comunicação eficaz e segurança do doente, este segundo volume do E-book representa um marco no compromisso coletivo de integrar ciência e prática, e assim, ser um meio de disseminação do conhecimento para facilitar a sua conexão com as demandas reais. Convido, portanto, todos os leitores e pesquisadores a explorarem os cinco capítulos deste volume, que abordam a aplicação de mnemónicas para comunicação e promoção da segurança do doente durante a transição de cuidados em saúde; a implementação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem para melhoria da qualidade, incluindo a qualidade de vida dos utentes; a implementação de procedimento de notificação de incidentes na prática de enfermagem e seus contributos para a segurança do doente; e a aplicação de metodologia de gestor de caso para eficiência das organizações.

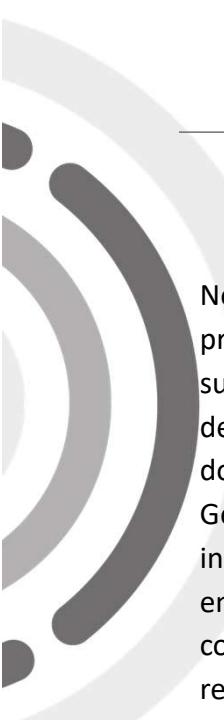
Dentre outras ferramentas de gestão, os estudos valorizam a aplicação da metodologia do Projeto de Intervenção – o Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade – preconizado pela Ordem dos Enfermeiros de Portugal, e os variados contextos de investigação estão alinhados ao espírito criativo e inovador que permeia a área da gestão em enfermagem, em resposta às necessidades das pessoas, serviços e sistemas, com grande potencial de replicação nacional e internacional.

Portanto, este E-book destaca-se por ser um importante meio para impulsionar a gestão em enfermagem, ao reafirmar a importância da promoção do diálogo entre a teoria e a prática. E para que isso se concretize, desejo uma leitura curiosa e crítica, que possa, inclusive, servir para suscitar novos fenômenos de investigação.

Professora Doutora Marcelle Miranda da Silva

Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, Brasil





No âmbito da nossa série monográfica de Temas de Gestão em Enfermagem e após o primeiro volume, intitulado “Práticas de Investigação em Gestão em Enfermagem”, ter suscitado imenso interesse, decidimos editar mais um volume. Este volume sobre Projetos de Gestão em Enfermagem, disponibiliza alguns dos trabalhos de projeto que decorreram dos percursos de vários enfermeiros que connosco realizaram os seus mestrados de Gestão em Enfermagem. Alguns destes trabalhos, foram publicados em revistas científicas indexadas, facto que nos deixa um grande orgulho, pela sua qualidade, mas também pelo empenho, dedicação e foco que estes enfermeiros revelam. Estes trabalhos têm vindo a contribuir de forma crescente e significativa para a promoção da divulgação científica reforçando o nosso compromisso contínuo com o avanço do conhecimento na área da Gestão em Enfermagem.

Os temas que têm sido desenvolvidos, decorrem de um caminho de investigação científica iniciado há vários anos, de conceção, delineamento, execução e desenvolvimento de projetos de investigação sediados no nosso reconhecido Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa - CIDNUR. O conjunto de investigadores que participam nos projetos, contribuem para o seu desenvolvimento e divulgação científica, têm sido os principais entusiastas desta nossa iniciativa, e gostaríamos de continuar a dar eco aos seus apelos.

Esta Coletânea é resultado do empenho dos coordenadores dos três projetos de investigação da Gestão em Enfermagem do CIDNUR: Prof^a Doutora Elisabete Nunes, Prof. Dr. Paulo Cruchinho e eu próprio, Pedro Lucas, e dos colegas editores do documento.

Este segundo volume intitulado Projetos de Gestão em Enfermagem representa um conjunto de projetos inovadores e reflexões sobre os desafios e as oportunidades na gestão de serviços de enfermagem.

A enfermagem, enquanto ciência e prática essencial para os cuidados de saúde, exige não apenas competências técnicas, alicerçadas em conhecimentos teóricos sólidos, mas também competências de gestão na otimização de processos, com liderança de equipas, melhorando a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem tornando os ambientes de prática de enfermagem cada vez mais favoráveis. Esta iniciativa surge como um recurso importante para profissionais e estudantes que procuram contributos para as suas práticas de gestão em enfermagem, em contexto hospitalar, nos cuidados de saúde primários e continuados.

Cada capítulo reflete o comprometimento dos autores com a excelência para a gestão em enfermagem, abordando temas como: Comunicação eficaz em enfermagem: Implementação da Técnica ISBAR num Serviço de Urgência de em Pediatria: Programa de

Melhoria Contínua da Qualidade: Implementação de Dois Indicadores de Qualidade; Gestão do Risco Clínico em Cuidados de Saúde Primários: notificação de incidentes na prática de enfermagem; Enfermeiro Gestor de Caso na promoção da prevenção da violência doméstica: Projeto para a Melhoria Contínua da Qualidade em Cuidados de Saúde Primários; e Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes: Implementação de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade.

Esperamos que esta leitura proporcione não apenas acesso a contributos teóricos, mas também ferramentas práticas para transformar a gestão em enfermagem portuguesa e, assim, contribuir para um sistema de saúde mais eficiente e humanizado.

A Prof^a. Doutora Marcelle Miranda da Silva, Professora Associada do Departamento de Metodologia da Enfermagem, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil, honrou-nos com o prefácio desta obra.

A todos os que colaboraram nesta iniciativa, o meu muito obrigado.

Prof. Doutor Pedro Bernardes Lucas

Departamento de Administração em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa,
Lisboa, Portugal



Prefácio

Marcelle Miranda Silva

Nota Introdutória

Pedro Bernardes Lucas

- Capítulo 1 **Comunicação Eficaz em Enfermagem: Implementação da Técnica ISBAR num Serviço de Urgência de Pediatria** 25
Ana Rita Figueiredo, Teresa Potra e Pedro Lucas
- Capítulo 2 **Programa de Melhoria Contínua da Qualidade: Implementação de Dois Indicadores de Qualidade** 37
Tiago Nascimento e Pedro Lucas
- Capítulo 3 **Gestão do Risco Clínico em Cuidados de Saúde Primários: Notificação de Incidentes na Prática de Enfermagem** 51
Cátia Pereira e Pedro Lucas
- Capítulo 4 **Enfermeiro Gestor de Caso na Promoção da Prevenção da Violência Doméstica: Projeto para a Melhoria Contínua da Qualidade em Cuidados de Saúde Primários** 59
Ana Carmona, Graça Quaresma e Pedro Lucas
- Capítulo 5 **Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes: Implementação de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade** 83
Carina Horta e Graça Quaresma



Projetos Inovadores em Gestão em Enfermagem

Transformando os Cuidados de Saúde



Capítulo 1

Comunicação Eficaz em Enfermagem: Implementação da Técnica ISBAR num Serviço de Urgência de Pediatria

Ana Rita Figueiredo, Teresa Potra e Pedro Lucas



Comunicação Eficaz em Enfermagem: Implementação da Técnica ISBAR num Serviço de Urgência de Pediatria

Ana Rita Figueiredo^{1,2*}, Teresa Potra¹ e Pedro Lucas¹

¹ Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

² Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa, Portugal.

Resumo

Palavras-chave:

- Enfermeiro
- Segurança do doente
- Transição de cuidados de saúde
- ISBAR
- Hospital

A comunicação eficaz entre profissionais de saúde tem sido amplamente valorizada, verificando-se a proliferação de literatura referente à necessidade de mitigar falhas na comunicação, durante os momentos de transição de cuidados. A evidência científica enuncia que uma comunicação eficaz diminui as situações de redundância, otimiza a gestão do tempo, aumenta a segurança do doente e a satisfação da equipa. A comunicação eficaz pode ser conseguida através da utilização de mnemónicas que orientam a transferência de informação, sendo recomendada pela NOC 001/2017, a utilização do ISBAR (Identificação; Situação; Background; Avaliação; Recomendações). O presente projeto inovador de melhoria contínua da qualidade teve como objetivo promover a segurança do doente durante a transição de cuidados de saúde, implementando a utilização da técnica ISBAR num serviço de Urgência de Pediatria de um Hospital Central de Lisboa. Foram consideradas as orientações do Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, da Ordem dos Enfermeiros, e utilizado o ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*). O alvo deste projeto foi a equipa de enfermagem, tendo sido definidos indicadores de estrutura, processo e resultado. Para avaliação da eficácia foi realizada uma auditoria interna, objetivando-se uma percentagem de conformidade global de 85%.

Como citar:

Este capítulo encontra-se publicado com a licença [International Creative Commons Atribuição 4.0](#)

Figueiredo, A. R., Potra, T. & Lucas, P. (2025). Comunicação Eficaz em Enfermagem: Implementação da Técnica ISBAR num Serviço de Urgência de Pediatria. In Lucas, P., Cruchinho, P., Nunes, E., Teixeira, G., Carmona, A., Ribeiro, S., & Costa, P. (Eds), *Projetos Inovadores na Gestão em Enfermagem: Transformando os Cuidados de Saúde*. (Vol. II, pp. 25-36), <https://doi.org/10.71861/hryv-9418>

^{1*} E-mail do autor de contacto – anaritafigueiredo@esel.pt

Descrição/Enquadramento Teórico

Os serviços de saúde são sistemas complexos e multidimensionais, nos quais existe uma especial preocupação com a qualidade dos cuidados prestados, sendo que a implementação de melhorias pode ser realizada com recurso ao desenvolvimento de projetos inovadores.

Um projeto decorre da necessidade de mudança, de resolução de um problema, de inovar ou alterar práticas, com a finalidade de promover modificações nos processos, melhorando a qualidade dos serviços prestados (Raynal, 2000). Para que o desenvolvimento de um projeto seja sustentado, é importante a utilização de uma metodologia adequada, envolver os *stakeholders*, realizar uma análise SWOT, avaliar os resultados e disseminar melhores práticas. Ao utilizar uma abordagem estruturada, é possível impulsionar a inovação e promover a existência de uma cultura de melhoria contínua.

Em Saúde, a segurança do doente é uma problemática que tem vindo a ser estudada e alvo de intervenção desde há vários anos, destacando-se neste âmbito, o relatório *“To err is human”* do Instituto de Medicina Americano (2000), que descreveu a medicina como uma atividade complexa, que comporta riscos, podendo causar danos, incapacidades e mortes. Estudos internacionais revelaram que, por exemplo, nos Estados Unidos da América, milhares de pessoas morrem em hospitais devido a situações que derivam de uma comunicação ineficaz entre os profissionais de saúde (Martin & Czurzynski, 2015).

Mas este não é um fenómeno exclusivamente internacional. Em Portugal estima-se que 10% dos internamentos hospitalares se complicam devido a um qualquer erro ou incidente (Silva et al., 2016). A Direção-Geral da Saúde (DGS) tem publicado diversos documentos no âmbito da segurança do doente, destacando-se o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Concretamente, na área da comunicação, a DGS no ano de 2017 emitiu uma Norma de Orientação Clínica, a NOC 001/2017, que se intitula: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Esta NOC recomenda que a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz, e que essa comunicação

eficaz pode ser alcançada através da utilização de uma ferramenta de transmissão de informação, o ISBAR (Identificação; Situação; Background; Avaliação; Recomendações) (DGS, 2017).

Contudo, embora a NOC 001/2017 oriente para a utilização desta técnica nos contextos da prestação de cuidados, a sua operacionalização é um processo complexo e exige uma mobilização de recursos humanos e materiais. Assim, face à necessidade de implementar a utilização da NOC 001/2017, é pertinente o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

As armadilhas da comunicação ineficaz estão bem documentadas na literatura e incluem questões como o atraso no diagnóstico médico, eventos adversos e tratamento ineficaz ou errado. Para além disso, as falhas de comunicação condicionam a relação entre o recetor e o prestador de cuidados, verificando-se falta de confiança por parte dos doentes no prestador de cuidados, conflito com desperdício de tempo e uma quebra nos processos da equipa multidisciplinar, o que coloca em causa a segurança do doente (Mannix et al., 2017).

As transferências de informação ocorrem, predominantemente, nas mudanças de turno e quando os doentes são transferidos entre enfermarias ou hospitais. Nos últimos anos, a má prática nas transferências foi identificada como sendo um dos principais fatores que contribuíram para o dano no doente, com 80% dos erros graves nos cuidados de saúde a serem atribuídos a erros de comunicação entre cuidadores durante a transferência de doentes, sendo que, aproximadamente, um em cada cinco doentes sofrem um evento adverso (Spooner et al., 2016).

Um estudo realizado por Mannix et al. (2017) revelou que procedimentos cruciais, como a transferência de doentes, podem ser melhorados através da utilização de uma abordagem centrada na segurança do doente. Os achados deste estudo identificaram benefícios específicos na existência de treino na transferência dos doentes, pois a baixa conformidade na utilização da técnica ISBAR estava relacionada com o treino insuficiente na técnica. O uso da técnica ISBAR garante que a informação vital não é perdida, que a

transferência pode ser realizada de forma atempada e eficiente, ao lado da cama do doente. Neste estudo, após a implementação do uso do ISBAR, verificou-se uma melhoria na relação entre a compreensão dos participantes relativamente ao ISBAR e a sua utilização durante as transferências. Além disso, verificaram-se melhorias estatisticamente significativas nas práticas de transferência, nomeadamente, a inclusão familiar e verificações de segurança (Mannix et al., 2017).

A utilização da técnica ISBAR tem sido objeto de alguns projetos de melhoria, sendo que os autores Mardegan et al. (2013) realizaram um projeto de melhoria da qualidade num Hospital em Heidelberg, na Austrália, no qual elaboraram uma folha de transferência de informação, com base na técnica ISBAR. Este seria um guia orientador para a transmissão de informação quando era ativada a equipa de emergência médica do hospital. Aquando da avaliação do projeto, 87,4% dos inquiridos concordaram, ou concordaram fortemente, que as abreviaturas eram fáceis de seguir, e 81,6% concordaram, ou concordaram fortemente, que o formulário estava bem elaborado (Mardegan et al., 2013).

Assim, a evidência científica demonstra que a utilização da técnica ISBAR, promove a segurança do doente, aumentando a qualidade dos cuidados prestados. Contudo, a utilização desta técnica não se encontra implementada na generalidade dos serviços de saúde, em Portugal, pelo que a existência de projetos inovadores, que estimulem a implementação da utilização desta técnica, pode ser o motor para a mudança e melhoria da segurança dos doentes.

Os Enfermeiros Gestores devem ser agentes ativos, promotores do desenvolvimento de projetos inovadores, sendo da sua competência a promoção da qualidade dos cuidados e a dinamização dos processos de mudança e melhoria (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

Finalidade e Objetivos do Projeto

Os projetos inovadores configuram-se como instrumentos essenciais para a reconfiguração de práticas profissionais, promovendo resultados mensuráveis no âmbito da qualidade dos cuidados e da segurança dos doentes.

A literatura científica enfatiza a relevância de uma comunicação eficaz entre profissionais de

saúde como um elemento central para assegurar a segurança do doente. Em Portugal, a Norma de Orientação Clínica (NOC) 001/2017, emitida pela Direção-Geral da Saúde (DGS, 2017), recomenda a utilização de ferramentas estruturadas, como a mnemónica ISBAR (Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendações), para garantir a transferência eficiente e segura de informação.

Este estudo foi implementado num Serviço de Urgência de Pediatria de um Hospital Central da região de Lisboa, onde a dinâmica dos cuidados de saúde apresenta características específicas e desafiantes. As transferências realizadas neste contexto diferem substancialmente das observadas em internamentos prolongados, devido ao elevado volume de doentes, ao fluxo imprevisível e à elevada intensidade de intervenções. Estes fatores aumentam significativamente o risco de transmissão inadequada de informações entre os profissionais de saúde, o que pode comprometer a segurança do doente (Kerr et al., 2014).

A finalidade do projeto foi promover a segurança do doente durante as transições de cuidados em saúde, tendo como objetivo geral a implementação da técnica ISBAR no referido serviço.

Como objetivos específicos foram delineados:

- Uniformizar os padrões comunicacionais, tornando eficaz e efetiva a comunicação na transferência de doentes;
- Criar instrumentos/ferramentas de apoio ao desenvolvimento e avaliação do projeto;
- Promover a utilização dos instrumentos de apoio ao desenvolvimento e avaliação do projeto.

Em termos metodológicos, este projeto inovador baseou-se nas orientações explicitadas no “Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2013), bem como no Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade de Deming ou Ciclo PDCA - *Plan, Do, Check e Act* (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Para avaliação do projeto, foram definidos indicadores de estrutura, processo e resultado (Figura 1), os quais

possibilitaram a monitorização rigorosa da implementação e dos seus efeitos.



Fig. 1 – Modelo de Donabedian para a melhoria da qualidade: Indicadores de Estrutura-Processo-Resultado.

Adicionalmente, foi realizada uma auditoria por dois auditores independentes, assegurando uma análise objetiva e criteriosa dos resultados.

Planeamento do Projeto

O desenvolvimento do projeto inovador foi orientado pela metodologia de desenvolvimento de projetos tradicionais, ou waterfall, baseada no ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*).

Os participantes foram os elementos da equipa de enfermagem do serviço de urgência de pediatria, com uma amostra de 22 enfermeiros (n=22), dos quais 91% (n=20) eram do sexo feminino e 9% (n=2) do sexo masculino, 68% (n=15) eram enfermeiros de cuidados gerais, 27% (n=6) enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, e 5% (n=1) enfermeiro especialista em reabilitação. A média de idades foi de 32 anos.

O Ciclo PDCA é composto por quatro etapas distintas e bem definidas. A primeira etapa é planear (*Plan*), que integra 4 dimensões, nomeadamente: identificar e descrever o problema; percebê-lo e dimensioná-lo; formular os objetivos iniciais do projeto; e perceber as causas. Seguidamente, a fase *Do*, onde é operacionalizado todo o projeto. *Check* corresponde à fase em que é realizada a avaliação e, por fim, o *Act*, onde devem ser implementadas medidas corretivas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A primeira fase de um projeto, *Plan*, é caracterizada pela discussão e reflexão sobre o projeto que se pretende desenvolver. Para defender este projeto junto dos *stakeholders*, é determinante conhecer a melhor evidência científica que sustenta os potenciais ganhos obtidos com a implementação do projeto, bem como conhecer a utilização desta ferramenta

noutros contextos. Assim, de forma a realizar uma sustentação teórica robusta, foi fundamental a realização de uma revisão *scoping*, com o objetivo de identificar e sintetizar a evidência científica relacionada com as vantagens da utilização da ferramenta ISBAR na transição de cuidados de saúde em contexto hospitalar. A existência de inúmeras vantagens relacionadas com o uso da técnica ISBAR contribuiu para sustentar a pertinência e benefícios da implementação do presente projeto (Figueiredo et al., 2020).

Contudo, este projeto não emerge apenas de uma sustentação científica e normativa, ele surge potenciado pela necessidade identificada pelos enfermeiros, de utilizar uma ferramenta organizadora da transmissão de informação, de forma a diminuir as lacunas na comunicação durante a transferência de doentes, promovendo assim a sua segurança. De modo a compreender melhor as causas que levam à existência de uma comunicação ineficaz, foi pertinente elaborar o Diagrama Causa-Efeito (Figura 2), mais conhecido como Espinha de Peixe. Este diagrama permitiu compreender onde ocorrem as falhas que levam a uma comunicação eficaz e, dessa forma, foi possível implementar medidas preventivas, sendo que a implementação deste projeto pretende trabalhar todas as dimensões do diagrama: profissionais, tarefas, equipa, comunicação, gestão e organização, recursos e formação.

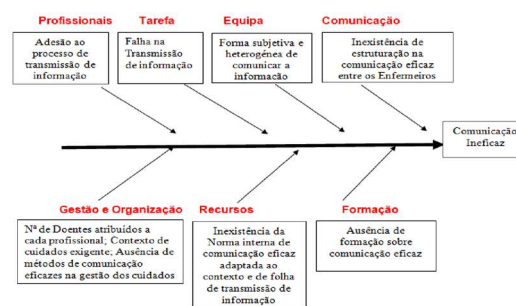


Fig. 2 – Diagrama de Causa-Efeito/Diagrama de Espinha de Peixe.

Para o estudo da viabilidade do projeto, foi importante realizar uma matriz SWOT (Tabela 1). Esta matriz tem por base uma ferramenta de análise, sendo que as siglas significam *Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities* e *Threats*. Este instrumento é utilizado para a realização do planeamento estratégico e consiste na recolha de dados importantes que caracterizam o ambiente interno (Pontos Fortes e Pontos

Fracos) e o ambiente externo (Oportunidades e Ameaças).

Esta análise prévia permite preparar opções estratégicas, uma vez que é possível identificar previamente alguns dos riscos e problemas a resolver (Turner, 2010). Através da construção desta matriz, foi possível explanar quais os pontos favoráveis e desfavoráveis à execução deste projeto e adequar o planeamento do mesmo, de forma a suplantar eventuais fraquezas e ameaças, e tirar benefício dos pontos fortes e oportunidades.

Interna (Organização)	Strength – S Equipa de enfermagem jovem com abertura para a implementação de mudanças nas práticas e para participar em novos projetos Motivação para a melhoria da prestação de cuidados Chefia de enfermagem dinâmica que incentiva o desenvolvimento de novas práticas	Weaknesses – W Carga de trabalho elevada e número de enfermeiros reduzido
Externo (Ambiente)	Opportunities – O Processo de acreditação do hospital Projeto inovador no departamento de Pediatria NOC 001/2017	Threats – T Demora na autorização para a implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade

Tab. 1 - Registo de Matriz da Análise SWOT

Ainda nesta fase, foi definida a finalidade, objetivos, recursos necessários, intervenientes, plano de atividades a desenvolver e definidos indicadores de estrutura, processo e resultados para avaliação do projeto.

Na segunda fase, *Do*, que corresponde à implementação, foi executado o plano de atividades previamente definido, tendo sido essencial realizar alguns ajustes ao planeamento inicial, motivar a equipa para a mudança, estabelecer parcerias com os membros do grupo dinamizador, composto pelos chefes de equipa, formar e solucionar problemas.

Alguns exemplos de atividades planeadas passaram pelos pedidos de autorização, apresentação do projeto à equipa de enfermagem, constituição do grupo dinamizador, afixação de pósteres nos principais postos de transferência de informação telefónica, criação e implementação da utilização da folha de transmissão interna e externa de informação e elaboração de normas de procedimento interno relativas à utilização de técnica ISBAR.

Na terceira fase, *Check*, foi realizada uma ação de auditoria interna relativa ao uso da técnica ISBAR. A equipa de auditores foi constituída pela coordenadora do projeto e pela Enfermeira Gestora, ambas detentoras de formação neste âmbito. Foram auditadas as passagens de informação internas, nomeadamente, as

passagens do turno realizadas no serviço de observação, que corresponde ao serviço de internamento temporário do serviço de urgência de pediatria. Esta ação teve por base a *checklist* de auditoria previamente elaborada. Os dados obtidos foram posteriormente analisados e, no último dia de auditoria, foi elaborado o relatório de auditoria. Os resultados foram partilhados posteriormente com a equipa de enfermagem, através de um relatório de auditoria e de uma nova ação de formação em serviço. Esta atividade permitiu medir a percentagem de conformidades e inconformidades e inferir quais as medidas corretivas a aplicar, de modo a diminuir as inconformidades identificadas. O nível de conformidade global obtido foi de 85%.

Na quarta e última fase, *Act*, foram definidas e implementadas medidas corretivas, relativas às fases de planeamento, execução e avaliação, criando assim condições para início de um novo ciclo. A metodologia PDCA é estruturada e dinâmica, permitindo instituir melhorias nos ciclos subsequentes. Para o desenvolvimento de projetos em saúde, é uma metodologia utilizada de forma frequente.

Execução das atividades

A fase de execução das atividades, correspondente ao “Do” no ciclo PDCA, é uma das etapas mais desafiantes de todo o projeto, pois é nela que o planeamento previamente elaborado é colocado em prática e simultaneamente testado. Este processo exige flexibilidade e capacidade de adaptação, dado o dinamismo do ambiente da prática de enfermagem e das equipas envolvidas. O período de execução do projeto decorreu entre outubro de 2017 e julho de 2018. A primeira atividade desenvolvida esteve relacionada com os pedidos de autorização para desenvolvimento do projeto, o qual era pioneiro no Departamento de Pediatria, do Hospital Central da Região de Lisboa.

Após obtenção da autorização, foram realizados três momentos de apresentação formal do projeto e da NOC 001/2017, nomeadamente em reunião do Departamento, à Enfermeira Gestora e, posteriormente, a toda a Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência de Pediatria. Estas apresentações foram construídas considerando o público-alvo, de forma a promover o interesse na execução deste projeto.

Seguidamente, a constituição de um grupo dinamizador do projeto revelou-se um passo essencial para a implementação bem-sucedida do projeto. Este grupo foi pensado como vetor de mobilização da equipa para as mudanças pretendidas. Em conjunto com a Enfermeira Gestora do serviço, discutiram-se as melhores estratégias para identificar os elementos mais adequados para integrar o grupo. O consenso foi de que os chefes de equipa, enquanto enfermeiros peritos e dinamizadores, seriam os membros ideais para liderar a transformação.

Os chefes de equipa, com a sua experiência e capacidade de influência, desempenharam um papel central na motivação da equipa para adotar a técnica ISBAR. Este grupo dinamizador participou ativamente na motivação da equipa para utilização da técnica ISBAR, participou na elaboração da folha de transmissão externa de informação, e colaborou na construção da norma de procedimento interna, bem como no processo de auditoria e elaboração do relatório de auditoria.

A implementação do projeto não implicou custos adicionais em termos de recursos humanos ou a necessidade de recorrer a horas extraordinárias de trabalho, o que reforça a viabilidade do projeto com a utilização dos recursos já existentes.

Apresentação dos resultados

A avaliação do projeto foi sustentada nos indicadores de estrutura, processo e resultado, previamente definidos e descritos no *Diag. 1*.

Para avaliar o indicador de resultado, foi conduzida uma auditoria interna, que analisou 22 passagens de informação internas, nomeadamente durante as transições de turno realizadas no serviço de observação, que corresponde ao serviço de internamento temporário do serviço de urgência de pediatria (inferior a 24 horas). Durante o período de auditoria, não se verificaram momentos de transmissão de informação externa.

A metodologia de colheita de dados teve por base a análise de conteúdo da informação oral, transmitida por dois enfermeiros durante os momentos de transição de cuidados. Este momento de transição decorreu na passagem do turno da equipa de enfermagem da noite para a manhã, e da manhã para a tarde. O instrumento de colheita de dados utilizado foi a *checklist* previamente elaborada com base no

referencial supracitado, e cuja utilização foi autorizada pela direção de enfermagem, tendo sido avaliados 39 itens.

Em termos metodológicos, a análise dos dados obtidos foi descritiva e percentual, tendo sido utilizado como recurso o programa informático OFFICE/EXCEL 2007. Os itens avaliados foram classificados de acordo com o valor obtido em: Conforme “Sim”, Não Conforme “Não” e Não Aplicável “NA”.

A conformidade final resultou da aplicação da seguinte fórmula: $\text{n}^\circ \text{ total de respostas "Sim"} / \text{n}^\circ \text{ de critérios aplicáveis sim + não} \times 100 = \% \text{ de conformidade}$. O nível de conformidade foi considerado satisfatório, apresentando um valor $\geq 80\%$, ou seja, 85.65%. Relativamente aos dados obtidos nos 38 itens avaliados, verificou-se 70% de conformidades, 8% de não conformes e 22% de não aplicáveis.

A auditoria permitiu identificar inconformidades e propor medidas corretivas a serem implementadas na fase *Act*, com o objetivo de minimizar falhas e otimizar a utilização da técnica ISBAR. Um fator relevante durante o processo foi o elevado nível de motivação da equipa de enfermagem. Os enfermeiros demonstraram proatividade em melhorar o desempenho, solicitando *feedback* contínuo às auditoras para aperfeiçoar a utilização da técnica ainda durante o período de auditoria. Contudo, este comportamento pode ter introduzido viés nos resultados, dificultando a aferição precisa do impacto exclusivo das intervenções implementadas. Os resultados da avaliação destacam não apenas a viabilidade da implementação da técnica ISBAR, mas também a adaptação da equipa às práticas inovadoras. Apesar de algumas limitações, como o potencial enviesamento, o nível de conformidade alcançado demonstra o sucesso do projeto na promoção de padrões comunicacionais mais seguros e estruturados.

Análise de resultados

A concretização do presente projeto inovador foi um desafio que potenciou o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão em enfermagem, sendo da responsabilidade do gestor de projeto apoiar a equipa durante todo o processo de mudança, com execução das atividades e operacionalização do ciclo PDCA.

A mudança é a chave para a melhoria da prestação de cuidados, e esta deve surgir alicerçada na evidência científica, e nas necessidades identificadas pelos profissionais.

No âmbito deste projeto inovador, a NOC 001/2017, configurava um documento orientador, que contribuía para mitigar o problema identificado pelos enfermeiros, promovendo a segurança do doente durante os momentos de transição de cuidados. Este projeto afirmou-se como um meio para operacionalizar a NOC 001/2017, facilitando o processo de mudança das práticas, envolvendo os profissionais da equipa de enfermagem, e trasladando as recomendações dispostas na evidência científica. Assim, foi possível promover a existência de uma comunicação eficaz entre profissionais, e consequentemente aumentar a segurança do doente.

O maior desafio de todo este projeto esteve relacionado com a motivação da equipa para a mudança, sendo que a existência de um grupo dinamizador, foi fundamental para garantir a coesão da equipa neste processo, transformando este projeto inovador, num projeto de todos os membros da equipa.

Como limitações, durante o período de auditoria não foram auditados momentos de transmissão externa de informação, o que seria importante, pois em contexto de urgência, existem diferentes momentos nos quais ocorre a transmissão de informação relativa aos estados de saúde dos doentes. Não foi possível a realização de uma segunda ação de auditoria, o que teria sido interessante, de forma a monitorizar a eficácia das medidas corretivas implementadas, e aferir se ao longo do tempo, se verificavam alterações nos indicadores definidos.

Considerações finais

A mudança é o alicerce para a melhoria na prestação de cuidados, devendo ser sustentada pela evidência científica e pelas necessidades identificadas pelos profissionais.

No âmbito deste projeto inovador, a NOC 001/2017 desempenhou o papel de documento orientador, direcionando os esforços para mitigar as falhas identificadas pelos enfermeiros e promovendo a segurança do doente durante as transições de cuidados. Este projeto afirmou-

se como um meio para operacionalizar a NOC 001/2017, facilitando o processo de mudança das práticas, envolvendo os profissionais da equipa de enfermagem e trasladando as recomendações dispostas na evidência científica. Assim, foi possível promover a existência de uma comunicação eficaz entre profissionais e, consequentemente, aumentar a segurança do doente.

O maior desafio de todo este projeto esteve relacionado com a motivação da equipa para a mudança, sendo que a existência de um grupo dinamizador foi fundamental para garantir a coesão da equipa neste processo, transformando este projeto inovador num projeto de todos os membros da equipa.

Como limitações, durante o período de auditoria não foram auditados momentos de transmissão externa de informação, o que seria importante, pois em contexto de urgência, existem diferentes momentos nos quais ocorre a transmissão de informação relativa aos estados de saúde dos doentes. Não foi possível a realização de uma segunda ação de auditoria, o que teria sido interessante, de forma a monitorizar a eficácia das medidas corretivas implementadas, e aferir se, ao longo do tempo, se verificavam alterações nos indicadores definidos.

Recomendações

O desenvolvimento de projetos inovadores constitui uma oportunidade essencial para melhorar a prática de cuidados, a gestão em enfermagem e a investigação científica, promovendo a adoção de práticas fundamentadas em evidência científica. O Enfermeiro Gestor desempenha um papel central na dinamização destes projetos, sendo indispensável o envolvimento ativo da equipa de enfermagem para assegurar o seu sucesso. Para tal, é fundamental capacitar as equipas através de formações regulares focadas na mnemónica ISBAR, promovendo a uniformização da comunicação e reforçando a segurança do doente.

A implementação destas práticas deve ser acompanhada por uma abordagem sistemática baseada em evidência científica, garantindo a sustentabilidade das mudanças e facilitando a sua replicação em diferentes contextos organizacionais. Além disso, é recomendável

que os processos de auditoria sejam ampliados para incluir transmissões externas de informação, um elemento crítico em contextos de urgência. Estas auditorias devem ser realizadas de forma contínua, permitindo identificar inconformidades, implementar medidas corretivas e adaptar as boas práticas às especificidades e dinâmicas dos ambientes clínicos.

No âmbito da investigação, é imperativo que esta não se limite à sustentação inicial do projeto, mas seja encarada como um processo contínuo e evolutivo. É crucial realizar estudos qualitativos e quantitativos que avaliem a eficácia das práticas implementadas e o impacto na segurança do doente, bem como atualizar regularmente os estudos de revisão sobre a técnica ISBAR e as transições de cuidados. A partilha dos resultados deve ser uma prioridade, contribuindo para o avanço do conhecimento na área da segurança do doente e orientando novas investigações. Adicionalmente, é relevante explorar áreas de estudo complementares, como os benefícios a longo prazo da utilização da técnica ISBAR, a sua integração com outras ferramentas de comunicação e os fatores contextuais que influenciam a sua eficácia em diferentes realidades organizacionais.

Os projetos inovadores são cruciais para impulsionar a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde. Para garantir o seu impacto sustentado, é imprescindível que gestores e investigadores colaborem de forma integrada, alinhando a evidência científica às necessidades reais da prática e assegurando mudanças que inspirem e consolidem futuras iniciativas de inovação.

Referências

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção Geral da Saúde.
- Figueiredo, A. R. E., Potra, T. M. F. dos S., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Âmbitos. Revista Internacional de Comunicación*, 49, 32–48. <https://doi.org/10.12795/Ambitos.2020.i49.03>
- Institute of Medicine. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A.-M., & McCann, T. (2014). Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11–12), 1685–1693. <https://doi.org/10.1111/jocn.12308>
- Mannix, T., Parry, Y., & Roderick, A. (2017). Improving clinical handover in a paediatric ward: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*, 25(3). <https://doi.org/10.1111/jonm.12462>
- Mardegan, K., Heland, M., Whitelock, T., Millar, R., & Jones, D. (2013). Developing a medical emergency team running sheet to improve clinical handoff and documentation. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(12). [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(13\)39073-4](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(13)39073-4)
- Martin, H. A., & Ciurzynski, S. M. (2015). Situation, Background, Assessment, and Recommendation-Guided Huddles Improve Communication and Teamwork in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 41(6). <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.05.017>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros.
- Raynal, S. (2000). *A gestão por projecto*. Edição Instituto Piaget. ISBN: 972-771-214-2.
- Regulamento n.º76/2018 (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 21 de 30 de janeiro de 2018) 3478-3487. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>
- Rocha, A., Rohrich, O., & Miguel, A. (2014). *Gestão Emocional de Equipas em Ambiente de Projeto* (5ª Ed.). FCA. ISBN: 9789727228010.

- Silva, E., Pedrosa, D., Leça, A., & Silva, D. (2016). Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(9), 87-95. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16007>
- Spooner, A. J., Aitken, L. M., Corley, A., Fraser, J. F., & Chaboyer, W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 165-172. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.006>
- Turner, S. (2010). *Ferramentas de Apoio à Gestão – guia essencial para o gestor de sucesso*. Monitor. ISBN: 9789729413797

Projetos Inovadores em Gestão em Enfermagem

Transformando os Cuidados de Saúde



Capítulo 2

Programa de Melhoria Contínua da Qualidade: Implementação de Dois Indicadores de Qualidade

Tiago Nascimento e Pedro Lucas



Programa de Melhoria Contínua da Qualidade: Implementação de Dois Indicadores de Qualidade

[Tiago Nascimento](#)¹ e [Pedro Lucas](#)¹

¹ Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

R e s u m o

Palavras-chave:

- Lesão por pressão
- Obstipação intestinal
- Indicadores de qualidade em assistência à saúde
- Enfermagem
- Melhoria da qualidade

Nos dias de hoje assiste-se a uma grande procura e preocupação com a qualidade, associada a uma redução de custos e a uma maior eficiência do sistema de saúde. Desta forma, este trabalho teve como objetivo implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade numa organização de cuidados de longa duração. Recorreu-se à metodologia de projeto para a implementação de dois indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem: obstipação e úlceras por pressão. Como resultados obtidos, foram implementados os indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, com uma melhoria na prestação de cuidados e uma melhoria empírica da qualidade de vida dos utentes, com necessidade de continuidade de monitorização e de implementação de mais indicadores dentro da área de estudo acima descrita. Observou-se uma enorme adesão e reconhecimento por parte da equipa multidisciplinar na consecução dos objetivos. Este trabalho permitiu assim tirar como conclusões os evidentes ganhos da equipa na melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, através da uniformização das práticas e no recurso a prática baseada na evidência com o preenchimento de uma lacuna nos registos e com uma consequente e efetiva continuidade de cuidados. São necessários mais indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem na área dos cuidados de longa duração e com um maior suporte de investigação, realizada por enfermeiros, em contexto de prática clínica.

Como citar:

Este capítulo encontra-se publicado com a licença [International Creative Commons Atribuição 4.0](#)

Nascimento, T. & Lucas, P. (2025). Programa de Melhoria Contínua da Qualidade: Implementação de Dois Indicadores de Qualidade. In Lucas, P., Cruchinho, P., Nunes, E., Teixeira, G., Carmona, A., Ribeiro, S., & Costa, P. (Eds), *Projetos Inovadores na Gestão em Enfermagem: Transformando os Cuidados de Saúde*. (Vol. II, pp. 37-50), <https://doi.org/10.71861/2m47-mr41>

^{1*} E-mail do autor de contacto – tnascimento@esel.pt

Descrição/Enquadramento Teórico

Num contexto social cada vez mais exigente e dedicado à qualidade, é colocado um enorme desafio às instituições, aos seus gestores e acima de tudo aos seus colaboradores, nomeadamente aos enfermeiros, sejam eles gestores ou prestadores de cuidados. Estamos hoje perante dívidas incomportáveis na área da Saúde, com elevados gastos, falta de organização, falta de recursos e, segundo Fernandes e Barros (2012) estamos condicionados por uma conjuntura em que “o País e a Europa enfrentam uma das maiores crises económicas da sua história, o que começou a impulsionar mudanças no sistema de saúde; as mais relevantes até ao presente são medidas com a ambição legítima (...) da sustentabilidade financeira” (p. 16).

O envelhecimento progressivo da população, o aumento da esperança média de vida e o incremento de patologias de carácter crónico levam à necessidade de criar estruturas que apoiem e que prestem os cuidados desejados a este tipo de utentes e respetivas famílias (Grupo de Trabalho Interministerial, 2017; Mendes, 2020). É também hoje expectável que exista qualidade nas instituições e nos cuidados prestados, pois cada vez mais deparamo-nos com um público exigente que espera o melhor de cada um dos atores neste processo. Como tal, é necessário que o enfermeiro tenha a maior relevância possível, relevância essa que não seja apenas em termos de reconhecimento do seu trabalho de um ponto de vista social, mas também do ponto de vista financeiro, reconhecendo os ganhos que traz a sua prestação de cuidados e a sua presença assídua junto dos clientes.

Este contexto leva à necessidade de criar, avaliar e monitorizar indicadores baseados em critérios de qualidade (Nascimento et al., 2019) que possam responder às necessidades do cliente e também às dos profissionais de saúde que se encontram asfixiados por um clima de pressão e de sobrecarga laboral, condicionados pela precariedade e ausência de motivação face ao futuro incerto. É assim necessário medir esta dimensão da intervenção autónoma do enfermeiro e os consequentes ganhos em saúde.

Foi nestes indicadores que se centrou este projeto, promovendo o desenvolvimento e a qualidade nas instituições de cuidados de longa

duração (CLD), com a finalidade de prestar cuidados de excelência e promover a melhoria e/ou maximização do potencial de cada um. Neste projeto foram desenvolvidos dois indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, em uma instituição de cuidados de longa duração.

Este projeto teve como objetivo a implementação dos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem: úlceras por pressão e obstipação. O primeiro pelo grande peso que constitui ao nível dos custos e comorbilidades e o segundo pela inexistência de bibliografia bem como normas de atuação que balizem a prática dos enfermeiros nesta área e que constituem um ganho efetivo de qualidade em saúde.

Neste processo foram fulcrais a uniformização de procedimentos e a criação de normas que promovessem não só a discussão entre os pares, mas também a melhoria da qualidade dos registos em enfermagem e, consequentemente, a continuidade dos cuidados prestados aos utentes. Este projeto não assenta numa base estanque, mas sim num processo dinâmico e integrativo das necessidades dos utentes e da equipa de enfermagem, que vão variando e cuja prática baseada na evidência é também um sinónimo de evolução e de procura do melhor procedimento.

Finalidade e Objetivos do Projeto

Este projeto teve como finalidade a contribuição para uma cultura organizacional assente na melhoria contínua, pelo que o objetivo geral passou por implementar um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade numa instituição de cuidados de longa duração em Lisboa. Concomitantemente, foram definidos como objetivos específicos:

- Identificar dois indicadores de qualidade na organização prestadora de cuidados de longa duração;
- Descrever dois indicadores de qualidade: obstipação e úlceras por pressão (UPP);
- Identificar as necessidades de formação em serviço no contexto deste trabalho;
- Elaborar um manual de qualidade no que respeita aos indicadores obstipação e úlceras por pressão, e;

- Elaborar normas relativamente aos indicadores de qualidade definidos no projeto.

Planeamento do Projeto

No que diz respeito à caracterização da instituição, a unidade prestadora de cuidados de longa duração está integrada nas unidades de apoio à deficiência, sendo uma resposta social para utentes que estejam impedidos de permanecer no domicílio. É uma unidade que, dada a sua especificidade, é uma entre poucas a nível nacional, pois os seus critérios de admissão são bastante específicos, admitindo utentes com as seguintes características:

1. Portadores de doenças raras;
2. Portadores de doenças degenerativas;
3. Portadores de deficiência (multideficiência);
4. Não existindo um critério de idade.

Dado que a idade não é um critério de admissão, a média de idade dos residentes no equipamento - à data com 94 residentes - reflete a heterogeneidade de idades que vão desde os 19 aos 97 anos.

Este tipo de população, e dada também a heterogeneidade de patologias, leva a que exista um grande número de polimedicados (Pereira et al., 2017), cuja terapêutica é concomitante com a considerada obstipante pela Organização Mundial de Gastroenterologia (Lindberg et al., 2010), em que 8% dos utentes tem prescrito ansiolíticos, 7% antidepressivos, 15% antiépiléticos e 14% antipsicóticos.

No que concerne aos dados que permitiram a avaliação diagnóstica, estes foram recolhidos recorrendo ao processo individual de saúde dos utentes, com as seguintes prevalências: 5,3% residentes com diagnóstico médico de obstipação; 8,5% residentes com prescrição de laxantes em esquema (ou seja, um valor 3,2% superior aos utentes com diagnóstico, o que pode significar um subdiagnóstico médico).

Considerando ainda os padrões habituais de dejeção dos utentes, 31,9% destes apresenta um intervalo entre dejeções superior a três dias, ou seja, uma a duas dejeções por semana, com dificuldade ou necessidade de apoio farmacológico e não farmacológico. Relativamente à prevalência de úlceras por

pressão, 3,2% dos utentes apresenta pelo menos uma úlcera por pressão, acrescentando que 87% dos utentes têm risco elevado de desenvolver úlceras por pressão de acordo com a aplicação da Escala de Braden (Direção-Geral da Saúde, 2011).

Adicionalmente, e como estratégia de gestão, foi aplicada a ferramenta de análise SWOT para enquadrar as potencialidades e fraquezas da implementação de um projeto deste cariz. No que concerne à dimensão das forças, identifica-se o elevado número de enfermeiros especialistas na equipa, o enquadramento estratégico da instituição, bem como a motivação para a mudança; já nas fraquezas apontam-se as lacunas na formação, as dotações de profissionais, bem como a ausência de ferramentas de implementação e monitorização da qualidade. As oportunidades passam pela diferenciação da instituição, a necessidade de dar visibilidade aos cuidados e a contribuição para uma prática baseada na evidência, ao passo que as ameaças se centram na conjuntura socioeconómica, a reestruturação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a presença da Troika (à época da aplicação do projeto – 2012).

De forma a dar resposta à problemática elencada na secção anterior, foi necessário desenhar atividades que permitissem dar resposta aos objetivos. Assim, as atividades desenvolvidas para este projeto, que abaixo se identificam, decorreram entre outubro de 2012 e janeiro de 2014:

- Implementação de dois indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Implementação de medidas de diagnóstico, tratamento e prevenção da obstipação;
- Implementação de medidas de diagnóstico, tratamento e prevenção das UPP;
- Implementação de normas de orientação, de procedimento e de preenchimento;
- Implementação de manual de boas práticas na obstipação e nas UPP;
- Formação às Equipas para a correta identificação de situações de risco relacionadas com a obstipação e com as UPP.

Execução das atividades

A elaboração do plano de atividades é, assim, o reflexo das estratégias anteriormente delineadas e permite sistematizar e sintetizar os passos a dar para a consecução do projeto, bem como resume as intervenções que decorreram de cada atividade realizada.

- Elaboração de pedido de autorização
- Elaboração e envio do pedido de autorização para a realização do projeto às chefias conforme organograma da instituição.
- As atividades, genericamente, sofreram uma adaptação temporal relativamente ao planeado inicialmente.
- Apresentação do projeto à Enfermeira Chefe

Apresentação do enquadramento teórico e respetiva base de sustentação do projeto, bem como a dimensão temporal para a aplicação do mesmo.

Objetivo: auscultar a sensibilidade da Enfermeira Chefe para a problemática e para a pertinência do projeto, bem como validar a exequibilidade do mesmo.

1.Elaboração de um Manual da Qualidade referente aos Indicadores Obstipação e Úlceras por Pressão

Apresentação de um manual que contenha os procedimentos estruturais e regulamentares de acordo com os indicadores anteriormente definidos.

Objetivo: definir os procedimentos com vista à maior eficiência; melhorar o controlo de execução dos procedimentos.

2.Elaboração de Normas relativas à Obstipação

Apresentação de normas de preenchimento dos documentos, bem como da execução dos procedimentos com vista à obtenção de indicadores de qualidade e à excelência dos procedimentos.

Objetivo: limitar a variedade de procedimentos e erros; aumentar a segurança na execução procedimental.

3.Elaboração de Normas relativas a Úlceras por Pressão

Apresentação de normas de preenchimento dos documentos bem como da execução dos procedimentos com vista à obtenção de indicadores de qualidade e à excelência dos procedimentos.

Objetivo: limitar a variedade de procedimentos e erros; aumentar a segurança na execução procedimental.

4.Apresentação do projeto à Equipa de Enfermagem

Apresentação do enquadramento teórico e respetiva base de sustentação do projeto, bem como a dimensão temporal para a aplicação do mesmo.

Objetivo: auscultar a sensibilidade da Equipa de Enfermagem para a importância do projeto. Evidenciar a importância do contributo de todos os elementos para a consecução dos objetivos propostos. Definir metas a atingir em conjunto com a Equipa de Enfermagem.

5.Realização de formação em serviço

Apresentação do projeto de forma sistemática, bem como as escalas e normas de aplicação das mesmas.

Objetivo: integrar e envolver a Equipa de Enfermagem e de Ajudantes de Lar e Centro de Dia (ALCD) no projeto. Apresentar as escalas a serem utilizadas, bem como a sua aplicação. Resolver dúvidas e questões inerentes ao projeto.

6.Realização de Reuniões com a Enfermeira Chefe e a Equipa de Enfermagem

Apresentação dos resultados parciais e aferição da progressão do projeto.

Objetivo: demonstrar resultados do projeto; esclarecer questões procedimentais. Atividade contínua, sendo expectável que terminasse ao fim de 6 meses da implementação do projeto.

7.Elaboração de póster informativo

Elaboração de poster com a explicação do projeto e respetivos resultados alcançados.

Objetivo: informar a equipa multidisciplinar acerca do projeto bem como dos outcomes obtidos com o mesmo; realizar uma síntese do percurso realizado.

Apresentação dos resultados

De forma a dar sequência à execução das atividades, abaixo elencam-se os resultados que descrevem a implementação de cada uma:

1.Apresentação do projeto à Enfermeira Chefe

Foi compreendida a importância do projeto e os ganhos que poderiam advir da implementação do mesmo, não só para a equipa de enfermagem como para os utentes da instituição, ganhos estes que se traduzem numa melhoria da qualidade de vida. O facto de ser um projeto pioneiro também contribuiu para uma maior preponderância da saúde nesta tipologia de organização e da consciencialização para a problemática da obstipação como sinónimo de intervenções autónomas na prática de enfermagem.

2.Elaboração de um Manual da Qualidade referente aos Indicadores Obstipação e Úlceras por Pressão

Foram definidos os procedimentos, recorrendo a prática baseada na evidência, nacional e internacional, e tendo em conta as especificidades da organização e também da equipa. Esta prática teve de ser readaptada várias vezes, especialmente no que concerne à articulação com a equipa clínica para que os procedimentos fossem autorizados, permitindo assim uma maior autonomia da tomada de decisão em enfermagem e um ampliar das intervenções autónomas de enfermagem, que já existiam, mas que não eram devidamente reconhecidas pela equipa médica. Estes procedimentos permitiram assim uma maior vinculação da equipa de enfermagem, em especial no que concerne à obstipação.

3.Elaboração de Normas relativas à Obstipação

Este ponto permitiu uma maior discussão e uma maior cisão naquelas que eram as práticas instituídas até então. Esta implementação permitiu perceber que existiam lacunas na

monitorização destes procedimentos, bem como nas intervenções que eram realizadas pela equipa e reconhecidas pela restante equipa multidisciplinar.

Percebida a inexistência de documentação a nível nacional e tendo por base os protocolos de atuação do *National Health System*, foi possível perceber o leque de terapêutica, bem como as linhas de atuação definidas para cada tipo de obstipação, promovendo assim uma sistematização da informação e uma uniformização da prática até então realizada. Foram desenvolvidos documentos de suporte à intervenção do enfermeiro, assim como de apoio do registo das Ajudantes de Lar e Centro de Dia. Estes documentos sustentaram-se em duas normas de registo iniciais:

1.1. Norma Procedimento 1.0 – Hidratação

Sendo um dos pontos fulcrais da resolução da obstipação, uma correta e adequada ingestão hídrica, foi aplicada a norma descrita com o objetivo de promover a ingestão hídrica, tendo em conta as necessidades específicas de cada residente recorrendo uma matriz adaptada de Abrams e Klevmark (1996) como um guia para auxiliar os utentes a atingirem a otimização da ingestão de líquidos nos intervalos das refeições.

1.2. Norma de Orientação 1.0 - Registo de Dejeções dos Residentes

Esta norma teve como objetivo registar de forma sistemática e com a maior acuidade possível, o tipo de fezes eliminado pelos utentes, recorrendo à Escala de Bristol (Rao & Meduri, 2011) para a caracterização das fezes. Este documento permitiu perceber o padrão de dejeção do utente bem como as características das fezes para que fosse possível identificar alterações significativas e que possam contribuir para a realização de um diagnóstico médico e/ou de enfermagem.

1.3. Norma Registo 1.0 - Registo das Dejeções dos Residentes

Esta norma define como deve a Ajudante de Lar e Centro de Dia proceder ao registo das dejeções dos residentes, utilizando uma folha própria para o efeito, vem assim responder à Orientação 1.0 na vertente prática e operacional. Esta norma de registo contempla uma folha mensal, estando identificados todos os utentes e sendo

obrigatório o registo por turno, tendo este registo que corresponder, em caso positivo, ao tipo de dejeção do utente tendo a salvaguarda no documento para situações relativamente à quantidade de fezes bem como a situações que necessitem de avaliação por parte da equipa de enfermagem e/ou médica.

1.4. Norma Registo 2.0 - Registo de Intervenção de Enfermagem

Esta norma de registo veio vincular a intervenção de enfermagem e a continuidade de cuidados no tratamento do episódio de obstipação permitindo um claro registo dos utentes e a definição/registo da aplicação das linhas de atuação, bem como das intervenções de enfermagem e/ou referências para a equipa médica. Este documento é assim a base daquela que é a continuidade do tratamento e da validação do processo de resolução do episódio de obstipação.

1.5. Orientação 2.0 - Fluxograma de Tomada de Decisão

Nesta orientação foi criado um fluxograma que permite que o enfermeiro faça o diagnóstico da situação e que siga uma linha de atuação claramente definida face ao utente em questão e face às patologias ou histórico. Permite também orientar o processo de tomada de decisão relativamente aos vários tipos de obstipação e quais as intervenções de prevenção. Clarifica também as condições na qual o enfermeiro deve referenciar para a equipa médica.

1.6. Norma Procedimento 3.0 - Obstipação Crónica

Esta norma de procedimento visou orientar a atuação do enfermeiro na obstipação crónica e foi a norma que permitiu uma maior discussão, mas também com maior impacto positivo, de forma empírica, na qualidade de vida dos residentes.

Recorrendo aos registos das Ajudantes de Lar e Centro de Dia foi possível aplicar os Critérios de Roma (Bouras & Tangelos, 2009; International Longevity Centre - UK, 2013) possibilitando, desta forma, diagnosticar 30 residentes com obstipação crónica, elevando a taxa de prevalência da obstipação, mas também confirmando aqueles que eram os residentes que habitualmente realizavam terapêutica laxante, numa base praticamente diária.

Diagnosticados estes residentes, foi necessário compreender que terapêutica melhor se adequaria numa base crónica, sendo que a lactulose não tinha, empiricamente, um efeito positivo a longo prazo levando a que fosse necessário recorrer sistematicamente a terapêutica laxante de caráter agudo e com maior desconforto para o utente.

Neste sentido e nas pesquisas realizadas, surgiram duas terapêuticas recomendadas na atuação crónica para este tipo de utentes: Macrogol 3350 e Agiolax®/Agicur®. Consultadas as normas do INFARMED rapidamente se percebeu que o Agiolax®/Agicur® não eram os mais indicados pela posologia e pela dificuldade de deglutição por parte dos utentes, por ser granulado, além da impossibilidade de administração concomitante com a terapêutica, criando aqui uma grande dificuldade do ponto de vista logístico.

Neste sentido, optou-se pelo Macrogol 3350 que, nos estudos realizados até então, revelou uma grande eficácia e um custo-efetividade superior à lactulose, como linha de atuação crónica (Guest & Varney, 2004; Migeon-Duballet et al., 2006; Taylor & Guest, 2010). O Macrogol 3350 oferece uma melhoria do custo-efetividade tendo em conta a gama de opções de laxantes disponíveis com um custo por QaLY (*Quality Adjusted Life Years*) que são utilizados. Segundo Ferreira (2003), quando estão em causa estas decisões sobre alocação de recursos no sector da saúde, tanto em termos particulares como em decisões da sociedade em geral, como auxílio à tomada de decisão, com um ganho com Macrogol 3350 estimado em £250.

Relativamente à segurança e efetividade, Belsey et al. (2010) numa revisão sistemática da literatura e numa meta-análise, concluem que o Macrogol 3350 é um laxante mais eficaz do que a lactulose em adultos com obstipação. Também Lee-Robichaud et al. (2010) numa revisão da *The Cochrane Collaboration*, confirma que o Macrogol 3350 é melhor que a lactulose nos resultados de frequência de evacuações por semana, forma das fezes, alívio da dor abdominal e da necessidade de produtos adicionais, e deve ser usado preferencialmente à lactulose para o tratamento da obstipação crónica.

A utilização do Macrogol 3350 permitiu assim uma redução de 30% para 4% a administração

de laxantes nos residentes com obstipação crónica.

1.7. Norma Procedimento 4.0 - Obstipação Aguda

A norma de procedimento para a obstipação aguda vem então balizar a intervenção com recurso a terapêutica laxante em utentes que não apresentam diagnóstico de obstipação crónica, constituindo um seguimento de linhas de atuação com uma orientação temporal face ao efeito esperado, permitindo que a equipa acompanhe e organize a dinâmica de trabalho em função do efeito esperado.

2. Elaboração de Normas relativas a Úlceras por Pressão

Era já utilizada no equipamento a Escala de Braden, no entanto ainda não se encontrava normalizado o procedimento para o seu preenchimento. Foi assim criada a Norma Procedimento 1 - Avaliação das Úlceras por Pressão que permitiu enquadrar a avaliação, intervenção e registo do enfermeiro no diagnóstico das úlceras por pressão.

3. Apresentação do projeto à Equipa de Enfermagem

Nesta apresentação foi possível colocar à discussão da equipa a problemática do projeto, bem como as soluções propostas, dadas as condicionantes institucionais e de saúde dos utentes. As questões colocadas foram maioritariamente em termos de logística e dos princípios de atuação em cada caso, sendo que existiu alguma resistência ao preenchimento de mais documentos, situação esta colmatada com a implementação e adaptação às normas.

4. Realização de formação em serviço

No que respeita à Equipa de Enfermagem foi realizada formação de forma individual ou em pares dadas as condicionantes de horário da equipa, abrangendo os 100%, ou seja, a totalidade dos 10 elementos que compõem a equipa, com horário rotativo de 35h semanais, dos quais 6 enfermeiros são especialistas, 3 em enfermagem de reabilitação, 2 especialistas em enfermagem de saúde comunitária e uma especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Este tipo de formação possibilitou uma maior personalização da informação transmitida, bem

como um esclarecimento de dúvidas no momento, tendo em consideração as vivências e experiências dos colegas. A formação às Ajudantes de Lar e Centro de Dia decorreu de forma mais simplificada pelo elevado número de Ajudantes de Lar e Centro de Dia tendo sido dividida em vários momentos:

- Reunião com as Ajudantes de Lar e Centro de Dia Coordenadoras (4 ALCD'S correspondendo a 1 por ala sendo que uma das quais encontrava-se ausente por baixa médica) para enquadramento do projeto e do seu papel na consecução do mesmo, especialmente na aplicação da Escala de Bristol, bem como do registo sistemático das dejeções dos utentes; no que respeita às úlceras por pressão foi realizada sensibilização para a importância dos posicionamentos e das alterações na pele, com comunicação imediata à equipa de enfermagem;
- Reuniões com as Ajudantes de Lar e Centro de Dia durante a passagem de turno e consequente replicação da formação (total de Ajudantes de Lar e Centro de Dia formadas em contexto de passagem de turno: 42;
- Monitorização dos registos realizados e realizadas intervenções específicas de esclarecimento de dúvidas. Atualmente o registo é feito corretamente e o esclarecimento de dúvidas é realizado localmente.

5. Realização de Reuniões com a Enfermeira Chefe e a Equipa de Enfermagem

Foram realizadas várias reuniões informais, mais concretamente no período prévio ou posterior à passagem de turno, o que permitiu ir aferindo questões pontuais da aplicação dos procedimentos normativos.

Estas reuniões foram tendo uma periodicidade quase diária, especialmente porque os resultados eram transmitidos pela equipa que confirmava a evolução positiva nas práticas e a melhoria dos cuidados, bem como o aumento de segurança dos registos.

6. Elaboração de póster informativo

Não foi concretizado este objetivo.

Análise de resultados

No que concerne aos resultados do projeto, este foi sendo desenvolvido com a cooperação da equipa, tendo a supervisão do enfermeiro gestor como garante da continuidade do processo. Simultaneamente foram também desenvolvidos e implementados vários indicadores para garantir a monitorização, não só no final do projeto como também após o seu término, permitindo a sua continuidade e a eventual replicabilidade em contextos análogos. Assim foram aplicados, e concretizados, os seguintes indicadores de estrutura:

1. Existência de normas orientadoras;
2. Existência de normas de preenchimento;
3. Existência de fluxogramas de apoio à tomada de decisão.

Simultaneamente, foram definidos os seguintes indicadores de resultado, por dimensão:

Dimensão de Formação

1. Taxa de Enfermeiros que frequentaram formação em serviço;
2. Taxa de Ajudantes de Lar e Centro de Dia que frequentaram formação em serviço.

Dimensão das Úlceras por Pressão

1. Taxa de efetividade na prevenção de úlceras por pressão;
2. Taxa de efetividade diagnóstica do risco de úlceras por pressão;
3. Taxa de incidência de úlceras por pressão;
4. Taxa de prevalência de úlceras por pressão;
5. Taxa de resolução de úlceras por pressão.

Dimensão da Obstipação

1. Taxa de efetividade na prevenção da obstipação;
2. Taxa de efetividade diagnóstica do risco de obstipação;
3. Taxa de incidência da obstipação;
4. Taxa de prevalência da obstipação.

Para dar corpo à monitorização destes indicadores foi implementada a utilização da Escala de Braden para o risco de úlceras por pressão e a Escala de Bristol e os Critérios de Roma no que concerne à obstipação. O projeto previu também a realização de entrevistas semi-diretivas aos membros das equipas para aferir a

aplicação e analisar a satisfação e a observação participante por parte do gestor/investigador.

Finalmente, este projeto culminou com a elaboração do relatório final, com a respetiva avaliação da dimensão dos resultados na prática de enfermagem. Simultaneamente houve lugar à apresentação dos resultados à SCML, bem como a entrega do projeto e respetivo relatório final ao Centro de Documentação/Biblioteca da SCML. Durante a implementação, transversal a todos os utentes da instituição, foi possível observar a melhoria dos cuidados prestados e uma grande adesão por parte das equipas, quer de enfermagem, quer das Ajudantes de Lar e Centro de Dia. Esta adesão traduziu-se em vários momentos de discussão e na integração e apropriação de conceitos relacionados com a qualidade e com a melhoria contínua dos cuidados que são prestados diariamente.

Considerações finais

É necessário continuar a trabalhar para que o paradigma da prestação de cuidados assente neste trabalho do enfermeiro gestor, alicerçado na prática diária dos enfermeiros.

Este projeto teve impacto na prestação de cuidados ao permitir uma melhoria, ainda que empírica, da qualidade de vida dos utentes, reduzindo a terapêutica administrada e aumentando a participação dos mesmos nas atividades institucionais. Tal facto foi reconhecido por toda a equipa multidisciplinar e, muito importante também, pelas famílias. Também para a equipa de enfermagem, as implicações foram grandes, desde a necessidade do aumento da qualidade no domínio dos procedimentos normativos da organização, pela ausência de normas orientadoras da prática e dos procedimentos, como também pela homogeneização das práticas, o que teve os seus constrangimentos iniciais, pelo aumento do número de registos, mas com uma variável facilitadora: a continuidade dos cuidados.

Existiu o sentimento de que a equipa sabia claramente o seu papel em cada intervenção. Daqui releva-se o essencial apoio da equipa que foi, na maior parte dos momentos, a maior dinamizadora do projeto, questionando e contactando telefonicamente e por correio eletrónico quando existiam dúvidas, promovendo a alteração das práticas e trazendo para a prática a evidência.

Nem sempre foi fácil a gestão do projeto, especialmente pela demora no reconhecimento da autonomia do enfermeiro na gestão destes indicadores, pois são muitas vezes associados a diagnósticos médicos. Tornou-se necessária a argumentação verbal sustentada em prática baseada em evidência, com discussões permanentes de ajuste de protocolos, mas também no apoio à compreensão que as atividades que os enfermeiros iriam realizar, já eram previamente realizadas, mas necessitavam de ser otimizadas e explicitadas.

Aqui foi fulcral o desempenho de todos, mas também o desempenho individual pois cada elemento possui vivências e experiências diferenciadas que enriqueceram o projeto. Ainda dentro deste projeto será necessário desenvolver protocolos nos outros tipos de obstipação de forma a poder atuar da forma mais global possível.

Hoje os cuidados de longa duração apresentam-se como uma oportunidade onde o enfermeiro tem de evidenciar a sua autonomia e o seu saber, colocando-o em prol dos utentes. Deve assim a disciplina de enfermagem encarar esta área de intervenção como prioritária num futuro a médio-longo prazo, produzindo cada vez mais bilhetes de identidade de indicadores, de forma a uniformizar as avaliações e a permitir o *benchmarking* dentro da profissão.

Recomendações

No âmbito das competências na área da gestão em enfermagem, foi premente a dificuldade sentida na implementação do projeto, não na sua elaboração, mas sim na operacionalização, o que significou em vários momentos um ajustamento constante daqueles que eram os princípios do projeto no que concerne à sua implementação.

O facto de existir uma multiplicidade de atores obriga a que seja realizada uma gestão constante de expectativas, bem como uma presença assídua no desenvolvimento do projeto, tendo sempre também presente a necessidade de motivação dos profissionais que, dada a conjuntura atual, manifestam também alguma desmotivação e dificuldade em enfrentar novos desafios que não constituem uma solução palpável para os seus problemas pessoais e profissionais.

Esta gestão da equipa levou a que várias vezes fosse necessário explicar os objetivos e os ganhos, recorrendo não só à prática baseada na evidência, mas também ao facto de alertar que as práticas se encontravam desfasadas internamente, o que tem como consequência um aumento da fragilidade externa em termos de coesão da equipa. Neste sentido, e no que diz respeito à intervenção enquanto gestor de projeto, foi possível perceber que o caminho tem de ser feito lado a lado com a qualidade nas organizações, sendo os cuidados de longa duração uma área cuja intervenção dos enfermeiros deve ser preponderante, pela filosofia de cuidados que existe e que é, sem dúvida alguma, o *core business* da profissão: promoção da saúde, educação para a saúde, prevenção de complicações.

É também fulcral que hoje se consigam associar as intervenções autónomas de enfermagem aos modelos de financiamento das organizações. Para a consecução deste objetivo é essencial que se produzam indicadores de qualidade fiáveis e que representem, de forma inegável, o contributo da profissão para os utentes, às respetivas famílias e demais profissionais.

Esta competência foi também desenvolvida com recurso a literatura, mas também à comunicação com a equipa e junto do decisor económico da organização dado que muitos dos investimentos que se fizeram hoje, traduziram-se em ganhos económicos e sociais no amanhã, garantindo um aumento da eficácia e uma maior sensibilização para as questões que muitas vezes são consideradas de somenos importância.

Construir ferramentas e elementos normativos são um grande suporte e orientação para a prática de enfermagem. Tal facto é reconhecido pela equipa de enfermagem que foi sendo assim fonte de discussão e de crescimento, promovendo uma reflexão mais aprofundada que, em certos momentos, havia ficado esquecida em prol da prática clínica diária.

É preponderante o papel do gestor de projeto enquanto moderador desta mesma reflexão, tendo também o papel de contribuir com subsídios que “alimentem” a discussão. No seguimento desta discussão surge também o desenvolvimento de uma competência extremamente importante e que se articula com a defesa das ideias e a assertividade com a qual se realizam os momentos de partilha. É essencial

que um gestor consiga promover as suas ideias e que estas assentem em algo concreto e perceptível para os interlocutores com os quais articulamos o projeto. É nesta conceção que o gestor deve conceber o seu projeto e a sua aplicabilidade no terreno.

Sendo a prática do gestor em enfermagem maioritariamente a um nível intermédio/operacional, é fundamental que este consiga ser claro na maneira como realiza a abordagem nas várias vertentes de articulação. Considero que muitas destas competências serão sem dúvida uma mais-valia na gestão, não só dos cuidados, mas também na gestão de todas as outras componentes que envolvem a dinâmica da organização. É também de relevar a necessidade de conseguir cativar a equipa para que esta funcione como um motor e que perpetue aqueles que são os projetos de melhoria essenciais ao aprimorar da prática de enfermagem.

Referências

- Abrams, P., & Klevmark, B. (1996). Frequency volume charts: an indispensable part of lower urinary tract assessment. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology. Supplementum*, 179, 47–53.
- Belsey, J. D., Geraint, M., & Dixon, T. A. (2010). Systematic review and meta analysis: polyethylene glycol in adults with non-organic constipation. *International Journal of Clinical Practice*, 64(7), 944–955.
- Bouras, E. P., & Tangalos, E. G. (2009). Chronic Constipation in the Elderly. *Gastroenterology Clinics of North America*, 38(3), 463–480. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2009.06.001>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação 017/2011 - *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Departamento da Qualidade na Saúde. Direção-Geral da Saúde.
- Fernandes, J. V., & Barros, P. P. (2012). *Um ano depois da Troika na política de saúde*. Princípiã. ISBN: 9789897160837.
- Ferreira, L. N. (2003). Utilidades, QALYs e medição da qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 51–63.
- Grupo de Trabalho Interministerial. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Direção-Geral da Saúde.
- Guest, J. F., & Varney, S. J. (2004). Pharmacoeconomic impact of low-dose macrogol 3350 plus electrolytes compared with lactulose in the management of chronic idiopathic constipation among ambulant patients in Belgium. *Clinical Drug Investigation*, 24, 719–729.
- International Longevity Centre - UK. (2013). *The burden of constipation in our ageing population*. ILC-UK. <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/11/Burden-of-constipation-report.pdf>
- Lee-Robichaud, H., Thomas, K., Morgan, J., & Nelson, R. L. (2010). Lactulose versus polyethylene glycol for chronic constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Lindberg, G., Hamid, S., Malferttheiner, P., Thomsen, O., Fernandez, L. B., Garisch, J., Thomson, A., Goh, K.-L., Tandon, R., & Fedail, S. (2010). Constipation: a global perspective. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines*, 11.
- Mendes, J. (2020). Envelhecimento (s), qualidade de vida e bem-estar. *A Psicologia Em Suas Diversas Áreas de Atuação*, 132–144.
- Migeon-Duballet, I., Chabin, M., Gautier, A., Mistouflet, T., Bonnet, M., Aubert, J. M., & Halphen, M. (2006). Long-term efficacy and cost-effectiveness of polyethylene glycol 3350 plus electrolytes in chronic constipation: a retrospective study in a disabled population. *Current Medical Research and Opinion*, 22(6), 1227–1235.
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, H., & Cardoso, M. (2019). Nursing information systems and quality indicators: contributions and challenges. *World Conference on Qualitative Research*, 1, 303–305.
- Pereira, K. G., Peres, M. A., Iop, D., Boing, A. C., Boing, A. F., Aziz, M., & D'Orsi, E. (2017). Polifarmácia em idosos: Um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(2), 335–344. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>
- Rao, S. S. C., & Meduri, K. (2011). What is necessary to diagnose constipation? *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 25(1), 127–140.

Taylor, R. R., & Guest, J. F. (2010). The cost-effectiveness of macrogol 3350 compared to lactulose in the treatment of adults suffering from chronic constipation in the UK. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 31(2), 302–312.

Projetos Inovadores em Gestão em Enfermagem

Transformando os Cuidados de Saúde



Capítulo 3

Gestão do Risco Clínico em Cuidados de Saúde Primários: Notificação de Incidentes na Prática de Enfermagem

Cátia Pereira e Pedro Lucas



Gestão do Risco Clínico em Cuidados de Saúde Primários: Notificação de Incidentes na Prática de Enfermagem

[Cátia Pereira](#) ^{1,2*} e [Pedro Lucas](#) ¹

¹ Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

² Unidade Local de Saúde Amadora/ Sintra, Cacém, Portugal.

R e s u m o

Palavras-chave:

- Evento adverso
- Gestão do risco
- Cuidados de saúde primários
- Segurança do doente
- Cuidados de enfermagem

A gestão de risco clínico na prática de enfermagem desempenha um papel essencial na promoção da segurança e qualidade dos cuidados de saúde. As organizações de saúde que realizam uma gestão eficaz dos riscos alcançam níveis mais elevados de excelência. No contexto dos Cuidados de Saúde Primários, os enfermeiros devem estar cientes dos riscos clínicos associados à sua prática e participar ativamente na sua gestão. Esta participação ativa passa por uma atenção diária relativamente à perceção da ocorrência de incidentes e pela adoção de medidas preventivas para os evitar, ou corretivas para os eliminar ou minimizar.

A notificação de incidentes na prática de enfermagem é uma ferramenta importante para identificar e combater as causas dos incidentes nos Cuidados de Saúde Primários. Os sistemas de notificação de incidentes são sistemas de aprendizagem e não têm caráter punitivo. O objetivo deste projeto é implementar um procedimento de notificação de incidentes na prática de enfermagem em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidades de Cuidados na Comunidade, com vista a melhorar a gestão de risco clínico nessas unidades, proporcionando um ambiente seguro para os clientes e enfermeiros. A implementação desse procedimento permitirá a identificação e análise dos incidentes, facilitando a tomada de medidas preventivas e corretivas adequadas para garantir a segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Como citar:

Este capítulo encontra-se publicado com a licença [International Creative Commons Atribuição 4.0](#)

Pereira, C. & Lucas, P. (2025). Gestão do risco clínico em cuidados de saúde primários: Notificação de incidentes na prática de enfermagem. In Lucas, P., Cruchinho, P., Nunes, E., Teixeira, G., Carmona, A., Ribeiro, S., & Costa, P. (Eds), *Projetos Inovadores na Gestão em Enfermagem: Transformando os Cuidados de Saúde*. (Vol. II, pp. 51-58), <https://doi.org/10.71861/2bjn-0780>

^{1*} E-mail do autor de contacto - csqpereira@gmail.com

Descrição/Enquadramento Teórico

A gestão do risco clínico desempenha um papel vital nas organizações de saúde, fornecendo suporte e informações à gestão estratégica, com vista a proporcionar um ambiente seguro aos pacientes (Gonçalves, 2008). A segurança do doente durante a prestação dos cuidados de saúde é o foco principal da gestão do risco clínico (World Health Organization, 2008). Para garantir a segurança do doente, é necessário identificar as circunstâncias e possibilidades que podem expô-lo a riscos de danos, além de adotar medidas preventivas e de controlo. A gestão do risco clínico procura limitar a ocorrência de eventos adversos e minimizar os danos causados por eles (Fragata, 2009). A notificação de incidentes é considerada uma importante fonte de dados no âmbito da gestão do risco para identificar e combater as suas causas, com vista a aumentar a segurança do doente e a melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Burkoski, 2007). Uma efetiva gestão do risco na área da saúde requer a existência de um sistema de registo e notificação de incidentes eficaz. A notificação em si não melhora a segurança; é a resposta à notificação que leva à mudança. É importante que o sistema de resposta seja visível e útil para justificar os recursos investidos e incentivar os profissionais de saúde a notificarem os incidentes. O desenvolvimento de um projeto de notificação de incidentes na prática de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários, assume um caráter inovador devido à inexistência de um sistema de registo e notificação de incidentes num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região de Lisboa. A implementação de um Projeto na área da gestão do risco clínico traz grandes desafios ao processo de tomada de decisão para o enfermeiro gestor, que tem como prioridades: motivar os profissionais de enfermagem a notificar incidentes que ocorram na sua prática de cuidados e reduzir a probabilidade de ocorrência de futuros incidentes nos pacientes.

Finalidade e Objetivos do Projeto

A finalidade deste projeto é iniciar um processo de gestão do risco clínico, num ACES da região de Lisboa. O Projeto tem como objetivo geral:

- Implementar um procedimento de notificação de incidentes na prática de

enfermagem, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região de Lisboa.

Planeamento do Projeto

Como forma de analisar a viabilidade deste projeto utilizámos um instrumento, o diagrama de decisão (Figura 1). Segundo o diagrama de decisão, na avaliação da viabilidade deste projeto, o resultado foi ACTUAR. Respondemos a diversas questões aquando da análise da viabilidade do projeto, nomeadamente:

- O quê: iniciar um processo de gestão do risco clínico através da implementação de um procedimento de notificação de incidentes na prática de enfermagem, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e na Unidade de Cuidados na Comunidade.
- Porquê: Ausência de um Sistema de Notificação de Incidentes na prática de enfermagem.
- Quem: a enfermeira líder do projeto tendo como parceiros envolvidos: o Diretor Executivo, o Conselho Clínico e de Saúde e todos os enfermeiros da UCSP e da UCC.
- Como: através da implementação de um procedimento de notificação de incidentes na prática de enfermagem
- Quando: janeiro de 2012.
- Onde: na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e na Unidade de Cuidados na Comunidade de um ACES da região de Lisboa.

Com o objetivo de identificar os incidentes que os enfermeiros mais referem ter probabilidade de ocorrer durante a prestação de cuidados de enfermagem, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, aplicámos um questionário. O questionário é composto por quatro partes. Na parte A, foi realizada a caracterização sociodemográfica dos profissionais de enfermagem; na parte B foi calculada a probabilidade de ocorrência de vinte e cinco incidentes da prática de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários, através da aplicação de uma escala de *Likert* de 5 pontos, variando de "Nunca" a "Frequentemente"; na

DIAGRAMA DE DECISÃO

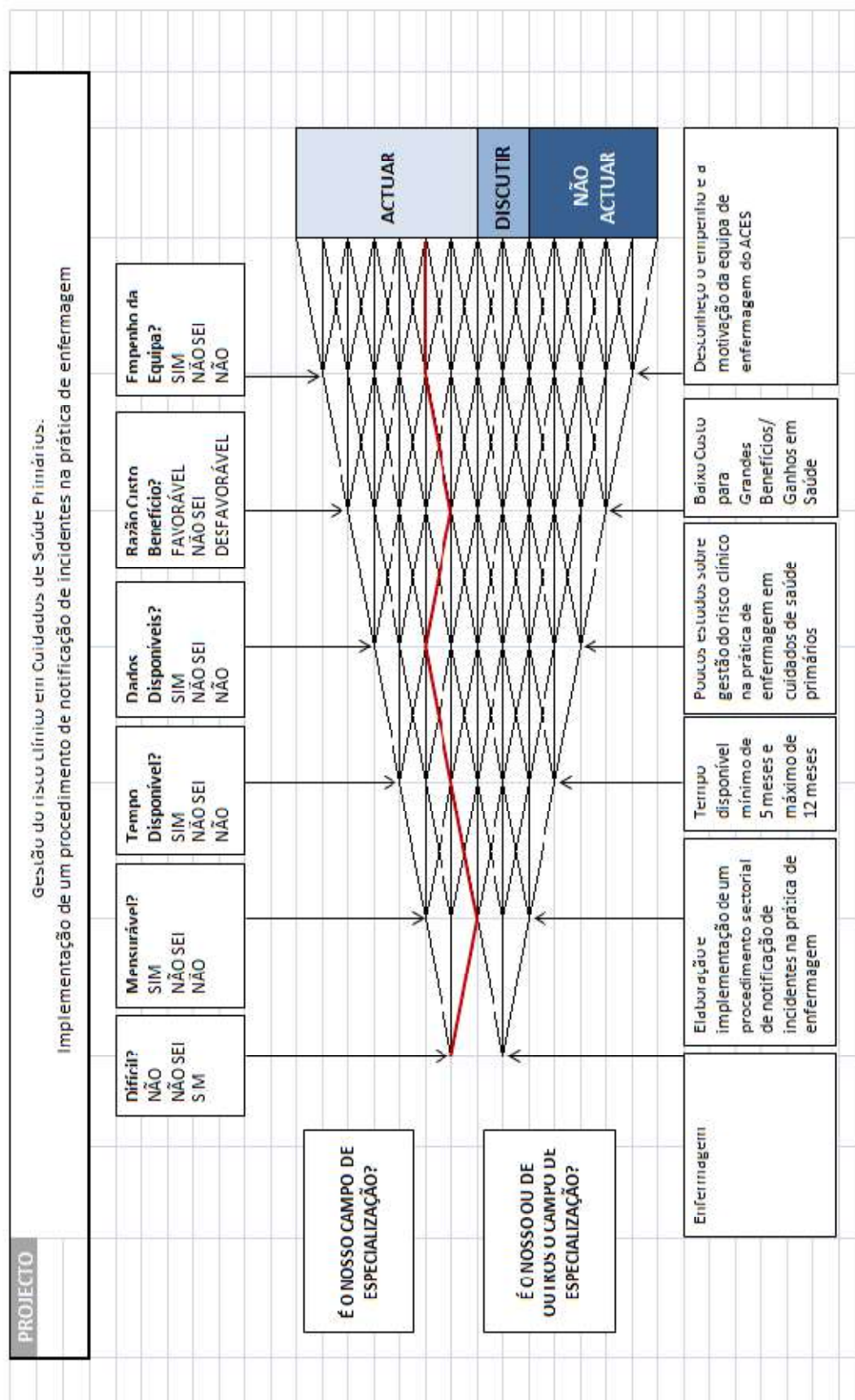


Fig. 1 – Diagrama de decisão

parte C foram identificados outros incidentes relevante que não estavam descritos na parte B; na parte D, foi avaliada a opinião dos profissionais de enfermagem sobre a notificação de incidentes na prática de enfermagem, recorrendo à utilização de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, variando de “Nada importante” a “extremamente importante”. O questionário foi aplicado durante o período de 17 a 31 de janeiro de 2011 a todos os enfermeiros do ACES que se disponibilizaram a participar no estudo, 84,5% (n=49) do número total de enfermeiros deste ACES.

A população alvo deste questionário tem idades compreendidas entre 23 e 59 anos, maioritariamente feminina (89,80%), sendo a média de idades de 41 anos e a moda de 39 anos. De acordo com os dados verificamos que a maioria dos enfermeiros da população são licenciados (83,6%), sendo que um número significativo (20,4%) realizou Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem e um número reduzido (6,1%) tem o grau de Mestre. Verificámos que 16,3% da população tem de formação académica o bacharelato. O tempo de exercício profissional varia entre 3 meses e 33 anos, sendo o tempo médio de exercício profissional de 17,7 anos.

Execução das atividades

As atividades desenvolvidas ao longo de todo o projeto foram agrupadas em seis fases, de acordo com as orientações de gestão de projetos: iniciação, definição, planeamento, controlo, implementação e revisão.

Iniciação - nesta primeira fase foi definido qual o problema encontrado e qual a oportunidade a explorar com a implementação deste projeto.

Após reunião com peritos na área dos Cuidados de Saúde Primários, conclui-se que a gestão do risco clínico era prioritária, fundamental e não se encontrava implementada, pelo que se tornou imperativo realizar um projeto que viesse dar um contributo inovador na área da gestão do risco clínico em enfermagem, em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Definição – foi redefinida a compreensão do que se quer alcançar com o projeto e os recursos disponíveis. As atividades desenvolvidas foram: pesquisa bibliográfica sobre a temática da gestão do risco clínico; notificação de incidentes

na prática de enfermagem; definição dos objetivos; tomada de decisão sobre a viabilidade do projeto; definição dos riscos do projeto e tentativas de resolução.

Planeamento - foi definido em pormenor como atingir os objetivos do projeto, quando e como. As atividades desenvolvidas nesta fase foram: definição da duração das várias fases do projeto; definição dos recursos necessários, definição dos intervenientes e das suas responsabilidades; realização de uma reunião com o Conselho Clínico do ACES em outubro de 2010 para apresentação da proposta de projeto, com o objetivo de obter um parecer positivo para a sua execução.

Controlo - esta fase englobou a realização do projeto, a monitorização do seu progresso e o ajuste do plano pré-estabelecido de acordo com as necessidades. Nesta fase, as atividades desenvolvidas foram: elaboração e aplicação do questionário e posterior análise dos dados; elaboração do formulário de notificação de incidentes e elaboração do procedimento de notificação de incidentes na prática de enfermagem.

Implementação – realização de uma reunião de apresentação do projeto, aos enfermeiros das duas unidades funcionais, tendo o mesmo sido implementado em janeiro de 2012.

Revisão – Deve ser feita uma revisão ao procedimento, de forma a se proceder à sua adequação à realidade e dinâmica das unidades funcionais.

Apresentação dos resultados

Através da aplicação do questionário foi avaliada a probabilidade de ocorrência de vinte e cinco incidentes em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Da análise dos dados, verificamos que “Nunca” é uma resposta dada, pelo menos por uma pessoa, em todos os vinte e cinco incidentes enumerados. Este dado indica-nos que, apesar dos 25 incidentes serem os mais referidos na literatura como sendo os que mais ocorrem durante a prestação de cuidados de enfermagem, há sempre pelo menos um enfermeiro inquirido que considera que o incidente não tem probabilidade de ocorrer em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Podemos constatar que, em relação

aos itens “Via incorreta de administração do medicamento” e “Ocorrência de uma agressão ao utente” a mediana e a moda correspondem a resposta “Nunca”. Estes dados indicam que para os nossos inquiridos estes dois incidentes nunca terão probabilidade de ocorrer durante a prestação de cuidados de enfermagem em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Em relação ao item “Administração repetida do medicamento” verificamos que apresenta uma mediana que corresponde a “Raramente” e uma moda que corresponde a “Nunca”. Estes dados indicam que, para a maioria dos inquiridos, este incidente nunca terá probabilidade de ocorrer durante a sua prática de cuidados.

Verificamos que os itens “Erro na identificação do utente”, “Desaparecimento do processo clínico”, “Reação adversa ao medicamento administrado”, “Administração de um medicamento a um doente errado”, “Medicamento não administrado”, “Medicamento administrado incorretamente”, “Medicação não requisitada”, “Frequência incorreta de administração do medicamento”, “Transcrição incorreta do medicamento”, “Administrada dose incorreta do medicamento”, “Preparação incorreta do medicamento”, “Medicamento administrado fora de prazo”, “Ocorrência de seroma na área da punção”, “Ocorrência de flebite no trajeto venoso”, “Material de consumo clínico não requisitado” e “Ocorrência de queda do utente” apresentam uma mediana e moda que corresponde a “Raramente”.

Podemos constatar que o item “Registos de enfermagem não efetuados” obteve uma mediana que corresponde a “Por Vezes” e uma moda que corresponde a “Raramente”.

Os itens “Extravio de folhas do processo clínico”, “Medicação requisitada não fornecida”, “Ocorrência de hematoma no local da punção”, “Material de consumo clínico não fornecido”, “Falha do equipamento” apresentam uma mediana e uma moda que corresponde a “Por Vezes”.

A análise dos dados revela que nenhum dos itens obteve uma média, mediana ou moda de 4 ou 5, que corresponde respetivamente a “Com alguma frequência” e “Frequentemente”. Os enfermeiros identificaram outros incidentes relacionados com a prestação de cuidados de enfermagem em contexto de Cuidados de Saúde

Primários para além dos incidentes apresentados na segunda parte do questionário.

Os incidentes referidos foram os seguintes: rácio enfermeiro/utente desadequado; falta de equipamento; falta de registos de vacinas administradas no sistema de informação ou no boletim de vacinas; material fora de prazo; úlceras de pressão; rutura de stock; falha no encaminhamento de utentes; medicamentos mal rotulados/identificados; falhas no controlo da infeção e utilização desadequada de material de consumo clínico.

Em relação ao grau de importância atribuído pelos inquiridos à notificação de incidentes na prática de enfermagem, 51% referiram que consideravam “Muito importante”, 30,6% consideraram “Extremamente importante”, 16,3% consideraram “Importante” e apenas 2% considerou “Nada importante”.

Com base nestes resultados foi elaborada uma lista de potenciais incidentes relacionados com a prática de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários.

Esta lista consta do formulário de notificação de incidentes na prática de enfermagem, que deve ser preenchido sempre que há uma notificação de incidentes e colocado em caixa própria fechada.

Análise de resultados

Este projeto teve como objetivo implementar um procedimento de notificação de incidentes na prática de enfermagem, com a finalidade de criar um sistema de comunicação, classificação e registo de incidentes que permita em tempo útil prevenir a recorrência dos incidentes relatados, através da análise dos factos e da implementação de ações corretivas/preventivas.

O projeto é responsável por trazer mudanças na prática dos cuidados de enfermagem nas duas unidades onde foi implementado. Os enfermeiros demonstram estar motivados e atentos relativamente aos possíveis incidentes que possam ocorrer na sua prática de cuidados, solicitam sempre que consideram oportuno, reuniões informais para discussão de situações que colocam em causa a segurança do utente e verbalizam que analisam o projeto como uma importante ferramenta que irá contribuir para

uma prestação de cuidados de enfermagem de melhor qualidade e de maior segurança para os utentes. O projeto também trouxe mudanças para os órgãos de gestão da Instituição de saúde, na medida em que se comprometem a promover um ambiente organizacional que promova a aprendizagem e que suporte e incentive a prática da qualidade com a finalidade de providenciar cuidados de saúde de excelência, dos quais os utilizadores irão beneficiar.

Considerações finais

A gestão de risco clínico desempenha um papel vital nas organizações de saúde, fornecendo suporte e informações à gestão estratégica, para propiciar um ambiente seguro aos utentes (Gonçalves, 2008).

Os enfermeiros devem estar cientes dos vários tipos de riscos, de modo a poderem participar ativamente na gestão dos mesmos. Neste processo de participação é fundamental que o enfermeiro identifique e notifique os incidentes que ocorrem na sua prática de enfermagem.

A notificação de incidentes é considerada uma ferramenta importante para o enfermeiro gestor no âmbito da gestão do risco, com vista a identificar e combater as causas dos mesmos, aumentar a segurança do paciente e a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Este projeto trouxe contributos para as duas unidades de cuidados onde foi implementado, uma vez que veio sensibilizar os enfermeiros para a problemática da gestão do risco clínico em enfermagem, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, até à data muito pouco divulgada no ACES. O projeto veio contribuir para uma participação ativa dos enfermeiros, que passa por um lado pela atenção diária relativamente à perceção da probabilidade de ocorrência de incidentes e, por outro lado, pela notificação desses incidentes, com o objetivo de aumentar a segurança do doente e de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

No âmbito dos contributos organizacionais, verificou-se que este projeto inovador veio implementar um processo de gestão do risco clínico, até então inexistente no ACES, influenciando positivamente a política de

qualidade institucional e contribuindo para a obtenção de elevados níveis de excelência em qualidade e segurança.

Referências

- Burkoski, V. (2007). Identifying Risk: The Limitations of Incident Reporting. *In Canadian Nurse*, 103(3), 12-14. ISSN: 0008-4581
- Fragata, J. (2009). Gestão do Risco. In: L. Campos, M. Borges, & R. Portugal, *Governança dos Hospitais*, 75-106. Casa das Letras. ISBN: 978-972-46-1930-9.
- Gonçalves, V. (2008). *Gestão do risco nas organizações de saúde: perceção dos profissionais face ao papel do gestor de risco*. ISCTE Business School.
- World Health Organization. (2008). *World alliance for patient safety: WHO patient safety curriculum guide for medical schools*. First edition draft.

Projetos Inovadores em Gestão em Enfermagem

Transformando os Cuidados de Saúde



Capítulo 4

Enfermeiro Gestor de Caso na promoção da prevenção da violência doméstica: Projeto para a Melhoria Contínua da Qualidade em Cuidados de Saúde Primários

Ana Carmona, Graça Quaresma e Pedro Lucas



Enfermeiro Gestor de Caso na Promoção da Prevenção da Violência Doméstica: Projeto para a Melhoria Contínua da Qualidade em Cuidados de Primários

[Ana Carmona](#)^{1,*}, [Graça Quaresma](#)^{1,2} e [Pedro Lucas](#)¹

¹ Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

² Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, Portugal.

Resumo

Palavras-chave:

- Enfermagem
- Liderança
- Gestão de Caso
- Violência Doméstica
- Cuidados saúde primários

A violência doméstica é um importante problema de Saúde Pública devido à sua magnitude, frequência e repercussões para a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Este trabalho de projeto teve como objetivos aplicar a metodologia de gestor de caso numa Unidade de Saúde Familiar Piloto, visando a melhoria dos cuidados prestados à vítima de violência doméstica. Utilizou-se a metodologia do Projeto de Intervenção preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (2013), do Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade de *Deming* (PDCA). A metodologia do gestor de caso foi operacionalizada através do diagnóstico de situação das necessidades formativas dos profissionais, ao lidar com um problema de saúde complexo e multifatorial, como a violência doméstica. O projeto foi avaliado por indicadores de estrutura, processo e resultado, salientando-se a realização de duas auditorias (interna e externa) com nível de conformidade global de 53%. Teve uma resposta excelente (100%) na sensibilização e capacitação dos profissionais para a implementação da metodologia. Concluímos que a implementação da metodologia de Enfermeiro gestor de caso, aumenta a prevenção, melhora a resposta de cuidados e promove a interrupção do ciclo da violência, obtendo resultados positivos para as vítimas, para a eficiência das organizações, para a segurança dos utentes e satisfação de profissionais.

Como citar:

Carmona, A., Quaresma, G. & Lucas, P. (2025). Enfermeiro gestor de caso na promoção da prevenção da violência doméstica: Projeto para a melhoria contínua da qualidade em cuidados de saúde primários. In Lucas, P., Cruchinho, P., Nunes, E., Teixeira, G., Carmona, A., Ribeiro, S., & Costa, P. (Eds), *Projetos Inovadores na Gestão em Enfermagem: Transformando os Cuidados de Saúde*. (Vol. II, pp. 59-84), <https://doi.org/10.71861/2iv6-qk44>

Este capítulo encontra-se publicado com a licença [International Creative Commons Atribuição 4.0](#)

^{1*} E-mail do autor de contacto – anapcarmona@esel.pt

Descrição/Enquadramento Teórico

A violência doméstica (VD) para além de crime público, é um importante problema de Saúde Pública devido à sua magnitude e frequência, com impacto nas pessoas que a vivenciam, evidenciando assim, repercussões para a saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades (Carmona et al., 2021). É um fenómeno multifatorial definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo o uso de força física ou poder contra si mesmo, ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, e que tem como consequência a possibilidade de aparecimento de lesões físicas, danos psicológicos, alterações de desenvolvimento, abandono ou negligência e inclusivamente a morte (Carmona et al., 2021; OMS, 2002). A Convenção de Istambul define no seu artigo 3º, a violência doméstica como abrangendo “todos os atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem na família ou na unidade doméstica, ou entre cônjuges ou ex-cônjuges, ou entre companheiros ou ex-companheiros, quer o agressor coabite ou tenha coabitado, ou não, com a vítima” (Conselho da Europa, 2013, p. 5).

Da Convenção de Istambul em 2011, que deu continuidade à Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, resultou a indicação para os países envolvidos, de que as organizações e os serviços responsáveis pela aplicação da lei, cooperem de maneira eficaz para a adoção de uma abordagem integrada para a eliminação da violência contra as mulheres e da violência doméstica (Conselho da Europa, 2013). No artigo 20º do documento emanado, foi descrita a importância de garantir que as vítimas de violência tenham acesso a serviços que proporcionem a sua recuperação das consequências da violência. Estas medidas devem incluir, sempre que necessário, serviços de aconselhamento jurídico e orientação psicológica, assistência financeira, auxílio para o alojamento, instrução, formação e assistência na procura de emprego. Mesmo que as vítimas tenham acessibilidade a cuidados de saúde e a serviços sociais, estes devem dispor de recursos adequados e profissionais habilitados, para prestar assistência às vítimas e encaminhá-las para os serviços apropriados (Conselho da Europa, 2013).

Barocas et al. (2016) explicam a violência doméstica como uma forma de comportamento abusivo que pode ser físico, psicológico e

emocional, sexual, e mesmo económico, incluindo as situações de violência contra o parceiro íntimo e também as situações de violência familiar, sendo neste caso exercida entre adultos, como sucedendo entre pais e filhos, ou entre irmãos.

Segundo o relatório *Health at a Glance 2019 - OECD indicators* (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2019), o principal objetivo de um sistema de saúde é promover a saúde dos utentes e das populações. Ser saudável é também promover o bem-estar pessoal, social e económico, pessoas saudáveis geram comunidades saudáveis e colaboram para uma sociedade mais produtiva, próspera e ativa, uma prática de atendimento positiva é um forte sinal de prestação de cuidados de qualidade (OECD, 2019).

Perante as políticas de saúde e a organização dos cuidados de saúde espelhada no Programa do XVII Governo Constitucional, através do Decreto-Lei n. 28/2008 de 22 de Fevereiro, que reconheceu os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como o pilar central do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em que a prestação de cuidados de qualidade se centra nas equipas de família e os Centros de Saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (Decreto-Lei n. 28/2008). Assim, no Artigo 3º está descrito que os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica e desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados; desenvolvendo também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua. Também no Artigo 8º está explicitado que cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, atuando em intercooperação com as demais unidades funcionais do Centro de Saúde e do ACES (Decreto-Lei n. 28/2008).

Os Enfermeiros detêm um importante papel nas equipas de saúde, tanto no reconhecimento e

sinalização da situação de violência, como na resposta de prestação de cuidados às vítimas e suas famílias. Assim, a liderança clínica é uma aptidão extraordinariamente necessária e exigida aos enfermeiros, para influenciar e direcionar as suas equipas para prestar cuidados que respondam às expectativas dos utentes (Amestoy et al., 2014)

Perante o incremento da atenção ao fenómeno da violência doméstica, apesar da subnotificação do mesmo, assim como a sua prevenção como investimento em ganhos em saúde, pela eficiência e eficácia do trabalho em parceria, com participação da saúde como primordial na efetividade dos programas a implementar, surge em 2019 uma atualização ao Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV) através do Despacho n.º 9494/2019.

A constatação do aumento de situações de violência doméstica com necessidade de intervenção, foi sentida pelos elementos da Equipa de Prevenção da Violência no Adulto do ACES, como uma área prioritária, pretendendo assim desenvolver estratégias multisetoriais e respostas rápidas e eficientes, de múltiplas naturezas, na resposta às vítimas do fenómeno da violência. Face a esta problemática, foi enquadrado e desenvolvido um modelo de intervenção integrada sobre a violência interpessoal, a ação de saúde sobre género, violência ao longo do ciclo de vida, reafirmando a importância de uma adequada articulação, intervenção e notificação, entre os profissionais de saúde (intrainstitucional) e os parceiros na comunidade (interinstitucional).

Criou-se uma equipa de projeto e definiu-se um limite temporal alargado para abranger toda a literatura que abordasse a temática em questão, devido à sua escassez no contexto do papel do enfermeiro gestor de caso, em situação de violência doméstica, em Cuidados de Saúde Primários.

Este projeto baseia-se no Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros, com base na metodologia do Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade de Deming ou Ciclo PDCA - *Plan, Do, Check and Act* (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Esta metodologia, também conhecida como Ciclo de *Shewhart*, tem como função principal o diagnóstico, a análise e o

prognóstico de problemas organizacionais, contribuindo para a sua resolução de modo processual, tal como explicado por Pacheco et al. (2009).

Na primeira fase, o projeto foi implementado numa USF piloto do ACES, posteriormente nas restantes USF e já numa terceira fase nas restantes unidades funcionais do ACES, visando sempre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao utente vítima, aos familiares e comunidades. Atualmente, encontra-se em implementação em todas as Unidades Funcionais do ACES.

Finalidade e Objetivos do Projeto

As atividades de melhoria contínua da qualidade devem ser apreendidas como um processo de mudança progressiva e contínua, traduzindo-se em pequenas atividades que ao serem realizadas em conjunto, representam melhorias significativas para as organizações (Rodrigues et al., 2017).

Este trabalho de projeto baseou-se então nas orientações do Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade elaborado pela OE, enquadrando-se em três dos seus seis enunciados descritivos: a promoção da saúde, a prevenção de complicações e a organização dos cuidados.

Todas estas constatações fomentaram o início do projeto de desenvolvimento de boas práticas de intervenção em enfermagem, através do desafio da coordenação/liderança por parte da enfermagem, da equipa multidisciplinar da prevenção da violência no adulto, que se transformou no Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade no referido ACES, através da aplicação da metodologia do enfermeiro gestor de caso.

A gestora do projeto propôs a implementação, na própria equipa e após concordância de todos os profissionais da Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, da metodologia de gestor de caso. Inicialmente, os casos referenciados à equipa são discutidos em reunião semanal, sendo decidida a atribuição ao gestor de caso, profissional da Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, para consultoria, acompanhamento e interligação com os profissionais das respetivas unidades funcionais do ACES, tal como com os parceiros na

comunidade sempre que necessário. Os critérios de distribuição dos casos baseiam-se nas necessidades da vítima, como sendo de assistência social ou de psicologia, seja uma situação que implique recurso à Unidade de Saúde Pública ou a colaboração direta com as equipas das unidades funcionais. Com a evolução do trabalho na Equipa de Prevenção da Violência no Adulto e o bom resultado obtido através desta metodologia de gestão, surgiu a necessidade de melhor agilizar a resposta às situações sinalizadas e ainda enveredar pela prevenção do fenómeno da violência doméstica, a um nível mais micro, ou seja, ao nível das próprias unidades funcionais.

Para além da resposta aos utentes em situação de violência doméstica, também é necessário promover a sistematização e uniformização do rastreio do risco, para prevenir situações de violência doméstica, que vão contribuir para o aumento dos resultados com os utentes, enfermeiros e organizações, ou seja, com todos os atores envolvidos (Prazeres et al., 2014). Para atingir essa finalidade, a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto considerou ser uma mais-valia a implementação da metodologia de gestor de caso para a violência doméstica, igualmente nas unidades funcionais. Este clínico, pelas suas competências e atribuições profissionais, pode contribuir, para além do bem-estar e satisfação dos próprios utentes que têm de lidar com este problema de saúde, também para a economia de custos, entre outros benefícios, que ajudam a sustentar os sistemas de saúde, ao identificar de forma precoce, prevenir, ou minimizar, o fenómeno da violência.

O fenómeno da violência doméstica, enquanto problema e emergência de saúde, deve ser entendido como uma emergência de intervenção comunitária, enquanto promotora da segurança do doente e familiares, face aos números de mortes de mulheres por violência doméstica, que ocorrem atualmente. Torna-se necessária uma intervenção *major* para promover a sua segurança, bem como a dos seus familiares, tendo também em conta uma intervenção estruturada ao próprio agressor. Trata-se assim de uma intervenção multidisciplinar e simultaneamente individual, que através do gestor de caso, pode contribuir para melhorar a prestação de cuidados de saúde (Martins et al., 2020). Por seu lado, para uma intervenção total e sustentada à família, por ser difícil criar uma relação de confiança com famílias com membros agressivos e abusivos, os

enfermeiros podem assim agir como gestores de caso, coordenando e mobilizando os outros profissionais de saúde e os parceiros na comunidade (Stanhope & Lancaster, 2016) na resposta integrada e em rede, dos cuidados a prestar.

De forma a compreender melhor a situação e identificar a necessidade de intervenção nesta área, realizámos uma análise SWOT utilizando a técnica de *brainstorming* durante uma das reuniões da Equipa de Prevenção da Violência no Adulto.

A matriz de análise SWOT resultante da reunião da equipa pode ser consultada na tabela 1. Após esta reflexão foi delineada a finalidade de promover a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados à vítima de violência doméstica e seus familiares, assim como aos agressores, através da implementação do projeto de intervenção, dirigido às unidades funcionais do ACES, baseado no atual PNPVCV (Despacho n.º 9494/2019).

	S Strength (forças)	W Weaknesses (fraquezas)
Interna (Organização)	- Comunicação e resolução efectiva dos problemas, em equipa EPVA. - Cultura organizacional de USF (Desigualdade organizacional entre USF e UCSP ao nível da carga de trabalho e ambiente de trabalho). - EPVA equipa multidisciplinar, reestruturada, altamente motivada e cúmplice, com entendimento sustentado em relação aos procedimentos de intervenção, para resposta às situações reportadas. - Crescimento / empoderamento da EPVA relacionado com procedimentos de intervenção de qualidade, na resposta aos utentes. - Necessidade por parte das USF/UCSP de intervenção e formação por parte da EPVA, para melhoria da avaliação de risco e consequente prestação de cuidados.	- Demora na aprovação de documentos normativos e operacionais por parte do CCS e DE. - Organização interna demasiado burocratizada. - Demora na autorização para a implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade. - Cultura organizacional de UCSP (Desigualdade organizacional entre USF e UCSP, ao nível da carga de trabalho e ambiente de trabalho). - Falta de recursos numa área de especialidade para colaboração com a equipa- Elo de Ligação na área da Psiquiatria.
	O Opportunities (oportunidades)	T Threats (ameaças)
Externa (Ambiente)	- Necessidade governamental (de políticas de saúde) para melhoria de respostas em saúde à temática da violência. - Comunicação social dá maior importância e ênfase ao problema da violência nas suas variadas vertentes: Violência Doméstica e de Género, Violência no Namoro, Tráfico de Seres Humanos, Violência contra os Profissionais de saúde. - Articulação com os parceiros da Rede de Intervenção: Ministério Público, PSP, CMA e outros. - O Processo de acreditação do ACES Amadora e a existência de um grupo de trabalho ao nível do CCS para a melhoria contínua da qualidade.	- Falta de respostas efectivas para a resolução dos problemas por parte dos parceiros. - Timings de resposta muito desadequados às reais necessidades, por parte dos parceiros. - Procedimentos difíceis de colocar em prática por falta de recursos.

Tabela 1 - Registo de Matriz da Análise SWOT.

A finalidade do projeto centrou-se então na promoção de boas práticas de intervenção dos profissionais de saúde, junto das vítimas de violência doméstica, através da implementação da metodologia de enfermeiro gestor de caso.

O objetivo geral foi implementar a metodologia de enfermeiro gestor de caso, nas unidades funcionais de um ACES da região de Lisboa, visando a melhoria dos cuidados prestados à vítima de violência doméstica.

Os objetivos específicos iniciais foram:

- Aplicar a metodologia de gestor de caso numa USF piloto;
- Sensibilizar os profissionais de saúde da USF para a identificação da violência doméstica como um problema de saúde;
- Capacitar os enfermeiros da USF como gestores de caso, na prevenção da violência doméstica;
- Promover a utilização das ferramentas de registo (Registo Clínico de Violência do Adulto e SClínico), pelo gestor de caso e restante equipa, na USF;
- Formar o gestor de caso e a restante equipa da USF para a importância da execução do rastreio de risco de violência doméstica;
- Avaliar o projeto em desenvolvimento de enfermeiro gestor de caso, na USF piloto.

Planeamento do Projeto

O Ciclo PDCA ou Ciclo de *Deming* desenvolve-se em 4 fases distintas e bem definidas, sendo a primeira fase planear (*Plan*), que integra 4 dimensões: Identificar e descrever o problema; percebê-lo e dimensioná-lo; formular os objetivos iniciais do projeto, e perceber as causas (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Na primeira dimensão o problema deve ser claro, preciso, conciso e mensurável. Deve ser identificado o desvio da norma ou padrão desejados. Na segunda dimensão, para uma compreensão mais aprofundada do problema, deve incluir-se uma breve descrição da sua evolução e proceder à análise da situação, respondendo a questões como onde, quando, o quê e como, entre outras. Na terceira dimensão, definem-se os objetivos, as estratégias – que devem ser quantificáveis – e as ações necessárias para os concretizar.

Por fim, na quarta dimensão, para identificar as causas, além da revisão bibliográfica previamente mencionada, é fundamental consultar dados locais e recolher contributos de

todos os membros da equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A organização dos cuidados a prestar à vítima, após instalada a violência doméstica, revela-se de grande importância. Consequentemente, ao prevenir o abuso e a agressão física ou psicológica, ao assegurar uma resposta eficaz aos indivíduos e à situação de violência doméstica, podemos prevenir complicações futuras de vários âmbitos: físicas, psicológicas, sociais e culturais, económicas, entre outras, tanto para as vítimas como para as famílias e os agressores. Prevenir a agressão e o abuso evitando a violência doméstica; ou incentivar a vítima a recomeçar uma nova vida, através do planeamento e aproveitamento dos recursos individuais, familiares ou existentes na comunidade, após suportar uma situação de violência, é extremamente importante de forma a garantir a segurança, a promover o seu bem-estar e autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2001) e como resultado obter ganhos em saúde para a comunidade onde estão inseridos, vítima e agressor.

A abordagem deste fenómeno da violência doméstica encontra-se integrada no regulamento do perfil de competências de enfermeiro gestor. De acordo com o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, o enfermeiro gestor deve contribuir para o processo de desenvolvimento da Governação Clínica, nomeadamente operacionalizar o processo de melhoria contínua da qualidade, incentivando e implementando processos de trabalho e auditorias (Regulamento n. 76/2018).

Por sua vez, a evidência científica tem demonstrado que a implementação da metodologia do enfermeiro gestor de caso em diversos projetos de melhoria de cuidados em problemas de saúde é eficaz, não só para aumentar a satisfação e segurança do doente, mas também para promover a satisfação dos profissionais. Como resultado, observam-se ganhos significativos em eficiência para as organizações (Carmona et al., 2021).

A seleção da USF como unidade piloto do projeto, advém de já ter uma estrutura organizada em termos de sistematização de procedimentos, possuindo normas de procedimentos internas, respeitantes a outros problemas de saúde, elaboradas e revistas pelos profissionais, com uma metodologia e um Plano

Anual de Auditoria Interna já implementado. Os instrumentos produzidos são utilizados para a obtenção de resultados de melhoria contínua da qualidade. A existência desta cultura de qualidade foi, sem dúvida, facilitadora para a implementação do projeto.

Relativamente à caracterização dos profissionais intervenientes no projeto piloto, a equipa era constituída por 8 enfermeiros que exercem funções nesta USF e que tinham uma média de idades compreendida entre os 47 e os 56 anos, e os 8 médicos entre os 36 e os 63 anos de idade. Em relação aos 5 secretários clínicos, as idades variavam entre os 43 e os 58 anos de idade.

Todos os profissionais clínicos (8 médicos e 8 enfermeiros) da USF assistiram às formações realizadas, tendo estado ainda presentes 2 secretários clínicos na segunda formação, o que foi considerado relevante por todos os profissionais da USF. Estiveram presentes nas formações via ferramenta informática, 10 profissionais, tendo estando os restantes 8 presencialmente, na sala de reuniões da USF. Dos 18 profissionais presentes, apenas 16 responderam ao questionário *Google Forms*®, ou seja, responderam apenas os profissionais que estiveram presentes em ambas as formações. Podemos observar os seus escalões etários no gráfico da figura 1.

Por último, e na fase posterior (terceira fase), o projeto será implementado nas restantes unidades funcionais do ACES, que pelas suas características de gestão próprias e com diferentes ambientes da prática de enfermagem, exigem, para atingir o sucesso, que o projeto se encontre numa fase de desenvolvimento mais coesa e fortalecida, o que permitirá uma maior uniformização, em todo o ACES.

Identificar e descrever o problema

Na prática clínica, temo-nos deparado com situações de violência doméstica já instalada, perpetuada após várias idas aos cuidados hospitalares, que são por vezes identificadas em sala de tratamentos, ao longo do processo de cuidados, de cura física, ou quando, já tardiamente, recebemos reporte tardio dos serviços de assistência social hospitalares, de admissões nos Serviços de Urgência, de utentes após agressões físicas, com necessidade de continuidade de cuidados ao nível da comunidade.

A realidade do aumento de situações de violência doméstica e a respetiva necessidade de intervenção, foi sentida por nós enquanto Equipa de Prevenção da Violência no Adulto do

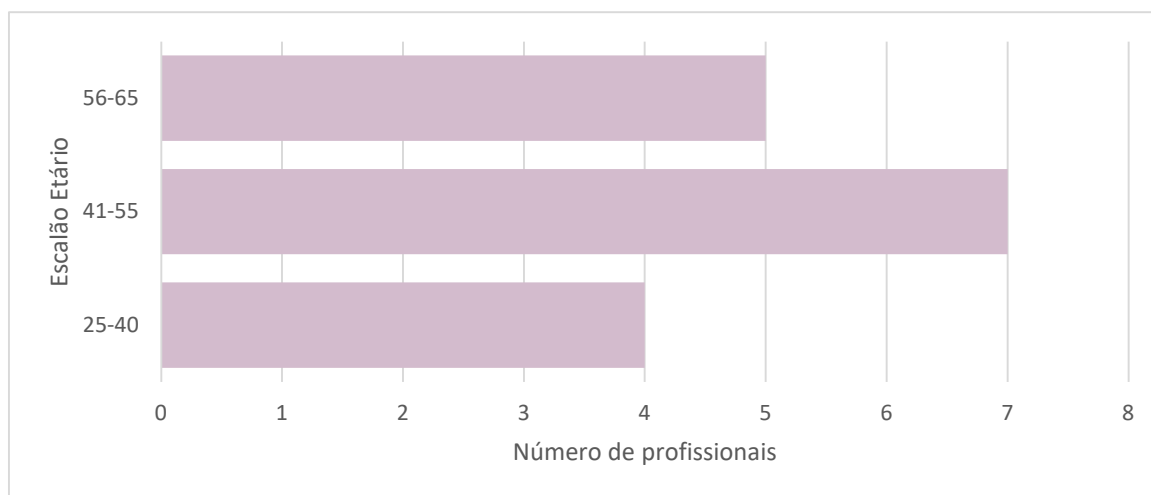


Fig. 1 - Escalões etários dos profissionais participantes nas formações e que responderam ao questionário Forms.

Na segunda fase do desenvolvimento do projeto, o seu propósito centra-se na sua disseminação pelas restantes USF do ACES, apenas após o sucesso absoluto da sua implementação na USF piloto.

ACES, como uma área prioritária, uma vez que na nossa área de abrangência ocorrem muitas situações de violência doméstica que, quando chegam ao conhecimento dos profissionais de saúde, já foram transpostas as fases de risco e mesmo de perigo, para uma fase de situação de

violência já sofrida e por vezes de perpetuada, num ciclo de violência.

Assim, tornou-se primordial intervir de forma precoce, logo aos primeiros sinais de risco ou ainda na ausência de sinais evidentes, para prevenir o fenómeno da violência doméstica, através de rastreios que possam identificar, de modo sistematizado, as potenciais vítimas.

Para isso, os elementos da equipa de projeto definiram então a realização de reuniões semanais para discussão das situações recebidas, resolução e encaminhamento para as entidades competentes respetivas, consultoria aos profissionais das unidades funcionais, autoformação e preparação de formação para os profissionais do ACES, posteriormente para os parceiros na comunidade e para a própria população. Decidiram também, após alguns meses a trabalhar segundo a metodologia de gestor de caso, que esta metodologia nos traria uma articulação mais célere entre os vários atores envolvidos, na colaboração com o profissional que sinalizou a situação, tal como na resposta à mesma, e por isso, implementar esta metodologia também ao nível das unidades funcionais do ACES.

Perante a complexa realidade da violência doméstica, a equipa do projeto identificou, em alguns profissionais de saúde, dificuldades em lidar com este fenómeno. Foram evidenciadas objeções em interpelar os utentes, dificuldades na avaliação, acompanhamento e prestação de cuidados às vítimas e suas famílias. No contexto da prestação de cuidados – sejam eles curativos, de encaminhamento para profissionais que oferecem apoio psicossocial ou de sinalização para a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto – verificou-se que, nem sempre, os registos eram realizados de forma sistemática nas ferramentas disponíveis, como o SClínico e o Registo Clínico de Violência no Adulto.

Foram percecionados ainda, vários constrangimentos relacionados com o seguimento mais frequente dos utentes, como por exemplo, através de marcação, na presença e de acordo o utente, de uma nova consulta para acompanhamento. Neste tipo de intervenção foram também identificadas pela equipa de projeto, necessidades formativas para os profissionais de saúde das UF.

Perceber o problema e dimensioná-lo

A violência doméstica é uma problemática que preocupa toda a sociedade, tendo um impacto expressivo também na saúde e, naturalmente, na qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade, com consequente aumento dos custos em saúde.

Segundo dados do Relatório Anual de Segurança Interna, em relação ao ano de 2019, a violência doméstica assumiu o valor mais elevado desde 2010, estando a tipologia de violência doméstica contra o cônjuge ou análogo, em destaque com 84% em relação aos outros tipos de violência doméstica. Continuam a ser os municípios da área metropolitana de Lisboa, à qual pertence este ACES, onde se registaram maior número de ocorrências em termos absolutos - 6.721 ocorrências (Sistema de Segurança Interna, 2019), em relação ao contexto nacional. Segundo o mesmo relatório e em relação ao ano de 2020, a violência doméstica contra o cônjuge ou análogo mantém-se em destaque com 85%, mantendo-se os municípios da área de Lisboa em primeiro lugar, apesar de um ligeiro decréscimo no número de ocorrências – 6258 ocorrências (Sistema de Segurança Interna, 2020).

No segundo semestre de 2019, a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto do ACES contabilizou 74 situações de Violência Doméstica, notificadas pelos profissionais de saúde e parceiros da comunidade. Contudo, segundo os dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), e relacionando com dados municipais, em 2019 e na área de abrangência do município, o número de situações de violência doméstica apoiadas foi de 192 (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2020) e 511 os crimes registados pelas polícias em relação ao crime de violência doméstica (PORDATA, 2021).

Já no ano de 2020, ano de pandemia e confinamento, existiu uma aparente diminuição dos casos sinalizados à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto da nossa área de intervenção, que contabilizou apenas 53 situações de violência doméstica, ao longo de todo o ano, sendo 206 o número de vítimas contabilizados pela APAV (APAV, 2021), enquanto os crimes registados pelas polícias em relação ao crime de violência doméstica apresentaram uma aparente diminuição para 463 (PORDATA, 2019), parecendo assim existir factualmente uma subnotificação dos casos, tal

como percecionado pela Equipa de Prevenção da Violência no Adulto.

Na prática clínica, tivemos a perceção de que estas situações estão subavaliadas e subnotificadas, por variadíssimas razões, que vão desde a dificuldade dos profissionais em detetar e realizar a avaliação do risco de violência doméstica, seja por falta de tempo em consulta (médica e de enfermagem), ou por falta de conhecimentos de como identificar situações de risco e/ou de lidar com utentes em situação de violência doméstica e também muitas vezes a própria vítima solicita o silêncio do profissional, devido ao receio de temer, pela sua própria segurança.

Para uma melhor apreciação dos dados mais recentes do ACES da região de Lisboa, no que diz respeito à violência doméstica e as características sociodemográficas das comunidades e da população nele inscrita, foram estudados os dados retirados do relatório, realizado anualmente por esta Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, a *Ficha de Avaliação da Ação de Saúde sobre Género Violência e Ciclo de Vida*, referente ao ano de 2020 (Equipa de Prevenção da Violência no Adulto do ACES Amadora, 2020).

Ao relacionar a natureza da violência com a faixa etária e o sexo, pudemos aperceber-nos que a violência afetou na sua grande maioria, mulheres. A forma mais reportada de violência doméstica foi a física, principalmente na faixa etária dos 25 aos 44 anos. Pudemos verificar também que na faixa etária dos 44 aos 64 anos ainda predomina a violência física, sendo a violência psicológica também bastante significativa.

Quanto à tipologia podemos perceber, que a violência nas relações de intimidade foi em número bastante significativo, principalmente na faixa etária dos 25 aos 44 anos e ainda entre os 45 e os 64 anos. Também situações de violência mais específicas imputadas à violência de género (mutilação genital feminina) e à violência contra pessoas com deficiência ou incapacidade, assumiram também valores elevados de reporte, neste caso de forma mais visível nas faixas etárias mais jovens; entre os 18 e 24 anos e entre os 25 e os 44 anos.

Para uma melhor visibilidade e compreensão da grandeza da natureza da violência e de forma a facilitar a priorização das atividades os dados foram compilados sob a forma de Diagrama de

Pareto (Figura 2). Perante o gráfico percebemos que no ano de 2020, na área de abrangência do ACES, em relação à natureza da violência, a mais reportada foi a física, com 57,5 %, que em conjunto com a psicológica, apresentam um valor de 88,5%. Já no caso de negligência ou privação tivemos um reporte de 11,5%. Pelos dados analisados, constatou-se que a violência física é sem dúvida a forma de violência mais

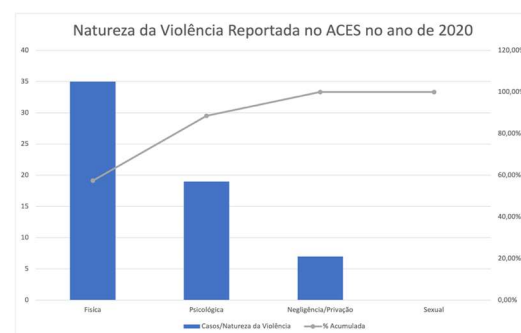


Fig. 2 – Gráfico de Pareto.

visível; será por essa característica que é a que tem um valor mais elevado estando as outras menos visíveis também menos identificadas?

Assim, compreende-se como prioritária a adoção de medidas de rastreio e prevenção; a importância da procura ativa por parte do profissional clínico, através da implementação de um conjunto de questões habituais e rotineiras, direcionadas para o diagnóstico de risco, independentemente da presença ou não de indicadores de violência, de forma direta, empática e sem juízos de valor. É necessário que este rastreio seja realizado a sós com o/a utente, tal como recomendado para a deteção precoce e avaliação do risco (Prazeres et al., 2014). Também o encaminhamento e a sinalização das vítimas de violência doméstica, por parte dos profissionais de saúde que estabelecem uma relação de confiança com os seus utentes, de forma a evitar a escalada de violência e o risco elevado ou perigo, se torna primordial. Dado tratar-se uma temática complexa e de grande impacto na pessoa e na dinâmica familiar, necessita de parcerias e de um trabalho em rede que seja promotor da sua minimização e/ou resolução de uma forma mais adequada e individualizada para vítima e agressor.

Para o atingir dos objetivos traçados, a equipa de projeto considerou então como cruciais as estratégias a adotar no processo de implementação do projeto:

- Realizar ações de formação, solicitadas pela equipa do projeto, à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, na USF, para o desenvolvimento e implementação do mesmo, de forma a capacitar os profissionais para a metodologia do enfermeiro/médico gestor de caso, no âmbito da violência doméstica. Sensibilizá-los através da intervenção formativa, para a importância do mesmo, envolvendo-os neste processo, de forma que todos colaborem para a operacionalização e melhoria dos cuidados prestados;
- Aplicar um questionário *Google Forms*® aos profissionais da USF, para avaliação do impacto das formações realizadas, bem como de identificação de necessidades ainda sentidas pelos mesmos em relação à temática;
- Efetuar monitorizações através de auditorias internas e externas, de acordo com os indicadores de estrutura, processo e resultado, previamente definidos no âmbito do projeto de intervenção, no âmbito da temporalidade previamente definida.
- Realizar reuniões para partilha em equipa, da evolução do projeto, com apresentação de resultados das auditorias realizadas, relativos às metas e objetivos;
- Elaborar, de acordo com a realidade da USF e recursos existentes, Norma de procedimentos interna (Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, 2018), para a melhoria da resposta às situações de violência doméstica e prevenção da mesma.

Para esta operacionalização foi necessário perceber as causas inerentes a esta problemática.

Perceber as causas

Acredita-se que neste ACES, as situações de violência doméstica sofridas estão subnotificadas nas unidades funcionais, pois não existem implementados processos eficientes de

registo, de forma sistematizada, que forneçam informações de forma a permitir a continuidade de cuidados através do delinear de um plano de segurança que resulte na prevenção da perpetuação da violência doméstica. Neste ACES também não se encontravam implementados sistemas de rastreio ou planos de avaliação de risco para a prevenção da violência doméstica, durante as consultas Médicas e de Enfermagem, nas várias valências de saúde familiar.

A inexistência de uniformização e sistematização nos registos clínicos em SClínico, para a continuidade dos cuidados, para além do registo em Registo de Saúde Eletrónico; tal como a ausência de abordagem de uma avaliação de risco para a violência doméstica, por parte dos profissionais clínicos, levou-nos a tomar conhecimento da situação, quando esta já se encontrava instalada. Sempre que se identifica uma situação de violência doméstica ou se realiza uma avaliação de risco, é fundamental que esta prática seja devidamente documentada. O registo deve incluir tanto a avaliação efetuada como as medidas adotadas, em articulação com o utente, com o objetivo de prevenir a continuidade e a perpetuação da situação.

Embora exista, há já mais de três anos, uma forma eficiente de registo no Registo de Saúde Eletrónico para situações específicas de violência de género, como a Mutilação Genital Feminina/Corte – desenvolvida pela Equipa de Coordenação do Plano Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida –, apenas recentemente foi implementado um registo mais abrangente e transversal aos vários níveis de cuidados de saúde: o novo Registo Clínico de Violência em Adultos. Contudo, muitos profissionais de saúde ainda não estão familiarizados com esta ferramenta, desconhecendo mesmo a sua existência, o que tem dificultado a sua aplicação prática e o desenvolvimento consistente em contexto clínico e comunitário.

Esta ferramenta informática tem como objetivo documentar todas as intervenções relacionadas com situações de violência doméstica, promovendo a melhoria da documentação em enfermagem através dos registos efetuados na plataforma. Além disso, pretende-se que funcione como um instrumento facilitador da comunicação interprofissional e do conhecimento objetivo da situação, permitindo

uma intervenção mais eficaz e articulada entre os profissionais nos diversos níveis de cuidados. Pretende-se assim, permitir a acessibilidade aos profissionais clínicos nos vários níveis das estruturas da saúde, promovendo a continuidade e integração de cuidados, funcionando em rede, para que possam intervir atempadamente em resposta às necessidades das vítimas, antecipando a atuação do agressor e prevenindo a revitimização.

Pretende-se ainda que seja possível pela facilidade no registo, através da interoperabilidade da informação entre instituições e diferentes níveis de cuidados, tal como a comunicação das situações entre profissionais de saúde, a continuidade de cuidados tanto à vítima, como ao agressor. Torna-se então essencial a implementação da realização da avaliação de risco de forma uniformizada e sistematizada, através de rastreio e deteção precoce de situações de violência, avaliação de indicadores de risco, estabelecimento de planos de intervenção ajustados à situação de vitimização, promovendo a proteção e segurança dos/as utentes (Prazeres et al., 2014).

A Equipa de Prevenção da Violência no Adulto tomava conhecimento das situações de violência ocorridas através do formulário de Notificação/Referenciação, enviado pelo profissional de saúde que identificou a situação de violência, mas não existia uma avaliação precoce de risco, nem o delinear de atuação adequada, com e para cada indivíduo e situação.

Para que tal aconteça de forma sistemática e eficiente foi necessário o desenvolvimento de programas de formação, para os profissionais clínicos, por forma a dar um passo eficaz na identificação e tratamento das vítimas de violência (Stanhope & Lancaster, 2016).

Perante esta realidade foi realizada uma pesquisa de consenso utilizando a técnica de *Brainstorming*, em presença de todos os profissionais da USF piloto do ACES, numa das suas reuniões semanais, orientada por um dos elementos da equipa de projeto na USF, tendo sido obtidos variados motivos de impacto, para as subnotificações e intervenções dos profissionais clínicos.

Foram também identificadas as motivações da equipa da USF piloto e as suas necessidades para

uma atuação mais coordenada e eficaz, na resposta à problemática da violência doméstica. Naturalmente e após esta reflexão, foram identificadas variadas causas para a dificuldade de atuação dos profissionais de saúde na prevenção da violência doméstica, enquadrando-se no momento como a maior de todas, a sobrecarga de trabalho adicional a que a pandemia obrigou todos os profissionais. Para além desta foram então descritas:

- Dificuldade dos profissionais em lidar com as situações de violência doméstica (vítima ou agressor) - no âmbito do crime público *versus* dever de sigilo profissional;
- Confronto de valores profissionais e socioculturais;
- Falta de profissionais formados, ao nível da unidade funcional, com conhecimento nesta temática para função de consultoria, formação entre pares e interligação direta com Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, órgão consultor e formador – Gestor de caso;
- Ausência de sistematização de rastreios de deteção precoce de situações de violência, e dificuldade na realização da avaliação de risco por parte dos profissionais;
- Normas e procedimentos descritos em documentos oficiais, como por exemplo o Guião de Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde (Prazeres et al., 2014), de difícil consulta, demasiado gerais e com necessidade de adequação à realidade da unidade funcional;
- Dificuldade, resistência e falta de sensibilização dos profissionais para a importância de realizar os registos em SCLínico e Registo Clínico de Violência no Adulto.

Após esta abordagem da temática foi ainda utilizada outra ferramenta de gestão, mais especificamente usada para a gestão de processos de melhoria e aperfeiçoamento contínuo, tal como elucidado por Barducci et al. (2018): o Diagrama de Causa/Efeito, Diagrama de Ishikawa, Diagrama 6M, ou Diagrama de Espinha de Peixe como é mais conhecido. Foi então realizado pela equipa de projeto, através da técnica de *Brainstorming*, (Figura 3) para

possibilitar a identificação, melhor compreensão e organização das causas que levaram à existência de uma ineficaz prevenção da violência doméstica, no ACES. Perante todas estas constatações e para melhor sistematizar o desenvolvimento do projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, descrito pela OE, na dimensão “perceber as causas”, foi desenvolvida uma

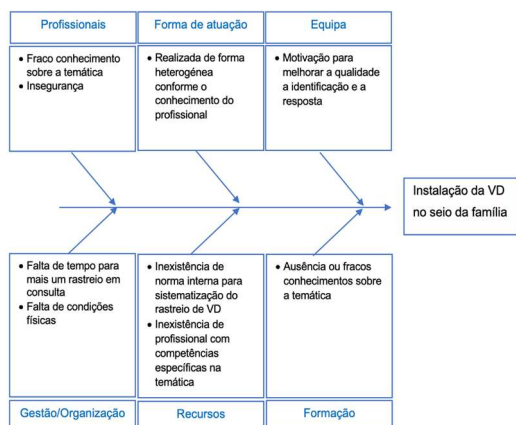


Fig. 3 – Diagrama de Causa-Efeito/Diagrama de Espinha de Peixe.

check list para Avaliação da Qualidade, sustentada por Heather Palmer (Ordem dos Enfermeiros, 2001, 2013) que contempla na sua *check list*, 10 dimensões estruturantes para os indicadores e para o planeamento e desenvolvimento do projeto. Assim, as dimensões estudadas com este projeto foram, a adequação técnico-científica e a efetividade da aplicação do rastreio e avaliação de risco de violência doméstica. A unidade de estudo desenvolvida centrou-se ao nível de todos os profissionais clínicos da USF, ao implementarem o registo da consulta realizada em relação ao problema de saúde da violência doméstica e de rastreio de risco de violência doméstica, uma vez por ano, a todos os utentes inscritos. Contempla também a definição dos objetivos que neste projeto se centraram na implementação da metodologia de gestor de caso na USF, através da sensibilização, formação e capacitação dos profissionais clínicos para a identificação e prevenção da violência doméstica, como problema de saúde; e da promoção da utilização das ferramentas de registo (Registo Clínico de Violência no Adulto e SClínico), pelo gestor de caso e restante equipa, não esquecendo a avaliação do projeto ao longo de todo o seu desenvolvimento. A temporalidade programada para o desenvolvimento do projeto será até ao término

do ano de 2023, pois este projeto compreendeu três fases de operacionalização, tendo sido a 1ª fase, a de implementação do projeto na USF, abordada neste documento. Como projeto de melhoria contínua da qualidade que é, terá continuidade numa 2ª fase do projeto onde será replicado, nas restantes USF do ACES, previsivelmente até final de 2022, sendo posteriormente desenvolvido numa 3ª fase nas restantes unidades funcionais do ACES (UCSP e UCC).

A fonte de dados foram os registos realizados nos sistemas de informação disponíveis (SClínico e RSE- Registo Clínico de Violência no Adulto), um questionário *Google Forms*®, as notas de reuniões e os relatórios de auditorias.

Os dados foram recolhidos através de uma análise retrospectiva e concorrente com avaliação através de auditoria interna e externa.

Foram então delineados os Indicadores possíveis para avaliação do programa de Melhoria Contínua da Qualidade; indicadores de estrutura, de processo e de resultado sendo ainda complementados pelos indicadores epidemiológicos:

- Os indicadores de estrutura, com a existência de uma norma de procedimento e de um plano de formação para os profissionais de saúde da USF piloto e de uma *check list* para auditoria;
- Os indicadores de processo, com percentagem de utentes com avaliação de risco em SClínico em primeira consulta do ano, percentagem de utentes com registo de situação de violência doméstica em Registo de Saúde Eletrónico – Registo Clínico de Violência no Adulto e com o aumento do número de situações de violência doméstica referenciadas/notificadas à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, com correto preenchimento da respetiva ficha de notificação;
- Os indicadores de resultado, com a implementação da metodologia do enfermeiro gestor de caso na USF piloto e com o aumento do número de situações de violência doméstica referenciadas/notificadas à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, com

correto preenchimento da respectiva ficha de notificação e/ou registo de situação de Violência Doméstica em RSE – Registo Clínico de Violência no Adulto.

No caso dos indicadores epidemiológicos, a Prevalência - número de situações de médio e alto risco de violência doméstica avaliadas, e a Incidência - número de novos casos de utentes vítimas de violência doméstica, em relação à população abrangida pela USF. A figura 4, mostra a relação entre os indicadores de estrutura, processo e resultados.

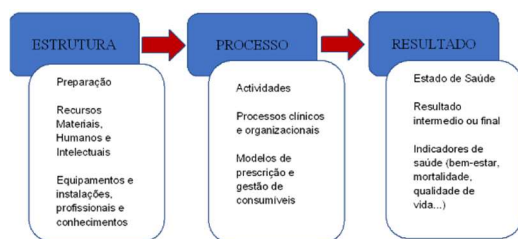


Fig. 4 - Modelo de Donabedian para a melhoria da qualidade: Indicadores de Estrutura-Processo-Resultado.

O tipo de medidas corretivas introduzido ao longo do desenvolvimento deste projeto, foi sendo aplicado conforme intervenção prevista. Iniciando com as medidas educacionais, como a formação em serviço aos profissionais, para uma maior sensibilização e capacitação, para a eficiência e eficácia dos cuidados a utentes em risco ou em situação de violência doméstica. As medidas comportamentais, com a identificação e valorização das competências do gestor de caso e alteração comportamental dos profissionais de saúde que integram a equipa, no sentido da procura do gestor de caso sempre que necessário (como consultor, formador, em caso de necessitar de mobilizar recursos externos à unidade funcional, entre outros). Também as medidas estruturais, com introdução de melhorias nos gabinetes de atendimento para promover condições de privacidade adequadas ao atendimento prioritário de utentes em situação de perigo de violência doméstica e também para reunião da equipa que se encontra a tratar a situação de risco/perigo. Finalmente as medidas disciplinares, através da realização de reuniões e notas de reuniões (internas e externas) para compreensão, envolvimento e compromisso dos profissionais no processo, na evolução e continuidade do projeto.

Execução das atividades

A segunda fase do ciclo de Deming, ou ciclo PDCA, caracteriza-se pelo executar (*Do*) das atividades anteriormente planeadas. Consiste em envolver no processo de aprendizagem a organização e os indivíduos; organizar, capacitar, aplicar e implementar o que foi planeado (Pacheco et al., 2009). Os profissionais envolvidos no projeto devem comprometer-se com o processo participando em continuidade na sua implementação.

Nesta perspetiva e perante os números da violência referenciados, recolhidos e analisados pelo grupo de trabalho, a equipa de projeto considerou então delinear as seguintes atividades:

- Realização de reunião de apresentação do projeto aos profissionais da USF piloto em colaboração com a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, via ferramenta informática *Teams*®;
- Realização de reunião com a equipa da USF piloto para apresentação do projeto e decisão sobre a implementação da metodologia de gestor de caso para a violência doméstica, via ferramenta informática *Teams*®;
- Elaboração de Protocolo de Implementação de projeto com equipa da USF piloto;
- Realização de reunião de formação sobre “Rastreio de violência interpessoal em CSP” (via ferramenta informática *Teams*® e em simultâneo presencialmente na UF, com o gestor de caso);
- Aplicação de questionário *Google Forms*® a todos os profissionais clínicos da UF através de envio de link via email;
- Realização de reuniões de conselho geral com o gestor de caso e a sua equipa da unidade funcional após as formações, para organização metodologia de gestor de caso, respectiva interligação com enfermeiro e médico de família e sobre dificuldades sentidas pelos profissionais na implementação;
- Reuniões de supervisão e acompanhamento entre gestor de caso e gestor de projeto;

- Realização da Norma de procedimento interna para o circuito intervenção e avaliação de risco de violência doméstica,
- Realização de Auditorias Internas e Auditorias Externas com execução dos respetivos Relatórios;
- Tratamento e análise de dados; identificação das melhorias, partilha com a equipa de projeto da USF piloto e correção das inconformidades encontradas em auditorias.

Devido ao contexto pandémico, muitas destas atividades que inicialmente estavam definidas para uma determinada data, tiveram de ser alteradas no tempo, e realizadas *à posteriori*.

Apresentação dos resultados

A terceira fase do ciclo de *Deming*, ou ciclo PDCA, caracteriza-se pelo analisar (*Check*) dos dados obtidos após execução das atividades, em relação ao decidido na fase de planeamento (Pacheco et al., 2009). Na análise dos resultados deve-se verificar se os objetivos foram ou não alcançados, através da monitorização feita pelos indicadores anteriormente definidos (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A diferença encontrada na análise de dados entre o previamente planeado e os resultados obtidos através do processo, constitui o problema a ser resolvido na fase seguinte (Pacheco et al., 2009).

A metodologia utilizada para a análise dos dados obtidos através do *Google Forms*®, das auditorias realizadas e ainda da leitura e observação e análise das notas e atas das reuniões foi a descritiva, entendendo-a como facilitadora deste processo de melhoria. Foi realizada uma avaliação das várias atividades desenvolvidas através de um questionário *Google Forms*® e dos relatórios das auditorias (interna e externa) realizadas.

O resultado de ambas as auditorias (interna e externa) foi sobreponível e equivalente tendo sido obtido o nível de conformidade total global de 53%.

Dos 9 critérios auditados verificou-se que 5 deles obtiveram nível de conformidade > 50%, tendo os critérios 5 (sinalização/referenciação à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto através da ficha pré-existente e normalizada) e

7 (situação encaminhada para as autoridades competentes, segundo as necessidades avaliadas), obtido um nível de conformidade total de 100%. Já em relação ao critério 6 (colaboração com o gestor de caso na situação registada) o nível de conformidade foi de 67%, uma vez que existiu uma diminuição da avaliação do nível de conformidade, em relação à auditoria interna, em virtude de uma das situações observadas uma ter sido considerada como Conforme em vez de Não Aplicável, pois tratava-se de uma situação registada pelo próprio gestor de caso.

O critério 2 (registo de situação de Mutilação Genital Feminina em Registo de Saúde Eletrónico) foi considerado como NA (Não Aplicável) por não se ter observado nenhum caso de MGF nas situações auditadas.

Os critérios que obtiveram um nível de conformidade > 50%, e que se percebeu que é necessário melhorar, estão relacionados com:

O critério 8 (marcação de nova consulta para acompanhamento da situação) foi de 43%, tendo-se constatado a preocupação com a marcação da consulta posterior ainda pouco sistematizada. Esta constatação também foi associada à dificuldade na operacionalização a nível informático e também ao nível logístico (como exemplo: agendas fechadas; inexistência de vagas de consultas, entre outras).

Para o critério 1 (registo da situação de violência doméstica em Registo Clínico de Violência no Adulto = 0% foram consideradas várias razões: desde o sistema informático se encontrar frequentemente offline, impossibilitando este registo; passando pelo considerar a ferramenta informática, Registo Clínico de Violência no Adulto, demasiado complexa e consumidora de tempo de consulta clínica, mesmo após a primeira atividade formativa, e ainda em alguns casos o desconhecimento da ferramenta informática, com referência à necessidade formativa.

Também para o critério 9 (registo em SClínico e Registo Clínico de Violência no Adulto, conforme Norma de Procedimento interno de intervenção e de avaliação de risco de Violência Doméstica) = 0%, foi considerado ainda existir desconhecimento da mesma, por ser recente e ainda não se encontrar sistematizada a sua utilização.

A implementação deste projeto não implicou gastos acrescidos referentes aos recursos humanos nem recorrer a horas extraordinárias de trabalho, tal como foi espelhado em protocolo de implementação do projeto.

Para a avaliação do projeto foram ainda considerados os indicadores possíveis para avaliação do projeto de Melhoria Contínua da Qualidade.

No caso dos indicadores de estrutura, foi realizado um protocolo de implementação de projeto com a USF Piloto e desenvolvida a Norma de procedimento interno com algoritmo de intervenção de avaliação de risco de violência doméstica (Norma de procedimento com fluxograma), com descrição das competências do gestor de caso. Também foram realizados os relatórios das primeiras auditorias interna e externa, instituído um plano de formação para os profissionais da USF, com aplicação final de um questionário *Google Forms*® para avaliação das formações e das dificuldades e restantes necessidades formativas.

Quanto ao dia temático anual sobre prevenção da violência doméstica foi comemorado em conjunto com os parceiros e na comunidade.

Em relação aos indicadores de processo foi tida em conta a percentagem de utentes com avaliação de risco em SClinico em primeira consulta do ano, tal como a percentagem de utentes com registo de situação de violência doméstica em RSE - Registo Clínico de Violência no Adulto. Foi ainda percecionado um aumento do número de situações de violência doméstica referenciadas/notificadas à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, com correto preenchimento da respetiva ficha de notificação.

Para os indicadores de resultado foi conseguida a implementação da metodologia do enfermeiro gestor de caso na USF piloto. Também foi constatado o aumento do número de situações de violência doméstica referenciadas/notificadas à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, com correto preenchimento da respetiva ficha de notificação, apesar de ainda existir um deficiente registo de situação de Violência Doméstica em RSE – Registo Clínico de Violência no Adulto.

Uma das dificuldades encontrada na realização das formações foi a complexidade na comunicação e interação com os profissionais que se encontravam online, via ferramenta informática *Teams*®, tendo sido por esse motivo usada uma metodologia mais expositiva; enquanto presencialmente as formações e as reuniões foram muito mais interativas, participativas e elucidativas, uma vez que era mais fácil colocar dúvidas, debater ideias e partilhar opiniões.

Perante a elevada percentagem de profissionais que aparentemente desconheciam ainda a Norma de procedimento interna elaborada, pareceu-nos necessário efetuar uma maior divulgação da mesma usando o e-mail, apresentando-a numa das reuniões periódicas de formação interna da USF, e ainda, dando aos profissionais a oportunidade de ler a norma e assinar posteriormente uma folha de registo em como tomaram conhecimento sobre a mesma. Foi também enviada por email para todos os profissionais da USF. Foi ainda discutida, *a posteriori* e presencialmente, por todos em Reunião de Conselho Geral.

Foi elaborada *check list* para a auditoria interna (AI) e para a externa (AE) (Figura 5) pela coordenadora do projeto, em colaboração com o gestor de caso.

	Check List de Auditoria	C	NC	NA	NO	Observações
1	Registo de Situação de VD em RCVA					
2	Registo de situação de MGF em RSE					
3	Registo em SClinico de Avaliação de Risco/ rastreio Violência Interpessoal (Avaliação inicial e avaliação familiar)					
4	Registo de procedimentos realizados após avaliação de risco					
5	Sinalização/referenciação à EPVA através da ficha pré-existente e normalizada					
6	Colaboração com gestor de caso na situação registada					
7	Situação encaminhada para as entidades competentes, segundo as necessidades avaliadas					
8	Marcação de nova consulta para acompanhamento da Situação					
9	Registo em SClinico e RCVA conforme Norma de Procedimento					
10	Total					

Fig. 5 – Check List de Auditoria

Ambas as auditorias foram realizadas usando o mesmo referencial, os mesmos critérios e metodologia. Perante as atuais condições de pandemia e sobrecarga de trabalho, considerando que nunca tinha sido realizada qualquer avaliação de risco para violência doméstica antes da implementação do projeto,

sendo ainda estas auditorias as iniciais para a temática, foi considerado um nível satisfatório uma conformidade > 50%, mas com espaço para melhorar muito mais e futuramente atingir um nível de conformidade total superior a 80% conforme preconizado.

Foram obtidos resultados sobreponíveis em ambas as auditorias com exceção do critério 6 que se encontra no âmbito da colaboração do profissional clínico com o gestor de caso, em virtude de em AI ter sido considerado um critério C (Conforme) incorretamente, quando deveria ter sido considerado NA (Não Aplicável).

Em relação ao critério 2, referentes a situações de violência doméstica especiais, como sendo a Mutilação Genital Feminina/Corte, foi considerado como NA, no período definido, por não se ter observado nenhum caso nas situações de violência doméstica auditadas.

O nível de conformidade total global foi de 53%, tendo sido considerado, como um nível satisfatório de conformidade, devido ao contexto pandêmico em que foi desenvolvido este projeto. Apesar de reconhecer que só se deve considerar como satisfatória quando a conformidade é atingida a partir dos 80%, ou seja, em outras condições seria considerada como uma conformidade parcial, um dos objetivos também se enquadra na satisfação dos profissionais com a implementação da nova metodologia.

O critério 5, referente à sinalização/referenciação à Equipe de Prevenção da Violência no Adulto através da ficha pré-existente e normalizada e o critério 7, que se refere ao encaminhamento para as entidades competentes, segundo a avaliação de risco e das necessidades dos utentes, em situação de violência doméstica, obtiveram um nível de conformidade total de 100%. Os profissionais clínicos auditados demonstram preocupação em preencher a ficha de referenciação corretamente e com todas as informações necessárias e também proporcionar acompanhamento ao utente identificado em situação de Violência Doméstica, ao encaminhá-lo para outro profissional.

Os restantes 3 critérios obtiveram um nível de conformidade > 50%.

Em relação ao critério 8, já com um nível de conformidade menor (43%), foi identificada

ainda uma fraca sistematização da marcação de consulta posterior, para acompanhamento da situação do utente e novo rastreio de avaliação de risco. Foram referidas dificuldades na operacionalização a nível informático e a nível logístico, por parte dos secretários clínicos (como exemplo: agendas fechadas; inexistência de vagas de consultas, entre outras). Todos os profissionais da USF se mostraram envolvidos e motivados para ultrapassar esta dificuldade, comprometendo-se a programar as suas consultas e agendas de forma mais eficiente, até à próxima AE.

Para os critérios 1 e 9 relacionados com o registo em SClínico e em Registo Clínico de Violência no Adulto, foi obtida uma inconformidade de 100%, pois nenhuma das situações de violência doméstica identificadas foi registada corretamente.

Para o critério 1 com nível de conformidade de 0%, em que nenhuma das situações de violência doméstica identificadas foi registada em Registo Clínico de Violência no Adulto, foi explicado estar relacionado com o desconhecimento da ferramenta informática por parte de alguns profissionais, que referiram sentir necessidade formativa; outros consideraram-na demasiado complexa e consumidora de tempo de consulta clínica, mesmo após a atividade formativa. Foi ainda referido que o sistema informático se encontrava frequentemente *offline* impossibilitando este registo.

Quanto ao critério 9, referente ao registo em SClínico e Registo Clínico de Violência no Adulto, conforme a Norma de Procedimento interno elaborada, o nível de conformidade foi de 0%. Tal como já percecionado pelas respostas obtidas através do questionário *Google Forms*® e confirmado perante a percentagem de inconformidade em relação à Norma de procedimento, este critério carece de medidas corretivas, já identificadas em conjunto com a equipa. Tal como sugerido anteriormente, uma maior divulgação da norma, dando aos profissionais a oportunidade de a ler e assinar posteriormente uma folha de registo de presenças, por exemplo na RCG da USF, em como tomaram conhecimento sobre a mesma.

Também a promoção de nova formação, presencial e utilizando exemplos práticos, pode facilitar o processo de aprendizagem e comprometimento dos profissionais da equipa,

para o registo conforme norma de procedimento.

Reforçando que nas auditorias quer interna, quer externa, se obteve nos critérios 1 e 9, um nível de conformidade zero, que importa rapidamente melhorar e envolver os profissionais para o registo em SClínico e em Registo Clínico de Violência no Adulto, tal como para o comprometimento da aplicação da Norma de procedimento desenvolvida.

Finalmente foram analisados os indicadores de estrutura, processo e resultado anteriormente delineados.

Quanto aos indicadores de estrutura constatámos:

- Existência de Protocolo de implementação de projeto com a USF piloto;
- Existência de plano de formações para os profissionais da USF;
- Existência de um gestor de caso para a prevenção da violência doméstica, nomeado internamente em RCG da USF piloto, sendo este o profissional clínico mais motivado e diligente na temática;
- Existência de um questionário *Google Forms*® para avaliação das formações;
- Existência de *check list* para as auditorias interna e externa;
- Existência de sistema de informação com possibilidade de registo das situações de violência doméstica, tal como de avaliação de risco para a mesma;
- SClínico – Registo em processo clínico da avaliação do risco, com forma de registar diferente para médicos e enfermeiros, mas visualizados por ambas as categorias profissionais;
- Existência de Norma de procedimento interno para avaliação de risco de violência doméstica; Norma de procedimento com descrição de competências da Equipa de Prevenção da Violência no Adulto e do clínico gestor de caso e ainda fluxograma de atuação;

- Existência de folheto/panfleto, para fornecer ao utente em consulta, para prevenção da violência doméstica;
- Existência de notas/ata de reuniões em equipa (USF Piloto e equipa de projeto), que se tornaram instrumentos extremamente úteis de desenvolvimento do projeto;
- Existência de relatórios das auditorias (interna e externa), ferramentas de monitorização que também demonstram a preocupação de uma aprendizagem e melhoria contínua, ao constatar e descrever tanto as falhas como os sucessos, com o objetivo de identificar e corrigir, ao longo do desenvolvimento do projeto;
- Existência de um dia temático anual (25 de nov.) dedicado à realização de atividades com medidas educacionais à comunidade, para a prevenção da violência doméstica, com participação num evento comemorativo, já realizado em 2021.

Quanto aos indicadores de processo (input) constatámos:

- Nos resultados obtidos através do questionário a percentagem de profissionais da USF piloto participantes na apresentação da equipa de projeto e apresentação da metodologia de gestão de caso foi de 76% sendo de 100% no caso dos profissionais clínicos (médicos e enfermeiros). Quanto à formação sobre rastreio de violência interpessoal e competências e funções do gestor de caso a percentagem de profissionais clínicos da USF piloto participantes foi de 86% mantendo 100% no caso dos profissionais clínicos; estando desta vez presentes 2 secretários clínicos (profissionais administrativos). Também a percentagem de profissionais clínicos participantes nas formações que responderam ao questionário foi de 100%;
- Quanto aos resultados obtidos em auditorias a percentagem de profissionais clínicos participantes nas

formações, que efetuam registos de avaliação de risco ou situação de violência doméstica no SClínico foi de 57% enquanto a % de profissionais clínicos participantes nas formações que sinalizam corretamente à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto foi de 100%;

- Quanto ao número total de utentes (anual) com avaliação de risco de violência doméstica (em relação ao número total de utentes frequentadores da USF), efetuada conforme norma de procedimento interna elaborada, só será possível avaliar numa fase mais avançada do projeto. Inicialmente não se trabalhava a prevenção e não se realizava o rastreio de avaliação de risco; apenas eram tratadas as situações de violência doméstica após a sua instalação; apesar de ser uma área de extrema importância para a sinalização das situações, antes de estar instalado o incidente, ou o ciclo da violência doméstica.

Quanto aos indicadores de resultado (output) concluímos:

- Foi realizada nomeação interna de 2 gestores de caso (1 médico e 1 enfermeiro), em RCG da USF. No início do projeto, em reunião, foi nomeado apenas um gestor de caso médico, mas após as formações foi nomeado mais um gestor de caso, desta vez enfermeiro;
- Em AE obtivemos, em relação aos casos de violência doméstica notificados à Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, com evidência de registo em SClínico uma percentagem de conformidade ainda de 57%, sendo este um indicador ainda a melhorar, por forma a contribuir para a redução do número de casos de revitimização;
- A satisfação dos profissionais, perante a nova metodologia de trabalho de gestor de caso para a violência doméstica, é também um indicador que só será possível avaliar numa fase mais avançada do projeto, por ser recente a nomeação do gestor de caso

enfermeiro (em SClínico os registos são diferentes para enfermeiros e médicos), pela desmotivação e cansaço que a pandemia tem causado nos profissionais, entre outras razões.

Também pelos vários motivos já referenciados, os indicadores epidemiológicos serão avaliados apenas depois de um ano de implementação e desenvolvimento do projeto.

A auditoria interna, e a partilha entre os pares dos seus resultados, concedeu aos profissionais um maior conhecimento e sensibilização, em relação a considerar o fenómeno da violência doméstica, como um importante e emergente problema de saúde. Os profissionais verbalizaram, ainda em reunião, uma maior preocupação em acompanhar a vítima, realizar a marcação de consultas posteriores, para além do encaminhamento para os outros profissionais (psicólogo, psiquiatra, assistente social, entre outros), sempre que assim era avaliado como necessário. Durante o período de auditoria externa verificou-se ainda existir alguma desmotivação por parte da equipa que realizou a auditoria interna, por não terem obtido os resultados pretendidos, mas simultaneamente, um maior propósito de divulgar e melhorar a Norma de procedimento interna construída.

Análise de resultados

Após a apresentação do projeto de Melhoria Contínua da Qualidade à Direção Executiva (DE) e ao Conselho Clínico e de Saúde do ACES, no final do ano de 2019 foi considerado aceite e seguidamente apresentado em reunião de coordenadores das UF; contudo foi necessário suspender provisoriamente, a sua implementação e desenvolvimento devido ao contexto pandémico iniciado em 2020. Foi então necessário readaptar objetivos e decidiu-se pela implementação do projeto, através da aplicação da metodologia do gestor de caso, numa USF piloto.

Após autorização da DE para o seu desenvolvimento a equipa de projeto definiu as estratégias de intervenção.

Ao longo do tempo, coube ao líder do projeto/enfermeiro gestor a gestão estratégica dos recursos, das necessidades de formação e das relações nas equipas, bem como a

promoção da satisfação dos profissionais e da qualidade dos cuidados prestados.

A sensibilização dos profissionais de saúde da USF piloto, para a identificação da violência doméstica como um problema de saúde, foi um objetivo amplamente atingido através da reunião de apresentação do projeto. Foi identificado e mobilizado um profissional clínico da USF, inicialmente médico, mais motivado e familiarizado com a temática, para atuar como gestor de caso e corresponsável no projeto. Todos os profissionais de saúde da USF se mostraram sensibilizados para a compreensão do fenómeno da violência doméstica como um grave problema de saúde pública (Bradbury-Jones, 2015; Carmona et al., 2021). Demonstraram também necessidade de introdução de melhorias nos gabinetes de atendimento, de modo a promover condições de privacidade adequadas ao atendimento prioritário de utentes em situação de perigo de violência doméstica, ou em alternativa, criar um espaço com condições de acolhimento e privacidade para consulta programada de forma a realizarem uma melhor avaliação de risco violência doméstica.

Foi então elaborado e aprovado em RCG, o protocolo de atuação e normas de intervenção na USF piloto.

Também o objetivo referente à capacitação de enfermeiros e médicos da USF piloto como gestores de caso, para a prevenção da violência doméstica, foi bem conseguido. Foi preparado e aplicado à equipa da USF um questionário para avaliar a efetividade das formações e identificar as dificuldades dos profissionais, de modo a direcionar respostas formativas; tendo sido ainda elaborada uma norma de procedimento interno de intervenção e avaliação de risco para a violência doméstica.

Foram elaborados folhetos/panfletos a fornecer ao utente em consulta e utilizados os plasmas das salas de espera para visionamento de vídeos sobre prevenção de violência doméstica. Também ficou definido o dia temático anual sobre prevenção da violência doméstica, que foi comemorado em 2021, em conjunto com os parceiros e a comunidade.

O nível de conformidade total global obtido nas primeiras auditorias interna e externa, foi de 53%, tendo sido considerado um nível satisfatório de conformidade, perante os

condicionamentos em que o projeto foi iniciado e desenvolvido. Estes resultados evidenciaram-se como motivadores e impulsionadores para a equipa, no sentido de realizar mais e melhor, de forma a obter um nível de conformidade total (> 80 %), em todos os critérios avaliados, no prazo de 1 ano.

Todos os profissionais clínicos auditados demonstram preocupação, em preencher de forma adequada e com todas as informações necessárias a ficha de referênciação, acompanhando o utente identificado em situação de violência doméstica e encaminhando-o para outro profissional de saúde, ou parceiro na comunidade, conforme a situação identificada (Silva et al., 2017).

Quanto ao objetivo de promoção da utilização das ferramentas de registo Registo Clínico de Violência no Adulto e SClínico), pelo gestor de caso e restante equipa, na USF piloto ainda necessitou de medidas corretivas e maior comprometimento dos profissionais tal como constatado com as auditorias realizadas. Foi então iniciada a preparação de formação prática (presencial) pós-auditorias, após diagnóstico de necessidades identificadas.

Tal como sugerido pelo gestor de caso, os profissionais discutirão a Norma em Reunião de Conselho Geral, promovendo uma maior divulgação da mesma. Todos concordaram que importa rapidamente melhorar, comprometendo-se a fazê-lo após nova formação, de modo presencial, sobre as ferramentas (Prieto et al., 2015), utilizando casos práticos, com presença de todos os profissionais clínicos.

Foram valorizadas pela equipa as competências do gestor de caso e reconhecida a relevância da implementação da metodologia, para além do enfermeiro e médico de família do utente, como elemento de referência, para uma maior acessibilidade dos utentes à UF e aos cuidados de saúde (Armold, 2019; Commission for Case Manager Certification, 2021) em situação de violência doméstica (Carmona et al., 2021).

Quanto ao objetivo de formar o gestor de caso e a restante equipa da USF piloto, para a importância da realização do rastreio sistematizado da violência doméstica, foi sentida pelo gestor de caso uma alteração comportamental dos profissionais de saúde que integram a equipa, no sentido da sua procura, quer como consultor, formador, ou ainda no

caso de necessidade de mobilização de outros recursos externos à UF (Powell & Tahan, 2018), após a formação sobre a temática do rastreio da violência interpessoal.

Nesta fase ainda existe necessidade de reforçar as medidas educacionais (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Pacheco et al., 2009; Silva et al., 2019) como a formação em serviço aos profissionais clínicos, para a uniformização de registos em SClínico e Registo Clínico de Violência no Adulto, de modo que todos para além de realizarem a avaliação de risco aos utentes, de forma sistematizada através do rastreio (Prazeres et al., 2014); a registem nas ferramentas informáticas disponíveis, em consulta de enfermagem e consulta medica, através do uso do algoritmo adaptado de avaliação do risco, conforme norma de procedimento.

A equipa de projeto vai continuar a supervisionar, acompanhar, orientar e continuar a sensibilizar e formar os profissionais de saúde, para a metodologia de gestor de caso, para o rastreio sistemático e uniformizado, tal como para o registo adequado das avaliações de risco realizadas (Carmona et al., 2021; Sprague et al., 2017).

Quanto ao objetivo de avaliação do projeto em desenvolvimento de enfermeiro gestor de caso, na USF piloto, foi considerado como atingido numa primeira fase em que se aplicaram as ferramentas elaboradas.

Posteriormente o sucesso do projeto (Pacheco et al., 2009) deverá ser divulgado pelos parceiros, de forma a estabelecer e desenvolver uma articulação em rede, com as instituições sociais e jurídicas, entre outras organizações tais como Instituições privadas de solidariedade social (IPSS) e Organizações não-governamentais (ONG) existentes na comunidade, para uma resposta mais concertada e em consonância com as necessidades dos utentes (a reiniciar em período pós pandemia).

Considerações finais

Este projeto de melhoria contínua da qualidade permitiu desenvolver competências relacionadas com a Gestão da Qualidade e a Segurança do Utente. Possibilitou

concomitantemente a promoção de motivação, capacitação e satisfação profissional, através da formação, com desenvolvimento de competências e autorrealização; contribuindo em última análise, para a promoção de um bom Ambiente da Prática de Enfermagem” (Carmona et al., 2021).

O fenómeno de violência doméstica é uma emergência de intervenção comunitária, face aos números de mortes de mulheres por violência doméstica, que ocorrem atualmente, tornando-se, necessária uma intervenção *major*, individualizada e multidisciplinar, para promover a sua segurança, tal como a dos seus familiares, e mesmo a do próprio agressor. Os enfermeiros detêm um papel essencial nas intervenções que promovem nas equipas, para alcançar a cobertura universal de saúde e contribuir para a Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Organização das Nações Unidas, 2018), no âmbito desta problemática preocupante. É de extrema importância podermos alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e raparigas, contribuindo para a eliminação de todas as formas de violência, contra todas as mulheres e raparigas, uma vez que ainda lhes corresponde o maior número de vítimas de violência interpessoal.

Analisar o complexo fenómeno da violência doméstica através da perspetiva da Saúde Pública, permitiu compreender as várias dimensões do fenómeno, por forma a ponderar respostas multisectoriais e em rede, fortalecendo o sentimento de que cada um é importante e imprescindível na equipa de saúde, em parceria com os vários atores da comunidade. Facilitou também a perceção das dificuldades em dar resposta às situações de violência doméstica vivenciadas pelos profissionais nas UF, vislumbrando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Esta necessidade transversal às várias equipas de profissionais clínicos no ACES fez nascer o projeto de intervenção, na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, enquanto projeto inovador no desenvolvimento de boas práticas em saúde, através da implementação da metodologia de enfermeiro gestor de casos.

Através da revisão integrativa da literatura foi ainda possível uma melhor compreensão da temática. A evidência científica demonstrou que

a metodologia de gestor de caso, com as suas competências, é uma mais-valia para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a utentes com situações de saúde complexas e multifatoriais, como os utentes em situação de violência doméstica. O desenvolvimento profissional do gestor de caso consiste na associação do conhecimento, relacionando-o com as suas atividades e responsabilidades, articulando e demonstrando seu valor para a prática clínica. A pesquisa de evidência científica possibilitou igualmente, o desenvolvimento da abordagem de acordo com o novo Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida.

A gestão da mudança é difícil a nível pessoal, profissional e organizacional. Ser líder transformacional neste contexto é um trabalho oneroso. Foram encontrados alguns obstáculos numa organização demasiado burocratizada, o que também dificultou o desenvolvimento do projeto nos *timings* programados, dificultados pelo contexto pandémico.

A partilha entre a equipa de projeto, a Equipa de Prevenção da Violência no Adulto e os profissionais da USF piloto dos resultados obtidos, com os ganhos e limitações impulsionou as propostas para novas intervenções, vislumbrando sempre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, no caminho da excelência.

A pandemia, dificultou a mobilização de recursos para outros programas e projetos de saúde, que afetou inclusivamente a implementação mais célere do projeto na USF piloto, a motivação dos intervenientes manteve-se firme para a continuidade e o desenvolvimento, para as fases dois e três, do projeto de melhoria da qualidade dos cuidados, em relação à violência doméstica.

Este projeto veio demonstrar a importância das competências do enfermeiro gestor para um bom ambiente da prática de enfermagem. Iniciando na competência de liderança e de motivação de equipas, tanto as de enfermagem como as multidisciplinares, o enfermeiro gestor é o impulsionador da mudança, no caminho da excelência para a prática de cuidados, promovendo boas relações multidisciplinares entre médicos, enfermeiros e outros profissionais das equipas, organizando os recursos existentes na organização, promovendo a segurança e a qualidade dos

cuidados prestados pelas equipas multiprofissionais.

Através da realização deste projeto de melhoria contínua da qualidade, foi possível incrementar o envolvimento e o comprometimento das equipas, no que diz respeito à garantia das boas práticas profissionais, através do desenvolvimento de competências de reflexão e análise crítica do desempenho profissional, em relação a uma problemática demasiado preocupante e complexa, em termos da saúde da comunidade. Com a sua maior proximidade à comunidade os CSP detêm um papel primordial para a prevenção da violência e na evicção de revitimização. A implementação da sistematização e uniformização do processo de registo da avaliação do risco de violência doméstica é imprescindível para a prevenção.

Ao introduzimos a formação direcionada para as características organizacionais e pessoais, dos profissionais da USF piloto, obtivemos uma maior motivação e comprometimento com o desenvolvimento do projeto, apesar de este (como inovador que é) ainda não se encontrar em indicadores de contratualização dos CSP. A satisfação dos profissionais foi evidente ao ter diariamente ao seu lado um colega, o gestor de caso, que detinha maior conhecimento na complexa problemática da violência doméstica, colaborando com a equipa de família para a melhor acessibilidade do agregado familiar aos cuidados de saúde, assim como à articulação das respostas na comunidade em que se encontram inseridos.

Recomendações

Relativamente às implicações para a investigação, no futuro seria pertinente desenvolver estudos nesta área de intervenção dando assim contributos para melhorar o contexto das práticas clínicas e capacitar os profissionais de saúde para uma melhor intervenção no âmbito da prevenção da violência doméstica. A implementação de projetos de trabalho piloto para a sistematização e uniformização da avaliação de risco de violência doméstica, adaptada às características organizacionais e de liderança das respetivas UF dos ACES, tal como às características das comunidades em que se encontram inseridas, permitirá a respetiva melhoria do ambiente da prática de

enfermagem em CSP, com todas as vantagens que daí advirão.

Este projeto revelou-se ainda uma mais-valia para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em CSP, às vítimas de violência doméstica, seus agressores e familiares; veio assim demonstrar a importância das competências do enfermeiro gestor de caso para melhorar o contexto das práticas clínicas e capacitar os profissionais de saúde para uma melhor intervenção e consequentemente, para um bom ambiente da prática de enfermagem.

Referências

- Amestoy, S. C. Backes, V. M. S., Thofehrn, M. B., Martini, J. G., Meirelles, B. H. S., & Trindade, L. L. (2014). Conflict management: challenges experienced by nurse-leaders in the hospital environment. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(2), 79–85. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.40155>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2020). *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2020*. APAV. https://apav.pt/estatisticas/assets/files/EARA2019_Capa--Estatisticas APAV-Relatorio Anual 2019.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2021). *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2020*. APAV. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas APAV Relatorio Anual 2020.pdf
- Arnold, S. (2019). Case management: An overview for nurses. *Nursing*, 49(9), 43–45. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000577708.49429.83>
- Barducci, G. S., Mendes, L. F., Peraza, R. L. S., Santos, V. H. C., Manzini, S. R., Ferrareze, R. R., & Leoni, J. N. (2018). Automação de processos utilizando diagrama de causa e efeito. *Revista Engenharia Em Ação UniToledo*, 3(1), 71–82.
- Barocas, B., Emery, D., & Mills, L. G. (2016). Changing the Domestic Violence Narrative: Aligning Definitions and Standards. *Journal of Family Violence*, 31(8), 941–947. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9885-0>
- Bradbury-Jones, C. (2015). Talking about domestic abuse: Crucial conversations for health visitors. *Community Practitioner*, 88(12), 40–43.
- Carmona, A. P., Quaresma, M. G. S., & Lucas, P. R. M. B. (2021). Prevenção da violência doméstica: Importância da intervenção do enfermeiro gestor de caso. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 34, 1–8. <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.13426>
- Commission for Case Manager Certification. (2021). *Introduction to the Case Management Body of Knowledge*. <https://cmbodyofknowledge.com/content/introduction-case-management-body-knowledge>
- Conselho da Europa. (2013). *Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica*. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG). https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/conv_ce.pdf
- Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. (2018). *Circular Informativa nº 615 de 16 de Novembro de 2018. DOV.102 – Apoio a pessoa/doente vítima ou suspeita de maus-tratos/negligência*.
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário Da República*, I Série (Nº 38 de 22 -02-2008), 1182–1189.
- Despacho n.º 9494/2019. (2019). Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida. *Diário Da República*, 2.ª Série (Nº 202 de 21-10-2019), 142–143. ELI: https://dre.pt/pesquisa/-/search/125517180/details/normal?!=1&fbclid=IwAR2go-2w3Ab2FrZzwJfA8CsZn-ER32JgRXtm-Vb6F9zeAHxxu_n_62yEs98
- Equipa de Prevenção da Violência no Adulto do ACES Amadora. (2020). *Ficha de Avaliação da Ação de Saúde sobre Género Violência e Ciclo de Vida*. ACES Amadora.
- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I., & Almeida, F. (2020). Frequent users of the pediatric emergency department: To know, to intervene and to evaluate - A pilot study. *Acta Médica*

- Portuguesa, 33(5), 311–317.
<https://doi.org/10.20344/AMP.12769>
- Sistema de Segurança Interna. (2019). *Relatório Anual de Segurança Interna de 2019*. Ministério da Administração Interna.
- Sistema de Segurança Interna. (2020). *Relatório Anual de Segurança Interna de 2020*. Ministério da Administração Interna.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Health at a Glance 2019 - OECD indicators*. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Organização das Nações Unidas. (2018). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo*. Centro de Informação Regional Das Nações Unidas Para a Europa Ocidental.
https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Organização Mundial da Saúde.
<https://dspace.mj.gov.br/handle/1/12736>
- Pacheco, A. P. R., Salles, B. W., Garcia, M. A., & Possamai, O. (2009). *O Ciclo PDCA na Gestão do Conhecimento: Uma abordagem sistémica*. 1–10.
- PORDATA. (2019). *Crimes registados pelas polícias: Total e por tipo de crime*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos.
- Powell, S. K., & Tahan, H. M. (2018). *Case Management: A Practical Guide for Education and Practice* (4ªed). Wolters Kluwer Health. ISBN: 978-1496384256
- Prazeres, V., Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., & Silva, M. C. (2014). *Violência interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Direção-Geral da Saúde.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>
- Prieto, S. G., Buendía, E. L., Corbalán, M. C. M., & Mogente, A. C. (2015). Cribado de violencia de género en un departamento de salud. *Revista Investigacion & Cuidados*, 13(33), 6–12.
<https://www.index-f.com/icuidados/13pdf/33006.pdf>
- Regulamento n.º 76/2018. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 21 de 30-01-2018), 3478–3487.
<https://dre.pt/application/file/a/114591764>
- Rodrigues, R., Oliveira, H. C. V., Trepim, D. M., Paixão, C. H. O. S., & Pinto, A. P. E. F. (2017). A Gestão por Processos como Estratégia Empresarial de Busca da Melhoria Contínua e Qualidade. *CES Revista / Juiz de Fora*, 31(2), 1–27. ISSN 1983-1625.
- Silva, N. N. F., Leal, S. M. C., Trentin, D., Vargas, M. A. O., Vargas, C. P., & Vieira, L. B. (2017). Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. *Enfermagem Em Foco*, 8(3), 70–74.
<https://doi.org/10.21675/2357-707x.2017.v8.n3.1290>
- Silva, R., Oliveira, E., Filho, P., & Nascimento-e-Silva, D. (2019). O ciclo PDCA como proposta para uma gestão escolar eficiente. *Revista de Gestão e Avaliação Educacional*, 1(1), 1–13.
<https://doi.org/10.5902/2318133836102>
- Sprague, S., Scott, T., Garibaldi, A., Bzovsky, S., Slobogean, G. P., McKay, P., Spurr, H., Arseneau, E., Memon, M., Bhandari, M., & Swaminathan, A. (2017). A scoping review of intimate partner violence assistance programmes within health care settings. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 13.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1314159>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public Health Nursing - Population Centered Health Care in the Community* (9ª ed.). Mosby. ISBN: 9780323611114

Projetos Inovadores em Gestão em Enfermagem

Transformando os Cuidados de Saúde



Capítulo 5

Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes: Implementação de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade

Carina Horta e Graça Quaresma



Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes: Implementação de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade

[Carina Horta](#) ^{1,2*} e [Graça Quaresma](#) ^{1,3}

¹ Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

² Hospital dos Lusíadas, Lisboa, Portugal.

³ Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, Portugal.

R e s u m o

Palavras-chave:

- Enfermeiro
- Pacientes diabéticos
- Regime terapêutico
- Melhoria da qualidade
- Projeto de melhoria contínua da qualidade

A coordenação de cuidados na gestão do controle de sintomas e da redução do risco, com a finalidade de minimizar as complicações a longo-termo, requer uma imperativa estruturação de cuidados com o propósito de envolver não só a pessoa com diabetes e a sua família, como também os profissionais de saúde. Este projeto pretendeu desenvolver e implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade relacionado com a adesão ao regime terapêutico à pessoa com diabetes em idade adulta na Consulta de Enfermagem de uma Unidade de Endocrinologia. A implementação do projeto inovador seguiu a metodologia do ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) de Deming (1989) sustentado nas orientações do Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2013). Para a sua operacionalização, desenvolveram-se várias intervenções que exigiram um conjunto alargado de atividades. Como resultados obtidos salienta-se que a avaliação do projeto foi efetuada através da monitorização dos indicadores de estrutura, processo e resultado. Destaca-se a garantia 100% de formação em serviço e 66,7% de formação diferenciada aos enfermeiros da equipa. Quanto à percentagem de clientes com diabetes com valores de HbA1c < 8%, esta apresentou valores entre os 66,7-80,5%. E quanto à avaliação da adesão ao regime terapêutico, verifica-se maior percentagem de adesão da pessoa com diabetes quanto ao regime medicamentoso (60,5%-76%).

Como citar:

Horta, C., Quaresma, G. (2025). Adesão ao regime terapêutico da pessoa com diabetes: Implementação de projeto de melhoria contínua da qualidade. In Lucas, P., Cruchinho, P., Nunes, E., Teixeira, G., Carmona, A., Ribeiro, S., & Costa, P. (Eds), *Projetos Inovadores na Gestão em Enfermagem: Transformando os Cuidados de Saúde*. (Vol. II, pp. 83-100). <https://doi.org/10.71861/yrch-ss18>

Este capítulo encontra-se publicado com a licença [International Creative Commons Atribuição 4.0](#)

^{1*} E-mail do autor de contacto – carinahorta@hotmail.com

Descrição/Enquadramento Teórico

As instituições prestadoras de cuidados de saúde são desafiadas a prestar mais e melhores cuidados aos cidadãos, o que origina novas preocupações, nomeadamente, na melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem no que respeita à adesão ao regime terapêutico na pessoa com doença crónica.

Mundialmente as doenças crónicas, são uma das principais causas de morte (41 milhões de pessoas/ano), equivalente a 71% de todas as mortes no mundo. Estima-se ainda que, anualmente, cerca de 15 milhões destas pessoas se encontram entre os 30 e os 69 anos de idade. Os quatro grupos de doenças crónicas responsáveis por esta morte prematura, refletem-se nas doenças cardiovasculares (17,9 milhões), nas doenças oncológicas (9,3 milhões), nas doenças respiratórias (4,1 milhões) e na diabetes *Mellitus* (DM) (1,5 milhões) (World Health Organization, 2021).

Atualmente, cerca de 9,3% da população em idade adulta (537 milhões), entre os 20 e os 79 anos de idade, vivem com diabetes *Mellitus* (International Diabetes Federation, 2021). Em 2018, a prevalência estimada da diabetes *Mellitus* na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos de idade (7,7 milhões) foi de 13,6%. Significando que mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes, dos quais 56% já diagnosticados e 44% ainda não diagnosticados (Raposo, 2020).

O controlo metabólico deficitário, pode levar a múltiplas complicações, entre as quais, complicações do foro cardíaco e renal, aterosclerose, retinopatia diabética e neuropatia (WHO, 2016), verificando-se a necessidade urgente de prevenir a diabetes *Mellitus*, e melhorar a capacidade de autocontrolo dos níveis de glicose no sangue (Caifang et al., 2020).

Embora a educação para a saúde melhore, efetivamente, o autocontrolo das doenças crónicas, neste campo, a diabetes *Mellitus* continua a ser uma das doenças mais desafiantes, tanto para a pessoa que vive com a doença, como para os profissionais de saúde. O autocontrolo bem-sucedido da diabetes requer uma mudança abrangente e contínua do estilo de vida, e a monitorização contínua de determinados parâmetros como, por exemplo,

os níveis de açúcar no sangue (Caifang et al., 2020). Assim, a educação para a saúde dirigida para a prevenção e controlo da diabetes *Mellitus* visa alcançar melhorias no autocuidado, associado a hábitos alimentares saudáveis, à adesão da prática de atividade física e à promoção da saúde, bem como disponibilizar informação sobre a fisiopatologia da doença, sinais, sintomas e suas complicações (Ginzburg et al., 2018; Torres et al., 2011).

A adesão ao autocuidado na diabetes *Mellitus* passa pela capacitação da pessoa na gestão da medicação, da dieta e do exercício físico, promovendo assim, a mudança de comportamentos e a adoção de um estilo de vida saudável (Oliveira et al., 2016). Sendo que, a educação terapêutica em diabetes se destaca como um dos pilares do tratamento da doença (Fonseca et al., 2018).

A coordenação de cuidados na gestão do controlo de sintomas e da redução do risco, com a finalidade de minimizar as complicações a longo-termo, requer uma imperativa estruturação de cuidados com o propósito de envolver não só a pessoa com diabetes, como também os profissionais de saúde (Taylor & Bircher, 2016).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) refere também que, a nível da Enfermagem e dos cuidados de saúde prestados, deverá ser utilizado um conjunto de indicadores mensuráveis, de forma a proceder à avaliação dos mesmos, a nível quantitativo e qualitativo (OE, 2004). Defende também que a produção de indicadores deverá seguir algumas regras e que estas são baseadas no Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE). O RMDE conclui um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem, ou seja, dimensões específicas da Enfermagem e que, através destes, é possível traduzir o papel do exercício profissional dos enfermeiros na qualidade da prestação de cuidados (OE, 2007). Os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem são aqueles que são relevantes, baseados no âmbito e domínio das intervenções de enfermagem e para os quais há evidência empírica que relaciona o *input* do enfermeiro e o resultado da sua intervenção. Perante estes dados torna-se importante a identificação dos resultados da intervenção da equipa de enfermagem na pessoa com diabetes. Considera-se que estes indicadores têm sido utilizados para a melhoria da qualidade dos cuidados (Doran et al., 2011).

É assim pertinente pensar no desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A implementação deste tipo de projetos parte da “(...) identificação e descrição da situação problemática, do desvio em relação à norma ou em relação a um padrão de comparação que é pretendido alcançar, focalizadas por áreas de atenção da prática de Enfermagem, (...)” (Dias, 2014, p.40).

Os projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem permitem questionarmos e refletirmos com base na evidência acerca da prática clínica, levando à mudança destas mesmas práticas. A Ordem dos Enfermeiros, na senda de outras organizações oficiais e da evidência científica, tem atribuído cada vez mais importância à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e desenvolvido esforços nesta área. Um destes esforços foi a definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que se constituem como um referencial que estrutura e orienta o exercício profissional dos Enfermeiros em Portugal (Dias, 2014; OE, 2001).

Enquanto enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a prevenção de complicações, nomeadamente face à identificação dos problemas potenciais da pessoa, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar as suas consequências e/ou minimizar os efeitos indesejáveis; a readaptação funcional, na procura permanente da excelência no exercício profissional, onde o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação aos problemas de saúde; e a organização dos cuidados de enfermagem onde o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, são considerados enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e relevantes para o desenvolvimento deste projeto (OE, 2001).

Este projeto surgiu no sentido de procurar respostas para alguns constrangimentos ao nível da qualidade, nomeadamente a não existência de uma métrica que pudesse evidenciar a intervenção dos cuidados prestados pelos enfermeiros na Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes (CEPD), da Consulta Externa da Unidade de Endocrinologia, de um Hospital privado da área metropolitana de Lisboa. Acredita-se que esta métrica irá dar

ferramentas aos enfermeiros gestores para a tomada de decisão, planeamento e organização dos serviços.

Finalidade e Objetivos do Projeto

A finalidade deste projeto foi desenvolver e implementar um projeto de melhoria contínua da qualidade relacionado com a adesão ao regime terapêutico (ART) à pessoa com diabetes *Mellitus* em idade adulta, na consulta de enfermagem de um Hospital privado da área metropolitana de Lisboa.

O objetivo geral do projeto foi promover a adesão ao regime terapêutico da pessoa em idade adulta com diabetes *Mellitus*, na Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes, de um Hospital privado da área metropolitana de Lisboa.

O projeto foi planeado de forma a ser desenvolvido por duas fases tendo como objetivos específicos, numa primeira fase: identificar indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionados com a adesão ao regime terapêutico, à pessoa com diabetes *Mellitus* em idade adulta; identificar as necessidades de formação em serviço da equipa multidisciplinar no contexto deste projeto; identificar e desenvolver instrumentos/ferramentas de suporte facilitadores da adesão ao regime terapêutico da pessoa com diabetes *Mellitus* em idade adulta; desenvolver o conhecimento da pessoa com diabetes *Mellitus* para a gestão do seu regime terapêutico; desenvolver a capacidade da pessoa com diabetes *Mellitus* para a gestão do regime terapêutico. Numa segunda fase será desenvolvida a intervenção ao nível do internamento da pessoa com diabetes *Mellitus*, melhorando a referenciação para a Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes e continuar o desenvolvimento de melhoria do sistema de informação, em enfermagem para a avaliação do conhecimento e capacidade da adesão ao regime terapêutico na diabetes.

A metodologia utilizada incluiu a realização de uma *scoping review* de modo a realizar uma fundamentação eficaz do projeto a desenvolver, esta ferramenta ajuda na definição dos conceitos a serem utilizados no desenvolvimento deste projeto, sendo utilizadas também fontes de referência nacionais e internacionais. Este projeto baseou-se ainda no

“Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, elaborado pela OE (2013). Para a operacionalização do projeto foi utilizada a metodologia *Plan-Do-Check-Act* (PDCA), de acordo com o ciclo da qualidade de *Deming* (Deming, 1989; Moen & Norman, 2010).

Planeamento do Projeto

Inserindo-se este projeto no âmbito de um processo de melhoria contínua da qualidade, optou-se pelo recurso ao ciclo PDCA. A escolha desta ferramenta deveu-se ao facto de, para além de ser sugerida pela OE, descrita no “Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, é também frequentemente aplicada a contextos de saúde e uma solução sistematizada para a solução de problemas previamente identificados (Moen & Norman, 2010; OE, 2013).

Plan – Planear (identificar e descrever o problema; perceber o problema e dimensioná-lo; formular objetivos; perceber as causas); *Do* – Executar; *Check* – Verificar; *Act* – Atuar.

Referente à fase *Plan* – Planear. Tendo em conta os conteúdos teóricos, e reconhecendo a diabetes *Mellitus* como um grave problema de saúde pública tanto pelo aumento da sua incidência e prevalência, como também pelos elevados números de mortalidade e morbilidade que origina, tornou-se pertinente o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade na Consulta Externa da Unidade de Endocrinologia de um Hospital Privado da área metropolitana de Lisboa.

De acordo com a pesquisa científica realizada, as propostas de melhoria devem ser orientadas por atividades focadas na diferenciação dos enfermeiros, nomeadamente no que concerne à efetividade da transmissão de conhecimento para a pessoa com diabetes/família, na sedi-

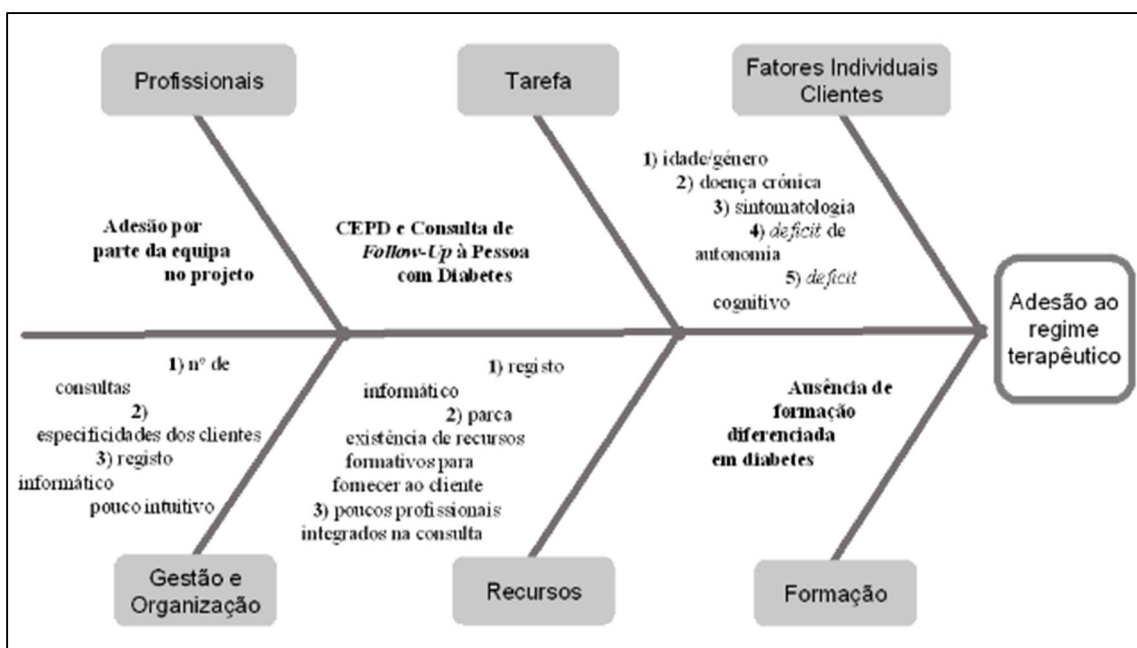


Fig. 1 – Diagrama de Causa-Efeito/Diagrama de Espinha de Peixe.

Segundo Gorenflo e Moran (2010) este ciclo consiste num modelo composto por quatro fases repetitivas, estabelecidas em ordem sequencial, onde o objetivo consiste em solucionar o problema identificado, contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos processos de uma organização. Estas quatro fases merecem um desdobramento para que cada uma seja esquematizada e valorizada na sua importância em todo o ciclo:

mentação desse conhecimento com instrumentos educativos de acordo com as orientações vigentes, na articulação com a equipa multidisciplinar e/ou outras especialidades e na dinamização do processo de enfermagem permitindo a extração efetiva de dados e dos resultados da adesão ao regime terapêutico (Horta et al., 2022). Contudo, este projeto não emergiu apenas de uma sustentação científica, surgiu também da

necessidade identificada pela equipa em dinamizar a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes já realizada no serviço, através da implementação de propostas de melhoria para que os ganhos em saúde para o cliente sejam potenciados ao seu expoente máximo. E, ao mesmo tempo, a possibilidade de extração resultados da efetividade dos cuidados de enfermagem no que respeita à adesão do regime terapêutico, através da identificação, análise e monitorização de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Na Unidade de Endocrinologia, em contexto de consulta externa, semanalmente são agendadas cerca de 20 a 30 Consultas de Enfermagem à pessoa com diabetes, prévias à consulta médica de Diabetes. E, quando sinalizado pela equipa médica ou pela equipa de enfermagem, consultas de *Follow-Up* telefónicas e/ou presenciais. A equipa de enfermagem é constituída por 6 enfermeiros, que trabalham em regime de turnos rotativos das 8h00 às 21h00.

Com a finalidade de compreender as causas específicas e implícitas ao local de prestação de cuidados onde o problema foi identificado, foi realizado um debate com os diferentes membros da equipa de enfermagem, complementado posteriormente com informações provenientes da equipa médica, utilizado como estratégia de análise e

	Strength - S	Weaknesses - W
Interna (Organização)	- Equipa de enfermagem jovem com abertura para a implementação de mudanças nas práticas e para participar em novos projetos; - Motivação para a melhoria da prestação de cuidados; - Coordenação de enfermagem dinâmica que incentiva a implementação de novas práticas.	- Carga de trabalho elevada com inputs de outras especialidades, na consulta externa; - Número de enfermeiros reduzido e elevada taxa de rotatividade dos mesmos.
	Opportunities - O	Threats - T
Externo (Ambiente)	- Processo de reacreditação (Joint Commission International) do hospital; - Projeto inovador na área da consulta de diabetes.	- Demora na autorização para a implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade; - Dificuldade de articulação com a Direção de Organização e Sistemas de Informação (DOSI) - dinamização da documentação de enfermagem no processo clínico informatizado.

Fig. 2 – Matriz de análise SWOT.

compreensão do problema o Diagrama de Causa-Efeito/Diagrama Espinha de Peixe (Figura 1). Para o estudo da viabilidade do projeto no contexto específico onde foi implementado foi essencial realizar uma Matriz de Análise SWOT (Figura 2) através da dinâmica de *brainstorming*

com a coordenação de enfermagem. Após a perceção das causas deste projeto, iniciou-se a preparação do estudo segundo as etapas identificadas por Heather Palmer (OE, 2013) para a avaliação da qualidade.

Nesta fase, identificaram-se os indicadores de qualidade de estrutura, processo e resultado (Figura 3) e as atividades a desenvolver referentes à primeira fase do projeto. Foram ainda planeadas as atividades a executar da fase *Do* – Executar que foram delineadas de acordo não só com os objetivos específicos propostos, como também de acordo com os indicadores de qualidade identificados.

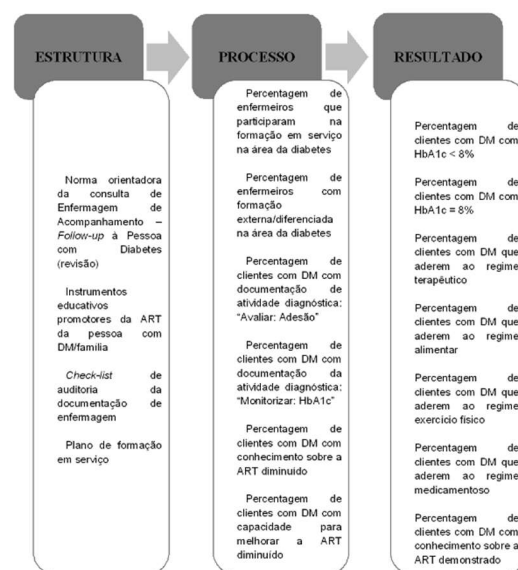


Fig. 3 – Modelo de Donabedian para a melhoria da qualidade: Indicadores de Estrutura-Processo-Resultado

Execução das atividades

Na fase correspondente ao *Do* – Executar no Ciclo de *Deming*, a equipa operacionalizou o projeto de acordo com o seu planeamento, em toda a composição e detalhe, através da execução efetiva das atividades e tendo em vista o cumprimento dos objetivos propostos (Gorenflo & Moran, 2010; Moen & Norman, 2010).

Foi assim essencial seguir o plano de atividades em toda a sua precisão, contudo, e devido à complexidade deste projeto, foram realizadas algumas alterações posteriores ao seu planeamento. Estas alterações prenderam-se essencialmente com o contexto de pandemia vivenciado, e traduziram-se no ajuste temporal do início das atividades previamente planeadas.

As mesmas foram executadas no período compreendido entre janeiro e julho de 2022.

Inicialmente procedeu-se à execução das atividades relacionadas com o pedido de autorização formal da implementação do projeto à Direção de Enfermagem e à Comissão de Ética. Posteriormente, o projeto foi apresentado à coordenação de enfermagem e à equipa multidisciplinar envolvida na realização da Consulta de Diabetes.

Após esta exposição, procedeu-se à escolha do grupo dinamizador do projeto, constituído pelo gestor de projeto e um dos enfermeiros da equipa, ambos elementos de referência da consulta. Este grupo foi responsável pela revisão da norma de funcionamento, pela uniformização dos registos de enfermagem e pela integração de elementos da Consulta de Enfermagem e Consulta de Acompanhamento – *Follow-up* à Pessoa com Diabetes, e pela criação de instrumentos educativos para facultar à pessoa com diabetes *Mellitus*/família.

Foi ainda realizado um investimento na formação em serviço, realizada pela equipa multidisciplinar, onde foram abordados temas pertinentes para a implementação do projeto, como também temas identificados pela equipa de enfermagem. Para além da formação em serviço, foram criadas oportunidades para que a equipa de enfermagem frequentasse formação externa/diferenciada na área da Diabetes.

De forma a diminuir a barreira de comunicação, entre a pessoa com DM/família e a equipa de enfermagem, foi criada uma *mail-box* constituída por elementos desta equipa. Foi ainda implementada uma plataforma de monitorização de glicemia intersticial, que permite visualizar estes dados em tempo real e, simultaneamente, valorizar a consulta de Acompanhamento – *Follow-up* à pessoa com diabetes *Mellitus*.

De forma a consolidar a documentação de enfermagem segundo linguagem classificada – CIPE® no seio da equipa, foi criado um instrumento de auditoria (*check-list*) à documentação de enfermagem no processo de enfermagem. Posteriormente, este instrumento foi aplicado e executados os respetivos relatórios relativos à auditoria interna realizada.

Os resultados explanados nos relatórios de auditoria e a integração efetuada aos

enfermeiros da equipa, foram analisados em reuniões organizadas pelo grupo dinamizador do projeto, nestas reuniões foram definidos planos de ação com as respetivas propostas de melhoria.

Foi ainda pertinente a articulação com a *Chief Nursing Information Officer*, para colmatar algumas dificuldades sentidas no sistema de informação utilizado.

No final da primeira fase, foi realizada uma reunião com toda a equipa para conhecimento e partilha dos resultados obtidos até à data.

Apresentação dos resultados

Após a execução das atividades, o grupo dinamizador do projeto avaliou os resultados recolhendo os dados dos atuais processos relativos aos clientes acompanhados em consulta nomeadamente os resultados obtidos através das três auditorias realizadas e com base na monitorização de indicadores de estrutura, processo e resultado. Durante a sua avaliação procedeu-se à comparação dos dados apurados (Gorenflo & Moran, 2010; Lodgaard & Aasland, 2011; OE, 2013). No ciclo de PDCA esta fase corresponde ao Check – verificação/análise de resultados.

Nesta fase foi prudente analisar o “antes e depois” da implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade. E ainda, verificar se os objetivos foram ou não atingidos, esta verificação poderá ser realizada através da monitorização dos indicadores definidos (Gorenflo & Moran, 2010; Lodgaard & Aasland, 2011; OE, 2013).

Após a operacionalização e consequente análise dos resultados obtidos, a equipa dinamizadora do projeto realizou um momento de reflexão e de debate, por forma a definir medidas corretivas ao planeamento do projeto, e de acordo com os dados obtidos no decorrer do seu desenvolvimento. Apresentam-se as medidas corretivas decorrentes da fase da análise dos resultados obtidos:

A norma orientadora e os folhetos informativos devem ser revistos anualmente, de forma a estes documentos estarem atualizados segundo as recomendações mais recentes nesta área. Deverá ser dada a responsabilidade a um dos enfermeiros de referência da consulta para esse

feito. Sempre que seja considerado oportuno, poderá ser proposta a criação de novos folhetos informativos relevantes para a área; Dada a relevância da documentação de enfermagem, não só para continuidade de cuidados, como também para demonstrar e valorizar a intervenção dos enfermeiros nesta área específica, dando maior robustez à extração de dados, fornecendo assim *inputs*, para a obtenção dos indicadores de qualidade. Por isso é aconselhado que se mantenha a auditoria ao processo de enfermagem através da *check-list* de auditoria à documentação de enfermagem. Ponderar passar a amostra de auditoria para 15 processos por mês; continuar a desenvolver junto da *Chief Nursing Information Officer* e Direção de Organização e Sistemas de Informação a proposta de desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a avaliação do conhecimento e capacidade da adesão ao regime terapêutico na diabetes. No seguimento deste desenvolvimento foi proposto o diagnóstico de enfermagem “Avaliar: conhecimento sobre diabetes”, que aguarda aprovação junto do Grupo de Implementação do Processo de Enfermagem e direção de enfermagem; continuar a desenvolver junto da *Chief Nursing Information Officer* e Direção de Organização e Sistemas de Informação a proposta de desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem específica relacionada com o acompanhamento – *follow-up* de enfermagem à pessoa com diabetes. O desenvolvimento proposto neste sentido, aguarda aprovação junto do Grupo de Implementação do Processo de Enfermagem e direção de enfermagem; manter o plano de formação em serviço anual atualizado, e realizar a formação em serviço para atualização de conhecimentos na área e envolver a equipa nos cuidados à pessoa com diabetes *Mellitus* /família. Continuar a facilitar o acesso aos enfermeiros da equipa de formação externa/diferenciada e congressos na área da diabetes *Mellitus*; articular os cuidados e intervir em parceria com a equipa de nutrição, com a finalidade de referenciar a pessoa com diabetes *Mellitus* para um nutricionista experiente na área da diabetes e poder dar continuidade, na consulta de enfermagem, às recomendações fornecidas na consulta de nutrição; na avaliação do regime prática de exercício físico deverá ser considerado a dificuldade de mobilidade e o nível de dependência da pessoa com diabetes *Mellitus*. Poderá ser elaborado um folheto informativo sobre os benefícios do exercício físico na diabetes, promovendo e valorizando

assim a dimensão do exercício físico no âmbito do regime terapêutico da pessoa com diabetes; reestruturar os indicadores de qualidade referentes ao dado laboratorial da HbA1c. Ponderar incluir os indicadores: “Percentagem de clientes com DM com HbA1c < 6,5%”; “Percentagem de clientes com DM com HbA1c entre 6,5 e 8%”; “Percentagem de clientes com DM com HbA1c ≥ 8%”.

Análise de resultados

Segundo Nickles et al. (2020), os projetos de melhoria contínua da qualidade na área da diabetes devem ilustrar modelos de melhoria que associem mudanças de processo, baseadas em intervenções de enfermagem alicerçadas pela evidência científica mais recente nesta área, com os resultados obtidos na pessoa com diabetes *Mellitus*, traduzidos em benefícios para as mesmas. Desta forma, o planeamento do projeto foi concebido tendo em consideração atividades dirigidas para a equipa de enfermagem, com o desígnio da procura e divulgação da evidência científica atual sobre esta área de atuação, delineando uma linha orientadora comum na transmissão de conhecimentos com segurança e focalizados na adesão ao regime terapêutico da pessoa com diabetes *Mellitus*; e atividades dirigidas para a pessoa com diabetes, desenvolvendo uma consulta estruturada, de acordo com o conhecimento científico obtido, e com o apoio a um conjunto de ferramentas que promovam a adesão ao regime terapêutico.

No decorrer da fase de operacionalização do projeto, a procura pelos resultados efetivos do trabalho desenvolvido e pelo seu impacto na adesão ao regime terapêutico da pessoa com diabetes *Mellitus*, através desta mudança de processo, foi uma preocupação constante da equipa de enfermagem. Os enfermeiros envolvidos demonstraram união através do espírito de equipa e empenho, não só, com a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados na área, como também pela melhoria contínua da qualidade desses cuidados. E, embora seja relevante o desenvolvimento de cuidados de saúde em parceria entre a equipa multidisciplinar evitando a fragmentação e a duplicação de cuidados, nos projetos de melhoria contínua da qualidade o enfermeiro é percecionado como um elemento dinamizador entre a mesma (Ginzburg et al.,

2018; Oba et al., 2020), evidenciado a importância do seu papel na equipa.

Os resultados efetivos da implementação do projeto foram obtidos através da monitorização de indicadores de qualidade. Segundo Donabedian (2003), o conceito de qualidade pode ser definido com exatidão sendo este aspeto fundamental, para à *posteriori*, ser realizada uma monitorização da qualidade que servirá de garantia à sua existência. É, assim, possível avaliar a qualidade dos cuidados tendo por base indicadores de estrutura, processo e resultado. A sua avaliação, monitorização e a apreciação dos cuidados de saúde, são fundamentais no alcance do sucesso de qualquer organização de saúde.

Tendo em conta este fator, procedeu-se assim à análise da monitorização dos indicadores de qualidade, identificados na fase de planeamento do projeto.

No que diz respeito aos indicadores estrutura, e tendo em consideração que estes devem ter em apreciação os recursos materiais e humanos (Donabedian, 2003), foi pertinente pensar na revisão da norma funcionamento da Consulta de Enfermagem e Acompanhamento – *Follow-up* à pessoa com diabetes *Mellitus*, esta revisão apresentou como ponto de partida a atualização de acordo com recomendações nacionais e internacionais mais recentes, para o tratamento e promoção do autocuidado da diabetes *Mellitus*, definição de critérios para o acompanhamento - *follow-up* telefónico e presencial, e referência à documentação da atividade de enfermagem no processo de enfermagem. Foi pertinente incluir na nossa prática recorrente a consulta de acompanhamento – *follow-up* telefónico, não só pela evidência identificada ao nível do controle glicémico e motivação, manifestado num nível superior, para cumprir as recomendações ao nível do autocuidado, como também diminuindo as barreiras geográficas existentes entre a sua morada de residência e o hospital (Chan et al., 2019; Davies et al., 2019). Este último aspeto relevou-se primordial durante o estado de emergência da pandemia vivenciada recentemente (Covid-19).

Considerando que a introdução de estratégias educacionais em diabetes *Mellitus* para os profissionais de saúde envolvidos, traduzem-se em melhorias significativas no atendimento à pessoa com diabetes *Mellitus* (Higgins et al.,

2020; Holtrop et al., 2017). Foi também essencial, estabelecer um plano de formação em serviço, que considerasse temas relevantes para a adesão ao regime terapêutico da pessoa com diabetes e dos quais suscitasse mais dúvidas entre a equipa de enfermagem.

Estas estratégias educacionais não se prenderam única e exclusivamente com os profissionais de saúde envolvidos na operacionalização do projeto, tendo sido elaborados um conjunto de instrumentos educativos dirigidos à pessoa com diabetes *Mellitus*/família, nomeadamente folhetos e o “Guia de Controlo da Diabetes” para registo da autovigilância da glicemia. Este tipo de ferramentas possibilitou a promoção de literacia em saúde na adesão ao regime terapêutico na diabetes *Mellitus*. A existência do plano de formação em serviço foi essencial para se proceder ao desenvolvimento da formação específica na área da diabetes. Ainda neste domínio, torna-se relevante considerar os PQCE, onde a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade, é considerado um dos elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Por fim, e ainda no que respeita aos indicadores de estrutura, foi fundamental o desenvolvimento de uma *check-list* de auditoria da documentação de enfermagem. Este instrumento de auditoria, teve como intuito monitorizar o cumprimento da documentação de enfermagem, segundo a linguagem classificada - CIPE®, no processo de enfermagem na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes de acordo com a norma de funcionamento; e melhorar a eficácia da documentação de enfermagem realizada na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes. Salientando assim, a relevância que a documentação de enfermagem demonstra para a continuidade de cuidados e para dar visibilidade às intervenções dos enfermeiros acerca dos resultados de qualidade da consulta.

Quanto à análise de resultados dos indicadores de processo, foram realizadas duas sessões de formação em serviço, garantido 100% de adesão pelos enfermeiros do serviço, foi ainda possível garantir 66,7% de formação externa/diferenciadas na área da diabetes a estes enfermeiros. Estes resultados demonstraram o envolvimento da equipa de

enfermagem e da equipa médica, que colaborou na realização das formações em serviço. De acordo com Ginzburg et al. (2018), estas estratégias de educação para os profissionais de saúde devem ser constituídas por uma abordagem multidisciplinar e ser baseadas na aquisição de conhecimentos sobre a fisiopatologia da doença, avaliação global da pessoa com diabetes *Mellitus*, desenvolvimento de estratégias de mudança comportamental e melhoria do autocuidado.

Estes momentos formativos revelaram ter sido de extrema importância para a integração de cuidados em equipa e para o desenvolvimento de novos conhecimentos e ganho de confiança, pelo que se torna fundamental continuar a pensar nesta estratégia no futuro, delineando um plano de formação anual nesta área considerando as temáticas referidas pelo autor supracitado e promovendo o envolvimento contínuo de toda a equipa. Ainda considerando os indicadores de processo, procedeu-se à monitorização da percentagem de clientes com diabetes *Mellitus* com documentação da atividade diagnóstica: “Avaliar: Adesão”, os meses com maior taxa de conformidade foram os meses de março (78,2%), maio (65,8%) e junho (56,7%), contudo não foi atingida a meta proposta: 80%. Esta avaliação, segundo a norma de funcionamento, tem a obrigatoriedade de documentação no processo de enfermagem em todas as consultas de enfermagem à pessoa com diabetes.

O facto de não se ter atingido a meta proposta, da parte da equipa de enfermagem, quanto ao registo desta atividade diagnóstica, revela que é essencial a continuação da sensibilização dos enfermeiros para o cumprimento da documentação de enfermagem segundo linguagem classificada – CIPE®. Tendo em consideração que a documentação em enfermagem é a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho de enfermagem, revestindo-se de grande importância, pelo que deve ser rigorosa, completa e realizada de forma correta, pois traduzem a nossa prática profissional (Martins et al., 2008).

Por fim, procede-se à análise dos resultados decorrentes da monitorização dos indicadores de resultado, referentes às alterações desejáveis ou não, com resposta aos cuidados de saúde prestados (Donabedian, 2003). Neste conjunto de indicadores foi importante incluir indicadores relacionados com o valor analítico

da HbA1c, para além de ser um marcador bioquímico de referência na avaliação médica do controle glicémico da diabetes *Mellitus*, os estudos realizados por Andrich e Foronda (2020); Ginzburg et al. (2018); Holtrop et al. (2017); Lim et al. (2018); Oba et al. (2020); Wan et al. (2018) revelaram que a implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade melhoraram os níveis de HbA1c das pessoas com diabetes *Mellitus* incluídas nesses estudos. Neste sentido, foi essencial analisar como se situava este valor analítico nas pessoas com diabetes *Mellitus* que efetuaram a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes.

Quanto à percentagem de clientes com diagnóstico de diabetes *Mellitus* com valores de HbA1c < 8%, foi possível verificar que em todos os meses foi atingida a meta proposta: > 65%, percecionando que a maioria dos clientes com diabetes *Mellitus* que frequentam a consulta de enfermagem apresentam valores de HbA1c inferior a 8%. Ainda tendo em conta os valores de HbA1c, verificámos que quanto à percentagem de clientes com valores de HbA1c igual ou superior a 8% em todos foi atingida a meta proposta: < 35%, percecionando que a minoria dos clientes com diabetes *Mellitus* que frequentam a consulta de enfermagem apresentam valores de HbA1c inferior a 8%. Embora ainda não seja possível avaliar a transição deste resultado entre consultas, podemos verificar que na sua maioria os clientes que efetuaram a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes têm em média um índice de glicemia médio inferior a 183mg/dl e, de acordo com as recomendações da International Diabetes Federation (2017) para doentes com múltiplas comorbilidades, como é o caso desta realidade, a maioria dos clientes encontra-se dentro do objetivo estipulado para o controle glicémico.

Quanto à percentagem de clientes com diabetes *Mellitus* que aderem ao regime terapêutico (tríade alimentação, exercício físico e medicação), através da análise dos resultados obtidos podemos verificar que não foi atingida a meta proposta: 40%. Verifica-se assim que as pessoas com diabetes *Mellitus* que frequentam a consulta de enfermagem à pessoa com diabetes têm uma baixa adesão ao regime terapêutico na sua tríade: regime alimentar, regime exercício físico e regime medicamentoso. Contudo quando é analisada apenas a adesão ao regime medicamentoso os resultados obtidos são substancialmente

superiores aos resultados obtidos na adesão ao regime alimentar e exercício físico. Deverá continuar a existir, da parte da equipa de enfermagem, o encorajamento para melhorar a gestão do regime terapêutico da pessoa com diabetes *Mellitus*, desenvolvendo estratégias que possibilitem a sua promoção e adesão. A gestão do regime terapêutico é considerada um comportamento da adesão que visa “(...) *executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária*” (Conselho Internacional de Enfermagem [CIE], 2015, p. 62).

Adicionalmente e relativamente à prática efetiva da documentação de enfermagem, verifica-se carência do desenvolvimento informático, já identificado e em aprovação pelo Grupo de Implementação do Processo de Enfermagem e direção de enfermagem, de diagnósticos de enfermagem específicos que explicitem o conhecimento e a capacidade da adesão ao regime terapêutico.

Segundo Cradock et al. (2017), e Oba et al. (2020) é fundamental compreender quais as causas para um mau controle glicémico, entre as quais se destacam: hábitos alimentares desadequados, a pouca atividade física e a baixa adesão à terapêutica medicamentosa. Desta forma, foi relevante analisar os resultados de cada um destes regimes em específico: regime alimentar, regime exercício físico e regime medicamentoso.

Quanto à percentagem de clientes com diabetes *Mellitus* que aderem ao regime alimentar, apenas no mês de fevereiro (44,4%) foi atingida a meta proposta: 40%. Nos restantes meses este resultado apresentou valores abaixo dos 36,4%. Existe uma necessidade urgente de articulação e referenciação para a consulta de nutrição, de forma que as pessoas com diabetes *Mellitus* efetuem a consulta com uma nutricionista experiente na área e a equipa de enfermagem consiga promover as recomendações da consulta de nutrição no decorrer da consulta de enfermagem à pessoa com diabetes.

No que diz respeito à percentagem de clientes com diabetes *Mellitus* que aderem ao regime exercício físico não foi atingida a meta proposta: 40%, sendo que os valores avaliados mensalmente foram inferiores a 27,9%. No

campo do regime exercício físico está muitas vezes aliada a idade da pessoa com diabetes *Mellitus*, as suas comorbilidades associadas e o seu nível de dependência que não foi tido em consideração. Contudo foi identificada a necessidade de desenvolver trabalho nesta área da sensibilização do exercício físico junto da equipa e da pessoa com diabetes *Mellitus*. Podendo ser sugerida à direção de enfermagem o desenvolvimento de alguns momentos promotores de exercício físico, como é o caso das caminhadas em grupo com o envolvimento da equipa de profissionais de saúde da consulta. Segundo Andrich e Foronda (2020) momentos formativos em grupo promovem a adesão ao regime terapêutico.

Por fim, quanto à percentagem de clientes com diabetes *Mellitus* que aderem ao regime medicamentoso, foi atingida a meta proposta: 40%, em todos os meses, tendo esta sido superior a 60,5% e inferior a 76%. Através destes resultados, podemos verificar que a pessoa com diabetes *Mellitus*/família tem uma preocupação acrescida com a administração da medicação prescrita. Sendo que, esta preocupação é partilhada pela equipa de enfermagem, visto que, aquando da realização do debate sobre os temas para as sessões de formação em serviço, os temas sugeridos pelos enfermeiros, estavam essencialmente relacionados com os antidiabéticos orais para a diabetes e com a terapêutica injetável para a diabetes e insulina.

De salientar que como projeto de melhoria contínua, existe ainda um conjunto de propostas de melhoria ao projeto que ainda se encontram em execução. Como tal, existe a impossibilidade de avaliação, e como já foi referido encontra-se em linha de aprovação para integração no padrão documental em vigor, os diagnósticos de enfermagem relacionados com o conhecimento da adesão ao regime terapêutico sobre a diabetes *Mellitus*. Embora já exista um diagnóstico de enfermagem referente à “capacidade para melhorar a adesão”, devido a questões conceptuais da elaboração do processo de enfermagem, optou-se pela não monitorização deste indicador enquanto não forem efetivadas estas alterações.

Importa ainda referir que, de forma a alcançar uma linha orientadora para o planeamento, operacionalização e análise de resultados do projeto, optou-se pela metodologia segundo o ciclo PDCA. De acordo com Lodgaard e Aasland (2011), o ciclo PDCA é considerado um método

de alto nível, de acordo com uma abordagem sistemática, simples e flexível com o propósito de alcançar a melhoria contínua da qualidade. A utilização desta metodologia possibilitou a procura sistemática para a solução da problemática em causa.

Segundo Dias (2014), os projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem permitem questionar e refletir com base na evidência, acerca da prática clínica, levando à sua mudança, através da identificação e descrição de um problema e do seu desvio relativo a um padrão de comparação que é pretendido alcançar. Neste sentido, foi de extrema importância o olhar crítico sobre os cuidados de enfermagem prestados na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes. E desta forma, reestruturar esta consulta de enfermagem, seguindo as linhas orientadoras de implementação de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, de acordo com o ciclo PDCA.

Considerações finais

A concretização do presente projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem revelou ter sido um desafio que promoveu não só o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, como também uma visão norteadora pela mudança e procura da melhoria de processos. Considerando o ímpeto para a mudança o fator chave para a melhoria da prática profissional enquanto enfermeiros. E enquanto enfermeiros gestores, essa deverá ser sempre uma preocupação constante na senda da procura da qualidade dos cuidados, não só para a valorização da organização que representamos, como também para a valorização da profissão. Neste sentido, foi fundamental repensar os cuidados de enfermagem prestados na consulta de enfermagem à pessoa com diabetes, emergindo este projeto, pela dificuldade sentida pelos enfermeiros da Unidade de Endocrinologia em promover a adesão ao regime terapêutico nesta consulta. Desta forma, foi possível situar no centro dos cuidados à pessoa com diabetes *Mellitus* e sua família na promoção da adesão ao regime terapêutico.

Foi preponderante a análise da evidência científica existente com a finalidade de proceder ao planeamento do projeto e de acordo com as necessidades identificadas pela equipa de

enfermagem neste contexto. De salientar que, devido à sua complexidade foi impreterível segmentar o seu planeamento e posterior operacionalização em duas fases. Neste sentido, numa primeira fase, foi realizado um investimento junto da Consulta de Enfermagem e Acompanhamento – *Follow-up* à Pessoa com diabetes *Mellitus*, consolidando estas duas dimensões, através da criação de ferramentas referentes à gestão e organização da consulta, dos recursos humanos e materiais necessários para o seu bom funcionamento, dos enfermeiros da equipa, do investimento em formação para consolidação de conhecimentos e dos fatores individuais da pessoa com diabetes *Mellitus*/família. Numa segunda fase, será realizado um investimento ao nível da intervenção ao nível do internamento da pessoa com diabetes *Mellitus*, melhorando a referenciação para a consulta de enfermagem em regime de ambulatório.

Quanto à fase de operacionalização do projeto, esta foi substancialmente mais desafiante. Por diversas vezes foi necessário ajustar os *timings* para o desenvolvimento das atividades planeadas, este ajuste deveu-se em parte, pelo facto de estarmos a vivenciar um período de pandemia (Covid-19), originando uma alteração natural no funcionamento dos serviços e na organização das equipas. Tendo em conta estas particularidades, foi desenvolvida não só uma gestão eficaz quanto a estes aspetos, como também uma boa gestão dos recursos humanos.

De salientar que no seio de uma equipa pautada pelas elevadas taxas de rotatividade, foi essencial motivar para a mudança e para o interesse no desenvolvimento profissional de uma área específica, onde até à data existia pouco investimento. E embora a equipa de enfermagem tenha reconhecido os benefícios da implementação do projeto e tenha-se manifestado entusiasmada, foi marcante a gestão de expectativas dos enfermeiros e das objeções no decorrer da operacionalização do projeto. A formação, a sustentação científica e o debate entre a equipa revelou ter sido uma mais-valia, no combate às dúvidas e preocupações que foram surgindo no decorrer do processo. Existiu também um cuidado irrepreensível na qualidade dos cuidados prestados, colocando sempre a pessoa com diabetes *Mellitus* e sua família no foco da atenção e nos objetivos primordiais do projeto. Tendo este fator em consideração, o reconhecimento da efetividade de consulta de

enfermagem e a documentação de enfermagem segundo linguagem classificada - CIPE®, permitiu delinear uma linha orientadora para a melhoria contínua dos processos.

De realçar o envolvimento da equipa de enfermagem, este foi um dos fatores decisivos para a implementação do projeto, revelando dinamismo, empenho e preocupação com a melhoria contínua de processos. Foi relevante a partilha do planeamento e operacionalização do projeto com o elemento dinamizador, com a finalidade de envolver, promover a partilha de responsabilidade e inspirar um dos enfermeiros de referência da consulta para difundir na restante equipa comportamentos de mudança, melhoria de processos e prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Para além do envolvimento da equipa de enfermagem, foi preponderante o envolvimento ativo da coordenação de enfermagem e equipa médica, e a articulação com outros elementos e grupos de trabalho do hospital, como foi o caso da *Chief Nursing Information Officer*, Direção de Organização e Sistemas de Informação, Grupo de Implementação do Processo de Enfermagem e equipa de marketing. De forma a viabilizar a documentação de enfermagem segundo linguagem classificada - CIPE® foram realizadas diversas reuniões de trabalho com a finalidade de otimizar o sistema de informação utilizado no ambulatório, uma das propostas realizadas e que se encontra em linha de aprovação, é o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem específicos para a adesão ao regime terapêutico na diabetes *Mellitus*, como é o caso do conhecimento sobre adesão ao regime terapêutico na diabetes *Mellitus* e a capacidade para melhorar a adesão ao regime terapêutico na diabetes *Mellitus*.

Neste sentido considera-se que o objetivo geral do projeto foi alcançado. Relativamente aos objetivos específicos, estes foram igualmente alcançados à exceção dos objetivos relacionados com o desenvolvimento do conhecimento e da capacidade da gestão do regime terapêutico da pessoa com diabetes *Mellitus*. Estes objetivos ainda se encontram em desenvolvimento, devido ao facto de ainda não ser possível documentar, no processo de enfermagem, diagnósticos de enfermagem relacionados com o conhecimento sobre a adesão ao regime terapêutico na diabetes *Mellitus* e a capacidade para melhorar a adesão ao regime terapêutico

na diabetes *Mellitus*. Este constrangimento foi identificado e encontra-se em aprovação pelo Grupo de Implementação do Processo de Enfermagem e Direção de Enfermagem.

Após a análise dos dados obtidos, através da monitorização de indicadores de qualidade de estrutura, processo e resultado, verificámos que, embora a população apresente em maior percentagem, valores analíticos de HbA1c inferiores a 8%, ainda é preponderante o pensamento crítico sobre o desenvolvimento de estratégias que promovam a adesão ao regime terapêutico na diabetes *Mellitus*, nomeadamente quanto ao regime alimentar e regime exercício físico. Desta forma, é possível obter uma linha orientadora para apostas futuras nos temas a considerar para o planeamento de formação em serviço e no desenvolvimento de estratégias orientadas para as necessidades individuais junto da pessoa com diabetes *Mellitus* e sua família.

Seguramente estamos a dar continuidade a este projeto, procurando fomentar o interesse pelo desenvolvimento de novos desafios nesta área, envolvendo não só da equipa de enfermagem, como também da restante equipa multidisciplinar. No intuito de poder influenciar e inspirar outras equipas para o desenvolvimento deste tipo de projetos, consideramos pertinente apresentar à direção de enfermagem e restantes serviços do hospital o caminho percorrido durante as fases de implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade e os resultados obtidos.

Recomendações

É recomendado implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade na área da diabetes *Mellitus* para a sistematização e uniformização e implementação de boas práticas de cuidados, adaptada às características organizacionais e de liderança das respetivas organizações, tal como às características das comunidades em que se encontram inseridas, permitindo a respetiva melhoria do ambiente da prática de enfermagem, com todas as vantagens que daí advirão.

Relativamente às implicações para a investigação, no futuro seria importante desenvolver estudos sobre a adesão ao regime terapêutico da pessoa com diabetes *Mellitus* através da implementação de projetos de

melhoria contínua da qualidade em contexto português, promovendo o conceito de *benchmarking*.

Referências

- Andrich, D., & Foronda, C. (2020). Improving glycemic control and quality of life with diabetes self-management education: A pilot project. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 51(3), 119-123. <https://doi.org/10.3928/00220124-20200216-06>
- Caifang, C., Ling, W., Han-Lin, C., Wenfeng, C., & Mijung, P. (2020). Comparative efficacy of social media delivered health education on glycemic control: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(3), 359-368. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.04.010>
- Chan, J., Lim, L-L., Luk, A., Ozaki, R., Kong, A., Ma, R., So, W-Y., & Lo, S-V. (2019). From Hong Kong Diabetes Register to JADE Program to RAMP-DM for Data-Driven Actions. *Diabetes Care*, 42(11), 2022–2031. <https://doi.org/10.2337/dci19-0003>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). *CIPE: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lusodidacta. ISBN: 9789295099357
- Cradock, K., ÓLaighin, G., Finucane, F., Gainforth, H., Quinlan, L., & Ginis, K. (2017). Behaviour change techniques targeting both diet and physical activity in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(18), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0436-0>
- Davies, M., Kristunas, C., Alshreef, A., Dixon, S., Eborall, H., Glab, A., Huddleston, L., Hudson, N., Khunti, K., Martin, G., Northern, A., Patterson, M., Pritchard, R., Schreder, S., Stribling, B., Turner, J., & Gray, L. (2019). The impact of an intervention to increase uptake to structured self-management education for people with type 2 diabetes mellitus in primary care (the embedding package), compared to usual care, on glycemic control: study protocol for a mixed methods study incorporating a wait- list cluster randomized controlled trial. *Family Practice*, 20(152), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1038-0>
- Deming W. (1989). *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Ediciones Díaz de Santos. ISBN: 8487189229
- Dias, L. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*, 2(1), 39-40. Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1529/1/Sistema%20de%20Melhoria%20Cont%C3%ADnua%20da%20Qualidade%20dos%20Cuidados%20de%20Enfermagem.pdf>
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. Oxford University Press. ISBN: 9780195158090.
- Doran, D., Mildon, B., & Clarke, S. (2011). Towards a national report card in nursing: a knowledge sythesis. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 24(2), 38-57. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2011.22464>
- International Diabetes Federation. (2017). *Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes in Primary Care*. International Diabetes Federation. ISBN:978-2-930229-85-0. <https://idf.org/media/uploads/2023/05/attachments-63.pdf>
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas*. 10ª Edição. International Diabetes Federation. ISBN: 978-2-930229-98-0.
- Fonseca, C. Ramos, A., Orta, A., Simões, A., Gonçalves, I., Coimbra, M., Lopes, P., Santos, V., & Nunes, I. (2018). Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na pessoa idosa com diabetes mellitus em ambulatório: revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging & Innovation*, 7(1), 11–22. ISSN: 2182-6951.
- Ginzburg T, Hoffman R., & Azuri J. (2018). Improving diabetes control in the community: A nurse managed intervention model in a multidisciplinary clinic. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 23-30. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol35/Issue2/3Ginzburg.pdf>
- Gorenflo, G., & Moran, J. (2010). *The ABCs of PDCA*. Public Health Foundation;

- https://www.phf.org/resourcestools/Documents/ABCs_of_PDCA.pdf
- Higgins, K., Atkins, H., James, J., Adlam, F., Setty, S., & Jarvis, J. (2020). Transforming healthcare professional diabetes education to improve patient safety outcomes. *Journal of Diabetes Nursing*, 24(1), 1-6.
- Holtrop, J., Luo, Z., Piatt, G., Green, L., Chen, Q., & Piette, J. (2017). Diabetic and Obese Patient Clinical Outcomes Improve During a Care Management Implementation in Primary Care. *Journal of Primary Care & Community Health*, 8(4), 1-7. <https://doi.org/10.1177/2150131917715536>
- Horta, C., Quaresma, M., & Lucas, P. (2022). Adesão ao Regime Terapêutico da Pessoa com Diabetes através da Implementação de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade – Revisão Scoping. *New Trends in Qualitative Research*, 13, 1-11. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e678>
- Lim, L., Lau, E., Kong, A., Davies, M., Levitt, N., Eliasson, B., Aguilar-Salinas, C., Ning, G., Seino, Y., So, W., McGill, M., Ogle, G., Orchard, T., Clarke, P., Holman, R., Gregg, E., Gagliardino, J., & Chan, J. (2018). Aspects of multicomponent integrated care promote sustained improvement in surrogate clinical outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 41(6), 1312-1320. <https://doi.org/10.2337/dc17-2010>
- Lodgaard, E., & Aasland, K. (2011). *An Examination of the Application of Plan-Do-Check-Act Cycle in Product Development*. International Conference on Engineering Design (ICED11). DOI:10.13140/2.1.2474.4321
- Martins, A., Pinto, A., Lourenço, C., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M., Almeida, M. de, Mendes, O. da S., & Santos, R. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar em Enfermagem*, 12(2), 52-61. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23996/1/2008_12_2_52-61.pdf
- Moen, R., & Norman, C. (2010). Clearing up Myths About the Deming Cycle and Seeing How it Keeps Evolving. *Quality Progress*, 43, 22-28.
- Nickles, D., Dolansky, M., Marek, J., & Burke, K. (2020). Nursing students use of teach-back to improve patients' knowledge and satisfaction: A quality improvement project. *Journal of Professional Nursing*, 36(2), 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.08.005>
- Oba, N., Barry, C., Gordon, S., & Chutipanyaporn, N. (2020). Development of a Nurse-led Multidisciplinary Based Program to Improve Glycemic Control for People with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community Hospital, Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(3), 349-362. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/206447>
- Oliveira, G., Almeida, A., Girão, A., & Aires de Freitas, C. (2016). Intervenções de enfermagem para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes tipo 2: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18, 1-12. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.38691>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). Quadro de Referência para a Construção de Indicadores de Qualidade e Produtividade na Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros - suplemento*, 13, 2-8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), p. 1-16.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros.
- Raposo, J. (2020). Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 15(1), 19-27. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.38691>
- Taylor, B., & Bircher, J. (2016). The Quality Improvement Toolkit for Diabetes Care. *Diabetes & Primary Care*, 18(6), 264-266. <https://www.pcdsociety.org/resources/>

[details/the-quality-improvement-toolkit-for-diabetes-care](#)

- Torres, H., Pereira, F., & Alexandre, L. (2011). Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. *Revista Escola de Enfermagem*, 45(5), 1077-1082.
https://www.scielo.br/j/reeusp/a/PnvTd_kyt7SymWBYfx9Kfb7B/
- Wan, E., Fung, C., Jiao, F., Yu, E., Chin, W., Fong, D., Wong, C., Chan, K., Kwok, R., Lam, C., & Chan, A. (2018). Five-year effectiveness of the multidisciplinary risk assessment and management programme – diabetes mellitus (RAMP- DM) on diabetes-related complications and health service uses a population-based and propensity - matched cohort study. *Diabetes Care*, 41(1), 49–59.
<https://doi.org/10.2337/dc17-0426>
- World Health Organization. (2016). *Global report on diabetes*. World Health Organization. ISBN 9789241565257.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>
- World Health Organization. (2021). *Noncommunicable Diseases*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

