



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



V Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde

Relatório de Estágio

Orientador- Professor Sérgio Simão Antunes Carvalho

Co-Orientador – Professora Graça Gama Pereira Antunes Carvalho

A GESTÃO DA SEGURANÇA DOS CUIDADOS, ATRAVÉS DA MELHORIA DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha

Maio

2018

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

V Mestrado em Enfermagem – Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde

Relatório de Estágio

Orientador- Professor Sérgio Simão Antunes Carvalho

Co-Orientador – Professora Graça Gama Pereira Antunes Carvalho

A GESTÃO DA SEGURANÇA DOS CUIDADOS, ATRAVÉS DA MELHORIA DOS
REGISTOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha

Maio

2018

O que eu faço é uma gota no meio de um oceano.

Mas sem ela, o oceano será menor.

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

A concretização deste estudo não seria possível sem o apoio e colaboração de um conjunto de pessoas e instituições. Endereço, desta forma, os meus sinceros agradecimentos a todos os que contribuíram para a execução deste estudo, nomeadamente:

Ao Professor Sérgio Antunes de Carvalho, pela orientação, disponibilidade e dedicação durante todo este percurso.

À Professora Graça Antunes de Carvalho pela partilha e disponibilidade neste processo comum e pelas palavras de ânimo.

À Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, designadamente ao Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas e em especial à Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência, Catarina Aranha, pela dedicação, envolvimento e motivação.

A todos os colegas que dedicaram algum do seu tempo a contribuir para este estudo com a sua participação no mesmo.

Á minha filha Marta, aos meus Pais e ao meu companheiro, que são as pessoas mais importantes na minha vida por todo o amor, apoio e motivação mesmo nos momentos mais difíceis deste percurso.

Obrigada....Por tudo.

RESUMO

O presente relatório contempla o percurso realizado para o desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem Avançada na área de Gestão de Unidade de Saúde, fazendo uma análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas do Enfermeiro Gestor.

A área de intervenção definida foi a Gestão da Segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência.

Objetivo: Garantir a segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência,

Metodologia: Recorreu à metodologia do planeamento em saúde respeitando todas as fases que lhe são inerentes. Para o diagnóstico da Situação foi aplicado uma Lista de Verificação dos registos de Enfermagem com Análise documental como técnica para o tratamento dos dados e realizou uma Entrevista aos enfermeiros do Serviço de urgência.

Resultados: Constatou a ausência de registos de Enfermagem uniformizadas para assegurar uma comunicação segura e que o Sistema de informação utilizado, tendo em conta o fluxo de trabalho e tempo necessário disponibilizado não é facilitador de registos de Enfermagem seguros.

Conclusão: A contratualização da elaboração de registos de enfermagem, através da avaliação de desempenho, de acordo com uma Instrução de trabalho - modelo orientador de boas práticas, facilita a comunicação eficaz entre a equipa e garante a gestão da segurança dos cuidados.

Palavras-chave: Gestão; Segurança dos cuidados; Registos de Enfermagem; Serviço de Urgência; Contratualização.

ABSTRAT

This report considers the course carried out for the development of specific competences in Advanced Nursing in the area of Health Unit Management, making a reflexive analysis of acquired and developed competencies of the Nursing Manager.

The defined intervention area was the management of care's safety, through the improvement of the Nursing Records in the Emergency department.

Aim: Ensure the care's Safety by improving nursing records in the Emergency Department

Methods It was used the health planning methodology, respecting all the phases that are inherent to it. For the diagnosis of the Situation, a Checklist of Nursing records with Documentary Analysis was applied as a technique for the treatment of the data as well as an Interview to the nurses of the Emergency Department.

Results: It was verified that the absence of standardized Nursing records to ensure a secure communication also that the information system used, taking into account the workflow and the available time necessary, is not providing a safe Nursing records.

Conclusion: The Contracting of the elaboration of nursing records, through performance evaluation, according to a Work Instruction - guiding model of good practices, facilitates effective communication between the nursing team and guarantees management of care's safety.

Keywords: Management; Care's safety; Nursing Records; Emergency nursing; Contracting.

ABREVIATURAS E SIGLAS

- AD – Avaliação de Desempenho
- APEGEL - A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança
- ARS - Administração Regional De Saúde
- CCA- Conselho Coordenador De Avaliação
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DGS- Direção Geral de saúde
- ECG - Electrocardiograma
- ECL - Equipas de Coordenação Local
- EPE - Entidade Pública Empresarial
- ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre
- GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
- GGR- Grupo Gestão do Risco
- GPCG - Gabinete de Planeamento e controlo de Gestão
- HSLE - Hospital de Santa Luzia Elvas
- ISBAR- Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações).
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
- IPP – Instituto Politécnico de Portalegre
- IT- Instrução de Trabalho
- MeSH - Medical Subject Headings
- OE- Ordem dos Enfermeiros
- P - Pulso
- PIS - Projeto de Intervenção em Serviço
- PQ – Procedimento da Qualidade
- PQCE – Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
- REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RMDE - Resumo mínimo de dados de Enfermagem
- RPCE – Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor
- SAM- Sistema de Apoio ao Médico
- SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SI - Sistemas de Informação

SIE- Sistemas de Informação Enfermagem

SIADAP - sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública

SIV - Suporte Imediato de Vida

SNS - Serviço Nacional de Saúde;

SO – Serviço Observação

SGICM - Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento

SGQ- Sistema de Garantia da Qualidade

SPIE - Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

STO2 – Saturação de Oxigénio

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básica

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

TA- Tensão Arterial

ULSNA- Unidade de Saúde do Norte Alentejano

Índice

| | f |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO | 15 |
| CAPITULO I - APRECIACÃO DO CONTEXTO | 19 |
| 1. CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO | 19 |
| 1.1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO | 19 |
| 1.2. HOSPITAL DE SANTA LUZIA DE ELVAS - SERVIÇO DE URGÊNCIA..... | 20 |
| 1.2.1. Caraterização da População Alvo/Utentes | 21 |
| 1.2.2. Caraterização dos Recursos Materiais e Equipamentos | 25 |
| 1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM..... | 28 |
| 1.3.1 Sistema ALERT | 28 |
| 1.3.2. Sistema de Triagem de Manchester | 29 |
| 1.4. CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS..... | 31 |
| 1.4.1. Dotações Seguras | 35 |
| CAPITULO II - ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO | 37 |
| 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO | 37 |
| 1.1. A SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE..... | 387 |
| 1.2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM | 47 |
| 1.3. REGISTOS DE ENFERMAGEM – RESUMO MÍNIMO DE DADOS | 37 |
| 1.4. COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM | 41 |
| 1.5. A CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE..... | 39 |
| 1.6. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO | 41 |
| 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO | 50 |
| 2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO..... | 50 |
| 2.1.1. Análise do contexto social, económico e cultural | 51 |
| 2.1.2. Revisão integrativa da literatura | 52 |
| 2.1.3. Problema de Investigação | 57 |
| 2.1.3.1. Tipo/Desenho do estudo | 57 |
| 2.1.3.2. População Alvo e Amostra..... | 59 |
| 2.1.3.3. Instrumento de Recolha de dados..... | 61 |
| 2.1.3.4. Considerações Éticas | 61 |
| 2.1.3.5. Tratamento e análise de Dados | 61 |
| 2.1.4. Identificação de Problemas Parcelares | 65 |
| 2.1.4.1. Tipo /desenho do Estudo | 66 |

| | |
|---|------------|
| 2.1.4.2. População e amostra | 66 |
| 2.1.4.3. Instrumento De Colheita De Dados | 66 |
| 2.1.4.4. Considerações Éticas | 66 |
| 2.1.4.5. Análise e Interpretação dos Resultados | 67 |
| 2.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES | 70 |
| 2.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS | 71 |
| 2.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS | 71 |
| 2.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL | 72 |
| 2.6. AVALIAÇÃO | 73 |
| 3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO | 76 |
| 3.1. LIMITAÇÕES E CONSTRANGIMENTOS | 78 |
| CAPITULO III - ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E | |
| DESENVOLVIDAS | 80 |
| 1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO GESTOR | 80 |
| 1.1. DOMÍNIO DA GESTÃO | 81 |
| CONCLUSÃO | 91 |
| BIBLIOGRAFIA | 93 |
| APÊNDICES | |
| Apêndice I - Projeto de Estágio | 103 |
| Apêndice II – Grelha de Caracterização dos Enfermeiros do Serviço de Urgência do | |
| HSLE | 155 |
| Apêndice III – Quadro Síntese Da Evidência Encontrada | 157 |
| Apêndice IV - Utentes Selecionado - 336 utentes, 28 por mês (de Janeiro de 2016 a | |
| Dezembro de 2016) | 162 |
| Apêndice V - Check List - Lista de Verificação para Registo de Enfermagem | 169 |
| Apêndice VI – Pedido de autorização à Comissão Ética para realização do estudo ... | 171 |
| Apêndice VII - Guião de Entrevista | 175 |
| Apêndice VIII – Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação em | |
| Estudos de Investigação | 177 |
| Apêndice IX - Cronograma das atividades a desenvolver | 179 |
| Apêndice X - Plano de Sessão da Formação | 181 |
| Apêndice XI- Sessão de Formação PIS | 183 |
| Apêndice XII- Instrução de Trabalho- Registos de Enfermagem- Serviço de Urgência | |
| | 192 |
| Apêndice XIII – Reformulação de Pedido de autorização à Comissão Ética para | |
| realização do estudo | 199 |
| Apêndice XIV – Instrução de Trabalho (IT) - Enfermeiro Responsável de Turno | 203 |

| | |
|--|-----|
| Apêndice XV - Sessão de Formação- SIADAP 3 Avaliados | 208 |
| Apêndice XVI – Sessão de Formação- Projeto de melhoria- Armazém avançado e organização de Stocks | 218 |
| Apêndice XVII – KIT de Emergência Pediátrica | 226 |
| ANEXOS | |
| Anexo I - Questionário com a finalidade de avaliar a Sessão de Formação | 229 |
| Anexo II- Apresentação do Projeto de Intervenção em Congresso Científico – APEGEL, sob a forma de Comunicação Livre | 231 |
| Anexo III - Formação externa no congresso APEGEL sobre Liderança e Coaching ... | 233 |

Índice de Figuras

| | f |
|--|----|
| Figura nº 1 - Distrito de Portalegre | 20 |
| Figura nº 2 - Tempo alvo previsto de atendimento | 30 |
| Figura nº 3 - Processo de Revisão integrativa | 53 |

Índice de Gráficos

| | f |
|---|----|
| Grafico nº 1 - Distribuição da população residente 2001 | 22 |
| Grafico nº 2 - Distribuição da população residente 2011 | 22 |
| Grafico nº 3 - Distribuição da população residente segundo o sexo | 23 |

Índice De Quadros

f

| | |
|--|----|
| Quadro nº 1 – Densidade populacional 2001-2011 | 21 |
| Quadro nº 2 – Evolução da população residente no concelho de Elvas (2001-2011)..... | 22 |
| Quadro nº 3 – Evolução do nº de Utentes 2004-2011 | 24 |
| Quadro nº 4 – Total de Episódios de Urgência/Cor de Triagem no Hospital de Santa Luzia de Elvas – Ano 2016 | 24 |
| Quadro nº 5 - Média mensal de Episódios de Urgência por Cor de Triagem no Hospital de santa Luzia de Elvas – Ano 2016 | 25 |
| Quadro nº 6 - Total de Episódios de Urgência por período horário e cor de triagem no Hospital de Santa Luzia Ano 2017 - de Elvas - Ano | 25 |
| Quadro nº 7- Funções dos Enfermeiros do SU- HSLE | 34 |
| Quadro nº 8 - Resumo mínimo de dados de enfermagem- Hospital | 41 |
| Quadro nº 9 - Modelo explicativo da técnica ISBAR | 43 |
| Quadro nº 10 – Critérios para a Formulação da Pesquisa | 53 |
| Quadro nº 11 - Critérios de inclusão e exclusão | 54 |
| Quadro nº 12- N.º Episódios (Tempo Admissão - Última Alta Clínica) | 59 |

Índice De Tabelas

| | f |
|--|----|
| Tabela nº 1 - Caracterização dos Enfermeiros do Serviço de Urgência HSLE | 33 |
| Tabela nº 2 - Caracterização da amostra (Sexo, Cor de Triagem, Destino) | 62 |
| Tabela nº 3- Tabela Dinâmica entre 2 variáveis - Destino e Mês | 63 |
| Tabela nº 4- Caracterização da amostra (idade) | 63 |
| Tabela nº 5 – Tempo Permanecia no SU | 63 |
| Tabela nº 6- Tabela Dinâmica entre 2 variáveis - Destino e Notas de Enfermagem | 64 |
| Tabela nº 7- Tabela Dinâmica entre 2 variáveis - Destino e Notas de Alta de Enfermagem | 65 |
| Tabela nº 8 – Resultado da questão de avaliação - segurança dos registos de Enfermagem | 67 |
| Tabela nº 9- Tabela representativa das “Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros relacionadas com o Sistema de Informação ALERT | 69 |
| Tabela nº 10- Tabela representativa das “Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros relacionadas com Tempo disponível para registos” | 70 |

INTRODUÇÃO

O Enfermeiro gestor na sua prática clínica é o que está melhor posicionado para implementar as reformas do sistema de saúde e compreender o seu impacto nos cuidados prestados. Pensa estrategicamente, é visionário de forma a planear adequadamente as respostas que lhe são solicitadas, enquanto promove o trabalho em equipa de forma eficaz, gerindo a mudança, dando valor à produção de cuidados, ao controle de custos e aos resultados obtidos (Guerra, 2017).

O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo -se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde.

O presente relatório enquadra-se na Unidade Curricular Estágio e Relatório, que pretende dar continuidade ao desenvolvimento de competências específicas em Enfermagem Avançada na área de Gestão de Unidade de Saúde, do V Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde, em curso na Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Portalegre.

O estágio decorreu no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia Elvas, ULSNA, EPE, teve a duração de 310 horas e decorreu de 24 de Outubro de 2017 a 2 de Fevereiro de 2018.

Neste contexto pretendeu que o estudante fosse capaz de evidenciar:

- Competências de análise e elucidação de problemas complexos;
- Capacidade de extrair aplicações da Teoria;
- Resolver problemas numa perspetiva de integração interdisciplinar;
- Utilizar conhecimentos teóricos atualizados em conjugação com a análise da sua relevância para o exercício profissional e para a investigação aplicada;
- Comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes de uma forma clara e sem ambiguidades.

A busca pela prática reflexiva na enfermagem assume importância ao nível da aprendizagem profissional e na apropriação e síntese do trabalho dos enfermeiros assumindo-se como princípio para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos (Peixoto, N & Peixoto, T; 2016).

O Projeto Major/Área de intervenção, tal como foi determinado no Projeto de estágio (Apêndice I), foi “A Gestão da Segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência”.

A organização dos cuidados de enfermagem deve assentar em áreas de responsabilidade promotoras de ganhos em saúde associados aos determinantes de saúde.

A seleção desta área prioritária sustentou-se em vários fatores nomeadamente: no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que se inscreve no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo um dos objetivos estratégicos - Aumentar a segurança da comunicação (Ministério Da Saúde, 2015a); e na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que define que a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados (Ministério Da Saúde; 2015b)

De modo a garantir a segurança dos cuidados é imperativo assegurar que os sistemas de informação da saúde integrem os dados relativos aos cuidados de Enfermagem. A visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo, incipiente (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Segundo a Direção Geral da Saúde (2017) até 70% dos eventos adversos na saúde ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente e que, em Portugal, 50% dos casos se devem à inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade.

Os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro. A excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Neste contexto, traçou como objetivo Geral do Projeto de Intervenção:

- Garantir a segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência.

Como objetivos específicos:

- Identificar as oportunidades de melhoria nos registos de enfermagem;
- Influenciar a consciencialização da equipa de Enfermagem para a importância dos registos de Enfermagem, na segurança dos doentes contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados;

- Uniformizar métodos de registos no Serviço de Urgência; através da elaboração de uma Instrução de Trabalho (IT) para o processo de Enfermagem no Serviço de Urgência, com linguagem CIPE, de modo a assegurar o registo mínimo de dados em Enfermagem, de acordo com a norma de qualidade da DGS, utilizando a técnica ISBAR;

- Propor a contratualização da elaboração de registos de enfermagem, através da avaliação de desempenho.

A metodologia que orientou o projeto de intervenção foi a Metodologia do Planeamento em saúde. Para a sua concretização foram respeitadas todas as fases que lhe são inerentes, atendendo às especificidades de cada uma, seguindo as várias fases, cronologicamente ordenadas, sendo estas: Diagnóstico de situação; Definição de prioridades; Fixação dos objetivos; Seleção de estratégias; Elaboração dos programas e projetos; Preparação da execução e Avaliação.

O diagnóstico da Situação decorreu do cruzamento de 3 intervenções nomeadamente da análise do contexto social, económico e cultural onde o problema se insere, da Revisão integrativa da Literatura e da investigação centrada num problema real identificado.

O desenho do estudo foi elaborado, no sentido de obter uma melhor visualização do percurso da investigação e dar respostas à questão de investigação levantada - Será que os registos de enfermagem garantem a segurança dos cuidados ao doente no Serviço de Urgência do HSLE?

O instrumento de recolha de dados – Check List - Lista de Verificação, foi construído especificamente para a realização do diagnóstico. Foi utilizada a Análise documental como técnica para o tratamento dos dados tendo em vista a produção de sínteses dirigidas aos objetivos do estudo.

Considerando-se insuficiente para entender a situação problemática, sentiu necessidade de perceber o que impede os Enfermeiros de realizar Registos de Enfermagem que garantam a Segurança dos Cuidados, pelo que realizou uma investigação exploratória de abordagem qualitativa, através da aplicação de uma entrevista semiestruturada.

Seguindo as etapas do Planeamento em Saúde foi realizada a avaliação, discussão e análise das estratégias de intervenção

Este Relatório pretende ainda evidenciar que a mestranda desenvolva as seguintes competências:

- Refletir sobre a execução das diversas atividades e tarefas questionando os processos e os resultados e de atingir o nível de abstração que lhe permita retirar conclusões e orientações com vista à definição da política a implementar;

- Integrar conhecimentos multidisciplinares e congregar as contribuições as contribuições de especialistas diversificados em torno de um problema prático;

- Supervisionar projetos visando a resolução de problemas complexos e a implementação de soluções inovadoras.

Foi efetuada um análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas do Enfermeiro Gestor, contribuindo para uma melhor tomada de consciência sobre as mesmas, assim como a explicitação das razões que levaram ao seu desencadeamento.

Este documento está estruturado em 3 Capítulos. No primeiro faz uma apreciação do contexto em que decorreu o estágio, caracterizando o ambiente, a população, os recursos materiais, os recurso humanos sob o ponto de vista das dotações seguras e os sistemas de informação em Enfermagem nomeadamente ALERT e Triagem de Manchester.

O segundo capítulo engloba o Projeto de Intervenção, enquadramento conceptual e teórico, enquadramento metodológico, seguindo as etapas do planeamento em saúde e discussão e análise das Estratégias de intervenção.

No terceiro capítulo apresenta uma análise reflexiva das competências do Enfermeiro Gestor, adquiridas e desenvolvidas, e suas implicações para a prática.

A conclusão traduz o balanço experienciado, uma síntese do trabalho desenvolvido e as perspetivas futuras

Na realização do presente trabalho foram utilizadas as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da ESSP (Arco, Pinto, Martins & Arriaga, 2010).

CAPITULO I - APRECIACÃO DO CONTEXTO

1. CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Neste capítulo são delineadas as características do campo de estágio assim como todos os recursos nele existente. Esta caracterização permite contextualizar o projeto desenvolvido, bem como as competências adquiridas em enfermagem avançada na área da Gestão de Unidades de Saúde.

1.1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO

A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE foi criada em 1 de Março de 2007 (Decreto-Lei n.º 50-B/2007, 28 de Fevereiro de 2007) e rege-se pelo regime jurídico aplicável às Entidades Públicas Empresariais, com as especificidades previstas no Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro e nos respetivos estatutos, bem como nos regulamentos internos e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas previstas no citado diploma.

Tem por **objetivo principal** a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, reabilitação, continuados integrados e paliativos à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou com entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral.

A área de influência (Figura nº 1) corresponde ao distrito de Portalegre abrangendo todos os seus concelhos: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel.

É constituída pelos Hospitais Dr. José Maria Grande de Portalegre e **Santa Luzia de Elvas** bem como pelo Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede, cuja composição se encontra prevista no artigo 33.º do Regulamento



Figura nº1 – Distrito de Portalegre (Fonte: www.aeportugal.pt, 2010)

Tem como **Missão** - Promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.

Como **Visão** - Constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas.

E como **Valores** - Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; Excelência técnica; Acessibilidade e equidade dos cuidados; Promoção da qualidade; Ética, integridade e transparência; Motivação e atuação pró-ativa; Melhoria contínua; Trabalho de equipa; Respeito pelas normas ambientais.

1.2. HOSPITAL DE SANTA LUZIA DE ELVAS - SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Hospital de Santa Luzia de Elvas (HSLE) é um hospital distrital de nível 1, do sector público administrativo, com uma área construída de 9173m² repartidos por 3 pisos. Esta unidade de saúde dispõe de um total de 85 camas ativadas que constituem o sector de internamento.

O Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas, classificada como SUB (Serviço de Urgência Básica integrada no 3º nível dos Serviços de Urgência - relatório Reestruturação Urgências, 1996), satisfaz todas as urgências da área Médico-cirúrgica, que estejam no âmbito das especialidades básicas – Medicina, Cirurgia e Ortopedia e enquadra a sua atividade na política da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA).

Orienta a sua atividade tendo por base a POLITICA DA QUALIDADE definida no Manual da Qualidade da ULSNA e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros e assumidos pela Direção de Enfermagem e Conselho de Administração como Carta de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Tem como **missão** - Assegurar a organização da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, promovendo a saúde e o bem-estar, incentivando o autocuidado e a readaptação funcional, prevenindo complicações, zelando pela segurança e procurando a satisfação dos utentes, no respeito pela dignidade, crenças e valores, individualidade e direito de autodeterminação dos cidadãos assistidos no Serviço de Urgência.

Visão - Constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas traduzidas na qualidade dos resultados.

Valores - Respeito pela dignidade e direitos dos utentes, Excelência técnica, Igualdade de tratamento, Ética, integridade e transparência, Primazia do interesse do utente, Trabalho de equipa, Respeito pela dignidade dos profissionais.

1.2.1. Caraterização da População Alvo/Utentes

O HSLE tem como área de referência a população dos concelhos de Elvas e Campo Maior, num total de cerca de 30300 habitantes (segundo os censos 2011 do INE), no entanto tem como área de atração os concelhos de Alandroal, Borba, Vila Viçosa, Estremoz, Monforte, Arronches, Fronteira, Sousel e Alter do Chão.

No âmbito do Programa Rede Social, o Conselho Local de Ação Social de Elvas, através do Núcleo Executivo (2013) elaborou o Diagnóstico Social do Concelho, documento substrato de um Plano de Desenvolvimento Social. Através desses dados podemos confirmar que o povoamento no território concelhio, nos últimos anos, tem acompanhado o sentido negativo da variação da densidade populacional dos concelhos limítrofes (Quadro nº 1).

| Densidade populacional 2001-2011 | | | |
|----------------------------------|-------|-------|--------------|
| Zona geográfica | 2001 | 2011 | Tx. Variação |
| Portugal | 110,8 | 112,8 | 1,8 |
| Alentejo | 24,6 | 24 | -2,4 |
| Alto Alentejo | 20,3 | 18,9 | - 6,8 |
| Elvas | 37 | 36,6 | - 1,1 |
| Campo Maior | 33,9 | 34,2 | 0,9 |
| Arronches | 10,8 | 10,1 | - 6,5 |
| Monforte | 8,1 | 7,9 | - 2,5 |
| Borba | 53,7 | 50,6 | - 5,8 |
| Vila Viçosa | 45,5 | 42,7 | - 6,2 |
| Alandroal | 12,1 | 10,7 | - 11,3 |

Quadro nº1 – Densidade populacional 2001-2011 (Fonte: Instituto Nacional de Estatística – Portugal – Censos 2011)

Embora com valores inferiores, comparativamente com concelhos que têm visto a sua população por km² decrescer bastante, como é o caso de Vila Viçosa, Alandroal, Borba e Arronches, o município de Elvas mantém-se com uma variação inferior à verificada na região do Alto Alentejo (-6,8%), ao contrário do concelho de Campo Maior que inverteu a tendência.

Depois da evolução positiva registada na década de 70, nas últimas décadas, o concelho de Elvas, tal como a região do Alto Alentejo, tem sofrido um acréscimo populacional fruto, quer dos movimentos migratórios (essencialmente internos), quer do envelhecimento populacional tendencialmente crescente em todo o continente europeu como podemos observar no quadro nº 2.

Evolução da população residente no concelho de Elvas (2001-2011)

| Zona geográfica | 2001 | 2011 | Variação 2001-2011 |
|-----------------|------------|------------|--------------------|
| Portugal | 10 292 999 | 10 556 999 | - 0,5 |
| Alto Alentejo | 124 213 | 118 095 | 0,9 |
| Elvas | 22 880 | 23 074 | 2,4 |

Quadro nº 2 – Evolução da população residente no concelho de Elvas 2001-2011 (Fonte: Instituto Nacional de Estatística – Portugal – Censos 2011)

No período entre 2001 e 2011, a população residente no concelho de Elvas registou um acréscimo de 2,4 pontos percentuais. Elvas tem acompanhado a tendência positiva registada na região do Alto Alentejo, inversamente à tendência verificada no país.

Esta subida do total dos efetivos populacionais a par do gradual envelhecimento da estrutura demográfica espelha o progressivo desequilíbrio da pirâmide etária.

É consensual que uma das características mais marcantes da evolução demográfica recente, em Portugal (à semelhança do que ocorre no resto do continente europeu) é o acentuado envelhecimento da população. Tal aspeto verifica-se quando, a uma perda de população jovem (0-14 anos) se contrapõe o aumento da população idosa (65 ou mais anos).

O concelho de Elvas não escapa a esta especificidade, pois como se pode observar nos gráficos n.º 1 e nº 2, o decréscimo da população com idade mais jovem é quase proporcional ao acréscimo da população idosa, evidenciando-se também um decréscimo dos grupos etários intermédios.

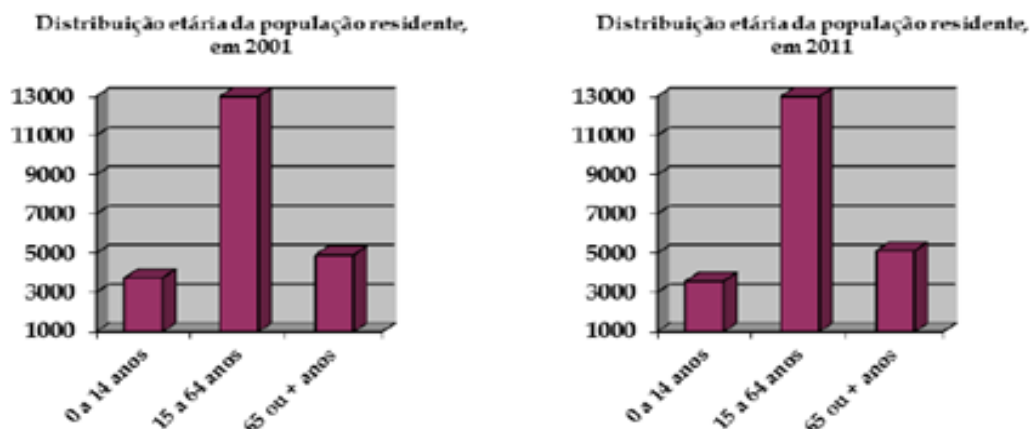


Grafico nº 1 - Distribuição da população residente 2001 Grafico nº 2 - Distribuição da população residente 2011
(Fonte: Instituto Nacional de Estatística – Portugal – Censos 2011)

A taxa de variação da população residente no concelho demonstra bem o problema do **envelhecimento populacional** acima descrito, ao sofrer um agravamento com a diminuição de representatividade dos grupos etários mais jovens e um aumento da representatividade dos mais idosos, neste caso, superando mesmo os valores da região do Alto Alentejo.

No que respeita à distribuição da população do concelho por sexo, é de relevar uma ligeira superioridade numérica da população feminina (4%), gráfico nº 3.



Gráfico nº3- Distribuição da população residente segundo o sexo (Fonte: Instituto Nacional de Estatística – Portugal – Censos 2011)

A **Afluência de Utentes ao Hospital de Elvas** também tem sofrido variações, como se pode observar no Quadro nº 3. De acordo com os dados fornecidos pelo Núcleo Executivo do Conselho Local de Ação Social de Elvas (2013), denota-se um acréscimo generalizado, na afluência ao HSLE de utentes ao nível da consulta externa de 22,28%, ao contrário do que se passa ao nível do serviço de urgência em que houve uma diminuição de cerca de 10% na afluência dos utentes a este tipo de serviço. Estes valores poderão indicar que ao existir uma maior oferta dos serviços e alargamento de horário das consultas externas e ao mesmo tempo maior acessibilidade aos cuidados de saúde primários diminui a afluência ao serviço de urgência. Em termos percentuais, no que respeita ao serviço de urgência, esse decréscimo comparativamente com 2004 foi de -10,20%.

O número de utentes internados diminuiu igualmente em -11,15%, resultado que poderá ter a ver com a diminuição de camas de internamento mas também com a oferta de proximidade junto da comunidade ao nível dos cuidados continuados domiciliários (Núcleo Executivo do Conselho Local de Ação Social de Elvas; 2013)

O HSLE possui uma equipa de Gestão de altas (EGA) a qual está ligada à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados com o objetivo de referenciação dos utentes internados que necessitam de cuidados após a alta para unidades da rede que dão resposta às diferentes tipologias. Este tipo de serviço articula com as equipas de coordenação local (ECL) da RNCCI sedeadas nos centros de saúde o que tem possibilitado uma melhoria na acessibilidade e qualidade dos serviços prestados aos doentes que necessitam de cuidados após a alta hospitalar.

Evolução do n.º de utentes 2004 – 2011

| Proveniência dos utentes | Serviço de Urgência | | Consulta Externa | | Internamento | |
|----------------------------|---------------------|---------------|------------------|---------------|--------------|---------------|
| | 2004 | 2011 | 2004 | 2011 | 2004 | 2011 |
| Concelho de Elvas | 26064 | 23911 | 17442 | 20350 | 2041 | 1763 |
| Concelho de C. Maior | 2929 | 3265 | 3482 | 4237 | 565 | 521 |
| Concelho de Monforte | 610 | 564 | 388 | 808 | 74 | 83 |
| Out. Conc. Dist Portalegre | 697 | 915 | 1717 | 3687 | 200 | 367 |
| Concelho de Alandroal | 736 | 786 | 1159 | 1368 | 157 | 133 |
| Concelho de Vila Viçosa | 1844 | 1123 | 1466 | 1889 | 253 | 186 |
| Concelho de Borba | 2301 | 1148 | 1678 | 1715 | 254 | 145 |
| Out. Conc. Dist. Évora | 482 | 419 | 1433 | 1141 | 184 | 102 |
| Outros Distritos | 1044 | 848 | 138 | 151 | 43 | 50 |
| Sem indicação Dist. | 58 | 34 | 10 | 9 | 2 | 2 |
| Total | 36765 | 33013 | 28913 | 35355 | 3773 | 3352 |
| Percentagem | | -10,20 | | +22,28 | | -11,15 |

Quadro nº 3 – Evolução do nº de Utente 2004-2011 (Fonte: Instituto Nacional de Estatística – Portugal – Censos 2011)

Foi feita uma caracterização relativamente ao **Serviço de Urgência no ano 2016**, nomeadamente uma análise aos utentes admitidos no SU do HSLE de acordo com cor de triagem/prioridade (Quadro nº 4). Verificou-se que no ano 2016, foram triados no Serviço de Urgência do HSLE 29459 episódios num total Geral da ULSNA de 93548.

| SU | Vermelho | Laranja | Amarelo | Verde | Azul | Branco | Total Episódios Triados |
|-------------------|------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|-------------------------|
| SUB - HSLE | 100 | 3 138 | 13 021 | 12 362 | 454 | 384 | 29 459 |
| Total Geral ULSNA | 261 | 10 013 | 35 559 | 44 026 | 1 212 | 2 477 | 93 548 |

Quadro nº 4 – Total de Episódios de Urgência/Cor de Triagem no Hospital de Santa Luzia de Elvas – Ano 2016 (Fonte: Dados fornecidos pelo GPCG da ULSNA)

Foi dada prioridade emergente – Vermelho a 100 utentes, Muito Urgente – Laranja a 3138, Urgente- Amarelo a 13021, pouco urgente - Verde a 12362, não urgente – Azul a 454 utentes. Foram ainda triados de Branco 384 utentes.

No Quadro nº 5, foi feita uma observação da Média mensal de Episódios de Urgência por Cor de Triagem no Hospital de santa Luzia de Elvas – Ano 2016.

| SU | Vermelho | Laranja | Amarelo | Verde | Azul | Branco | Total Doentes Triados |
|-------------------|-----------|---------|-------------|-------------|------------|------------|-----------------------|
| SUB - HSLE | 8 | 264 | 1084 | 1030 | 38 | 32 | 2457 |
| Total Geral ULSNA | 22 | 834 | 2963 | 3369 | 101 | 206 | 7796 |

Quadro nº5 - Média mensal de Episódios de Urgência por Cor de Triagem no Hospital de Santa Luzia de Elvas – Ano 2016 (Fonte: Dados fornecidos pelo GPCG da ULSNA)

De modo a perceber a **afluência de doentes por turno/cor de triagem** foi feita uma pesquisa de acordo com o Quadro nº 6.

Verificou-se que o período da manhã (8h00 às 16h00) traduz-se no período de maior afluência de doentes e o período noturno (0h00 às 8h00) o horário de menor afluência, independentemente da cor de triagem

| Período horário | Vermelho | Laranja | Amarelo | Verde | Azul | Branco | Total Episódios Triados |
|-------------------|------------|--------------|--------------|--------------|------------|------------|-------------------------|
| 0-8 | 11 | 344 | 1 353 | 1 208 | 25 | 22 | 2 963 |
| 8-16 | 52 | 1 630 | 6 329 | 6 233 | 279 | 177 | 14 700 |
| 16-24 | 37 | 1 164 | 5 339 | 4 921 | 150 | 185 | 11 796 |
| TOTAL HSLE | 100 | 3 138 | 13021 | 12362 | 454 | 384 | 29 459 |

Quadro nº 6 - Total de Episódios de Urgência por período horário e cor de triagem no Hospital de Santa Luzia Ano de Elvas – Ano 2016 (Fonte: Dados fornecidos pelo GPCG da ULSNA)

1.2.2. Caraterização dos Recursos Materiais e Equipamentos

O serviço de urgência situa-se no 1º piso do edifício hospitalar e está distribuído pelos seguintes espaços:

- Zona de entrada;
- Sala de espera e instalações sanitárias para utentes e acompanhantes para utilização de indivíduos de ambos os sexos;
- Recepção/ área de trabalho administrativo, onde é efetuada a inscrição do utente;
- Gabinete do Diretor de serviço e Enfermeiro chefe;
- Sala de Triagem de Manchester - Sala onde é atribuída a prioridade clínica de atendimento dos utentes através do Sistema de Triagem de Manchester. Esta equipada com o seguinte material:

✓ 1 Monitor portátil de avaliação de sinais vitais; Termómetro Timpânico; máquina de Glicémia Capilar;

✓ *Kit* situação de catástrofe preparados;

- Balcão 1 - Local onde é efetuado o atendimento dos utentes com episódio de urgência, que não necessitam de maca ou de monitorização do estado hemodinâmico.

- Sala de Diretos/Reanimação - Sala onde são prestados cuidados de enfermagem e intervenções médicas mais diferenciadas, a utentes em situação crítica. Com capacidade de monitorização, controle de via aérea, ventilação mecânica e de realização de procedimentos invasivos. Esta Sala está equipada com o seguinte material:

- ✓ 1 Monitor ECG Desfibrilhador, TA, STO2;

- ✓ Tabuleiro de Entubação Orotraqueal

- ✓ 2 Laringoscópios com respetivas laminas;

- ✓ 1 Ventilador Evita-S / 1 Ventilador portátil;

- ✓ Carro de emergência, de acordo com o PQ-01-Urgência, Organização dos Carros e malas de Emergência nos Hospitais e Centros de Saúde Da ULSNA- EPE, com KIT de Emergência Pediátrica; *KIT* material Cateter Central; *KIT* Material de Algaliação.

- Balcão 2 - Local para onde são encaminhados os utentes que necessitam de monitorização do estado hemodinâmico ou de fazer oxigenioterapia enquanto estão em observação pela equipa médica e de enfermagem. Nesta sala ficam também os utentes que estão com processo de internamento em SO ou a aguardar vaga nos respetivos serviços.

Tem 2 Boxes com capacidade para 4 macas, equipadas com 4 rampas de oxigénio, vácuo e ar respirável e os seguintes recurso materiais

- ✓ Sistema de Gestão automatizada de Medicamento Pyxis;

- ✓ 3 Monitores ECG Desfibrilhadores; TA, STO2

- ✓ 1 Monitor ECG; TA e STO2

- ✓ 1 Monitor TA, P, STO2

- ✓ Prateleiras e armários de arrumação de material de consumo clínico;

- Sala de Pequena Cirurgia - Sala onde são efetuados procedimentos cirúrgicos nomeadamente drenagem torácica, colocação de cateter central, pequenas cirurgias entre outros. Equipada com material de consumo clínico e material Esterilizado necessário.

- Sala de Especialidades - Sala onde são observados os utentes pelos Médicos das várias especialidades.

- Sala de Apoio ao Eletrocardiograma - equipada com 1 Marquesa e 1 Eletrocardiógrafo

- Balcão de Ortopedia – sala onde são efetuados os procedimentos de Ortopedia, equipada com Armário de arrumação de material para realização de procedimentos do foro ortopédico / 1 Lavatório com bacia de gessos

• Serviço de Observação (SO) - Com 2 salas, onde estão internados 4 utentes que necessitem de vigilância e observação, por instabilidade. Cada Unidade está equipado com o seguinte material:

- ✓ Monitor ECG, TA e STO2;
- ✓ Rampa de oxigénio, vácuo e ar respirável;
- ✓ Suportes de soros com Bomba e seringa infusora;
- ✓ Armário para arrumação de roupa / Prateleiras para arrumação de material clínico /

Cadeirões;

No SO existe ainda 1 Ventilador Não Invasivo e 2 Monitores Cardíacos Desfibriladores.

• A Área de Trabalho de Enfermagem, situada no SO, provida com o subseqüente equipamento:

- ✓ Armários e prateleiras de arrumação de material clínico;
- ✓ Sistema de Gestão automatizada de Medicamento Pyxis;
- ✓ 1 Frigorífico com medicação ligado ao Pyxis;

• Corredor do SU - Local para onde são encaminhados os utentes em maca, cadeirão e/ou cadeira de rodas que estão a fazer medicação, a aguardar observação médica ou resultados de exames complementares de diagnóstico e que não necessitam de monitorização hemodinâmica. Neste corredor também ficam alguns utentes que estão com processo de internamento em SO ou a aguardar vaga nos respetivos serviços. Tem capacidade para 10 macas; 8 cadeirões e 4 cadeiras de rodas.

• Sala de Arrumos- Onde se encontra todo o material de consumo clínico, material clínico organizado por áreas de atuação (A, B, C, Sistemas, Dispositivos de proteção individual e Exposição/ controlo ambiental).

- Copa
- Instalações Sanitárias para os utentes
- Instalações Sanitárias para os funcionários
- Sala de Sujos- Resíduos Hospitalares
- Sala de Pausa
- Base do INEM - Com uma ambulância de Suporte Imediato De Vida, tripulada por uma TAE e um Enfermeiro. A SIV de Elvas se encontra-se integrada no Serviço de Urgência.

1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM

1.3.1 Sistema ALERT

Um dos fatores que contribui para a excelência dos cuidados prestados pelos serviços de saúde (hospitais, centros de saúde) é a adoção de sistemas de informação que apoiem a atividade clínica dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde) nos diferentes serviços (Urgência, Internamento, Cirurgia, Consulta Externa) e a atividade de gestão (administração, diretores de serviço), de forma a alcançar uma visão integral e integrada de todos os processos.

A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA) escolheu o ALERT® para se tornar na primeira região de saúde sem papel desde 2008.

No Serviço de Urgência do HSLE, foi implementado o Sistema ALERT® EDIS em meados de Junho de 2008, após formação proporcionada aos Profissionais de Saúde. Os conteúdos de Formação para enfermeiros basearam-se nos seguintes: Contextualização do processo de informação do Serviço de Urgência; registo informático/registo em papel; ambiente de trabalho e workflow de informação; exploração das funcionalidades dirigidas especificamente ao perfil de ENFERMEIRO, ENFERMEIRO OBS E MANCHESTER.

De acordo com o seu manual de Utilização, O ALERT® EDIS (2007) permite documentar, rever e integrar toda a informação clínica relativa a episódios nos serviços de urgência, aceder a diferentes níveis de informação de acordo com as suas responsabilidades profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares, administrativos, técnicos de laboratório e de imagem, assistentes sociais e informativos) através dos perfis de utilizador e da identificação biométrica. Trata-se de um sistema baseado em conceitos de workflow para permitir uma documentação mais fácil e acessível. Toda a informação pode ser documentada imediatamente e pode ser partilhada com outros utilizadores.

Promove a eliminação de toda a informação clínica registada em papel e foi especificamente concebida para responder às necessidades e responsabilidades tanto de profissionais como de pacientes nos serviços de urgência.

Em 2010, foi realizado um **Estudo de Análise de Benefícios de Implementação do ALERT® PAPER FREE HOSPITAL no Hospital do Espírito Santo de Évora**, executado pelo Centro de Estudos de Gestão da Universidade Técnica de Lisboa, (Caldeira et al, 2010) em que foram concluídos os seguintes dados:

- Redução do tempo de triagem em 70%;
- Redução do tempo decorrido entre a Triagem e a Primeira Observação Médica (7% no período das 08h00 às 16h00 e 15% no período das 16h00 às 24h00);

- Redução do tempo decorrido entre a Prescrição e a Administração de Medicação (74% no período das 08h00 às 16h00 e 90% no período das 16h00 às 24h00);

- Redução do tempo de Espera por Resultados de Raio X (40% no período das 08h00 às 16h00 e 59% no período das 16h00 às 24h00);

- Redução do tempo de Espera por Resultados de TAC (37% no período das 08h00 às 16h00 e 78% no período das 16h00 às 24h00).

No entanto, não existem estudos relativamente aos registos de enfermagem. De um modo geral, o perfil de “enfermeiro”, neste sistema de informação permite a documentação da administração de terapêutica e de outros procedimentos, bem como “redigir notas de enfermagem”.

De acordo com Indicadores de qualidades dos cuidados de Enfermagem, existe no Serviço de Observação (SO) a monitorização do **Risco de Úlceras Por Pressão**; através da Escala de Braden e **Risco de Quedas**, através da Escala de Morse nas primeiras 24 horas de Internamento.

É igualmente pedido ao Enfermeiro a realização da **Avaliação Inicial** ao Doente internado em SO nas primeiras 24 horas.

No SU existe um documento que garante a transmissão de informação e a continuidade dos cuidados, a **carta de alta** ou carta de transferência que dever ser realizada sempre que o doente é transferido internamente ou externamente.

1.3.2. Sistema de Triagem de Manchester

Desde Fevereiro de 2005 que o Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia Elvas assinou um protocolo com vista á adoção e implementação da Triagem de prioridades de Manchester neste serviço.

Trata-se de um importante instrumento de gestão hospitalar, tendo em vista a uniformização dos procedimentos, o apoio à decisão, a rentabilização da capacidade instalada, a qualidade/adequação dos cuidados e a responsabilização, tanto de utilizadores como de profissionais, indivíduos como instituições, perante o recurso ao Serviço de Urgência.

De acordo com o Grupo Português de Triagem (2015), o Sistema de Triagem de Manchester, é um método de triagem que fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas.

Os mesmos autores referem que a avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada – o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde que motiva o doente a procurar o serviço de urgência. Existe uma lista de 50 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação, que abrangem quase todas as situações

apresentadas nos serviços de urgência. Dois fluxogramas foram desenvolvidos para lidar com uma situação de catástrofe.

A primeira parte do método de triagem requer que o profissional selecione o fluxograma que seja o mais específico possível em relação à queixa apresentada. Depois percorre os discriminadores do fluxograma, escolhendo o primeiro que seja positivo ou que não se consiga negar.

A escolha do fluxograma de apresentação é, em grande medida, ditada pela queixa de apresentação do doente; é necessário em seguida proceder à recolha e análise de informações que permitam a determinação da **prioridade clínica**.

A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo para a observação médica inicial: 1 = Emergente = Vermelho = 0 minutos; 2 = Muito urgente = Laranja = 10 minutos; 3 = Urgente = Amarelo = 60 minutos; 4 = Pouco Urgente = Verde = 120 minutos; 5 = Não urgente = Azul = 240 minutos, de acordo com a figura nº 2.

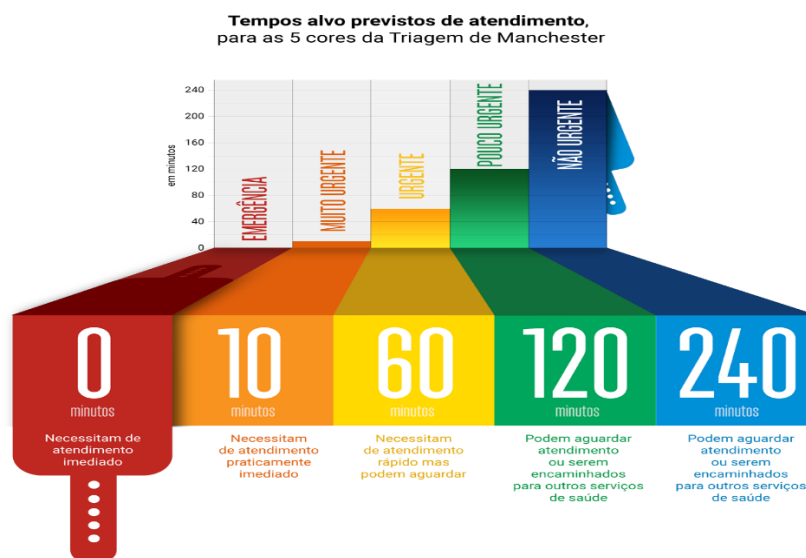


Figura nº 2 - Tempo alvo previsto de atendimento (Fonte: Grupo Português de Triagem acedido em <http://www.grupoportuguestriagem.pt>)

É importante que a avaliação do doente seja sistemática e que todos os elementos dessa avaliação sejam reunidos para dar uma imagem completa da situação clínica do doente. Por esta razão, o profissional de triagem deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, pelo menos seis meses, e capacidade para comunicar eficazmente com os doentes e as suas famílias (Grupo Português de Triagem; 2015)

Para fazer Triagem o Enfermeiro tem obrigatoriamente que ter frequentado o curso de Triagem de Manchester com aproveitamento

O Despacho n.º 10319/2014, publicado no Diário da República n.º 153, Série II, de 11 de agosto, reconheceu como obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no Serviço de Urgência (SU), determinando que em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir graus de prioridade, de modo a que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação médica.

No seguimento do mesmo despacho...

”...A escala de Triagem de Manchester prevê uma prática fiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo, sendo passível de ser auditada quer interna ou externamente, conforme previsto no referido Protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem, e Declaração de Princípios a ele anexa, que importa acautelar” (Ministério da saúde, 2014: 20678)

No Serviço de Urgência do HSLE, 15 Enfermeiros tem Formação de Triagem de Manchester e 3 Enfermeiros tem Formação de Auditores de Triagem de Manchester.

1.4. CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

A equipa multidisciplinar do SU é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, administrativos, funcionários dos serviços de higiene e limpeza e pelos Seguranças.

- Equipa Médica: 2 Médicos desempenham funções de Triagem Médica no horário de 08h-14h; 14h-20h e 20h-08h; 1 Médico de cada uma das Especialidades: Medicina Interna; Cirurgia Geral; Ortopedia, Anestesiologia; em regime de presença física 24 horas; 1 Médico de Radiologia e Patologia Clínica até às 17 h e em regime de prevenção 24 horas.

A equipa Médica tem nomeado um Chefe de Equipa que tem que ser sempre um especialista da carreira hospitalar. É da responsabilidade do Chefe de Equipa durante o seu turno, a resolução de todas as questões de complexidade médica, organizacional e cívica. No período pós laboral, é ele a entidade máxima hospitalar.

- Assistentes Operacionais: 8 Assistentes operacionais em regime de Roulement; 2 ou 3 No Turno da manhã (08h-16h); 2 no turno da tarde (16h-24h) e 1 no turno da noite (00h-08h). De acordo com as suas funções colaboram sob supervisão técnica, na prestação de cuidados aos doentes; assegurando o funcionamento do SU.

- Administrativos: A sua função é assegurada por uma equipa fixa em rotação com a Telemedicina, composta por seis funcionários da carreira Assistentes Técnicos e dois funcionários da carreira Assistentes operacionais, coordenados por um funcionário administrativo com a categoria de assistente administrativo principal. Praticam um horário de trabalho por turnos de oito horas cada, em regime de presença física. 2 Turno da manhã (08h-16h); 2 no turno da tarde (16h-24h) e 1 no turno da noite (00h-08h);

• Equipa de Enfermagem: Composta por 23 Enfermeiros dos quais 1 Enfermeiro é Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, 5 Enfermeiros mestrados em Enfermagem Médico-cirúrgica e uma Enfermeira Chefe, detentora do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e pós graduada em Gestão de Unidades de Saúde. 6 Enfermeiros Integram a equipa de pré- hospitalar – ambulância-SIV (Suporte Imediato de Vida), de acordo com o protocolo estabelecido entre a ULSNA, ARS e INEM.

De modo a caracterizar os Enfermeiros do ponto de Vista socio demográfico e do ponto de vista das competências em Sistemas de Informação em Enfermagem foi pedido os enfermeiros o preenchimento de uma grelha (Apêndice 2), a qual passa a apresentar sob a forma de Tabela nº 1. De acordo com a mesma, a equipa de Enfermagem é maioritariamente do sexo feminino (74%). Dos 23 Enfermeiros, 43% têm entre 31-40 anos e 48% entre 41 -60 anos. No que diz respeito aos anos de Serviço, apenas 1 Enfermeiro tem menos de 5 anos de Serviço. 31% Tem entre 6-10 anos de serviço e 22% entre 16-20 anos de Serviço.

Trata-se de uma equipa jovem no que refere a anos de Serviço de Urgência, 35% tem entre 0-5 anos de Serviço de Urgência e 22% entre 6-10 anos de Serviço de Urgência.

No que diz respeito á Formação nos sistemas de Informação em Enfermagem, 78% tem formação ALERT, 61% tem formação CIPE/SAPE e 91% tem Formação de Triagem de Manchester, sendo que para fazer Triagem esta formação é obrigatória.

| | Nº Absoluto (n=23) | % |
|------------------------------------|-----------------------|-----|
| Sexo | | |
| Masculino | 6 | 26% |
| Feminino | 17 | 74% |
| Escalão Etário | | |
| 21-30 Anos | 2 | 9% |
| 31-40 Anos | 10 | 43% |
| 41-50 Anos | 6 | 26% |
| 51-60 Anos | 5 | 22% |
| Anos de Serviço | | |
| 0-5 Anos | 1 | 4% |
| 6-10 Anos | 7 | 31% |
| 11-15 Anos | 2 | 9% |
| 16-20 Anos | 5 | 22% |
| 21-25 Anos | 3 | 13% |
| 26-30 Anos | 3 | 13% |
| 31-35 Anos | 1 | 4% |
| 36-40 Anos | 1 | 4% |
| Anos no Serviço de Urgência | | |
| 0-5 Anos | 8 | 35% |
| 6-10 Anos | 5 | 22% |
| 11-15 Anos | 3 | 13% |
| 16-20 Anos | 4 | 17% |
| 21-25 Anos | 3 | 13% |
| 26-30 Anos | 0 | 0% |
| 31-35 Anos | 0 | 0% |
| 36-40 Anos | 0 | 0% |
| Formação CIPE/SAPE | | |

| | | |
|------------------------------------|----|-----|
| Sim | 18 | 78% |
| Não | 5 | 22% |
| Formação ALERT | | |
| Sim | 14 | 61% |
| Não | 9 | 39% |
| Formação Triagem Manchester | | |
| Sim | 21 | 91% |
| Não | 2 | 9% |

Tabela nº 1 - Caracterização dos Enfermeiros do Serviço de Urgência HSLE

Os Enfermeiros, asseguram o funcionamento do SU do HSLE, 24 horas por dia, distribuídos da seguinte forma: 4 Enfermeiros no turno da manhã (1 enfermeiro assegura o posto de triagem, 2 enfermeiros nos balcões, 1 enfermeiro no Serviço de Observação, com a lotação de 4 camas); 4 Enfermeiros no turno da tarde (1 enfermeiro assegura o posto de triagem, 2 enfermeiros nos balcões, 1 enfermeiro no Serviço de Observação, com a lotação de 4 camas); 2 Enfermeiros no turno da noite (asseguram a totalidade do Serviço).

De acordo com a política de qualidade da ULSNA, os Enfermeiros desempenham funções específicas as quais foram sinteticamente descritas no Quadro nº 7.

| | | |
|--|---------------------------|--|
| Responsável pela Formação em Serviço | 1 Enfermeiro Especialista | <ul style="list-style-type: none"> - Contextualizar o conhecimento teórico na resolução de problemas reais da prática dos cuidados de enfermagem; - Aprofundamento de competências e desenvolvimento profissional e pessoal. |
| Interlocutor Gestão do Risco | 1 Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none"> - Formação em serviço sobre risco e notificações de incidentes, - Efetuar levantamento do risco clínico e não clínico existentes no serviço, - Incentivar a notificação dos incidentes. |
| Interlocutor dos Padrões de Qualidade | 1 Enfermeiro Especialista | <ul style="list-style-type: none"> - Replicar em Formação em serviço a formação ministrada pela Ordem dos Enfermeiros sobre Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, importância dos programas de melhoria contínua, Sistemas de Informação em Enfermagem e CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem); - Identificar as áreas com necessidade de melhoria, tendo por referência o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos da OE |
| Dinamizador do GCL-PPCIRA | 1 Enfermeiro | Tem por missão garantir o cumprimento das boas práticas relativas à prevenção da Infecção Hospitalar e às técnicas de assepsia médica e cirúrgica, assim como à triagem dos resíduos sólidos hospitalares. |
| Responsável pelo Carro de Urgência | 2 Enfermeiros | Têm como função a organização e verificação do Carro de Urgência de acordo com os PQs da ULSNA (PQ-01-URG) |

| | | |
|---|----------------------------|---|
| Auditores Triagem Manchester | 3 Enfermeiros Auditores | Têm como função realizar Auditoria individual por episódio de urgência; Auditoria individual retrospectiva e Auditoria global. Credenciados como formadores e reconhecidos como auditores pelo Grupo Português de Triagem |
| Responsável Operacional meio SIV | 1 Enfermeiro SIV | Tem como função coordenar as respostas dos profissionais de enfermagem, zelando e promovendo a prontidão, a eficácia e eficiência e a elevada qualidade nos cuidados de enfermagem ao cidadão. |
| Responsável por gestão de STOCKS | 1 Enfermeiro | Tem como função assegurar a gestão, armazenamento e manutenção de medicação e logística- |
| Interlocutor ao Serviço de Imuno hemoterapia Hemo vigilância | 1 Enfermeiro | Tem por missão garantir o cumprimento das boas práticas relativas à Hemo vigilância. |

Quadro nº 7- Funções dos Enfermeiros do SU- HSLE

O método de distribuição de trabalho no serviço de urgência e SO é centrado no método individual. O método individual de trabalho caracteriza-se pela distribuição de um número de clientes a um enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de todos os cuidados durante o seu turno (Parreira, 2005).

Esta organização dos cuidados privilegia a relação enfermeiro - cliente, pois ocorre uma individualização dos cuidados e, conseqüentemente, uma maior satisfação dos clientes, bem como promove a responsabilidade do enfermeiro pelo facto de todos os cuidados serem prestados por um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os mesmos (Marquis & Huston, 2009)

O Enfermeiro Chefe/responsável pelo Serviço planeia e distribui os enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho (triagem, balcão, SO). Procura-se um cuidado global, onde um enfermeiro fica responsável por determinado número de doentes, sendo responsável pela prestação de cuidados durante o seu horário de trabalho.

O Enfermeiro Responsável de Turno, designado de entre os enfermeiros pelo Enfermeiro Chefe do Serviço, e que não correspondendo a nenhuma categoria oficialmente estabelecida, é uma distinção internamente reconhecida e valorizada, que se traduz num relativo acréscimo de responsabilidade, autoridade técnica e social na gestão das situações de trabalho.

1.4.1. Dotações Seguras

A dotação adequada de recursos de enfermagem é fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade que garantam a segurança e a satisfação dos clientes e reporta-se à correta adequação entre o número de enfermeiros em tempo integral e a complexidade de competências disponíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

O Regulamento n.º 533/2014, Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2014), refere que no quadro da promoção do desenvolvimento sustentável do Sistema de Saúde Português a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as próprias unidades de saúde, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população.

Neste sentido é fundamental que os recursos de enfermagem sejam adequados de modo a que os enfermeiros possam prestar cuidados de qualidade que garantam a segurança e a satisfação dos clientes.

No documento emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2014), os critérios de dotação resultam da análise retrospectiva da realidade portuguesa relativa à necessidade/prestação de cuidados de enfermagem e da investigação efetuada. Prevê 3 contextos gerais de atuação – Cuidados de Saúde Primários (CSP), Cuidados Hospitalares, Cuidados Continuados Integrados (CCI) e adiciona 2 novas dimensões – estruturas residenciais para idosos e serviços de saúde do trabalho/saúde ocupacional em empresas. A metodologia a utilizar versou pelo sistema que permite determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, com recurso ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E).

Nos Serviços de Urgência a fórmula a utilizar para calcular as dotações seguras é por "Posto de Trabalho" adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada Serviço de Urgência. Deve promover-se a avaliação das HCN (horas de cuidados necessárias) através de sistemas específicos de cálculo.

Nos SO/Urgência considera-se uma linha de orientação centrada na utilização das HCN, tendo o valor das Unidades de cuidados intermédios como referência mínima.

| | | | |
|-------------------------------|------------------------------|----|---|
| Fórmulas para Cálculo: | $\frac{AT \times HCN/AC}{T}$ | ou | $\frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T}$ |
|-------------------------------|------------------------------|----|---|

Ordem dos Enfermeiros (2014)

SO/Urgência

$$\text{Fórmulas para Cálculo: } \frac{PT \times HF/D \times NDF/A}{T} \quad \text{ou} \quad \frac{DI \times HCN}{T}$$

Ordem dos Enfermeiros (2014)

“Para a determinação do valor do número de horas de trabalho prestado por cada enfermeiro por ano, devem ser considerados os seguintes valores de referência com as devidas adaptações:

- Enfermeiro em regime de trabalho de 35 horas/semana - 1414 horas/ano - tendo por base as seguintes deduções: 26 dias (182 h) para férias + 9 dias (63 h) para feriados + 15 dias (105 h) para formação + 8 dias (56 h) para faltas;
- Enfermeiro em regime de trabalho de 42 horas/semana (horário acrescido) - 1697,4 horas/ano - tendo por base as seguintes deduções: 26 dias (218 h) para férias + 9 dias (75,6 h) para feriados+ 15 dias (126 h) para formação + 8 dias (67 h) para faltas;
- Enfermeiro em regime de trabalho de 40 horas/semana (Código do Trabalho) - 1733 horas/ano- tendo por base as seguintes deduções: 22 dias (176 h) para férias + 9 dias (72 h) para feriados + 4,375 dias (35 h) para formação + 8 dias (64 h) para faltas” Ordem dos Enfermeiros (2014)

- PT – postos de trabalho;
- HF/D – número de horas de funcionamento por dia – 24 horas
- NDF/A – Número de dias de funcionamento por ano – 365
- T – Número de horas a praticar pelo enfermeiro por ano

No Serviço de Urgência do HSLE:

O valor do número de horas de trabalho a praticar, foi calculado em função dos valores de referência e das adaptações referidas anteriormente (indicadores da ULSNA).

“Na determinação da dotação adequada de enfermeiros, as instituições de saúde devem utilizar os seus indicadores institucionais para preencher as variáveis (dias de férias) e (dias para faltas) ... O mesmo se aplica para efeitos de determinação do período normal de trabalho prestado por cada enfermeiro por ano” (Ordem dos Enfermeiros;2014).

$$\text{Número de Enfermeiros} = \frac{4 \times 24 \times 365}{1573} = 22,2$$

De acordo com a fórmula de cálculo o número de Enfermeiros necessários é de 22 Enfermeiros. Desempenham funções neste serviço 23 Enfermeiros, sendo um Enfermeiro Chefe do Serviço. Do ponto de vista de dotações parece estar adequada de recursos de enfermagem.

CAPITULO II - ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

1.1. A SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A segurança do doente constitui um dos grandes desafios dos cuidados de saúde do séc. XXI. O reconhecimento da ocorrência de erros ou acidentes adversos com consequências graves para os doentes e para as instituições de saúde, levou, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a nomear comissões centradas na identificação de situações de risco e na elaboração de soluções que possam servir de recurso para a prevenção dessas situações (Santos et al, 2010).

A Segurança do Doente é uma prioridade da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e considera-se fundamental a avaliação da cultura de segurança para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais

Integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, criado pelo **Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015**, é coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

“Constitui-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Cada unidade prestadora de cuidados de saúde deverá assegurar a implementação e acompanhamento das ações identificadas e o cumprimento dos calendários estabelecidos, confirmando a boa gestão dos recursos envolvidos. O Plano visa melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS. A segurança é considerada um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, permitindo aferir a confiança dos cidadãos no sistema de saúde e, em particular, no SNS.” (Ministério da Saúde, 2015a: 3882-2)

Visa atingir os seguintes objetivos estratégicos:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. **Aumentar a segurança da comunicação;**
3. Aumentar a segurança cirúrgica;
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;

8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

1.2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Os Sistemas de Informação (SI), cada vez mais, ocupam um lugar de destaque nas organizações, realidade à qual os serviços de saúde não ficam alheios. Com efeito, os SI constituem um recurso de primordial importância na estratégia de ação e governo dos serviços de saúde (Friedman & Wyatt, 2006) citado por Mota et al (2014).

A própria OMS diz-nos que “Cuidar não dispensa a escrita” o que significa que os registos dos cuidados de enfermagem devem existir como uma realidade diária do trabalho do enfermeiro.

A opinião de que a “Informação de Enfermagem” é importante para a governação na saúde é, consensual, não apenas pelos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação como dos que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados (na perspetiva individual ou de grupo), para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2007a).

O enquadramento legal contemplado na lei portuguesa através do decreto-lei nº 161/96, que constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) refere que cabe ao enfermeiro “avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efetuados” (artigo nº5 do REPE). De acordo com o mesmo decreto-lei, o enfermeiro, no que diz respeito ao direito do utente ao cuidado, tem o dever de, entre outras intervenções, garantir a continuidade dos cuidados, “registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (artigo nº83 do REPE).

O crescente aumento da sensibilização e consciencialização da necessidade de encontrar soluções de Sistemas de Informação que sejam promotores da comunicação e continuidade dos cuidados, da gestão, da investigação e da formação (Pereira, 2009), alargam os horizontes e colocaram novos desafios a todos aqueles que estavam envolvidos no desenho, implementação e reformulação dos Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) em uso nas instituições de saúde (Mota et al, 2014).

Desde 2007 que a Ordem dos Enfermeiros – associação pública que tem por desígnio fundamental promover e defender a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população e que detém, em Portugal, em conjunto com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), os direitos de licenciamento da utilização da Classificação Internacional

para a Prática de Enfermagem – definiram um conjunto mínimo de normas para o desenvolvimento dos sistemas de informação de enfermagem nomeadamente:

“Os Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), **integrado no Sistema Nacional de Informação de Saúde**, e considerando o potencial dos registos de enfermagem, deverá possibilitar a gestão da informação em qualquer ponto do contínuo “máximo / mínimo” de dados e a produção de conhecimento. As aplicações informáticas de suporte ou outros dispositivos complementares deverão funcionar de modo integrado / interoperável com os módulos existentes ou a desenvolver e deverão estar em conformidade com as normas internacionais de referência (ISO, CEN, HL7 etc.) e o estado da arte no momento da sua criação.

...O sistema de informação e os registos eletrónicos deverão contemplar a **utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**, de modo a maximizar o potencial dos registos eletrónicos de saúde, designadamente a produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, bem como a necessidade de reutilização de dados e comparabilidade a nível local, regional, nacional e internacional e, ainda, os requisitos de uma prática cada vez mais baseada na evidência.

...As aplicações informáticas devem ser desenvolvidas de modo a permitirem a documentação da prática de enfermagem, tendo em vista as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados e além disto, devem contemplar a reengenharia e a inovação dos registos eletrónicos de enfermagem, por forma a garantir o desenvolvimento, a descrição e o acompanhamento dos cuidados de enfermagem em todos os contextos da sua prática.

...Os registos eletrónicos de enfermagem devem contemplar um **Resumo Mínimos de Dados de saúde**, possibilitando a otimização de tais potenciais (designadamente, a qualidade e continuidade de cuidados, produção automática de diversos indicadores, a tomada de decisão, a formação e a investigação) incluindo a determinação da intensidade de cuidados através da incorporação integrada de sistemas de classificação de utentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem, ou outros.” (Ordem dos Enfermeiros, 2007b: 1,2)

Vários estudos se têm debruçado sobre a informação inerente aos cuidados de enfermagem e mais concretamente dos sistemas de informação (Silva, 2001; Sousa, 2006; Pereira, 2009). Todos eles sugerem a necessidade da existência de um conjunto de dados de enfermagem que possibilitem a apropriação das condições e conceitos essenciais à utilização de sistemas de informação eletrónicos.

Azevedo & Sousa (2012) referem que Portugal encontra-se entre os países da União Europeia com maior utilização de sistemas de registos eletrónicos nomeadamente no suporte ao processo de conceção e registo dos cuidados de enfermagem, que utilizam linguagem classificada (CIPE®).

1.3. REGISTOS DE ENFERMAGEM – RESUMO MÍNIMO DE DADOS

Dos Registos, já Florence Nightingale assumia a sua importância e a necessidade de os preservar no sentido de que essa documentação refletisse as consequências quer positivas, quer negativas dos cuidados de enfermagem sobre o estado de saúde do indivíduo.

Registrar em enfermagem é a ação de colocar por escrito dados significativos relacionados com a pessoa que necessita de cuidados. Segundo Martins et al (2008), a importância dos registos de enfermagem é atualmente reconhecida e fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados, destacando a sua função enquanto comunicação escrita que valida todo o ato de cuidar. Os autores ressaltam que é através do registo de todas as intervenções de enfermagem que se pode contribuir para a melhoria dos cuidados prestados e dar visibilidade à enfermagem junto do utente e família. Corroborando Sousa (2006) declara que os registos são fundamentais para uma reflexão sistemática sobre as práticas, favorecendo a promoção de estratégias de melhoria contínua da qualidade de cuidados e, por outro, reiterar a visibilidade à enfermagem enquanto profissão autónoma. Esta autonomia será conseguida através de registos eficazes que podem fornecer indicadores que subsidiem a reflexão sobre as práticas promovendo a investigação científica.

Entende-se por resumo mínimo de dados de enfermagem "...o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde" (Werley et al., 1991, citado por Ordem dos Enfermeiros, 2007b:1).

A sua estrutura substantiva, sob o ponto de vista clínico, corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem

O princípio subjacente à relação entre o RMDE e os SIE é "o de introduzir o dado uma vez e utilizá-lo tantas vezes quantas as que forem necessárias" (Goossen, 2000, citado por Pereira, 2009:84).

Tal como foi dito anteriormente, em Portugal autores como Silva (2006) e Sousa (2005) procuraram evidenciar a informação associada aos cuidados de enfermagem prestados que permitissem posteriormente a agregação dos dados para criar um resumo mínimo de dados de enfermagem, projeto também desenvolvido por Pereira (2009) no sentido de promover a qualidade dos cuidados e identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. "Os indicadores são entendidos como medidas que podem ser usadas como guias orientadoras na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados" (Pereira, 2009, p.54).

A existência de uma linguagem comum viabiliza a produção de indicadores de resultado e a utilização de intervenções de enfermagem que permite a produção de indicadores de processo (Silva, 2006). Utilizando as designações de Donabedian (2005) para avaliação da qualidade são definidos indicadores de **estrutura, processo e resultado**,

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2007b), o resumo mínimo de enfermagem deverão ser alimentados a partir da documentação diária, regular e sistemática dos cuidados

de enfermagem. O quadro nº 8, abaixo, representa o painel de indicadores de enfermagem que correspondem a um produto do Resumo mínimo de dados de Enfermagem (RMDE).

| RESUMO MÍNIMO DE ENFERMAGEM - CORE DE FOCOS (Hospital) |
|---|
| Área de assistência aos adultos |
| Aceitação do estado de saúde Adesão ao regime medicamentoso / dietético Aspiração Autocuidado: - Alimentar-se - Cuidar da higiene pessoal - Vestir-se e despir-se - Uso do sanitário - Transferir-se - Andar Cair Desidratação Dor Excesso de peso Incontinência urinária Insónia Limpeza das vias aéreas Malnutrição Medo Rigidez articular Tomar conta Úlcera de pressão |

Quadro nº 8- Resumo mínimo de dados de enfermagem- Hospital (Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2007)

1.4. COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM

A comunicação é a base de toda a interação humana e uma ferramenta fundamental dentro das organizações, uma vez que faz parte do seu quotidiano e abrange todas as formas de interação utilizadas (Rego, 2016).

A comunicação é anterior ao estabelecimento de uma organização e constitui uma dimensão que acompanha toda a sua vida, uma vez que necessitam permanentemente de partilhar informações, ideias ou pensamentos sendo fundamental para o sucesso de qualquer organização. De acordo com Keyton et al (2013) a comunicação nas organizações é um processo “sensemaking” ou seja uma interação recíproca das pessoas na procura de informação, na atribuição de significados e na ação, uma vez que ocorre num contexto de culturas organizacionais, vinculado por relações formais e informais no local de trabalho.

O processo de comunicação na enfermagem encontra-se relacionado com a melhoria dos resultados em saúde através da informação, com o objetivo de influenciar indivíduos e comunidades. Os enfermeiros, no contexto da prestação de cuidados, necessitam de determinadas competências interpessoais e de comunicação no sentido de promover a

qualidade e segurança do utente contribuindo para a diminuição do erro clínico através de uma comunicação suficiente e eficaz em equipa.

A comunicação é um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições (por exemplo: mudanças de turno e transferência ou altas dos doentes).

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

As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, incidentes com dano para o doente.” (Ministério da Saúde, 2015a: 3882-3)

A informação é essencial na área de enfermagem, dado que é a base de todo o processo de cuidados, no entanto, esta só tem valor se a sua circulação for eficaz, e assim transformar-se em conhecimento

A comunicação eficaz e a responsabilidade individual deverá ser a base de qualquer cultura organizacional, que se pretende que seja corporativa, para que o resultado final reflita ganhos efetivos em saúde (O’Hagan et al, 2014).

Em fevereiro de 2017, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite, a norma nº 001/2017 da Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, com a seguinte fundamentação:

“Define-se a **Comunicação eficaz entre profissionais de saúde**: Como a transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor.

A **Transição de cuidados de saúde**: qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos.

A **Transmissão de informação**: comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados.

A **Segurança do doente**: redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.” (Direção geral da Saúde, 2017: 4)

Neste seguimento, ficou definido que uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, mas também a sua implementação de forma ativa nomeadamente a metodologia ISBAR, recomendada por várias organizações de saúde por força da sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contexto da prestação de cuidados e também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a

uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados.

O quadro nº 9 representa a metodologia ISBAR, que para além de funcionar como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, contribui para a rápida tomada de decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo, Norma nº 001/2017 (Direção geral da Saúde, 2017)

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

Quadro nº 9 - Modelo explicativo da técnica ISBAR (Fonte: Direção geral de saúde, 2017)

De acordo com a Fundamentação

“A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, isto porque é associada ao aumento da qualidade da prestação de cuidados, à diminuição de eventos adversos e consequentemente diminuição da mortalidade.

As transições de cuidados no doente são momentos frequentes nas organizações de saúde, que podem até passar despercebidos. Mas são consideradas situações vulneráveis para o doente, pela sua natureza de alto risco, uma vez que são ocasiões de grande exigência, no que diz respeito à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde.

As transições de cuidados seguros baseiam-se na implementação de uma comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados, competindo a estas o dever de assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado.

As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidado do doente.

As falhas mais comuns de comunicação entre profissionais de saúde, decorrentes da transferência de cuidados estão relacionadas com as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e a falta de priorização das atividades.

Em relação aos estudos nacionais, apesar da pouca diversidade, no que diz respeito a falhas na comunicação em situações de transição, é de referenciar um estudo de 2012, onde se verificou que 50% dos casos tinham inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade informacional nos cuidados de saúde.

A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do doente e contribui para a diminuição dos eventos adversos.

A comunicação eficaz na saúde requer conhecimento, competência e empatia. O profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer. A comunicação apesar de ser utilizada todos os dias durante a prestação de cuidados de saúde, exige competências que devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, comuns aos profissionais de saúde.” (Direção geral da Saúde, 2017: 5)

1.5. A CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE

A contratualização surge no presente projeto de intervenção como ferramenta para melhorar a segurança dos cuidados, associados aos registos de Enfermagem, aumentar o acesso, a efetividade e qualidade dos cuidados, a eficiência dos prestadores, o envolvimento e, em última instância, os ganhos em saúde.

A contratualização é o processo pelo qual, partindo da avaliação das necessidades em saúde e de serviços de saúde, se estabelecem mecanismos negociais de atribuição de recursos aos serviços para prestar cuidados na base de critérios explícitos de acessibilidade, adequação e efetividade (Escoval, 2010).

O desenvolvimento do processo de contratualização em Portugal provém do movimento reformista observado por toda a União Europeia, e do surgimento de teorias e princípios como a Nova Gestão Pública, a teoria do agente-principal e da aprendizagem organizacional. O Estado – Principal – contrata um terceiro – Agente – para realizar uma tarefa de relevância pública (Escoval, 2003 e 2010)

Os dispositivos de contratualização constituem um dos principais instrumentos de responsabilização dos sistemas de saúde mais desenvolvidos.

Em Portugal, o desenvolvimento das Agências de Contratualização teve início em 1996 (OPSS, 2010). Os regimes de bem-estar na saúde resultaram a partir dos fins do Século XIX na institucionalização obrigatória de intermediários (seguradores/3^{os} pagadores públicos) entre os contribuintes que necessitavam de assegurar acesso aos cuidados de saúde e os serviços capazes de assegurarem esses cuidados. Estes "intermediários" públicos moviam-se num quadro de referência que integrava dois tipos de responsabilizações – a primeira em relação ao Estado que os tinha instituído como "terceiros pagadores", a segunda em relação aos contribuintes de quem estes intermediários eram também agentes ou representantes (OPSS, 2010).

A introdução da contratualização permitiu a mudança de paradigma da distribuição dos recursos – até aqui, distribuídos em função das necessidades apresentadas pelos serviços – para passarem a ser distribuídos através de contratos rigorosos, que traduzam o pagamento adequado à efetiva prestação de serviços e previamente definido em função das necessidades da comunidade. Ao mesmo tempo, prevê a intervenção do cidadão no sistema de decisão e avaliação (Escoval, 2003).

De um modo geral, o modelo de contratualização apresenta como principais objetivos: (ACSS, 2012):

- Promover o nível de saúde da população
- Promover o acesso e o desempenho assistencial das instituições
- Melhorar o controlo financeiro das instituições
- Definir preços e fazer previsão de custos
- Promover a eficiência na utilização de recursos das instituições
- Promover a atividade programada em detrimento da assistência urgente
- Incentivar a articulação das instituições hospitalares com os prestadores de cuidados primários e cuidados continuados
- Promover a redução dos tempos de espera (cirurgia, consulta, etc.)
- Maximizar a capacidade instalada de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT)

A prática de contratualização apresenta várias vantagens, tais como: a ligação entre alocações financeiras a outputs de serviços, resultados e padrões de consumo, facilitando a mediação de melhorias em eficiência e equidade; e clarificação das funções e responsabilidades de ambas as partes (Matos, Ferreira, Lourenço & Escoval, 2010).

De acordo com Escoval (2010) o contrato em saúde contempla várias funções nomeadamente:

- Monitorização da negociação entre as partes contratantes (utilizadores e prestadores);

- Avaliação das necessidades dos utilizadores, dos recursos disponíveis, das alocações alternativas e dos resultados esperados;
- Definição dos recursos a afetar e a que necessidades afetar, demografia dos utilizadores, preço dos cuidados, quais os objetivos e período de tempo.

De acordo com a ACSS, nos Termos de referência para a contratualização de cuidados de saúde do SNS para 2018, o processo de contratualização de cuidados de saúde pretende contribuir para o objetivo geral de garantir elevados níveis de acesso ao SNS, com qualidade e eficiência dos cuidados prestados à população, incentivando a melhoria global da performance na gestão dos recursos disponíveis no Setor da Saúde, e contempla três instrumentos essenciais, que devem estar presentes de forma equilibrada:

- A contratação de atividade – assegurar que os prestadores se comprometem com um quadro de produção expectável, face às necessidades da população e aos recursos disponíveis;
- Os modelos de financiamento e as modalidades de pagamento - alavancar o comportamento dos prestadores e alinhar os objetivos individuais com o processo global de prestação de cuidados;
- A medição da performance – medir e comparar o desempenho das instituições em áreas estratégicas e prioritárias a nível nacional, através de indicadores de processo, output e resultado.

No sentido de assegurar uma resposta adequada e atempada à população, valorizando a qualidade dos serviços prestados e dos resultados alcançados, os Termos de Referência para **Contratualização Nos Cuidados Hospitalares 2018**, nomeadamente no **Atendimento Urgente** será efetuado de acordo com três componentes:

- Valor fixo, em função da disponibilidade de serviço nas três tipologias de urgência;
 - Valor em **função do desempenho**, aferido através de indicadores de acesso e qualidade (calculado nos moldes técnicos do Índice aplicado na avaliação dos incentivos globais do Contrato-programa dos Hospitais:
 - Peso dos episódios de urgência com prioridade atribuída verde/azul/branca;
 - Peso dos episódios de urgência com internamento;
 - Peso dos utilizadores frequentes (> 4 episódios), no total de utilizadores do Serviço Urgência;
 - Rácio entre consultas externas / episódios de urgência.
 - Valor variável, em função da atividade marginal e inesperada que seja necessária
- Durante o ano de 2018 irão ser monitorizados outros indicadores de acesso e desempenho assistencial:

- Tempo de permanência após a 1^a observação médica até à alta para o ambulatório;
- Tempo de permanência após a 1^a observação médica até à alta para o internamento;
- Taxa de abandono do Serviço de Urgência por prioridade de cor de triagem;
- Taxa de doentes que permanecem no Serviço de Urgência por período > 6 horas

Igualmente no que diz respeito aos Enfermeiros, **os fatores que influenciam a contratualização envolvem o desempenho.**

A contratualização estabelece por negociação **os objetivos, o modelo de monitorização de desempenho e de avaliação final**, e permite que a produção — os cuidados prestados — seja orientada para as necessidades em saúde de uma população. Desta forma, a contratualização tem a capacidade de introduzir mecanismos de correção no funcionamento dos sistemas de saúde e de contribuir para uma maior equidade (Escoval, 2010).

Em virtude deste contexto, surge a contratualização da elaboração de registos de Enfermagem, que sendo um indicador de saúde permanente, deve ser adequado às necessidades dos utentes.

1.6. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Avaliação de desempenho é um instrumento privilegiado para assegurar a qualidade dos cuidados e conseqüentemente possibilitar a gestão da segurança dos registos de Enfermagem.

O sistema de avaliação de desempenho representa uma ferramenta de importância capital na gestão de recursos humanos nas organizações dado a relevância que assume ao nível da gestão da motivação e desenvolvimento dos seus colaboradores quando estes a percecionam como justa e correta.

Os seus objetivos fundamentais visam promover o desenvolvimento profissional e conseqüente melhoria do desempenho, a motivação e a produtividade e por inerência a sustentabilidade das organizações. A gestão dos incentivos/recompensas e a identificação das necessidades de formação contribuem inequivocamente para a aquisição e desenvolvimento de competências. Importa ter presente que o desempenho dos colaboradores depende essencialmente dos fatores relacionados com a organização onde desempenham a sua atividade profissional e a sua envolvente assim como da pessoa podendo estes ser categorizados em físicos e psicológicos (Pereira & Moreira, 2015).

Considerando as **especificidades da carreira de Enfermagem** decorre, também, do n.º 1 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro, que a avaliação de desempenho dos trabalhadores que integrem esta carreira se rege por sistema adaptado do

sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho na Administração Pública (SIADAP), a estabelecer em **diploma próprio**

Perante este contexto, ao abrigo do disposto no n.º 3 do artigo 3.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro, e no n.º 1 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro, manda o Governo, pelos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, o seguinte: A presente portaria **adapta o subsistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores da Administração Pública**, aprovado pela Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro, aos trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro.

Com o SIADAP 3 a avaliação do desempenho dos enfermeiros integra -se no ciclo de gestão do estabelecimento ou serviço de saúde e, tendo por referência padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem previamente definidos, efetua -se com base nos seguintes parâmetros:

a) Objetivos individuais, estabelecidos em articulação com os objetivos da respetiva unidade orgânica, avaliados com base em indicadores de medida, previamente estabelecidos pelo **conselho coordenador de avaliação** (CCA) enquanto critérios de avaliação e normas de atuação;

b) Comportamentos profissionais, que visam avaliar capacidades técnicas e comportamentais adequadas ao exercício das funções do avaliado, tendo por base normas de atuação e critérios de avaliação previamente fixados pelo conselho coordenador da avaliação.

No Serviço de Urgência do HSLE, o processo de avaliação de desempenho deu início às fases do processo de avaliação, nomeando os Enfermeiros Avaliadores. O 1º avaliador correspondeu ao Enfermeiro Chefe do Serviço e o 2º Avaliador de acordo com o artigo 9º da Portaria nº 242/2011 de 21 de junho, foi nomeado o enfermeiro que, no conjunto de unidades na qual a sua se integra, prossegue as funções de chefia a que se refere o artigo 18.º do Decreto -Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro. No seguimento do artigo anterior, ambos os avaliadores devem possuir o contacto funcional com o avaliado pelo tempo mínimo legal exigível para efeitos de atribuição da avaliação, cabendo ao segundo avaliador proceder ao acompanhamento da sua atividade e proceder ao registo de todos os elementos passíveis de influir na sua avaliação final.

Foi designado o Enfermeiro de maior categoria, Enfermeiro Especialista, que desempenha funções em regime de roulement no turno Manhã (8h-16h). Os avaliadores receberam formação SIADAP 3 (sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública) para Enfermeiros Avaliadores e Enfermeiros Avaliados.

Posteriormente foi realizada Formação no Serviço de Urgência a todos os Enfermeiros acerca do processo de avaliação de desempenho.

Bianualmente, são realizadas as Entrevistas de orientação inicial com respetiva apresentação do processo de avaliação e fichas a serem utilizados, como também as regras de diferenciação de desempenhos, com cotas máximas para os enfermeiros que obtenham desempenho relevante e excelente, bem como a contratualização dos objetivos e comportamentos respetivamente.

No biénio 2015/2016 para o Serviço de Urgência foi definido como objetivo da Entidade Orgânica - Assegurar Cuidados de Enfermagem, na procura permanente da excelência do exercício profissional, tendo como suporte os padrões de qualidade assumidos como carta de qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Sucedeu-se a **contratualização** de 3 **Objetivos** de Realização; 1 objetivo de qualidade e 1 Objetivo de Aperfeiçoamento e Desenvolvimento. Foram definidos os 5 **Comportamentos profissionais** escolhidos da lista homologada pelo CCA Enfermeiros da ULSNA, cuja descrição de cada comportamento profissional constante da Lista de Comportamentos Profissionais refere-se ao padrão médio exigível de desempenho (Comportamento Demonstrado).

De acordo com o atrás referido, a contratualização de objetivos na avaliação de desempenho, permite monitorizar as práticas.

Se considerarmos ainda que o próprio sistema de avaliação do desempenho da carreira de enfermagem, faz referência aos registos, mais concretamente no Decreto- Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, no Artigo 19º, nº2, que considera existir deficiente desempenho se houver **“incumprimento do dever de registo sistematizado dos cuidados de enfermagem prestados”**, parece estar justificada a relevância do tema do presente projeto.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia que norteou o presente projeto de intervenção foi a Metodologia do Planeamento em saúde, permitindo a identificação criteriosa dos problemas e a intervenção dirigida às necessidades da população alvo (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

O planeamento em Saúde caracteriza-se pelo processo de analisar a realidade e organizar os caminhos para se atingir um objetivo coletivo. Este processo envolve um exercício da razão e da sensibilidade, que engloba atividades de maior ou menor complexidade, proporcionando a construção de planos para enfrentar situações atuais ou futuras (Queirós et al, 2010).

O planeamento pode ser definido como um instrumento de racionalização da ação humana (Teixeira, 2010), sendo uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real (Imperatori e Giraldes, 1993).

Planear é pensar antes, durante e depois de agir. Envolver o raciocínio (a razão) e portanto, pode-se entender que o planeamento é um cálculo (racional) que precede (antes) e preside (durante e depois) a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos (Campos, Faria e Santos, 2010).

O Planeamento deve procurar maximizar os resultados e minimizar as deficiências, buscando maior eficiência, eficácia e efetividade. O seu objetivo deve ser definido de forma clara, com precisão, para favorecer a implementação do próprio plano (Gama, 2010).

Para a sua concretização foram respeitadas todas as fases que lhe são inerentes, atendendo às especificidades de cada uma, seguindo as várias fases, cronologicamente ordenadas, sendo estas: Diagnóstico de situação; Definição de prioridades; Fixação dos objetivos; Seleção de estratégias; Elaboração dos programas e projetos; Preparação da execução e Avaliação.

2.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população beneficiária, de modo a explicar a necessidade de intervir em algo (Tavares, 1990).

Nesta fase procurou contextualizar a área de atuação, identificando o problema em questão. De acordo com (Nunes et al., 2010), deve-se elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar

Para que o diagnóstico represente a realidade, deve contemplar quatro fases: exploratória, descritiva, explicativa e prognóstica. Nestas fases deve-se descrever quantitativamente a situação; estudar os factos que a determinam; explicar a situação; analisar a sua evolução e perspectivas; avaliar se a situação é ou não satisfatória; e definir os principais problemas (Imperatori & Giraldes, 1993).

O diagnóstico da Situação resultou do cruzamento de 3 intervenções nomeadamente:

- a) Análise do contexto social, económico e cultural onde o problema se insere;
- b) Evidência científica - Revisão integrativa da Literatura;
- c) Investigação centrada num problema real identificado

2.1.1. Análise do contexto social, económico e cultural

A análise do contexto social, económico e cultural, encontra-se evidenciada na fundamentação teórica detalhadamente, quando faz referência ao dever do Enfermeiro em assegurar cuidados de segurança, promover um ambiente seguro e garantir que os sistemas de informação da saúde integrem os dados relativos aos cuidados de Enfermagem.

Ficou igualmente relatado que visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo, incipiente o que impossibilita a descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações.

Os registos/documentação de enfermagem, para além da obrigação legal que acarretam, visam promover a continuidade dos cuidados; produzir documentação dos cuidados; possibilitar a avaliação dos cuidados; facilitar a investigação sobre os cuidados e otimizar a gestão dos serviços (Figueiroa-Rego, 2003).

Tal como foi referido anteriormente segundo a DGS, até 70% dos eventos adversos na saúde ocorrem devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente e que, em Portugal, o último estudo sobre o assunto verificou que “50% dos casos se deviam à inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade”

“A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é, assim, um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do Serviço Nacional de Saúde.

A causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas ligada a defeitos de organização, de coordenação ou de **comunicação**, que revelam baixo índice de cultura sistémica

de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos”
(Ministério da Saúde, 2015a: 3882-2)

Em súmula, fundamenta-se no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 que visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde sendo um dos objetivos estratégicos - **Aumentar a segurança da comunicação.**

2.1.2. Revisão integrativa da literatura

Os enfermeiros são constantemente desafiados na busca de conhecimento científico a fim de promoverem a melhoria do cuidado ao paciente (Lobiondo-Wood & Harber, 2006) citado por Mendes et al (2008).

Na procura de evidência científica, como sustentação teórica do projeto de intervenção, optou pela metodologia, Revisão integrativa da Literatura (RIL).

Uma revisão integrativa é um método específico, que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenómeno particular (Broome, 2006). Esse método de pesquisa tem como objetivo traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. A revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

De acordo com os mesmos autores é dividida em cinco etapas (Figura 3):

1. Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa;
2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de artigos;
3. Definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados;
4. Avaliação dos artigos incluídos na revisão integrativa;
5. Interpretação dos resultados.

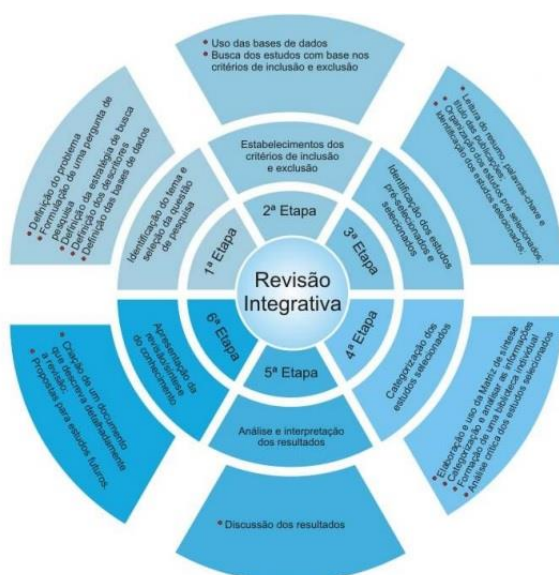


Figura nº 3: Processo de Revisão integrativa (Fonte: Mendes, Silveira & Galvão; 2008)

A questão de pesquisa necessária para a elaboração da RIL, a **primeira etapa**, inclui a definição dos participantes e suas características (P), as intervenções a serem avaliadas (I), a comparação entre intervenções ou contexto de desenvolvimento (C) - pode ser omissa da pergunta - e os resultados (O) ou a efetividade da intervenção (Souza et al. 2010; The Joanna Briggs Institute, 2011).

No quadro abaixo (Quadro nº 10) aparece então representada a Questão:

Será que os registos de enfermagem (Intervenções) garantem a segurança dos cuidados (Outcomes/Resultados) ao doente no Serviço de Urgência (População/Participantes)?

| | | | |
|---|---------------------|----------------------|---|
| P | Participantes | Quem foi estudado? | Utentes admitidos no Serviço de Urgência (Pessoa em idade adulta) |
| I | Intervenções | O que foi realizado? | Registos de enfermagem |
| C | Contexto | Onde? | Serviço de urgência |
| O | Outcomes/Resultados | Resultados | Segurança dos cuidados |

Quadro nº10 – Critérios para a Formulação da Pesquisa

De modo a responder à questão colocada, identifiquei os termos de pesquisa, tendo por base conceitos verificados pela linguagem natural, seguindo-se a identificação dos descritores específicos de cada uma das Bases internacionais: Ciências da Saúde em (http://decs.bvs.br/P/sp-hp-sh-vs_p.htm) e MeSH (Medical Subject Headings) 2018 is the NLM controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed em (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>).

Os descritores, termos palavras-chaves definidos foram: Nursing Records; Emergency nursing and Paciente Safety.

Nursing Records de acordo com definição MESH diz respeito aos registos efetuados pelos enfermeiros sobre o cuidado ao doente.

Emergency nursing em conformidade com a definição MESH fundamenta-se na prática de enfermagem no atendimento aos doentes admitidos no Serviço de Urgência.

Patient Safety traduz-se na definição MESH, como sendo os esforços para reduzir riscos, abordar e reduzir incidentes e acidentes que possam afetar negativamente os doentes.

A pesquisa foi efetuada utilizando o motor de busca EBSCOhost Research Databases, com acesso às bases de dados científicos CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews, SciELO e PubMed.

Foram determinados um conjunto de critérios de inclusão e exclusão dos artigos (Quadro nº 11), definindo a segunda etapa da revisão integrativa deste projeto metodológico.

| Critérios de seleção | Critérios de inclusão | Critérios de exclusão |
|----------------------|---|---|
| Participantes | Pessoas em idade adulta (≥ 18 anos), admitidos no Serviço de Urgência | Crianças (<18 anos); grávidas e pessoas não admitidas no Serviço de Urgência |
| Intervenção | Artigos que abordem/identifiquem/relacionem os registos de enfermagem e a segurança dos cuidados no Serviço de Urgência | Artigos que não abordem os registos de enfermagem e a segurança dos cuidados no Serviço de Urgência |
| Desenho dos estudos | Artigos com estudos de abordagem qualitativa, quantitativa, estudos de caso, revisões sistemáticas da literatura | Artigos com estudos que não utilizam a metodologia científica. |
| Tempo | Artigos publicados a partir de Janeiro 2013 até Janeiro de 2018 | Artigos anteriores a 2013 |
| Língua | Inglês, Português, Espanhol e Francês | Artigos noutras línguas |
| Outros | - Artigos com referências e resumo disponíveis - Analisados por especialistas | Artigos sem referências ou resumos disponíveis. Artigos não analisados por especialistas |

Quadro nº 11: Critérios de inclusão e exclusão

Num primeiro momento, foi realizada uma leitura crítica e reflexiva dos títulos e dos resumos encontrados. Posteriormente, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, e a avaliação da qualidade metodológica, encontrou 7 artigos, dos quais foram excluídos 3 nomeadamente:

O estudo 5 - “A comparison of adherence to correctly documented triage level of critically ill patients between emergency department and the ambulance service nurses” por se tratar de um estudo realizado á segurança dos doentes em que fica evidenciado que a segurança do doente é comprometida quando os enfermeiros não aderem ao sistema de triagem e não documentam corretamente o nível de triagem.

O estudo 6 - “Beat the clock! Wait times and the production of 'quality' in emergency departments” por se tratar de uma análise da Escala de triagem Canadense aos processos de atendimento de emergência e, em seguida, usar esta informação para reestruturação.

O estudo 7 - “Non-medical prescribing by nurse practitioners in accident & emergency and sexual health: a comparative study” por se tratar de um estudo comparativo sobre a Prescrição não médica por profissionais de enfermagem em acidentes e emergências e saúde sexual.

Assim sendo, estabeleceu-se uma **amostra de 4 artigos** aos quais realizou a uma análise criteriosa, retirando dos mesmos as evidências relativas aos modelos de prática profissional de enfermagem.

Com o intuito de sistematizar a informação dos artigos, os dados extraídos dos estudos foram redigidos num quadro síntese da evidência encontrada (Apêndice III)

De acordo (Keer et al, 2016) no **estudo S1**, os resultados sugerem que a implementação de um novo modelo de transmissão de informação de doentes (passagem de turno) melhora os cuidados ao doente e os registos de enfermagem, proporcionando a transferência de informações importantes para os enfermeiros nos turnos seguintes.

(Considine et al, 2016) no **estudo S2** concluíram que, as avaliações hemodinâmicas realizadas frequentemente ao doente do Serviço de Urgência e o seu registo, proporcionam aos enfermeiros uma oportunidade de reconhecimento precoce da deterioração do estado de saúde do doente.

Da revisão realizada, (Munroe et al, 2015) no **estudo S3** referem que os enfermeiros de emergência devem ser altamente qualificados para realizar avaliações dos doentes.

No seu estudo conclui que o sistema de avaliação inicial do doente no serviço de urgência deve ser reconsiderado e refletir a evidência mais recente pelo que propõe a HIRAD (quadro de avaliação de enfermagem para o doente no serviço de urgência composta por sete componentes de avaliação: História; Identificar bandeiras vermelhas; Avaliação; Intervenções; Diagnóstico; reavaliação e comunicação). Esta avaliação é necessária para determinar o seu impacto no desempenho do enfermeiro e na segurança do doente.

No projeto desenvolvido por Nielsen et al (2014) no **estudo S4**, O modelo PDSA (Planear, Fazer, Estudar, Atuar) foi usado para desenvolver um processo válido e confiável para melhorar o processo de cuidados do doentes. Método científico, utilizado para a aprendizagem orientada para a ação. Os autores concluíram no seu estudo que o registo de

saúde eletrónico pode fornecer pistas/sinais visuais passivas para melhorar os cuidados de enfermagem, melhorar a conformidade regulamentar e a colheita de dados e fornecer feedback imediato ao profissional de Saúde.

A RIL realizada espelha que pouco se tem estudado sobre a segurança dos cuidados, associada aos registos de enfermagem no serviço de Urgência.

A comunicação não eficiente entre profissionais de saúde pode resultar em perigo para a segurança do utente devido a falta de informação crítica, má interpretação de informação, indicações pouco claras dadas por via telefónica e negligência nas alterações do estado de saúde do doente. No entanto as falhas de comunicação são ainda um assunto subtil nas organizações de saúde (Hughes, 2008).

Nos estudos selecionado há pouca referência relativamente à informação que os enfermeiros devem registar. De acordo com a literatura anterior consultada, a transmissão de informação entre os profissionais de saúde, deve ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor para que a comunicação seja eficaz.

O Serviço de Urgência é um serviço com características especiais intrínsecas, volume de trabalho, confrontação contínua com a doença súbita e ameaças à própria vida, necessidades e exigências do doente, família e instituição. “A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de Fevereiro, p. 8656). Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são, por conseguinte, cuidados que se revestem de uma importância máxima e que englobam uma avaliação diagnóstica e a monitorização constantes por forma a conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Coimbra & Amaral, 2016).

De acordo com a fundamentação teórica também a revisão integrativa da literatura, reforça a necessidade de garantir que os sistemas de informação da saúde integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem.

Desde 2007 que a Ordem dos Enfermeiros refere que O Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem (SPIE) deverá ser entendido como um sistema de representação de uma melhor acessibilidade e maior integração dos sistemas de informação.

É atualmente reconhecido e necessário para assegurar a continuidade dos cuidados, que os registos de enfermagem traduzam o processo de cuidados do doente.

É imperativo valorizar e registar todas as intervenções que traduzam o cuidar, uma vez que estas são centrais no quotidiano dos enfermeiros e contribuem não só para a melhoria

dos cuidados prestados, mas também para elevar a visibilidade da enfermagem junto dos utentes e suas famílias (Martins et al 2008).

Abreu et al (2011) refere que, os registos de enfermagem, pelas informações que apresentam revestem-se de extrema importância pois permitem a transmissão das observações, decisões, intervenções e resultados esperados das ações de enfermagem, assim como assegurar a continuidade de cuidados.

2.1.3. Problema De Investigação

A definição do problema constitui o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto, e nesta etapa inserem-se igualmente a definição das hipóteses e a operacionalização das variáveis a considerar (Nunes et al 2010).

No processo de investigação científica, a experiência pessoal, pode constituir uma fonte de conhecimento no exercício profissional, principalmente em situações onde é necessário intervir junto de outras pessoas. Para que os conhecimentos empíricos sejam transmissíveis, é necessário validar a sua ação, através da investigação (Fortin et al, 2009)

Como constou no capítulo anterior, existem diversos estudos que fazem referência à importância dos Registos de Enfermagem no SU, contudo, não há estudos com especial relevância para segurança dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência.

Neste ponto será descrito o percurso de investigação, desde a escolha do desenho de investigação, à definição da população e amostra, a elaboração de tratamento das variáveis e a escolha dos métodos de colheita de dados, bem como as questões éticas que decorreram de todo o processo.

2.1.3.1. Tipo/Desenho do estudo

O desenho do estudo foi elaborado, no sentido de obter uma melhor visualização do percurso da investigação e dar respostas à **questão de investigação** levantada:

Será que os registos de enfermagem garantem a segurança dos cuidados ao doente no Serviço de Urgência do HSLE?

Optou por realizar um **estudo descritivo**, pois descreve a realidade. Não se destinam a explica-la ou nela intervir (Aragão, 2011). O estudo é descritivo pois consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo (Fortin et al, 2009). No que diz respeito à temporalidade classificou como sendo um **estudo transversal**, atendendo à sua capacidade para medir a frequência com que

determinado acontecimento se manifesta numa população num dado momento. Um estudo de tipo transversal é económico, simples de organizar e fornece dados imediatos utilizáveis (Fortin et al, 2009).

Traçou como **objetivo**:

- Analisar os registos de enfermagem efetuados no Serviço de Urgência do HSLE.

Dada a finalidade e natureza específica da problemática que se pretende analisar, optou-se por uma **abordagem quantitativa**. Os estudos quantitativos permitem objetividade, replicabilidade e generalização dos resultados obtidos, tendo como ponto de partida a previsão dos resultados (Harwell, 2011). Representa informação de características suscetíveis de serem medidas. Para Fortin et al (2009), é o método quantitativo que coloca a tónica na explicação e predição, assenta na medida dos fenómenos e na análise dos dados numéricos.

Foi utilizada a **Análise documental** como técnica para o tratamento dos dados tendo em vista a produção de sínteses dirigidas aos objetivos do estudo.

A análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. A análise de documentos e registos pode revelar-se uma fonte de dados extremamente importantes de acordo com Bell (2010).

De acordo com Afonso (2005), esta técnica mostra-se pertinente, pois a recolha de dados reside no facto de poder ser utilizada como metodologia não interferente, isto é, como uma abordagem não reativa em que os dados são obtidos por processos que não envolvem recolha direta de informação a partir dos sujeitos investigados, evitando problemas causados pela presença do investigador. A vantagem desta análise reside na eliminação das limitações decorrentes dos sujeitos saberem que estão a ser estudados.

Quanto às **Variáveis**, consideradas no seu âmbito geral as características ou qualidades que o investigador estuda. Fortin et al (2009) refere que as variáveis formam a substância das questões e que devem ser definidas ao mesmo tempo que o quadro teórico ou concetual. Por sua vez, Polit (2004), refere que a variável pode assumir diferentes valores, podendo ser qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação e que podem ser classificadas de acordo com o papel que desempenham no estudo.

As variáveis a explorar neste estudo foram:

- ✓ Sociodemográficas;
- ✓ Registos de Enfermagem
- ✓ Notas de Enfermagem
- ✓ Notas de Alta de Enfermagem

2.1.3.2. População Alvo e Amostra

Tal como foi dito anteriormente, a fase metodológica consiste na identificação dos meios para realizar a investigação (Fortin et al, 2009). A mesma autora estabelece que os elementos principais da fase metodológica são os meios onde o estudo é realizado, a seleção dos sujeitos a participar e o tamanho da amostra, o tipo de estudo, os instrumentos de colheita de dados bem como o tratamento dos dados.

No que diz respeito à **População Alvo**, para Fortin et al, (2009), a população alvo corresponde ao conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos.

A **População** foram os Utentes admitidos no Serviço de Urgência no ano 2016 com os seguintes **Critérios de Inclusão**: Adultos (+ 17 anos); Triados de Amarelo e Laranja e que permaneçam 4 ou mais horas no Serviço de Urgência. **Critérios de Exclusão**: Crianças (- 18 anos); Triados de Vermelho, Verde, Azul e Branco e que permaneçam menos de 4 horas no Serviço de Urgência.

Os dados apresentados no quadro que se seguem foram fornecidos pelo Gabinete de Planeamento e controlo de Gestão (GPCG) da ULSNA.

| N.º EPISÓDIOS (TEMPO ADMISSÃO - ÚLTIMA ALTA CLÍNICA) | | | | | |
|--|----------|-----------------------|--------|-------------------|-------------------------------|
| T.M. | ANO 2016 | | | | |
| | Total | Pediátrico (-18 anos) | Total | Total (+) 4 Horas | Adultos (+18anos) (+) 4 Horas |
| Amarelo | 13 021 | 2138 | 10 883 | 2196 | 2015 |
| Laranja | 3 138 | 262 | 2921 | 689 | 442 |
| TOTAL | 16 159 | 2400 | 13 804 | 2885 | 2457 |
| Média Mensal Amarelo | 1085 | 178 | 907 | 183 | 168 |
| Média Mensal Laranja | 261 | 22 | 183 | 57 | 36 |
| Média Mensal Total | 1346 | 200 | 1090 | 240 | 204 |

Quadro nº 12 - N.º Episódios - Tempo Admissão - Última Alta Clínica (Fonte: GPCG da ULSNA)

Perante este cenário a **população do estudo** corresponde a 2457 Utentes

O motivo desta escolha incide em vários fatores: Se considerámos que situação de urgência é toda a situação clínica em que o atraso no diagnóstico, ou tratamento, pode trazer graves riscos para o doente, o doente triado de Verde e Azul não se enquadram nesta definição e não devem, por princípio, ser observadas num SU. O doente triado de vermelho pelo seu critério de Emergência, são privilegiados os cuidados imediatos e os doente triados de cor branca são utentes que utilizam incorretamente dos serviços de urgência.

De acordo com a literatura quanto mais tempo permanece o doente num serviço de urgência maior é o risco de infeção, de úlceras de pressão, quedas entre outras. O doente que permanece mais de 4 horas no serviço de urgência vê os seus riscos acrescidos. Se associado ao risco não existir monitorização, não há reconhecimento de alterar as práticas de cuidados de enfermagem.

De acordo com o Plano Nacional de Segurança dos doentes 2015-2020

“...95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementaram práticas para a prevenção e redução da ocorrência de quedas, Úlceras de pressão e taxa de prevalência de infeção hospitalar, bem como procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente.” (Ministério da Saúde, 2015a: 3882-8)

A Amostra- caracteriza-se pelo grupo de sujeitos retirados da população alvo. Esta corresponde à fração da população sobre a qual se desenvolve a investigação, devendo por isso ser representativa da população alvo do estudo (Fortin et al, 2009). De acordo com o mesmo autor, a técnica designada por amostragem (processo de seleção de uma amostra) conduz á seleção de uma parte ou um subconjunto de uma dada população ou universo que se denomina de amostra, de tal maneira que os elementos que constituem a amostra representem a população a partir da qual foram selecionados. O número de elementos que fazem parte de uma amostra designa-se por dimensão ou grandeza da amostra e representa-se por n (Carmo & Ferreira, 2008).

Dimensão da amostra - Para cálculo do tamanho da amostra (n) manualmente, usou a seguinte fórmula (acedida em <https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>).

$$\frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

Z- Valor crítico da normal-padrão para um de grau de confiança de 95%

Z =1,96

N- Tamanho da população = 2457

e - Margem de erro 5% =0,05

O Tamanho da amostra (n) = **333**.

Após o cálculo do tamanho da amostra, para definir os elementos que iriam fazer parte do estudo foi utilizada a **técnica de amostragem não probabilística, intencional**.

Um dos métodos de amostragem não probabilística usado é a amostragem por escolha racional, que consiste em constituir uma amostra de participantes que partilhem de um traço

característico. Desta forma espera-se dos participantes que representem bem o fenómeno e que auxiliem na sua compreensão (Fortin et al, 2009). Partindo destas premissas, os participantes do estudo foram selecionados de forma intencional.

Assim foram selecionados **336 utentes** (arredondando os 333), 28 por mês (de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2016), nomeadamente os primeiros 14 utentes triado de amarelo e os primeiros 14 utentes de laranja de cada mês. (Apêndice IV)

2.1.3.3. Instrumento de Recolha de dados

O instrumento de recolha de dados – **Check List - Lista de Verificação**, foi construído especificamente para a realização do diagnóstico, sendo constituído por 2 partes.

A primeira parte caracteriza os utentes relativamente a: sexo, idade, cor de triagem, tempo de permanência no Serviço de Urgência e Destino. A segunda parte contempla a verificação dos registos de Enfermagem realizados. (Apêndice V).

2.1.3.4. Considerações Éticas

As preocupações éticas devem estar presentes em todas as etapas do processo investigativo, desde a pertinência do problema, relevância do estudo, escolha da metodologia de investigação, seleção dos participantes, instrumentos e processos de recolha de dados até à garantia do respeito pelos direitos dos participantes (Nunes, 2013).

O International Council of Nursing emitiu diretrizes éticas para a investigação em enfermagem, com base nas quais foi possível definir seis princípios éticos básicos da investigação: princípio da beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013). Similarmente o código deontológico do enfermeiro, bem como o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, têm consagrado os princípios éticos e deontológicos para o exercício profissional e para a investigação.

A fim de respeitar os procedimentos formais e éticos, foi feito um pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da ULSNA de modo a obter autorização para conduzir o estudo e a aprovação da investigação pela comissão de ética (Apêndice VI).

2.1.3.5. Tratamento e análise de Dados

O processo de Colheita de dados foi realizado no período decorrentes entre Outubro de 2017 e Janeiro de 2018.

Foi pedido ao GPCG da ULSNA, uma listagem de Episódios, de acordo com a amostra, tal como foi exposto anteriormente.

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa informático estatístico *Statistic Package for the Social Sciences (SPSS)* na versão 24. Pretendeu utilizar a estatística descritiva com o objetivo de sistematizar e de realçar a informação fornecida pelos dados (Martinez & Ferreira, 2007). Os resultados serão apresentados de acordo com o instrumento utilizado.

- **Dados Sociodemográficos**

Os valores apresentados na tabela 2 permitem caracterizar a amostra quanto ao sexo, cor de triagem e destino.

Dos 336 episódios analisados, 51,5% corresponderam ao sexo masculino e 48,5% ao sexo Feminino. Relativamente ao destino existem diferenças significativas, verificou-se que mais de metade, 63,1% teve alta para o domicílio, 21,7% foram pra os serviços de internamento e 15,2% ficaram em Internamento no SO.

| | Frequência (n) | Percentagem % |
|-----------------------|----------------|---------------|
| SEXO | | |
| Masculino | 173 | 51,5 |
| Feminino | 163 | 48,5 |
| COR DE TRIAGEM | | |
| Amarelo | 168 | 50,0 |
| Laranja | 168 | 50,0 |
| Total | 336 | 100,0 |
| DESTINO | | |
| Alta domicílio | 212 | 63,1 |
| Internamento SO | 51 | 15,2 |
| Internamento Serviços | 73 | 21,7 |
| Total | 336 | 100,0 |

Tabela nº 2 - Caracterização da amostra (Sexo, Cor de Triagem, Destino)

Na tabela 3 analisou, através da relação entre as variáveis (Destino) e (Mês), e verificou que Outubro foi o mês em que ocorreram mais internamentos (16) e Setembro o mês que menos doentes foram internados (6).

| | Mês | | | | | | | | | | | | Total |
|-----------------------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | |
| Alta domicílio | 20 | 13 | 16 | 17 | 21 | 18 | 20 | 20 | 22 | 12 | 17 | 16 | 212 |
| Internamento SO | 3 | 7 | 7 | 7 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 5 | 5 | 2 | 51 |
| Internamento Serviços | 5 | 8 | 5 | 4 | 4 | 7 | 6 | 4 | 3 | 11 | 6 | 10 | 73 |
| Total | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 28 | 336 |

Tabela nº 3- Tabela Dinâmica entre 2 variáveis - Destino e Mês

A tabela 4 ilustra que média de idades encontrada nos episódios foi de 53 anos, tendo o mais jovem 18 anos e o mais velho 98 anos

IDADE

| | |
|--------|---------|
| Média | 52,0923 |
| Mínimo | 18,00 |
| Máximo | 98,00 |

Tabela nº 4- Caracterização da amostra (idade)

Quanto ao tempo de permanência no SU, validou na tabela 5 que a média é de 6 horas, sendo o tempo mínimo de permanência no serviço de Urgência de 4 horas e o máximo de 18h56m.

TEMPO. PERMANÊNCIA

| | |
|--------|--------|
| Média | 6.0604 |
| Moda | 4.04 |
| Mínimo | 4.00 |
| Máximo | 18.56 |

Tabela nº 5 – Tempo Permanencia no SU

• Registos de Enfermagem

Para cada um dos registos foi elaborado um índice de acordo com a lista de verificação. Procurou determinar quais os registos que os Enfermeiros realizam de acordo com as possibilidades do Sistema de Informação ALERT.

Os resultados obtidos indicam que existe evidência de registos de Enfermagem nos seguintes pontos:

- ✓ 100% Dos Episódios têm registo de **Triagem**.
- ✓ 94% Têm **Enfermeiro Responsável**
- ✓ 96,4% Dos Episódios tem registo de **Sinais Vitais**
- ✓ 94% Dos Episódios tem registo de **Medicação**;

- ✓ 92% Dos Episódios tem registo de **Procedimentos**

Nos seguintes itens existe uma fraca frequência de registos, nomeadamente:

- ✓ 8% Dos Episódios tem registo de **Monitorizações**
- ✓ **Escala de Braden e Escala de Morse**, apenas 8% tem registo, 92% não;
- ✓ **Transferência de Responsabilidade** – 34,5% sim, 65,5 % não tem registo;

Em cerca de 20 parâmetros não existem registos, designadamente:

✓ Alergias, Hábitos de consumo, Avaliação Física, diagrama corporal, Biometria, Fatores de avaliação de Risco, Educação para a Saúde, Pensos, Dieta, Processo de Enfermagem, Avaliação de Enfermagem, Aspetos gerais, Plano de cuidados de Enfermagem, Alocação da cama do Paciente, Balanço Hídrico, Registo de drenagens, posicionamentos, Escala de Karnofsky e MUST

• **Notas de Enfermagem**

Quanto às **Notas de Enfermagem**, na tabela 6 apresentada verificou que 15,8% (53) dos episódios tem registo de notas de Enfermagem e 84,2% (283) dos Episódios não tem registo de Notas de Enfermagem. Através da análise da relação entre as variáveis (Destino) e (Notas de Enfermagem) verificou que dos 53 registos de Notas de Enfermagem, 31 dos Episódios teve alta para o domicílio, 7 teve como destino o internamento em SO e 15 dos Episódios ficaram internados nos Serviços.

| | | Notas de Enfermagem | | Total |
|---------|-----------------------|---------------------|-----|-------|
| | | Sim | Não | |
| Destino | Alta domicilio | 31 | 181 | 212 |
| | Internamento SO | 7 | 44 | 51 |
| | Internamento Serviços | 15 | 58 | 73 |
| Total | | 53 | 283 | 336 |

Tabela nº 6- Tabela Dinâmica entre 2 variáveis - Destino e Notas de Enfermagem

• **Notas de Alta de Enfermagem**

Relativamente à Notas de Alta de Enfermagem, 22,3% dos Episódios tem registo de Notas de Alta de Enfermagem e 77,7% do Episódios não.

Na tabela 7, investigou a relação entre as variáveis Destino e Notas de Alta de Enfermagem e constatou o seguinte:

- ✓ A totalidade de doentes que teve com destino o internamento nos serviços tem registo de Nota de Alta de Enfermagem;

- ✓ Dos 212 doentes que tiveram alta para o domicílio, apenas 2 têm registo de Nota de Alta de Enfermagem;
- ✓ Os doentes que ficaram internados em SO, nenhum tem registo de Nota de Alta de Enfermagem.

| Destino | | Nota de Alta de Enfermagem | | Total |
|-----------------------|--|----------------------------|------------|------------|
| | | Sim | Não | |
| Alta domicílio | | 2 | 210 | 212 |
| Internamento SO | | 0 | 51 | 51 |
| Internamento Serviços | | 73 | 0 | 73 |
| Total | | 75 | 261 | 336 |

Tabela nº 7- Tabela Dinâmica entre 2 variáveis - Destino e Notas de Alta de Enfermagem

Perante esta análise identificou como principais problemas:

- **A ausência de registos de Enfermagem normalizados/uniformizadas** para assegurar uma comunicação segura;
- Os Registos de Enfermagem, quando elaborados, não refletem os cuidados prestados aos utentes e que, não vão ao encontro do que se encontra preconizado nomeadamente:
 - a) Registos de enfermagem que contemplem um **Resumo Mínimos de Dados de Enfermagem** e conseqüentemente a segurança dos cuidados;
 - b) **Comunicação eficaz** na transferência de informação entre os Enfermeiros para segurança do doente.

2.1.4. Identificação de Problemas Parcelares

Considerando-se insuficiente para entender a situação problemática, sentiu necessidade de perceber que **Impede os Enfermeiros de realizar Registos de Enfermagem que garantam a Segurança dos Cuidados.**

A importância de conhecer a opinião dos enfermeiros prendeu-se com o facto de estes serem os principais intervenientes na prestação de cuidados no Serviço de Urgência. Assim, foi também baseado na apreciação dos enfermeiros e nas suas necessidades que este projeto foi desenvolvido.

2.1.4.1. Tipo /desenho do Estudo

Realizou uma investigação exploratória de abordagem qualitativa, através da aplicação de uma Entrevista semiestruturada.

A **Entrevista** foi o outro instrumento de diagnóstico utilizado para a definição do diagnóstico de situação, este é um meio muito utilizado para a recolha de informação, opiniões ou necessidades (Nunes et al, 2010), apresentando maior flexibilidade por comparação com outros instrumentos de colheita de dados.

2.1.4.2. População e amostra

Como População, foram considerados todos os enfermeiros a exercer funções no Serviço de Urgência. Após definida a população, foi necessário definir a amostra. A formação da amostra de um estudo qualitativo difere da seleção de amostra de um estudo quantitativo na medida em que não há necessidade de selecionar os indivíduos participantes de forma aleatória, sendo que os participantes são selecionados com a finalidade de descreverem uma experiência em que participaram (Streubert & Carpenter, 2013).

Neste estudo a amostra corresponde à população uma vez que do total de 23 Enfermeiros, foi realizado entrevista a 21 Enfermeiros do SU. Os 2 Enfermeiros a quem não foi realizado entrevista encontram-se ausentes com Atestado de Longa duração.

2.1.4.3. Instrumento de Colheita de Dados

Para a realização das entrevistas foi elaborado um guião orientador, com 2 pontos-chave (Apêndice VII) que serviam para orientar a entrevista. As entrevistas foram realizadas nos respetivos postos de trabalho onde os enfermeiros exerciam funções, durante o horário de trabalho destes. Nas entrevistas, após apresentação do presente estudo, foram explicados todos os direitos que o entrevistado teria, tendo sido reforçado o facto de este poder abandonar a sua participação a qualquer momento da entrevista. Todos aceitaram colaborar na investigação, manifestando por escrito o seu consentimento (Apêndice VIII). Os testemunhos dos entrevistados foram recolhidos com recurso a um gravador digital e a sua transcrição foi realizada imediatamente após a realização de cada entrevista.

2.1.4.4. Considerações Éticas

Ao longo de toda a investigação, houve sempre preocupação com o respeito pelos princípios éticos. Assim, no início de cada entrevista cada participante foi informado sobre o

tipo de estudo, os objetivos e solicitada a sua participação através da assinatura de um consentimento informado, bem como, o direito à recusa na participação no estudo podendo em qualquer momento, deixar de participar.

2.1.4.5. Análise e Interpretação dos Resultados

Após a realização das entrevistas, os dados obtidos foram sujeitos a uma análise de conteúdo e divididos por categorias.

Para o tratamento e interpretação dos dados recolhidos através da entrevista foi realizada a análise de conteúdo da mesma. Bardin (2014) refere que a análise de conteúdo, enquanto método, representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Na primeira parte da entrevista pretendeu obter alguns dados gerais como: a idade do enfermeiro, género, anos de experiência profissional, anos de experiência no Serviço de Urgência; Formação em Sistema de Informação em Enfermagem nomeadamente: CIPE/SAPE, ALERT, Triagem de Manchester, pelo que beneficiou dos dados colhidos no capítulo anterior.

Na segunda parte da entrevista pretendeu conhecer a opinião dos Enfermeiros relativamente à segurança dos registos de Enfermagem e Identificar as necessidades sentidas pelos Enfermeiros para a elaboração de registos que garantam a qualidade dos cuidados.

Quando questionados se considera que elabora registos de Enfermagem que garantam a Segurança dos Cuidados, todos responderam que não, Tabela 8.

| Pergunta | Sim | Não |
|--|------------|------------|
| <i>Considera que elabora registos de Enfermagem que garantam a Segurança dos Cuidados?</i> | 0 | 21 |

Tabela nº 8 – Resultado da questão de avaliação - segurança dos registos de Enfermagem

Para perceber o que impede os Enfermeiros de realizar registos que garantam a segurança dos cuidados colocou uma questão aberta cujas respostas foram analisadas, depois de transcritas, à luz da análise de conteúdo,

Desta análise resultou um conjunto de Categorias (Tabela 9 e Tabela 10) reveladoras do significado atribuído à não elaboração de registos de Enfermagem que garantam a segurança dos cuidados nomeadamente: o **Sistema de Informação ALERT** e **Tempo disponível para registos**.

A Categoria **Sistema de Informação ALERT** foi dividida em 2 Sub categorias respetivamente **Funcionamento e operacionalização** e **Parametrização das Intervenções**

de Enfermagem (Tabela 9). Nesta tabela podemos verificar que para 11 dos Enfermeiros o Funcionamento e Operacionalização do Sistema Alert impede a realização de registos de Enfermagem que garantam a segurança dos cuidados. Por outro lado, 7 Enfermeiros atribuem a não realização de registos que garantam a segurança dos cuidados à ausência de Parametração das intervenções de Enfermagem.

| Categorias | Sub Categorias | Unidades de Registo |
|------------------------------------|--|---|
| Sistema de Informação ALERT | Funcionamento e operacionalização | <ol style="list-style-type: none"> 1. "...O sistema não permite, não está adequado ao Serviço de Urgência." E1 2. "O sistema não está adequado aos registos de Enfermagem, deveria ser breve." E2 3. "...O sistema é lento. Não adequado aos Enfermeiros" E3 4. "O sistema é complexo e moroso e implica muito tempo, porque tens que dar muitas voltas para fazer os registos." E5 5. "O ALERT não está adequado às necessidades dos Enfermeiros." E8 6. "Sistema excessivamente moroso e desnecessário. Para fazer um registo é necessário fazer 10 OK." E14 7. "...Sistema moroso nos registos." E15 8. "...O sistema não está adequado." E16 9. "O sistema não é adequando principalmente para os doentes de Urgência. É melhor para o SO." E17 10. "O sistema não está devidamente adaptado às necessidades dos Enfermeiros." E19 11. "Se houvesse um sistema simples que não ocupa-se muito tempo era mais fácil." E21 |
| | Parametração das Intervenções de Enfermagem | <ol style="list-style-type: none"> 1. "Acaba por escrever-se em notas e repetir os registos" E1 2. "...Se no sistema houvesse aplicativos obrigatórios para reavaliar os doentes facilitava os registos" E6 3. "O modo texto livre dá aos Enfermeiros hipótese de escrever. Há dados que se perdem na passagem de turno" E7 4. "Não funciona o Enfermeiro Responsável por doente. Banalizados os outros registos" E9 |

5. “O sistema ALERT não está parametrizado o que dificulta os registos.” E13
6. “Se houvesse um sistema simples que não ocupa-se muito tempo era mais fácil” E19
7. “Deveria haver uma integração aos novos Enfermeiros daquilo que deveriam registar de modo a haver uma uniformização de registos” E21

Tabela nº 9- Tabela representativa das “Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros relacionadas com o Sistema de Informação ALERT”

A categoria **O Tempo disponível para os registos de Enfermagem** foi dividida em 3 sub categorias nomeadamente **Particularidades do ambiente do Serviço de Urgência; Fluxo de Trabalho e Resignação às contingências.**

Os resultados indicados na tabela 10 revelam que, 4 Enfermeiros consideram que o Serviço de urgência tem particularidades que impedem a realização de registos de Enfermagem seguros. Por outro lado, é apontado por 6 Enfermeiros a responsabilidade do impedimento da realização de registos seguros ao Fluxo de trabalho.

É ainda mencionado por 6 Enfermeiros **Resignação às contingências** isto é aceitam pacientemente os acontecimentos, banalizando os registos ou atribuindo falhas ao incerto.

| Categorias | Sub Categorias | Unidades de Registo |
|--|--|---|
| Tempo Disponível para os registos de Enfermagem | Particularidades do ambiente do Serviço de Urgência | <ol style="list-style-type: none"> 1. “Tendo em conta o Serviço de Urgência, deveria ser breve” E1 2. “Seria mais fácil se se pudesse atualizar registos pela cronicidade do doente, que muitas vezes são os mesmos” E4 3. “Deveria haver uma integração aos novos Enfermeiros no Serviço de Urgência daquilo que deveriam registar de modo a haver uma uniformização de registos” E19 4. “No Serviço de urgência dá-se mais importância aos cuidados ao doente e esquecemos a importância de registar o que fazemos” E21 |
| | Fluxo de Trabalho | <ol style="list-style-type: none"> 1. “Disponibilidade e tempo que se perde a fazer registos” E4 2. “Grande afluência de doente, falta de tempo e sistema moroso nos registos” E15 3. “Fluxo de doente e falta de tempo” E16. 4. “Falta de tempo” E17 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Resignação às contingências | 5. “Excesso de trabalho e afluência de doentes” E18 |
| | 6. “Umás vezes porque não temos tempo e outra porque não temos vontade porque estamos cansados” E20 |
| | 1. “Não funciona o Enfermeiro Responsável por doente. Banalizados os outros registos” E9 |
| | 2. “Má utilização do Sistema ALERT por desconhecimento” E10 |
| | 3. “Os Enfermeiros fazem duplicação de registos” E11 |
| | 4. “ Não há uniformização dos registos.” E12 |
| | 5. “Falta de computadores.” E17 |
| | |
| | |
| | |

Tabela nº 10- Tabela representativa das “Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros relacionadas com Tempo disponível para registos”

De acordo com os resultados encontrados, **O Sistema de informação** utilizado, tendo em conta **o fluxo de trabalho e tempo necessário disponibilizado** não é facilitador de registos de Enfermagem seguros.

Nestes últimos anos, temos assistido em Portugal, a uma série de estudos sobre a satisfação dos enfermeiros com os sistemas de informação que utilizam (Campos, 2012; Moreira, 2014; Moura, 2015), no entanto não existe evidência que os sistemas de informação garantam a segurança dos registos Enfermagem.

2.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Após a identificação dos problemas de saúde, na etapa correspondente ao diagnóstico, a sua hierarquização foi feita nesta etapa de escolha de prioridades cuja existência está diretamente ligada à própria natureza do planeamento (Imperatori e Giraldes, 1993).

Tavares (1990) identifica duas etapas no processo de determinação de prioridades: a definição dos critérios de decisão, com a atribuição dos seus pesos respetivos, e a estimação e comparação dos problemas, constituindo a determinação de prioridades propriamente dita, onde se comparam os seus resultados e se produz, assim, uma lista de problemas prioritários.

Considerou nesta etapa as seguintes prioridades:

- Avaliar da necessidade de formação à equipa de enfermagem sobre uniformização de registos para assegurar uma comunicação segura na transferência de Informação entre os Enfermeiros;

- Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância dos registos de Enfermagem **/Resumo Mínimos de Dados de Enfermagem** que garantam na segurança dos doentes

contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e **Comunicação eficaz** na transferência de informação entre os Enfermeiros para segurança do doente

2.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Fixar objetivos consiste em definir para onde se vai, sendo a forma como lá se chega parte integrante da etapa seguinte: a seleção das estratégias (Tavares, 1990). Esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori e Giraldes, 1993).

O Objetivo Geral

- Garantir a segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência.

Os Objetivos específicos:

- Identificar as oportunidades de melhoria nos registos de enfermagem;
- Influenciar a consciencialização da equipa de Enfermagem para a importância dos registos de Enfermagem, na segurança dos doentes contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados;
 - Uniformizar métodos de registos no Serviço de Urgência; através da elaboração de uma Instrução de Trabalho (IT) para o processo de Enfermagem no Serviço de Urgência, com linguagem CIPE, de modo a assegurar o registo mínimo de dados em Enfermagem, de acordo com a norma de qualidade da DGS, utilizando a técnica ISBAR;
 - Propor/Recomendar a contratualização da elaboração de registos de enfermagem, através da avaliação de desempenho.

2.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção das estratégias é definida por Imperatori e Giraldes (1993) como a escolha de um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar os objetivos fixados.

De modo a atingir os objetivos definidos anteriormente, selecionou as seguintes estratégias:

- Envolver os orientadores Pedagógicos e o orientador em contexto de estágio de modo a que o trabalho desenvolvido permita ganhos efetivos para ambas as partes.

- Envolver os Elementos Chaves do Serviço (Elos de ligação de: Risco, GCPL PPCIRA, Responsável pela formação em Serviço) de modo a sensibiliza-los para a importância dos registos de Enfermagem, bem como na globalidade a equipa de enfermagem de modo a motivar a sua participação e envolvimento no projeto, viabilizando a sua implementação;
- Realizar uma de Sessão de Formação em Serviço com o tema- A Gestão da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem
- Elaborar uma Instrução de Trabalho (IT) para o processo de Enfermagem no Serviço de Urgência, com linguagem CIPE, de modo a assegurar o registo mínimo de dados em Enfermagem, de acordo com a norma de qualidade da DGS, utilizando a técnica ISBAR;

2.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

A etapa de preparação operacional corresponde ao estudo das atividades necessárias à execução das estratégias definidas na etapa anterior, definindo-se ainda nesta etapa o cronograma e a responsabilidade da execução, assim como aspetos relacionados com os recursos necessários (Imperatori e Giraldes, 1993). Os mesmos autores referem que existe a necessidade de determinar a necessidade de recursos ao longo do tempo para que seja possível uma correta execução do projeto planeado.

Assim, deu cumprimento ao cronograma das atividades a desenvolver (Apêndice IX).

Foram efetuadas reuniões de trabalho com os Orientadores do Estágio e relatório, para discussão e orientação do estudo.

Foi considerado o envolvimento da equipa de enfermagem, nomeadamente os Elementos Chaves do Serviço (Elos de ligação de: Risco, GCPL PPCIRA, Responsável pela formação em Serviço) atendendo às necessidades identificadas.

Após discussão acerca da temática e dos objetivos do projeto, foi demonstrado interesse no tema, uma vez que este iria de encontro a uma necessidade identificada pelo próprio Serviço de Urgência

Com a finalidade de dar a conhecer o projeto “A Gestão da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência”, designadamente, o tema, os objetivos, as intervenções e as atividades planeadas foi realizada uma sessão de Formação de acordo com o plano de Sessão (Apêndice X) com a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência do HSLE (Apêndice XI). Foram igualmente expostos os resultados da análise documental e da Análise e Interpretação dos Resultados das entrevistas realizadas.

Através desta sessão foi possível a troca de ideias, existindo espaço para novas sugestões e comentários ao trabalho exposto.

Esta sessão de apresentação teve lugar na sala de pausa/reuniões do SU do HSLE.

Estiveram presentes 11 Enfermeiros. Os restantes Enfermeiros tiveram conhecimento do projetos, através de apresentação sob a forma de sinopse, realizada em contexto de trabalho.

A identificação dos recursos humanos, materiais e financeiros é essencial nesta fase, já que da sua determinação dependerá todo o processo de planeamento”, (Tavares, 1990).

Na operacionalização do projeto foram necessários os seguintes recursos:

Recursos Materiais:

- Folhas de papel A4;
- Impressora;
- Tinteiros;
- Fotocopiadora;
- Computador;
- Projetor;
- Instalações do SU do HSLE

Recursos Humanos:

- Aluna do Mestrado em Enfermagem- Gestão de Unidades de Saúde;
- Enfermeiro Orientador de Estágio;
- Equipa de enfermagem do SU do HSLE;
- Professor Orientador do Relatório de Estágio;
- Professor Co-orientador do Relatório de Estágio

2.6. AVALIAÇÃO

A avaliação corresponde à última etapa do planeamento em saúde e constitui o final do processo, integrando-se em cada uma das suas etapas, ou seja efetua uma revisão de todos os elementos do planeamento, integrando, essencialmente, um olhar retrospectivo para as diferentes etapas do processo (Tavares, 1990).

A avaliação deve ser preparada antes de ser realizada, ficando implicitamente incluída em dois momentos: na fixação de objetivos e na preparação operacional.

Quanto á fixação de objetivos:

- Elaborou a IT, modelo orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem no SU (Apêndice XII) de forma a apoiar os enfermeiros na prestação de cuidados, facilitar a comunicação entre a equipa e assegurar a continuidade da prestação de cuidados.

Para a realização da Instrução de trabalho utilizou a ferramenta da Qualidade 5W2H, Trata-se de uma ferramenta que auxilia na estruturação de planos de ação a partir de questões-chave (O quê? Quem? Quando? Onde? Por quê? e Como? Quanto?) enfatizando o custo da ação (Lin & Luh, 2009)

A necessidade de criação deste instrumento de registo surgiu após a análise dos Registos de Enfermagem, que quando elaborados, não refletiam os cuidados prestados aos utentes e que, não iam ao encontro do que se encontra preconizado. Por outro lado O Sistema de informação utilizado não sendo facilitador de registos de Enfermagem seguros, seria fundamental a existência de um instrumento de trabalho que padronizasse e uniformizasse os registos de Enfermagem e consequentemente garantisse a segurança dos cuidados.

Quanto á preparação Operacional:

- Foi aplicado o indicador do processo: nº de enfermeiros presentes nas ações/ nº total de enfermeiros x 100, nomeadamente $11/23 \times 100 = 47,82\%$

Estiveram presente 11 (47,82%) Enfermeiros do SU, sendo a Equipa de 23.

- Utilizou um Questionário com a finalidade de avaliar a Sessão de Formação. Foi aplicado o questionário de eventos promovidos pelo GPGQ da ULSNA- (Anexo I) no final da sessão de formação e foi feita a análise das respostas.

Estiveram presentes 11 Enfermeiros que avaliaram numa escala de 1 a 4 sendo 1 (nada adequada e 4 Muito adequada): o tema da sessão; a apresentação realizada, a importância do tema para a qualidade e segurança do serviço, a metodologia da qualidade para o bom desempenho da atividade no serviço e a organização da sessão.

Em pergunta aberta poderiam classificar a sessão de acordo com as expectativas e fazer sugestões e /ou comentários que considerassem, relevantes.

Quanto ao **tema da sessão**, 9 Enfermeiros (81,8%) julgaram Muito adequado e 2 (18,2%) adequado.

Relativamente à **apresentação realizada** 90,9% (10 Enfermeiros) consideraram Muito adequada e 9,1% (1 Enfermeiro) adequado.

Quanto à **importância desta sessão para o conhecimento do Sistema de Garantia da Qualidade** (SGQ) do serviço, 9 (81,8%) Enfermeiros avaliaram como Muito adequado e 2 (18,2%) adequado.

Comparativamente à importância do uso desta metodologia da Qualidade para o *Bom desempenho da atividade do Serviço*, 8 Enfermeiros (72,7%) classificaram como Muito adequado e 3 Enfermeiros (27,3%) adequado.

Quanto à avaliação da **Organização da Sessão**, os Enfermeiros avaliaram quanto à Divulgação, 6 Enfermeiros (54,55%) consideraram Muito adequado; 4 (36,36%) adequado e 1 Enfermeiro (9,09%) pouco adequado.

Sala da Sessão os Enfermeiros avaliaram de Muito adequado 1 (9,09%) de Adequado 1 (9,09%), de Pouco adequado 8 (72,73%) e de Nada adequado 1 (9,09%).

Som e imagem avaliaram de Muito adequado 3 (27,27%); de Adequado 7 (63,64%) e de Pouco adequado 1 (9,09%) Enfermeiros.

Duração: 6 Enfermeiros (54,55%) consideraram Muito adequado, 4 (36,36%) Adequado e 1 (9,09%) Pouco adequado.

Quanto à análise das respostas às questões abertas, 6 enfermeiros responderam à questão - **Como classifica a sessão de acordo com as suas expectativas:**

“Dentro das expectativas no aspeto de como se deverão realizar os registos pretendidos. Até superou o que esperava” E1

“Muito adequada” E2

“Refletir sobre as práticas, identificando necessidades de melhoria, será o contributo para a segurança do doente” E3

“Foi importante” E4 e E5

“ Adequada” E9

“Penso que é um projeto com características importantes para a melhoria da segurança do doente”. E10

“Muito importante para reflexão e aprendizagem de novos conhecimentos” E11

Relativamente a **Sugestões e/ou comentários que considere relevantes:**

“Melhor divulgação e uma sala de formação melhor” E21

“É importante haver registos de todos os utentes que permaneçam na urgência mais de 4 horas para segurança deles e nossa segurança” E10

3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

O planeamento em saúde, deve conter em si a capacidade de compreender a realidade onde se pretende intervir, a habilidade de estabelecer prioridades através da avaliação de métodos e definição de objetivos, a coerência da tomada de decisão e por fim a competência de avaliar todo o processo, ajustando respostas adequadas às necessidades identificadas.

Após o levantamento das necessidades identificadas na primeira etapa do planeamento em saúde (diagnóstico da situação) pela análise dos registos, constatou a ausência de registos de Enfermagem normalizados/uniformizadas para assegurar uma comunicação segura e verificou simultaneamente que os registos de Enfermagem, quando elaborados, não refletiam os cuidados prestados aos utentes.

Posteriormente nas entrevistas realizadas, apurou que o Sistema de informação utilizado, tendo em conta o fluxo de trabalho e tempo necessário disponibilizado não é facilitador de registos de Enfermagem seguros.

Perante este cenário, ficou implícita a necessidade de orientação para a execução de registos de Enfermagem que garantam a segurança dos cuidados.

O registo do cuidado é um instrumento transversal na medida em que o seu conteúdo e natureza refletem uma determinada conceção, organização e execução dos cuidados de enfermagem. São fundamentais para uma reflexão sistemática sobre as práticas, favorecendo a promoção de estratégias de melhoria contínua da qualidade de cuidados e, por outro, reiterar a visibilidade à enfermagem enquanto profissão autónoma. Esta autonomia será conseguida através de registos eficazes que podem fornecer indicadores que subsidiem a reflexão sobre as práticas promovendo a investigação científica.

Analisando os objetivos, constou que houve uma consciencialização da equipa de Enfermagem para a importância dos registos de Enfermagem, na segurança dos doentes, numa primeira fase quando reconheceram, através da análise dos registos efetuada a inexistência de registos de enfermagem seguros e posteriormente quando assumem na entrevista realizada a não elaboração de registos seguros.

Era objetivo deste estudo *Uniformizar métodos de registos no Serviço de Urgência; através da elaboração de uma Instrução de Trabalho (IT)* para o processo de Enfermagem no Serviço de Urgência, com linguagem CIPE, de modo a assegurar o registo mínimo de dados em Enfermagem, de acordo com a norma de qualidade da DGS, utilizando a técnica ISBAR.

Esta IT enquadra-se no Enunciado Descritivo dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001) - **A organização dos cuidados de enfermagem** - Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem “a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.” (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Tendo em conta que o Serviço de Urgência do HSLE, sob o ponto de vista das dotações, apresenta dotações consideradas seguras, e os estudos de investigação demonstram que existe uma forte relação entre a dotação de enfermeiros e a segurança dos doentes, ficou implícita a necessidade de implementar estratégias de modo a permitir a reorganização do serviço e otimizar e gerir os recursos de enfermagem, disponíveis.

Quanto ao objetivo - *Recomendar a contratualização da elaboração de registos de enfermagem, através da avaliação de desempenho*; sendo a segurança dos registos de Enfermagem uma necessidades em saúde de uma população e a avaliação de desempenho um instrumento privilegiado para assegurar a qualidade dos cuidados e o melhor desempenho, como estratégia de intervenção considerou que **a contratualização da segurança dos registos de Enfermagem através avaliação de desempenho, seria uma mais-valia para monitorizar o desempenho e a avaliação final dos Enfermeiros.**

É vital que os enfermeiros avaliados reconheçam a importância do processo de avaliação de desempenho encarando-o como algo imprescindível e que reflita a prática, algo que permita partilhar experiências, aumente a motivação pessoal e profissional, a autonomia e que promova a o trabalho em equipa (Pereira & Moreira, 2015).

Sendo os profissionais de enfermagem elementos fulcrais de qualquer organização de saúde, a Avaliação de Desempenho (AD) deve ser uma força motivadora da melhoria do seu desempenho, com vista à satisfação pessoal, dos clientes e respetiva família, da organização, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sendo para tal, necessário realizar uma AD adequada, precisa e justa (Pereira & Moreira, 2015).

Deste modo, é fundamental que o enfermeiro gestor utilize estratégias para aumentar a satisfação e a perceção, por parte dos enfermeiros avaliados, de uma AD precisa e justa (Pereira & Moreira, 2015).

A comunicação eficaz e a responsabilidade individual deverá ser a base de qualquer cultura organizacional, incluindo as organizações de saúde, para que o resultado final reflita ganhos em saúde efetivos.

Reconhecida a importância da segurança dos registos de Enfermagem, **a proposta de contratualização de um objetivo de realização** neste contexto parece contribuir para Garantir a segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência.

Os objetivos individuais devem ser estabelecidos em articulação com os da respetiva unidade orgânica e que se enquadrem nas seguintes áreas: intervenções de enfermagem; qualidade e **segurança** da atividade de enfermagem; eficiência organizacional; aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional e atividade formativa (Portaria n.º 242/2011).

Como proposta de Contratualização da segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem sugere:

OBJETIVO DE REALIZAÇÃO- Elabora Registos de Enfermagem que garantam a segurança do doente no Serviço de Urgência.

INDICADOR DE MEDIDA: % de doentes com Registos de Enfermagem de acordo com a IT, durante o biénio.

(avaliado por amostragem – requisito mínimo 5 processos / trimestre / enfermeiro)

CRITÉRIO DE SUPERAÇÃO:

(5) % De doentes com Registos de Enfermagem de acordo com a IT = 100%

(3) % De doentes com Registos de Enfermagem de acordo com a IT \geq 85%

(1) % De doentes com Registos de Enfermagem de acordo com a IT $<$ 85%

O processo de Avaliação de Desempenho deve ser promotor do desenvolvimento profissional, de competências e da melhoria da qualidade dos cuidados. A avaliação pode ser usada como forma de motivar os profissionais a melhorar o seu desempenho através da criação de objetivos identificados através de problemas reais.

Sendo este um problema identificado pelos Enfermeiros, e resultante de um estudo, embora académico, de caráter científico, parece-lhe ser este o caminho a seguir para a contratualização de objetivos na Avaliação de desempenho.

A contratualização da elaboração de registos de enfermagem, através da avaliação de desempenho, de acordo com uma Instrução de trabalho - modelo orientador de boas práticas, facilita a comunicação eficaz entre a equipa e garante a gestão da segurança dos cuidados.

3.1. LIMITAÇÕES E CONSTRANGIMENTOS

Durante o período de pesquisas, ocorreram algumas limitações e constrangimentos, essencialmente em relação à complexidade em obter autorização para a realização do estudo, pelo que houve necessidade de reformular o pedido de apreciação e parecer à Comissão de

Ética da ULSNA, EPE. Após uma primeira apreciação por parte do Sr. Presidente do Conselho de Administração, retificou o tema do projeto para “ A Gestão da Segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência”.

Este pedido não alterou os objetivos, nem a metodologia do estudo e atendendo ao sucedido foi dado parecer pelo Sr. Diretor e pela Sra. Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência (Apêndice XIII).

Durante a sua implementação o projeto foi sofrendo algumas alterações que se consideraram necessárias, no entanto, estas alterações foram sempre de encontro ao objetivo geral estabelecido.

CAPITULO III - ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

O presente capítulo retrata não apenas a descrição **da aquisição e desenvolvimento de competências** em contexto da prática, mas também um momento reflexivo que potenciou um exercício mental, contribuindo para uma melhor tomada de consciência sobre as mesmas, assim como a explicitação das razões que levaram ao seu desencadeamento.

A competência em enfermagem revela-se muito complexa uma vez que supõe uma combinatória de múltiplas dimensões onde os saberes científicos, organizacionais e técnicos se interpenetram e se alimentam uns aos outros Phaneuf (2005). A mesma autora refere que a competência aplicada ao domínio de enfermagem comporta duas exigências principais: a mobilização das capacidades pessoais da enfermeira e a mobilização dos seus saberes e **saber-fazer** aplicados aos cuidados de enfermagem.

1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO GESTOR

O enfermeiro gestor na sua prática clínica, seja em contexto hospitalar, nos cuidados de saúde primários ou nos cuidados continuados e integrados, pela proximidade da sua ação, tanto junto da sua equipa quanto juntos dos utentes, é o que melhor compreende e interpreta as necessidades de ambos e o impacto dos cuidados prestados. É visionário, pensa estrategicamente de forma a planear adequadamente as respostas que lhe são solicitadas, enquanto promove o trabalho em equipa de forma eficaz, gerindo a mudança, dando valor à produção de cuidados de enfermagem e preparando-se adequadamente para as novas necessidades e competências (Guerra, 2017).

O Enfermeiro Gestor, segundo a OE detém conhecimentos de base em enfermagem e específicos na área da gestão em enfermagem. As funções do Enfermeiro Gestor abrangem vários domínios para garantir o Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, desde a gestão de cuidados, segurança de cuidados, recursos humanos, conflitos, desenvolvimento profissional, formação, materiais, risco clínico e não clínico, entre outros (Regulamento nº101/2015)

De acordo com definição emanada pelo Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, Regulamento n.º 76/2018, Ordem dos Enfermeiros, publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 21 — 30 de janeiro de 2018.

“Enfermeiro Gestor: o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da **segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem** e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde”. (Ordem Dos Enfermeiros, 2018: 3478)

A partir dos pressupostos apresentados, elaborou uma descrição e análise das Competência adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio:

1.1. DOMÍNIO DA GESTÃO

A - A prática profissional e ética na equipa que lidera

- Competência: Demonstra a garantia de um exercício seguro, profissional e ético, utilizando capacidades na tomada de decisão ética e deontológica.

- Descritivo. A competência assenta num corpo de conhecimentos e atitudes do âmbito profissional, ético-deontológico e legislativo, traduzido na transparência dos processos de tomada de decisão e na utilização judiciosa do poder.

A1 — Respeita os valores, princípios éticos e deontológicos e normas legais da profissão, no contexto da sua relação de trabalho com as Pessoas/os Colaboradores.

- Gestão Operacional - Atividades:

- Demonstrou disponibilidade e compromisso para a atualização de conhecimento e procura de informação;

- Efetuou uma Revisão do Código deontológico dos Enfermeiros; REPE, Enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros e organizou-os em Dossier no SU, com sinopse do conhecimento aos Enfermeiros do Serviço;

- Mobilizou os conhecimentos éticos e deontológicos na relação com a equipa multidisciplinar e nas tomadas de decisão relacionadas com a prestação de cuidados aos doentes e às suas famílias;

- Demonstrou compromisso organizacional através da sua identificação com a visão, missão, valores e objetivos organizacionais;

- Analisou o PQ Contenção de Doentes da ULSNA do ponto de vista da Responsabilidade profissional, ética e legal na Prática de Enfermagem, tendo em conta o trabalho realizado na Unidade Curricular Direito da Saúde e da Administração Pública.

O código de deontológico dos enfermeiros, na alínea c, do artigo 79.º, define que o enfermeiro tem o dever de “proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (Lei n.º 111/09 de 16 de Setembro, 2009, p. 6547). O foco de atenção no doente coloca ênfase nas dimensões da qualidade que são centrais para o percurso da pessoa e para a sua experiência dos cuidados de saúde: segurança, em termos de redução do risco das intervenções; eficiência nos resultados dos cuidados e das intervenções, relacionadas com os recursos disponíveis; respeito e preocupação, que demonstra o grau de envolvimento da pessoa e dos cuidadores/família nas decisões associadas aos cuidados e a forma como os serviços prestam cuidados com sensibilidade e respeito pelas necessidades da pessoa, expectativas e diferenças individuais (Scrivens, 2005).

- Incentivou a Proteção dos direitos humanos dos doentes e dos restantes elementos envolvidos no processo de prestação de cuidados, respeitando nomeadamente a confidencialidade, a privacidade e a autodeterminação, bem como os seus valores, costumes e crenças;

- Refletiu com a Enfermeira Chefe, sobre os processos e os resultados das tomadas de decisão por parte da equipa, nas situações de maior complexidade ética;

- Representou o serviço de Enfermagem do SU do HSLE, estabelecendo ligações externas, através da apresentação do Projeto de Intervenção em Congresso Científico – APEGEL, sob a forma de Comunicação Livre (Anexo II)

✓ Indicadores de Avaliação

1. Promove o conhecimento e o cumprimento dos valores, regras e práticas de acordo com a legis artis.

2. Promove o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da equipa.

3- Promove uma cultura organizacional com base no respeito pelas regras deontológicas e práticas legais.

4. Assume a responsabilidade pela criação de condições para a tomada de decisão da equipa que lidera.

5. Assume a responsabilidade pelo cumprimento do enquadramento legal da regulação profissional.

B - A gestão pela qualidade e segurança

- Competência: Desenvolve um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações.

- Descritivo: A competência assenta num corpo de conhecimentos, aptidões e atitudes no âmbito dos princípios da qualidade. Esta constitui o modelo de excelência e referência para

estruturar, avaliar e melhorar continuamente a qualidade da prestação de cuidados de saúde e das Organizações, evidenciando responsabilidade social e transparência.

B1 — Orienta a prática dos cuidados para os resultados a atingir, tendo como foco as pessoas/clientes e/ou comunidade.

• **Gestão Operacional - Atividades:**

- Procurou identificar as necessidades dos Utentes, Pessoas e/ou comunidade através da caracterização da População que recorre ao SU;

- Nomeada como elo de ligação do Padrões de Qualidade no Serviço de Urgência do HSLE, adotou os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem através da revisão dos PQs;

- Analisou o Plano de Integração de novos profissionais no SU;

- Realizou Sessão de Formação, para apresentação do Projeto de intervenção e discussão de **estratégias de intervenção**;

- Elaborou, em conjunto com Enfermeira Chefe, Instrução de Trabalho, de modo a definir as competências/conteúdo funcional (funções e responsabilidades) dos Enfermeiros que são designados como Responsável de Turno (Apêndice XIV)

- Acompanhou o processo de Avaliação de desempenho dos Enfermeiros SIADAP 3- Nomeada como 2ª avaliadora.

✓ **Indicadores de Avaliação**

1. Utiliza, como referencial, os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional.

2. Acompanha a prática de Enfermagem, motivando os profissionais para a melhoria contínua do seu desempenho

3. Utiliza na sua prática profissional guias orientadores de boas práticas.

4. Atualiza com periodicidade os guias orientadores de boas práticas, com vista à sua atualização

5. Controla a melhoria dos processos críticos, através da sua identificação, análise, medição, avaliação e plano de melhoria.

6. Assume o erro como oportunidade de melhoria e fonte de aprendizagem.

7. Reconhece que a avaliação de desempenho e a avaliação da organização concorrem para o processo de melhoria.

8. Assegura o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, gerais e especializados de acordo com as competências dos enfermeiros da equipa.

B2 — Contribui para o processo de desenvolvimento da Governação Clínica

• **Gestão Operacional - Atividades:**

- Nomeada como Auditora de Quedas, UPP, notas de Alta e Triagem de Manchester, procurou operacionalizar o processo de melhoria contínua da qualidade, focada nos procedimentos de trabalho e auditorias;

- Procurou envolver o Enfermeiro interlocutor do risco no planeamento de atividades que contribuam para a segurança dos cuidados, nomeadamente os registos de Enfermagem;

- Incentivou a supervisão e monitorização de indicadores de **Risco Clínico** nomeadamente: prática de higiene das mãos, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de quedas em doente, identificação do doente e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

- Incentivou a Identificação e avaliação do **Risco não clínico** (relacionado com segurança, ambiente e estrutura física), fatores contribuintes e proposta de ações de melhoria e de medidas para reduzir o risco.

✓ **Indicadores**

1. Operacionaliza o processo de melhoria contínua da qualidade, focada nos processos de trabalho e auditorias

2. Acompanha a atividade desenvolvida pela estrutura de gestão de risco.

3. Cria condições para manter ambientes seguros, introduzindo medidas corretivas quando são detetados desvios.

C - A gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional

• **Competência:** Adota estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização.

• **Descritivo:** A competência assenta num corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes, articuladas e sistematizadas relativas às ciências comportamentais, processo de planeamento, formação e pesquisa, traduzidos na governação clínica.

C1 — Reconhece a importância da gestão da mudança.

• **Gestão Operacional – Atividades**

- Desenvolveu a sua atividade ao longo do estágio, incitando os processos de mudança, nomeadamente ao nível dos registos de Enfermagem que garantam a segurança dos cuidados;

- Assumiu-se como agente de mudança e responsável pelo desenvolvimento profissional dos membros da sua equipa, incentivando as boas prática clinica em Enfermagem;

- Reconheceu o desenvolvimento profissional como um processo contínuo de aquisição e aprofundamento de competências para um desempenho excelente e, um elemento facilitador e estimulador da eficácia organizacional aproveitando os momentos de estágio para refletir as praticas e estimular a prática baseada da evidência científica;

✓ Indicadores

1. Compreende a dinâmica organizacional, face aos seus desafios internos e aos do ambiente externo.

2. Identifica tendências e sinais e mudança com impacto no processo assistencial e de inter-relações, através de observação e sistematização

3. Propõe soluções inovadoras ao nível de métodos e processos de trabalho

C2 — Operacionaliza um Programa de Desenvolvimento Organizacional como planeamento da mudança

• Gestão Operacional – Atividades

- Procurou envolver o Enfermeiro Elo de Ligação do GCL PPCIRA de modo desenvolver atividades que preconizam práticas seguras e controlo de infeção nomeadamente garantir o cumprimento das boas práticas relativas à prevenção da Infeção Hospitalar e às técnicas de assepsia médica e cirúrgica, assim como à triagem dos resíduos sólidos hospitalares;

- Procurou envolver o Enfermeiro interlocutor do risco, que serve de elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e o Grupo de Gestão do Risco (GGR) da ULSNA, sugerindo Formação em serviço sobre risco e notificações de incidentes, Efetuar levantamento do risco clinico e não clinico existentes no serviço e Incentivar a notificação dos incidentes;

- Realizou um levantamento das necessidades formativas relativamente aos Sistemas de Informação em Enfermagem, nomeadamente Formação ALERT, CIPE/SAPE e triagem de Manchester, dando conhecimento ao Enfermeiro Chefe e sensibilizando para o Desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade, com os respetivos indicadores de qualidade, tendo por base o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores para o Repositório Central de dados da Saúde, produzido pela OE;

✓ Indicadores

1. Identifica os elementos chave para o processo de mudança.

2. Envolve os elementos chave nos processos de mudança.

3. Atua na base de práticas colaborativas, fomentando o apoio e confiança entre os Enfermeiros e outros profissionais.

4. Atua como dinamizador de iniciativas que agreguem valor para os serviços e/ou Organização.

5. Evidencia criatividade na ação.

C3 — Assegura o desenvolvimento profissional como estratégia de capacitação individual e coletiva para uma prática profissional de excelência.

• **Gestão Operacional – Atividades**

- Colaborou como 2ª Avaliadora na operacionalização do Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública aplicado aos Enfermeiros, na ULSNA, EPE, no Serviço de Urgência;

- Nomeada como Enfermeira Responsável pela formação em Serviço no SU do HSLE desde Janeiro de 2018, procurou dar resposta às necessidades específicas do Serviço para que tenha consequências práticas e objetivas na melhoria da organização e prestação de cuidados;

- Realizou Formação no Serviço de Urgência a todos os Enfermeiros acerca do processo de avaliação de desempenho – SIADAP 3 - de modo a Assegurar Cuidados de Enfermagem, na procura permanente da excelência do exercício profissional, tendo como suporte os padrões de qualidade assumidos como carta de qualidade dos cuidados de Enfermagem (Apêndice XV)

- Como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirurgia, desenvolveu competências de perito na área do doente crítico, como referencia para clientes, família, colegas de equipa e estudantes;

- Colaborou na orientação de Estágio de alunos de Enfermagem a desenvolver competências de Enfermeiros de Cuidados Gerais;

- Colaborou na orientação de Estágio de 3 alunos de Enfermagem a desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirurgia;

✓ **Indicadores**

1. Operacionaliza o processo de avaliação de desempenho dos profissionais de acordo com os normativos em vigor.

2. Assegura a coexistência da formação informal e formal

3. Assume o papel de formador na equipa multidisciplinar e multiprofissional.

4. Comunica com clareza e precisão, demonstrando respeito pelas ideias dos outros e valorização dos seus contributos

5. Participa na definição de prioridades formativas da organização.

6. Participa na definição de prioridades de investigação da organização.

7. Colabora na formação graduada em enfermagem

8. Colabora na formação pós -graduada em enfermagem.

9. Participa na implementação do processo de desenvolvimento e valorização profissional em articulação com a Ordem dos Enfermeiros e outras entidades

D — O planeamento, organização, direção e controlo

- **Competência:** Operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança.

- **Descritivo:** A competência assenta num corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes ao desenvolvimento das funções de gestão e ao processo de tomada de decisão.

D1 — Desenvolve o Planeamento tendo em conta as condicionantes internas e externas.

- **Gestão Operacional – Atividades**

- Identificou um problema real do serviço, através do diagnóstico da situação, realizado no projeto de intervenção;

- Fixou objetivos e procedeu a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano;

- Envolveu a equipa de enfermagem, de modo a motivar a sua participação no PIS “A Gestão da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência”;

- ✓ **Indicadores**

1. Identifica problemas e determinando as necessidades a atender.

2. Prioriza os problemas, fazendo a sua seleção e hierarquização.

3. Propõe objetivos realistas, tangíveis e mensuráveis e estratégias, em conformidade com os resultados a atingir, tendo em conta os recursos disponíveis e estabelecendo prazos.

4. Participa na elaboração procedimentos, processos e orientações técnicas

5. Planeia a atividade de Enfermagem suportada por um enquadramento conceptual e métodos de trabalho definidos.

D2 — Entende a função “Organização”, ilustrativa da forma como a estrutura organizacional interage interna e externamente.

- **Gestão Operacional – Atividades**

- Colaborou com a Enfermeira Chefe/Orientadora de Estágio, explorando as técnicas de recursos humanos desenvolvidas nomeadamente:

- Calculo dos enfermeiros, tendo em conta as Dotações seguras;

- A distribuição diária do trabalho por posto de trabalho;

- A integração no posto de trabalho;

- Avaliação do desempenho, colaborando na definição de objetivos para o biénio em curso e construção de grelhas de monitorização
 - Controlo da assiduidade e absentismo através da plataforma Sisqual;
 - Colaborou com a Enfermeira Chefe/ Orientadora de Estágio na gestão dos recursos materiais;
 - Colaborou com a Enfermeira Chefe/ Orientadora de Estágio na escolha e avaliação de critérios de qualidade dos materiais;
 - Contribuiu com Elaboração de Projeto de melhoria continua **Armazém avançado e organização de Stocks** (Apêndice XVI) para Reorganizar a Sala de Arrumos (Espaço físico e dotação de material clínico) nomeadamente:
 - Organização de material clínico na Sala de Arrumos por áreas de atuação (A, B, C, Sistemas, Dispositivos de proteção individual e Exposição/ controlo ambiental)
 - Colaborou na definição de níveis máximos e mínimos de *stock* do diferente material de consumo clínico e Formou *kits* para procedimentos específicos, nomeadamente KIT de Emergência Pediátrica (Apêndice XVII)
- ✓ Indicadores
- Participa na identificação, através de métodos de cálculo e avaliação de competências, da dotação de profissionais adequada e segura.
- Afeta os recursos em função das necessidades, tendo como referência as Dotações seguras.
- Elabora plano de integração dos diferentes profissionais.
- Assegura a gestão eficiente dos recursos materiais
- Monitoriza o cumprimento dos procedimentos orientadores da utilização de dispositivos médicos
- Participa na conceção, remodelação e adequação dos espaços físicos de forma a garantir a sua funcionalidade.
- Atualiza procedimentos orientadores da utilização de dispositivos médicos.
- Assegura a utilização os métodos de aprovisionamento e gestão de Stocks, de forma adequada.
- Participa na definição de critérios de qualidade dos materiais.

D3 — Compreende a função “Direção” como um processo de influência sobre o comportamento dos elementos da equipa de trabalho.

- **Gestão Operacional – Atividades**

- Cooperou com a Enfermeira Chefe/Orientadora de Estágio na preparação de Reunião de Serviço com a Equipa de Enfermagem;
- Colaborou com a Enfermeira Chefe/Orientadora de Estágio na elaboração do Plano de Férias dos Enfermeiros;
- Realizou formação externa no congresso APEGEL sobre Liderança e Coaching (Anexo III)

- ✓ **Indicadores**

Pratica uma liderança suportada em valores

Procura colaboração para unificar e motivar

Transfere informação, conhecimento, através de uma comunicação efetiva.

D4 — Estabelece o “Controlo” como uma função contínua de verificação da execução do plano de ação.

- **Gestão Operacional – Atividades**

- Colaborou com a Enfermeira Chefe/Orientadora de Estágio na monitorização do cumprimento do Plano de atividades do Serviço.

- ✓ **Indicadores**

Monitoriza o grau de conformidade, introduzindo as medidas corretivas.

Analisa a progresso dos indicadores.

E - A prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde

- **Competência**: Garante uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde.

- **Descritivo**: A competência assenta num corpo de conhecimentos, habilidades e atitudes no domínio da investigação -ação e da avaliação de indicadores do contexto e prática profissional.

E1 — Valoriza a investigação como ferramenta de trabalho para a aquisição de evidência científica que suporte a tomada de decisão no contexto da prática profissional

- **Gestão Operacional – Atividades**

- Incentivou a Pratica Baseada na evidência, através da excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem nomeadamente através da consulta e divulgação de PQs; ITs e normas de boas práticas dos cuidados de Enfermagem:

- Elaborou IT, para orientação de boas práticas e para a elaboração dos registos de enfermagem no SU, de forma a apoiar os enfermeiros na prestação de cuidados, facilitar a comunicação entre a equipa e assegurar a continuidade da prestação de cuidado

✓ Indicadores

1. Fomenta a investigação como ferramenta de trabalho, em linha com a política de investigação definida, criando as condições necessárias para o efeito.
2. Envolve os profissionais para a utilização dos resultados da investigação.
3. Promove a divulgação dos resultados da investigação realizada.
4. Estimula o pensamento crítico.

E2 — Operacionaliza os indicadores de unidade de medida sensíveis aos cuidados de enfermagem.

• **Gestão Operacional – Atividades**

- Pretendeu através da elaboração do Projeto, contribuir para a definição de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem no SU, nomeadamente a Taxa de registos de Enfermagem de acordo com a IT.

✓ Indicadores

1. Participa na definição de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em cada área específica.
2. Monitoriza a operacionalização dos indicadores em execução.

CONCLUSÃO

O percurso do estágio e o presente relatório, permitiu um caminho enriquecedor e potenciador do seu conhecimento, tanto a nível do perfil de competências do enfermeiro gestor, como ao nível da partilha de saber, para a prática de cuidados em saúde, para a formação e gestão e para a investigação.

O papel do enfermeiro gestor tem sofrido alterações ao longo dos tempos, em prole de uma gestão mais eficaz e eficiente cujo foco é a qualidade de cuidar.

A qualidade dos registos que os enfermeiros produzem é determinante para o seu processo de tomada de decisão, porém, grande parte da informação/registos realizados são insuficientes ou não estão devidamente estruturados. É necessário que os sistemas de informação em Enfermagem assentem numa linguagem classificada, universal e atualizada.

Pretende-se que os sistemas de informação garantam ganhos em saúde através da definição e produção, automática, de indicadores fiáveis, consistentes e comparáveis, relacionados com o exercício profissional dos enfermeiros.

A realização e uniformização de registos de Enfermagem que garantam a segurança dos cuidados representam hoje uma preocupação real na enfermagem.

O projeto de intervenção “A Gestão da Segurança dos Cuidados, através da melhoria dos Registos de Enfermagem no Serviço de Urgência” surgiu neste contexto e também como resultado das necessidades identificadas pelos enfermeiros do Serviço de Urgência do HSLE, ULSNA.

A informação relativa à segurança dos cuidados, resultante da análise dos registos de Enfermagem, foi analisada numa lógica de aprendizagem, em que a reflexão procurou compreender os problemas e as suas causas, para que se introduzam mudanças que fomentem a melhoria dos cuidados.

Da análise dos dados emergiram um conjunto de conclusões que ajudam a compreender a realidade da temática em estudo.

Sendo os serviços de urgência, contextos de cuidados com características muito próprias, onde os doentes constituem uma população original e pouco homogénea, a prática de enfermagem nestas circunstâncias requer uma atitude e habilidade de avaliação, intervenção e tratamento de âmbito geral e especializado.

O Enfermeiro necessita ter uma atuação congruente com os padrões de qualidade, organizar e planear os cuidados de modo a realizar registos de Enfermagem que garantam a segurança, a continuidade e a qualidade de cuidados ao doente e família.

A contratualização destes registos, através da avaliação de desempenho, pretende responsabilizar o Enfermeiro e ao mesmo tempo protege-lo. Tornar os cuidados de saúde mais seguros é um requisito chave e uma prioridade a nível das organizações de saúde, assim como a busca da excelência que caminhe ao encontro das necessidades dos doentes, e promova a satisfação dos mesmos e seus familiares. A Instrução de Trabalho pretende uniformizar registos, diminuir o tempo disponibilizado, aumentar a eficiência e contribuir para a comunicação segura e eficaz.

Os Registos de Enfermagem são uma preciosa ferramenta para dar visibilidade às intervenções dos enfermeiros. Sendo o Enfermeiro Gestor, aquele que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, assumindo uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde.

Considera que deste estudo poderão emergir novas investigações académicas através do desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em relação a este e outros focos de atenção selecionados.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, C; Almeida, M; Costa, M; Santos, R E Sousa, P. (2011). *As Implicações/Impacto Dos Registos De Enfermagem Em Linguagem CIPE*. Associação Portuguesa Dos Enfermeiros Do CHLC. Enformação P. 20-25. Acedido em 10 de Janeiro de 2018 em [Http://Hdl.Handle.Net/10400.17/938](http://hdl.handle.net/10400.17/938)
- ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde (2012) *Contrato-Programa 2012: Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Acedido em 10 de Outubro de 2017 em http://www2.acss.minsaude.pt/Portals/0/14_12_2010_Metodologia%20HH_ULS%202011.pdf
- ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde (2017). *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018*. Acedido em 10 de Outubro de 2017 em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/11/Termos-Referencia-Contratualizacao-SNS_2018.pdf
- ALERT Edis (2007). *Manual de Utilização*. Acedido em 10 de Novembro de 2017 em <http://www.alert-online.com/pt/news/company/alert-edis-em-26-urgencias-em-portugal>
- Azevedo, P., & Sousa, P. (2012). *Partilha da informação em enfermagem: Dimensões do papel de prestador de cuidados*. Revista de Enfermagem, 113-122
- Aragão, J. (2011). *Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas*. Revista Práxis. (nº 6), 59-62
- Araújo, JF. (2000). *Hierarquia e mercado: a experiência recente da administração gestionária*. Comunicação apresentada no 2º Encontro INA - Moderna gestão pública: Dos meios aos resultados, Lisboa. Acedido a 12 de Outubro de 2017 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt>.
- Arco, A., Costa, A., Pinto, B., Martins, M. & Arriaga, M. (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Portalegre: Escola Superior Saúde de Portalegre
- Bardin, L. (2014) - *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, LDA

- Bell, J. (2010). *Como realizar um projeto de investigação* (5ª edição). Lisboa: Gradiva.
- Bostick, J., Flesner, M. & Riggs, C. (2006). *Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes*. Journal of the American Medical Directors Association, 7, 366-376.
- Broome, M. (2006). *Integrative Literature Reviews For The Development Of Concepts*. In: Rodgers, B. L.; Castro, A. A. Revisão Sistemática e Meta-Análise. Acedido em 12 de Novembro de 2017 em https://www.researchgate.net/publication/238248432_Integrative_literature_reviews_for_the_development_of_concepts
- Caldeira, M; Quaresma R. Quintela, H. (2010). *Avaliação de benefícios com a implementação de um sistema de informação paper-free no Hospital do Espírito Santo*. Centro de Estudos de Gestão da Universidade Técnica de Lisboa. Acedido em 11 de janeiro de 2018 em http://www.alertonline.com/sites/default/files/ckeditor/content/ROIEvora_PT.pdf
- Campos, F.; Faria, H.; Santos, M. (2010). *Planejamento e avaliação das ações em Saúde*. 2ª edição. Belo Horizonte: Nescon /UFMG. 110p. Acedido em 12 de Dezembro de 2017 em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>
- Campos, A. (2012) *Satisfação dos Utilizadores de Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem em Suporte Eletrónico: Um estudo no Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. Coimbra*. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, 2012. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Acedido em 20 de Outubro 2017 em https://eq.sib.uc.pt/bitstream/10316/21505/1/Ang%C3%A9lica_Campos.pdf
- Carmo, H., Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto - Aprendizagem*. Textos de Base (Cursos Formais). Universidade Aberta. Lisboa.
- Código Deontológico (2009). Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro Dos Enfermeiros.
- Coimbra, N. & Amaral, T. (2016). *Acompanhamento de Enfermeiro no Transporte Primário do Doente Crítico*. Revista Nursing. Fevereiro.
- Conselho Coordenador da Avaliação dos Enfermeiros (2015). *SIADAP- ENF Orientações Gerais Biénio 2015/2016*. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
- Direção geral de saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017. Acedida em 12 de Outubro de 2017 em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

- Donabedian, A. (2005). *Evaluating The Quality Of Medical Care. The Milbank Quarterly* [Em Linha]. Vol. 83, Nº4, (2005), P. 691-729. Acedido em 5 de Outubro de 2017 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>
- Escoval, A. (2003). *Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português*. Tese de doutoramento em Organização e Gestão de Empresas. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa do Instituto Universitário de Lisboa. Acedido em 4 de Julho de 2017 em http://www.contratualizacao.minsaude.pt/downloads_contrat/investiga%C3%A7%C3%A3o/tesedoutoramentoanaescoval.pdf
- Escoval, A.; Matos, T. (2009). *A Contratualização e Regulação nos Hospitais*. In Campos, Luís; Borges, Margarida; Portugal, Rui (eds.) *Governança dos Hospitais*. Alfragide: Casa das Letras, 149-186.
- Escoval, A. (2010). *O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996- 2005)*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (9), 7-24. Acedido em 4 de Julho de 2017 em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4461/1/T-10%20ESCOVAL%20p-7.pdf>
- Figueiroa-Rego, S. (2003). *Século XXI: Novas e Velhas Problemáticas em Enfermagem: Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem e Modelos de Cuidados em Uso*. *Pensar Enfermagem*. Vol. 7, nº2, 34-47
- Fortin, M.F; Côté, J.; Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1ª edição). Loures: LUSODIDACTA. Estúdio Lusociência;
- Freita, M.; Parreira, P. (2013). *Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados*. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série - n.º 10 - Jul. pp.171-178. Acedido em 11 de Novembro de 2017 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII10/serIII10a20.pdf>
- Gama, B. (2010) *As funções administrativas e o planeamento em enfermagem*. Universidade Federal de Juiz de Fora – Faculdade de enfermagem: Administração em enfermagem. Brasil. Acedido em 13 de Dezembro de 2017 em <http://www.ufjf.br/admenf/files/2010/03/ADM-I-Planejamento-em-Enfermagem.pdf>
- Grupo Português de Triagem (2015). *Sistema de Triagem de Manchester*. Acedido em 2 de Dezembro de 2017 em http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110

- Guerra, N. (2017). *Atribuição de competências do enfermeiro gestor é prioritária*. *Jornal Enfermeiro*. Contexto, competências e necessidade de Enfermagem. Dez. Acedido em 12 de janeiro de 2018 em http://www.jornalenfermeiro.pt/images/pdf/JE15_37b1d.pdfGuerr
- Harwell, H.R. (2011). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods. The Sage handbook for research in education: pursuing ideas as the keystone of exemplary inquiry*. Thousand Oaks: Sag
- Hughes, R. (2008). *Patient Safety and Quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3.ª edição)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Joanna Briggs Institute Reviewers (2011). *Manual Edition. The Joanna Briggs Institute*, 978-1-920684-09-9. Acedido em 23 de Outubro de 2017 em <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2011.pdf>
- Keyton, J.; Caputo, J.; Ford, E.; Fu, R.; Leibowitz, S.; Liu, T.; Polasik, S.; Ghosh, P. & Wu, C. (2013). Investigating Verbal Workplace Communication Behaviors. *The Journal of Business Communication*, 50 (2), 152-169. Acedido em 12 de Novembro de 2017 em <http://www.researchgate.net/profile/JoannKeyton/publication/258154057>
Investigation Verbal Workplace Communication Behaviors/links/0046352fa57dba1e5e000000.pdf
- Lin, C.; Luh, D.(2009). *A vision-oriented approach for innovative product design. Advanced Engineering Informatics*, v. 23, (pp. 191-200).
- Marquis, B.L, Huston C.J. (2009). *Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática*. 6ªedição Porto Alegre: Artes medicas
- Martinez, L.; Ferreira, A. (2007). *Análise de Dados com SPSS. Primeiros Passos*. Escolar Editora. Lisboa
- Martins, A; Pinto, A; Lourenço, C; Pimentel, E; André, M.; Almeida, M.; Mendes, O; Santos, R. (2008). *Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem?* *Pensar Enfermagem*, vol. 12, n.º 2, 2.º semestre de 2008, pp. 52-61.
- Matos, T; Ferreira, A; Lourenço, A.; Escoval, A. (2010). *Contratualização interna vs. Contratualização externa*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 9, 161- 180. Acedido em 10 de Outubro de 2017 em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de->

apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-13-2009.pdf

Mendes, K; Silveira, R.; Galvão, C. (2008). *Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, Out-Dez; 17(4): 758-64. Acedido em 12 de Novembro de 2017 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

Ministério Da Saúde (2006). Circular normativa da secretária-geral da saúde n.º 1/2006, de 12 de janeiro.

Ministério Da Saúde (2008). Diário da República, 1.ª série — N.º 171 — 4 de Setembro de 2008 Decreto-Lei n.º 50-B/2007, 28 de Fevereiro de 2007. *Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE*. Acedido em 10 de Outubro de 2017 em <https://dre.pt/application/conteudo/453991>

Ministério da Saúde (2011). Despacho acerca do Cálculo da Dotação de Enfermeiros. Gabinete da Ministra, (04/03/2011). Acedido em 04 de Janeiro de 2018, em https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Despacho_MS.pdf.jpg

Ministério Da Saúde (2014). Diário da República, 2.ª série — N.º 153 —. Despacho n.º 10319/2014. Acedido em 10 de Dezembro de 2017 em <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>

1. Ministério Da Saúde (2015a). Despacho n.º 1400-A/2015 Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Plano Nacional Para A Segurança Dos Doentes 2015-2020*. Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015

2. Ministério Da Saúde (2015b). Despacho n.º 5613/2015 Diário da República, 2.ª série — N.º 102-27 de maio de 2015 Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Anexo *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020*

Moreira, R. (2014). *Satisfação dos Utilizadores de Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem em Suporte Eletrónico: Um Estudo no Centro Hospitalar de São João*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem. Acedida em 12 de Outubro de 2017 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9732/1/Rosa_disserta_final.pdf

Mota, L.; Pereira, F. & Sousa, P. (2014). *Sistemas de Informação de Enfermagem: Exploração da Informação Partilhada com os Médicos*. Revista de Enfermagem Referência. Série IV - n.º 1 - Fev./Mar. Acedida a 12 de Outubro de 2017 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a10.pdf>

Moura, S. (2015). Satisfação dos Utilizadores de Sistemas de Informação de Enfermagem em

- Suporte Eletrónico: Um estudo do ACES Porto Ocidental. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem, 2015. Dissertação de Mestrado. Acedida em 12 de Outubro de 2017 em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9760/1/Mestrado_SandraMoura.pdf
- Mendes, K.; Silveira, R; Galvão, C.(2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, v.17, n.4, p.758-764.
- Núcleo Executivo do Conselho Local de Ação Social de Elvas (2013). Programa Rede Social. Diagnóstico Social do Concelho, documento substrato de um Plano de Desenvolvimento Social.
- Nunes, L., Antunes, A., Ruivo, A., Ferrito, C. (2010). - *Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas*. Revista Percursos n.º15 Janeiro – Março. ISSN 1646-5067
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal. Departamento de Enfermagem.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010). Estado da arte. Acedido em 25 de Outubro de 2017 em <http://www.opss.pt/node/26>
- O'Hagan, S., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron, R., McNamara, T., & McColl, G. (2014). What counts as effective communication of nursing? Evidence from nurse educator's and clinician's feedback on nurse interactions with simulated patients. *Journal of advanced nursing*, 70 (6), 1344-1355.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010). Estado da arte. Acedido a 25 de Outubro de 2017 em <http://www.opss.pt/node/26>
- Organização Mundial De Saúde (OMS). Constituição da Organização Mundial de Saúde. [Em linha]. New York: World Health Organization (WHO), 1946. Acedido em 25 de Novembro de 2017 em <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos. Lisboa, Portugal: Autor.
- 1: Ordem dos Enfermeiros (2007a). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios Básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Acedido em 18 de Outubro de 2017 em <https://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/SIE.pdf>
- 2: Ordem dos Enfermeiros (2007b). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Resumo*

- Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.* Acedido em 18 de Outubro de 2017 em <https://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Condições do Exercício.* Parecer jurisdicional. Parecer CJ 248/2010. Acedido em 10 de Janeiro de 2018 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer248_2010_CJ_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.* Regulamento n.º 533/2014. Diário da República, 2.ª série — N.º 233. Acedido em 2 de Dezembro de 2017 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro Norma de DotacoesSeguras dos Cuidados de Enfermagem AG 30 05 2014 aprovado por maioria proteg.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 76/2018. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão.* Diário da República, 2.ª série — N.º 21 — 30 de janeiro de 2018. Acedida em 1 de Fevereiro de 2018 em <https://dre.pt/application/conteudo/114599547>
- Parreira, P. (2005). *Organizações.* Coimbra: Formasau
- Peixoto, N; Peixoto, T; (2016). *Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico.* *Revista de Enfermagem de Referencia Serie IV – nº 11 pp. 121.132.* Acedido em 5 de janeiro de 2018 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a13.pdf>
- Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.* Coimbra, Portugal: Formasau.
- Pereira, N. & Moreira, V. (2015). *Avaliação de Desempenho dos Profissionais de Enfermagem: Perceção de Justiça dos Avaliados.* *Revista Pensar em Enfermagem*, 2 (19), 18-53. Acedido em 26 de Novembro de 2017 em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/doc2_18_53\(5\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/doc2_18_53(5).pdf)
- Phaneuf, M. (2005) – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Loures: Lusociência.
- Polit, D., Hungler, B. (2004). *Fundamentos De Pesquisa Em Enfermagem.* Edição: Artmed Editora, Novembro
- Queirós, P.; Costa, D.; Souza, A; Chaveiro, L.; Silva, A; Silva, D.; Silva, C; Calpiñeiro, N. (2010). *Planejamento estratégico de uma unidade saúde da família - Região leste de*

- goiânia. *Revista de Salud pública*. (pp. 15-23). Acedido em 12 de Dezembro de 2017 em http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_1_05_art2_pp%2015_23.pdf
- Rego, A. (2016). *Comunicação Pessoal e Organizacional. Teoria e Prática*. 4^o Edição Lisboa. Edições Sílabo, Lda.
- Santos, M.; Grilo, A; Andrade, G.; Guimarães, T. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Escola Nacional de Saúde Pública. Acedido em 10 de Outubro de 2017 em <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3120/1/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20e%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20doente.pdf>
- Scrivens, E. (2005). *Quality, Risk And Control in Health Care*. Berkshire: Open University Press.
- Silva, A. (2001) - Sistemas de Informação em Enfermagem - uma teoria explicativa da mudança. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma Teoria Explicativa da Mudança*. Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde e Escola Superior de Enfermagem de São João. ISBN 978-972-8485-76-4
- Silva, M. S. N. (2011). *O acesso aos cuidados de enfermagem após alta hospitalar: uma análise do impacte da partilha de informação*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto:2011.Tese Mestrado. Acedida em 1 de Outubro de 2017 em <http://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/26619>
- Sousa, P. (2005). *O Sistema De Partilha De Informação Em Enfermagem Entre Contextos De Cuidados De Saúde - Um Modelo Explicativo*. Porto. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
- Sousa, P. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. 1^a Ed. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485- 75.
- Souza, M.; Dias, M.; Carvalho, R (2010) Revisão integrativa é o que é e como fazer. Einstein, 8, 102 – 106.
- Streubert, H.J. e Carpenter, D.R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (5^a ed). Loures: Lusociência;

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Teixeira, C. (2010). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA 160 p. Acedido em 12 de Dezembro de 2017 em <http://www.pea.ufba.br/eventos/gestores/biblioteca/docs/Enfoques-teorico-metodologicos-do-planejamento-em-saude.pdf>

1. Unidade Local Saúde do Norte Alentejano (2011a). *Lista de Comportamentos Profissionais-Enfermagem. Informação n 009/2011, de 26 de Dezembro*. ULSNA
2. Unidade Local Saúde do Norte Alentejano (2011b). *Lista de Objetivos Individuais-Enfermeiro. Informação n 009/2011, de 26 de Dezembro*. ULSNA

APÊNDICES

Apêndice I - Projeto de Estágio



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



V Mestrado em Enfermagem - Gestão em Unidades de Saúde

1ºAno - 2º semestre

Unidade Curricular- Estágio

Docente- Professora Graça Antunes de Carvalho

PROJETO DE ESTÁGIO

Sandra Sapatinha

Julho
2017

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde

PROJETO DE ESTÁGIO

Sandra Sapatinha

Julho
2017

Projeto de Estágio

*O Homem bem sucedido na vida é aquele que
dispõe, no momento exato, da melhor informação.*

Paulino, 2006

RESUMO

Este trabalho apresenta-se sob a forma de projeto e contempla o percurso realizado na Unidade Curricular Estágio, para o desenvolvimento de competências na área da Gestão de Unidades de Saúde, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde da Escola Superior de Saúde de Portalegre - Instituto Politécnico de Portalegre, que decorreu no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia Elvas da ULSNA, no período de 12 de junho a 21 de julho de 2017 com a duração de 155 horas.

Norteou-se pelo Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor e definiu como tema do seu projeto de intervenção em saúde, a Contratualização da segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência.

Utilizou a Metodologia do Planeamento em saúde, de acordo com os objetivos do estágio, com a finalidade de assegurar a segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência.

Concluiu ser necessário uma intervenção nesta área, nomeadamente, na melhoria dos registos de Enfermagem, através de um registo efetivo e recorrendo a uma linguagem comum, o que implica a utilização de um sistema de documentação de cuidados apropriado de modo a garantir a segurança dos doentes, o qual pretende desenvolver no Relatório Final.

Palavras-chave: Contratualização, Cuidados de Enfermagem, Registos de Enfermagem, Segurança do doente.

Projeto de Estágio

ABSTRAT

This work is presented in the form of a project and contemplates the course carried out in the Curricular Unit for the development of competencies in the area of Health Unit Management, within the scope of the Master in Nursing, Specialization in Management of Health Units of the School Superior of Health of Portalegre - Polytechnic Institute of Portalegre that took place in the Emergency Service of the Hospital of Santa Luzia Elvas of the ULSNA in the period from June 12 to July 21, 2017 with a duration of 155 hours.

He was guided by the Competence Profile Regulation of the Manager Nurse and defined as the theme of his health intervention project the Contract of care security, through the improvement of Nursing records and quality monitoring in the organization and management of the Emergency Department -

She used the Health Planning Methodology in accordance with the internship objectives in order to ensure the safety of care by improving Nursing records in the Emergency Department.

It concluded that it is necessary to intervene in this area, namely in the improvement of Nursing records, through an effective registration and using a common language, which implies the use of an appropriate care documentation system to ensure patient safety , Which it intends to develop in the Final Report.

Keywords: Contracting, Nursing Care, Nursing Records, Patient Safety.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APEGEL - A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança
ARS - Administração Regional De Saúde
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
ESSP- Escola Superior de Saúde de Portalegre
GCL-PPCIRA – Grupo Coordenador Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
GGR- Grupo Gestão do Risco
HSLE - Hospital de Santa Luzia Elvas
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
IPP – Instituto Politécnico de Portalegre
IT- Instrução de Trabalho
OE- Ordem dos Enfermeiros
PIS - Projeto de Intervenção em Serviço
PQ – Procedimento da Qualidade
PQCE – Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RPCE – Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor
SAM- Sistema de Apoio ao Médico
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SIE- Sistemas de Informação Enfermagem
SIADAP - sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública
SIV - Suporte Imediato de Vida
SNS - Serviço Nacional de Saúde;
SO – Serviço Observação
SGICM - Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SU - Serviço de Urgência
SUB - Serviço de Urgência Básica
SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
ULSNA - Unidade Local do Norte Alentejano

Projeto de Estágio

Índice

| | |
|--|----|
| | f. |
| INTRODUÇÃO | 8 |
| 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO - PRÁTICA CLÍNICA | 12 |
| 1.1. CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA | 13 |
| 1.2. ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM..... | 14 |
| 1.3. INDICADORES DE QUALIDADE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM | 15 |
| 1.3.1. Outros Indicadores..... | 16 |
| 1.4. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO | 17 |
| 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO- CONTRATUALIZAÇÃO DA SEGURANÇA DOS CUIDADOS, ATRAVÉS DA MELHORIA DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM E DE ACOMPANHAMENTO DA QUALIDADE NA ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA | 18 |
| 2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... | 18 |
| 2.2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO..... | 21 |
| 2.3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES..... | 23 |
| 2.4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS..... | 25 |
| 2.5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS..... | 26 |
| 2.6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL..... | 27 |
| 2.6.1. Recursos e limitações..... | 27 |
| 2.6.2. Cronograma de atividades..... | 28 |
| 2.7. AVALIAÇÃO..... | 28 |
| 3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA ÁREA DA GESTÃO DE UNIDADE DE SAÚDE | 29 |
| CONCLUSÃO | 37 |
| BIBLIOGRAFIA | 38 |
| APÊNDICES | |
| Apêndice I- Tabela de Análise – SWOT..... | 43 |
| Apêndice II- Pedido de autorização de recolha de dados para Auditoria dos Registos de Enfermagem..... | 45 |
| Apêndice III- Lista de Verificação para Registos de Enfermagem em Alert – SU..... | 47 |
| Apêndice IV- Cronograma de Atividades- PIS..... | 49 |

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

6

Projeto de Estágio

Índice De Tabelas

| | |
|--|-------|
| Tabela nº 1 - Número de doentes admitidos nos Serviços de Urgência da ULSNA - Cor de Prioridade..... | f. 24 |
|--|-------|

INTRODUÇÃO

O presente Projeto de estágio enquadra-se na Unidade Curricular Estágio I, no âmbito do 1º Ano 2º semestre do V Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde da Escola Superior de Saúde de Portalegre - Instituto Politécnico de Portalegre, aprovado pelo Despacho n.º 23088/2009, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 203, de 20 de outubro, com a alteração do Despacho n.º 5040/2015 em 12 de Janeiro de 2015.

Emerge com o intuito de dar a conhecer as atividades projetadas face aos objetivos da Unidade Curricular Estágio, que pretende desenvolver competências específicas em Enfermagem avançada na área da Gestão de Unidades de Saúde.

Torna-se importante salientar que tem por base o Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento n.º 101/2015) o qual no seu o perfil de competências integra, cumulativamente, as competências comuns e específicas previamente adquiridas, e enforma um conjunto de competências que visam prover o enquadramento regulador para o exercício das mesmas.

O Estágio que decorreu no Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Santa Luzia Elvas (HSLE), Unidade Local do Norte Alentejano (ULSNA), com a duração de 155 horas no período de 12 de junho a 21 de julho de 2017 sob a orientação pedagógica da Professora Maria Graça Antunes de Carvalho e orientação em contexto de estágio da Enfermeira Chefe Maria Catarina Aranha, teve como objetivos:

- Analisar as especificidades das organizações de saúde, no contexto das necessidades das populações e das políticas de saúde;
- Desenvolver competências avançadas no domínio da gestão de serviços de saúde e de cuidados de enfermagem;
- Desenvolver competências avançadas no domínio da gestão de recursos humanos e materiais.

A prática reflexiva surge como potencial situação de aprendizagem, pois permite que através desta o sujeito se torne sabedor daquilo que faz e de como o faz (Santos & Fernandes, 2004). Assume-se como um método que estabelece uma correlação entre a experiência, a teoria e a prática.

Projeto de Estágio

O ciclo de estudos conducente ao **grau de Mestre**; segundo o Decreto-Lei nº 107/2008 de 25 de Junho, publicado em Diário da República, 1.ª série — N.º 121 — 25 de Junho de 2008; pode integrar uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um **estágio** de natureza profissional objeto de relatório Final (Sousa & Baptista, 2011).

Neste seguimento, proponho como tema para o Projeto Major do estágio/Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) “**A Contratualização da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência**”.

A escolha da problemática central do Estágio pressupõe a necessidade de investir na qualidade e segurança dos cuidados prestados aos cidadãos, a qual está diretamente relacionados com a qualidade da prática dos enfermeiros da área da gestão.

A contratualização da segurança dos cuidados constitui uma ferramenta importante, na medida que nos fornece indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem que se traduzam em ganhos em saúde.

A Organização dos Cuidados de Enfermagem, sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros.

O PIS integra-se no ciclo de melhoria contínua da qualidade, visando a identificação sistemática de problemas e oportunidades no sentido de os solucionar ou melhorar, estabelecendo objetivos desejáveis e realistas, planeando e implementando as mudanças, monitorizando e avaliando.

Um Projeto de Intervenção em Saúde tem como finalidade contribuir para a implementação e para o desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2005), seguindo as fases do planeamento em saúde.

Nesta perspetiva delineou como **Finalidade/objetivo Geral**:

- Assegurar a segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência,

Como **Objetivos Específicos**:

- Analisar o conteúdo dos registos de Enfermagem dos Doente em contexto de Urgência:

Projeto de Estágio

- Identificar indicadores chave, na vertente da qualidade dos registos de enfermagem indispensáveis para assegurar a monitorização, acompanhamento e avaliação da segurança dos cuidados de enfermagem;
- Sensibilização da equipa de Enfermagem para a importância dos registos de Enfermagem, na segurança dos doentes, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados

Para a realização do PIS foi utilizada a **Metodologia do Planeamento em Saúde** de acordo com os objetivos do estágio. Para a elaboração de um projeto, plano ou programa no âmbito da saúde, é necessário recorrer-se a um processo de planeamento que permita selecionar intervenções adequadas a uma determinada necessidade, numa determinada área. De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) as principais fases do processo são: Diagnóstico da Situação, Definição de Prioridades, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e Projetos, Preparação da Execução e Avaliação

A seleção desta área prioritária para tema do Projeto sustenta-se em vários fatores nomeadamente: **No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020** que se inscreve no quadro de uma política pública contra os fatores contribuintes para a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS); **na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020** que define que “A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados.”. **A Ordem dos Enfermeiros** define que “a segurança dos clientes deve ser a preocupação, o objetivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, com vista à proteção dos direitos dos clientes a cuidados seguros bem como da sua dignidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 2).

O Presente Projeto de Estágio encontra-se estruturado em 4 partes:

- A primeira parte corresponde à **contextualização do local de estágio**, nomeadamente a caracterização da equipa de enfermagem, organização dos cuidados e indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de Enfermagem;
- A segunda reporta o PIS “A Contratualização da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência”, na qual fará o enquadramento conceptual da temática, evidenciando a importância da intervenção nesta área; apresentará a metodologia utilizada percorrendo todas as etapas no processo de

Projeto de Estágio

planeamento em saúde, iniciando com o diagnóstico da situação, identificando e definindo a área problemática e determinando prioridades tendo em conta a magnitude do problema e as repercussões na população abrangida. Serão apresentados os objetivos, as estratégias selecionadas, os recursos a utilizar e o cronograma, que sistematiza temporalmente as atividades que se propõe desenvolver e por ultimo a etapa da avaliação.

- Na terceira parte será abordado o delineamento das atividades para desenvolver **as competências do Enfermeiro na área de gestão de Unidades de Saúde**, bem como os indicadores de avaliação
- Na quarta e última parte apresentará as considerações finais seguidas das referências bibliográficas, informação disponível, em livros e artigos, consultada para a realização deste trabalho.

Na realização do presente trabalho foram utilizadas as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da ESSP (Arco, Pinto, Martins & Arriaga, 2010).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO - PRÁTICA CLÍNICA

O Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas, classificada como SUB (Serviço de Urgência Básica integrada no 3º nível dos Serviços de Urgência - relatório Reestruturação Urgências, 1996), satisfaz todas as urgências da área Médico-cirúrgica, que estejam no âmbito das especialidades básicas – Medicina, Cirurgia e Ortopedia e enquadra a sua atividade na política da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA).

A ULSNA, EPE, é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99 de 17 de Dezembro. Rege-se pelo Decreto-Lei n.º 50-B/2007 de 28 de Fevereiro e pelas demais normas em vigor aplicáveis às entidades integrantes do SNS que não sejam incompatíveis com a sua natureza jurídica.

Tem por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contrato-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento. A área de influência corresponde ao distrito de Portalegre abrangendo todos os seus concelhos: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sor, Portalegre e Sousel. A ULSNA, E.P.E. é constituída pelos Hospitais Dr. José Maria Grande de Portalegre e Santa Luzia de Elvas bem como pelo Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede, cuja composição se encontra prevista no artigo 33.º do Regulamento. Para as valências não disponibilizadas pela estrutura de oferta da ULSNA, EPE, aplicam-se os circuitos ascendentes previstos nos documentos das redes de referência hospitalar.

O Serviço de Urgência do HSLE orienta a sua atividade tendo por base a **POLÍTICA DA QUALIDADE** definida no Manual da Qualidade da ULSNA e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros e assumidos pela Direção de Enfermagem e Conselho de Administração como **Carta de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**.

Tem como **missão** “Assegurar a organização da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, promovendo a saúde e o bem-estar, incentivando o autocuidado e a readaptação funcional, prevenindo complicações, zelando pela segurança e procurando a satisfação dos utentes, no respeito pela dignidade, crenças e valores, individualidade e direito de autodeterminação dos cidadãos assistidos no Serviço de Urgência”;

Projeto de Estágio

Visão “Constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas traduzidas na qualidade dos resultados; **Valores** “Respeito pela dignidade e direitos dos utentes, Excelência técnica, Igualdade de tratamento, Ética, integridade e transparência, Primazia do interesse do utente, Trabalho de equipa, Respeito pela dignidade dos profissionais”.

Enfermeira a exercer funções no Hospital de Santa Luzia de Elvas há cerca de 17 anos, no processo **de escolha do local de estágio** esteve presente o facto que corresponder ao Serviço onde presta cuidados há cerca de 9 anos, 5 dos quais como Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico Cirúrgica.

Partindo do princípio que a prática, quando refletida é por si própria formadora, considera **uma mais valia ser conhecedora dos problemas e necessidades** concretas do Serviço de Urgência de modo a desenvolver competências na área da gestão de Unidades de saúde

1.1. CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A equipa de enfermagem do Serviço de Urgência é composta por 25 Enfermeiros dos quais 2 Enfermeiros são Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, 5 Enfermeiros mestrados em Enfermagem Médico-cirúrgica e uma Enfermeira chefe, detentora do título de enfermeira especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e pós graduada em Gestão de Unidades de Saúde.

Salienta-se ainda que destes enfermeiros, seis integram a equipa de pré- hospitalar – ambulância-SIV (Suporte Imediato de Vida), de acordo com o protocolo estabelecido entre a ULSNA, ARS e INEM (18h/semana em meio SIV)

Os Enfermeiros, asseguram o funcionamento do SU do HSLE, 24 horas por dia, distribuídos da seguinte forma:

- 4 Enfermeiros no turno da manhã e 4 Enfermeiros no turno da tarde (1 enfermeiro assegura o posto de triagem, 2 enfermeiros nos balcões, 1 enfermeiro no Serviço de Observação, com a lotação de 4 camas)
- 2 Enfermeiros no turno da noite

1.2. ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O método de distribuição de trabalho no serviço de urgência e SO é centrado no método individual. O Enfermeiro Chefe/responsável pelo Serviço planeia e distribui os enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho (triagem, balcão, SO). Procura-se um cuidado global, onde um enfermeiro fica responsável por determinado número de doentes, sendo responsável pela prestação de cuidados durante o seu horário de trabalho.

À prestação de cuidados de enfermagem está subjacente a existência de um **sistema de registos de enfermagem** informatizado através do Sistema Alert, com ligação à plataforma informática HS-SGICM na gestão do medicamento. A gestão do medicamento é suportada pelo PIXYS (dispensa informática do medicamento), sendo a responsabilidade da sua reposição pelos serviços farmacêuticos, tendo em conta níveis previamente definidos pela Gestão do Serviço.

De acordo com o Plano de atividades do Serviço de Urgência 2014-2016, ao Enfermeiro Chefe compete o desenvolvimento das seguintes funções:

- Integrar o órgão de gestão da unidade de cuidados;
- Promover e colaborar na definição ou atualização de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem;
- Determinar as necessidades de enfermeiros, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias;
- Propor o nível e tipo de qualificações exigidas ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar;
- Participar na elaboração do plano e do relatório globais da unidade de cuidados, desenvolvendo, de forma articulada o plano e o relatório anuais, referentes às atividades de enfermagem;
- Incrementar métodos de trabalho que favorecem um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- Planear e concretizar, com a equipa de enfermagem, ações que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, procedendo à respetiva avaliação;
- Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem;

Projeto de Estágio

- Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;
- Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correta e o controlo dos gastos efetuados;
- Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- Favorecer boas relações interpessoais na equipa de enfermagem e outro pessoal;
- Avaliar o pessoal de enfermagem da unidade de cuidados e colaborar na avaliação de outro pessoal;
- Promover a divulgação na unidade de cuidados, da informação com interesse para o pessoal de enfermagem;
- Criar condições para que sejam efetuados estudos e trabalhos de investigação pelo pessoal de enfermagem da unidade de cuidados;
- Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação sobre a gestão de serviços de enfermagem/cuidados de enfermagem;
- Utilizar os resultados de estudos e trabalhos de investigação na melhoria da gestão do serviço;
- Responsabilizar-se pela concretização das políticas ou diretivos formativas, emanadas pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço;
- Responsabilizar-se pela concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino, relativamente a formação graduada e pós - graduada de enfermeiros;
- Criar condições para a realização de atividades de formação de outro pessoal na unidade de cuidados e colaborar nessa formação, quando tal se justifique.

1.3. INDICADORES DE QUALIDADE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

De acordo com Indicadores de qualidades dos cuidados de Enfermagem, existe no Serviço de Observação (SO) a monitorização do **Risco de Úlceras Por Pressão**; através da Escala de Braden e **Risco de Quedas**, através da Escala de Morse nas primeiras 24 horas de Internamento.

É igualmente pedido ao Enfermeiro a realização da **Avaliação Inicial** ao Doente internado em SO nas primeiras 24 horas.

Projeto de Estágio

No SU existe um documento que garante a transmissão de informação e a continuidade dos cuidados, a **carta de alta** ou carta de transferência que dever ser realizada sempre que o doente é transferido internamente ou externamente.

1.3.1. Outros Indicadores

- **Formação em serviço**

Um dos valores definidos na Política da Qualidade do Serviço de Urgência é o de “Promover a formação contínua dos seus profissionais e assegurar a sua atualização técnica – científica”. Pretende-se que a formação em serviço vise dar resposta às necessidades específicas do Serviço e que tenha consequências práticas e objetivas na melhoria da organização e prestação de cuidados. A responsabilidade pela formação em serviço está assegurada a uma Enfermeira Especialista que integra a equipa do Serviço de Urgência.

- **Elo De Ligação Ao Grupo de Coordenação Local do Programa de Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)**

Existe uma enfermeira nomeada como elo ligação ao GCL-PPCIRA - núcleo executivo do HSLE. Esta enfermeira tem por missão garantir o cumprimento das boas práticas relativas à prevenção da Infeção Hospitalar e às técnicas de assepsia médica e cirúrgica, assim como à triagem dos resíduos sólidos hospitalares.

- **Interlocutor de Risco**

O interlocutor do risco é um enfermeiro do serviço que serve de elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e o Grupo de Gestão do Risco (GGR) da ULSNA e que tem como funções:

- Formação em serviço sobre risco e notificações de incidentes,
- Efetuar levantamento do risco clínico e não clínico existentes no serviço,
- Incentivar a notificação dos incidentes.

- **Elo de Ligação dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros**

O enfermeiro, nomeado como interlocutor dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem tem como funções:

- Replicar em Formação em serviço a formação ministrada pela Ordem dos Enfermeiros sobre Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem,

Projeto de Estágio

importância dos programas de melhoria contínua, Sistemas de Informação em Enfermagem e CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem);

- Identificar as áreas com necessidade de melhoria, tendo por referência o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos da OE

- Desenvolver projetos de melhoria da qualidade, com os respetivos indicadores de qualidade, tendo por base o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores para o Repositório Central de dados da Saúde, produzido pela OE;

- Sensibilizar para a importância dos programas de melhoria contínua, Sistemas de Informação em Enfermagem e CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

1.4. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

No Serviço de Urgência do HSLE, o processo de avaliação de desempenho deu início às fases do processo de avaliação, nomeando os Enfermeiros Avaliadores. O 1º avaliador correspondeu ao Enfermeiro Chefe do Serviço e o 2º Avaliador de acordo com o artigo 9º da Portaria n.º 242/2011 de 21 de junho, foi nomeado o enfermeiro que, no conjunto de unidades na qual a sua se integra, prossegue as funções de chefia a que se refere o artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro. No seguimento do artigo anterior, ambos os avaliadores devem possuir o contacto funcional com o avaliado pelo tempo mínimo legal exigível para efeitos de atribuição da avaliação, cabendo ao segundo avaliador proceder ao acompanhamento da sua atividade e proceder ao registo de todos os elementos passíveis de influir na sua avaliação final.

Foi designado o Enfermeiro de maior categoria, Enfermeiro Especialista, que desempenha funções em regime de roulement no turno Manhã (8h-16h). Os avaliadores receberam formação SIADAP 3 (sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública) para Enfermeiros Avaliadores e Enfermeiros Avaliados. Posteriormente foi realizada Formação no Serviço de Urgência a todos os Enfermeiros acerca do novo processo de avaliação de desempenho.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO - CONTRATUALIZAÇÃO DA SEGURANÇA DOS CUIDADOS, ATRAVÉS DA MELHORIA DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM E DE ACOMPANHAMENTO DA QUALIDADE NA ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A organização dos cuidados de enfermagem deve assentar em áreas de responsabilidade promotoras de ganhos em saúde associados aos determinantes de saúde.

O enfermeiro gestor, de acordo com os Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) e com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (RPCEG), deve criar as condições necessárias para a avaliação da satisfação dos utentes, responsabilizar-se pela garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados promovendo ações que visem a melhoria contínua da qualidade, estimular a formação contínua dos elementos da equipa, colaborar na avaliação dos cuidados e na criação de indicadores de gestão.

A **contratualização** é o processo pelo qual, partindo da avaliação das necessidades em saúde e de serviços de saúde, se estabelecem mecanismos negociais de atribuição de recursos aos serviços para prestar cuidados na base de critérios explícitos de acessibilidade, adequação e efetividade (Escoval, 2010).

A introdução da contratualização permitiu a mudança de paradigma da distribuição dos recursos que sendo, antes, distribuídos em função das necessidades apresentadas pelos serviços passaram a ser distribuídos através de contratos rigorosos, definido em função das necessidades da comunidade. Ao mesmo tempo, prevê a intervenção do cidadão no sistema de decisão e avaliação (Escoval, 2003).

De acordo com os Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2017

“O processo de contratualização para 2017 pretende contribuir para reforçar o diagnóstico das necessidades em saúde da população e para reforçar a implementação das boas práticas assistenciais e organizacionais que assegurem elevados níveis de acesso, qualidade e eficiência no SNS, colocando os cidadãos e as suas famílias no centro das intervenções de todos os prestadores de cuidados, reforçando a articulação e a coordenação entre estes, valorizando o desempenho dos profissionais e incentivando a Governação Clínica e de Saúde” (ACSS, 2016)

Projeto de Estágio

De acordo com o ICN (International Council of Nurses), a **segurança** é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de Enfermagem. O desenvolvimento da segurança envolve a tomada de um conjunto de medidas, com largo espectro de ação, como o recrutamento, a integração e a fixação dos profissionais, a melhoria do desempenho, as medidas de segurança ambiental e a gestão de risco, e a tudo isto juntando um corpo de conhecimento científico focado na segurança da pessoa e nas infraestruturas necessárias para a garantir.

As organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adverso.

“A definição de cultura de segurança foi apresentada pela European Society for Quality in Health Care e usada no âmbito do Projeto Europeu EUNetPa, partilhada no projeto SimPatIE, na Classificação adotada pela DGS (2011) e por outros autores como Fleming (2005), Flin et al. (2007), Wischet e Schusterschitz (2009), Sammer et al. (2010), Battles e Lilford (2003) entre outros, como «modelo integrado de comportamentos organizacionais e individuais, baseados em crenças e valores partilhados, que busca continuamente a minimização do dano causado ao doente resultante da prestação de cuidados de saúde». Esta definição de cultura de segurança acrescenta a outras definições encontradas na literatura a tomada de consciência de que a cultura de segurança contribui para a redução de danos ou risco para o doente. Esta ideia concorre para a construção de um sistema mais dinâmico das pessoas e das organizações.” (Eiras, 2014: 21)

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades.

Todos os passos na intervenção de Enfermagem junto de um cliente envolvem a possibilidade de erro e um certo nível de risco à segurança deste. Uma clara identificação dos fatores que levam ao aparecimento de erros é o primeiro passo para os prevenir, considerando a amplitude necessária ao objetivo de ação do enfermeiro, desde a comunicação e a relação interpessoal em que os cuidados de Enfermagem se fundem, até aos aspetos processuais e técnicos do seu exercício (Bettencourt, 2008).

Os enfermeiros têm o dever de excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro. A excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional.

Projeto de Estágio

De modo a garantir a segurança dos cuidados é imperativo assegurar que **os sistemas de informação** da saúde integrem os dados relativos aos cuidados de Enfermagem.

A visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo, incipiente. Tal realidade impossibilita a descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações.

Torna-se necessário garantir que os sistemas de informação da saúde integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem. Aliás, esta é uma necessidade cada vez mais premente numa área em que o cidadão necessita de ser acompanhado ao longo do ciclo vital, de mobilidade geográfica e local ou do contexto da prestação de cuidados, incluindo outros sectores tradicionalmente não integrados na saúde, como é o caso do sector social.

Em 2007, a Ordem dos Enfermeiros – associação pública que tem por desígnio fundamental promover e defender a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população e que detém, em Portugal, em conjunto com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), os direitos de licenciamento da utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – definiu o conjunto mínimo de normas para o desenvolvimento dos sistemas de informação de enfermagem que resumidamente são as seguintes:

a) **O Sistema de Informação de Enfermagem (SIE)**, integrado no Sistema Nacional de Informação de Saúde, e considerando o potencial dos registos de enfermagem, deve possibilitar a gestão da informação em qualquer ponto do contínuo “máximo / mínimo” de dados e a produção de conhecimento;

b) O sistema de informação e os registos eletrónicos deverão contemplar a utilização obrigatória da **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)**, tendo em vista maximizar o potencial dos registos eletrónicos de saúde, designadamente a produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, bem como a necessidade de reutilização de dados e comparabilidade a nível local, regional, nacional e internacional e, ainda, os requisitos de uma prática cada vez mais baseada na evidência;

c) As aplicações informáticas devem ser desenvolvidas de modo a permitirem a documentação da prática de enfermagem, tendo em vista as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados (legais, éticas, qualidade e continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação, visibilidade dos atos de enfermagem praticados) e, além disto, devem contemplar a reengenharia e a inovação dos registos eletrónicos de enfermagem, por forma a garantir o desenvolvimento, a descrição e o acompanhamento dos cuidados de enfermagem em todos os contextos da sua prática.

Projeto de Estágio

d) Dada a importância e o potencial que se atribuem e reconhecem nos **Resumos Mínimos de Dados** de saúde, em geral, e nos de enfermagem, em particular, a diferentes níveis e para diferentes propósitos e utilizadores – designadamente, a qualidade e continuidade de cuidados, produção automática de diversos indicadores, a tomada de decisão, a formação e a investigação –, os registos eletrónicos de enfermagem devem possibilitar a otimização de tais potenciais, incluindo a determinação da intensidade de cuidados através da incorporação integrada de sistemas de classificação de utentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem, ou outros.

Prevê-se fundamental que a informação depositada pelo enfermeiro nos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) tencione refletir a prática dos cuidados e deva constituir o foco da tomada de decisão do enfermeiro. A gestão dos cuidados de saúde deve alicerçar-se em indicadores válidos, fiáveis e que retratem a realidade das vivências do utilizador, estratégias implementadas pelo profissional e ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Entende a Ordem dos Enfermeiros (OE) que a **qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem**, assim como a **segurança do profissional e do utente** são, também, assegurados pela presença do registo das intervenções realizadas, nas aplicações/*software* de suporte aos SIE.

No SU do HSLE, a aplicação informática para os Sistemas de Informação utilizada é o ALERT, no entanto está previsto a introdução do Sclínico Hospitalar- Modulo Urgência e Triagem.

O SClínico é o sistema informático desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) para as instituições do Serviço Nacional de Saúde. A sua criação, em 2013, permitiu a agregação dos 2 sistemas previamente existentes: o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

2.2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Para desenvolver o presente projeto de intervenção foi necessário fazer um diagnóstico da situação. Tavares (1990:53) define diagnóstico da situação como, “o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população beneficiária. Só assim é explicada a necessidade de intervir em algo”. O mesmo autor refere igualmente que deve haver concordância entre o diagnóstico e as necessidades da população, para que haja pertinência do plano e do programa, quer estes estejam destinados à resolução ou minimização de problemas de saúde, quer à melhoria da eficiência dos serviços.

Projeto de Estágio

Assim sendo, para que o diagnóstico represente a realidade, deve contemplar quatro fases: exploratória, descritiva, explicativa e prognóstica. Nestas fases deve-se descrever quantitativamente a situação; estudar os factos que a determinam; explicar a situação; analisar a sua evolução e perspectivas; avaliar se a situação é ou não satisfatória; e definir os principais problemas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para tal, efetuou uma **revisão da literatura** em bases de dados, manuais e guidelines nacionais e internacionais. Ainda na fase de pré-diagnóstico recorreu aos dados fornecidos pelo GPCG da ULSNA.

Segundo Tavares (1990) é a identificação de problemas e necessidades que conduzem à elaboração de projetos. Estes contribuem para a resolução de um problema na área da saúde, de modo a satisfazer os objetivos da organização. Seguindo esta linha condutora a área problemática do projeto reside em dar resposta à seguinte pergunta:

Será que os registos de Enfermagem efetuados pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência do HSLE, ULSNA garantem a segurança dos cuidados de enfermagem?

Com o propósito de identificar o diagnóstico da situação no referido serviço utilizou técnicas qualitativas, recorrendo a:

- Informadores Chave do serviço de urgência, como a enfermeira Chefe, a enfermeira responsável pela formação em serviço, a enfermeira interlocutora do Risco e o diretor do serviço;
- Entrevistas informais com os elementos da equipa de enfermagem da urgência;
- Conversas informais com elementos da equipa de enfermagem de outros hospitais, qualificados para a prestação de cuidados de no Serviço de Urgência
- Observação direta participativa.

O diagnóstico resultou do cruzamento das necessidades reais com as necessidades sentidas pela equipa. Com este processo pretende atuar de forma adequada e oportuna de modo a contribuir para a resolução da situação, através da metodologia científica que deverá estar presente na tomada de decisão. Qualquer que seja o contexto, o diagnóstico de situação deverá ocorrer sempre de uma forma criativa e científica, pretendendo identificar todos os intervenientes na rede de causalidade da situação (problema) empiricamente detetada (Melo & Gonçalves, 1996).

De modo a sustentar o diagnóstico de situação elaborou uma análise SWOT para melhor objetivar a pertinência do tema do projeto (**Apêndice I**).

Projeto de Estágio

A utilização da ferramenta Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT) tem como objetivo a análise das diversas variáveis que poderiam influenciar o projeto (Ferrito et al, 2010)

Da Análise SWOT proveio a necessidade de investigar os registos de Enfermagem que os Enfermeiros executam no Serviço de Urgência. Para fazer essa pesquisa optou por realizar uma **Auditoria aos processos de Enfermagem**.

Foi feito um pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da ULSNA para consulta de registos de Enfermagem no processos de utentes (**Apêndice II**) e solicitado ao Gabinete de Planeamento e Gestão uma Lista de Doentes que recorreram em 2016 ao SU. Foi criado um instrumento de colheita de dados- Lista de Verificação de Registos de Enfermagem (**Apêndice III**) de modo a auditar os processos de enfermagem e cujos resultados se encontram em fase de verificação.

Auditar consiste na avaliação sistemática e formal de uma atividade para determinar se ela está a ser realizada de acordo com os objetivos e normas definidas. Para o Institute of Internal Auditors (2010), a auditoria consiste numa apreciação independente, no seio da organização, para contribuir para uma gestão adequada dos recursos e dos meios colocados à disposição dos elementos constituintes da organização.

No que respeita aos cuidados de enfermagem pode ser definida como a avaliação sistemática da qualidade dos cuidados verificados através dos registos no processo do utente com a principal finalidade de identificar inconformidades existentes, fornecendo dados concretos que possibilitem a melhoria dos cuidados de enfermagem (Pereira, 1991).

2.3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Após a identificação dos problemas de saúde, na etapa correspondente ao diagnóstico, a sua hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades cuja existência está diretamente ligada à própria natureza do planeamento (Imperatori e Giraldes, 1993).

Tavares (1990) identifica duas etapas no processo de determinação de prioridades: a definição dos critérios de decisão, com a atribuição dos seus pesos respetivos, e a estimação e comparação dos problemas, constituindo a determinação de prioridades propriamente dita, onde se comparam os seus resultados e se produz, assim, uma lista de problemas prioritários (Pineault e Daveluy, 1987).

Neste contexto foi necessário esclarecer quais os doentes a auditar ou seja, de acordo com as suas características, quem seriam os doentes cuja ausência de **um resumo mínimo de dados de enfermagem**, nos registos de Enfermagem comprometia a sua segurança no SU

Projeto de Estágio

Entende-se por resumo mínimo de dados de enfermagem o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

De acordo com os dados fornecidos pelo Gabinete de Planeamento e controlo de Gestão (GPCG) da ULSNA, na tabela nº1, durante o ano de 2016 foram admitidos no SU da SUB-HSLE **29531 doentes**, cerca de 31,5% do total de 93631 de doentes admitidos nos Serviços de Urgência da ULSNA.

Perante estes números, serão auditados os processos dos doentes com os seguintes critérios:

- Triados de laranja ou amarelo;
- Que permaneceram mais de 4 horas no serviço de urgência;

Tabela nº 1-Número de doentes admitidos nos Serviços de Urgência da ULSNA - Cor de Prioridade

| SU | Vermelho | Laranja | Amarelo | Verde | Azul | Branco | Não aplicável | Total Doentes Admitidos | Total Doentes Triados |
|---------------------------|-----------|--------------|--------------|--------------|------------|------------|---------------|-------------------------|-----------------------|
| HDJMG-URGENCIA GERAL | 20 | 548 | 1 651 | 1 678 | 51 | 207 | 2 | 4 157 | 4 155 |
| HDJMG-URGENCIA OBSTETRICA | 74 | 75 | 22 | 8 | 16 | | | 195 | 195 |
| HDJMG-URGENCIA PEDIATRICA | 85 | 551 | 533 | | | | 1 | 1 170 | 1 169 |
| SUB PONTE DE SÓR | 14 | 303 | 1 326 | 1 999 | 8 | 26 | | 3 676 | 3 676 |
| SUB-HSLE | 20 | 524 | 2 049 | 1 933 | 82 | 64 | 10 | 4 682 | 4 672 |
| Total Geral | 54 | 1 534 | 5 652 | 6 165 | 149 | 313 | 13 | 13 880 | 13 867 |

Fonte: Dados fornecidos pelo GPCG da ULSNA

Foram escolhidos os doentes **Triados com prioridade Laranja e amarelo**, tendo em conta o critério de gravidade muito urgente e urgente respetivamente. Como pudemos visualizar na tabela, 524 doentes foram triados de Cor – Laranja (muito urgente) e 2049 de Amarelo (Urgente).

O sistema de triagem utilizado no SU do Hospital de Elvas- Triagem de Prioridades de Manchester- permite a identificação da prioridade clínica e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do Serviço de Urgência, quer em situações de catástrofe. Segundo a metodologia de Manchester, fazer triagem de prioridades é identificar critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido (baseada nos problemas identificados) e o respetivo tempo alvo recomendado até ao início da primeira observação médica. O método consiste em identificar a queixa inicial (de apresentação) e seguir o respetivo fluxograma de decisão (existem ao todo 52 que abrangem todas as situações previsíveis). A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo para a observação médica

Projeto de Estágio

inicial: 1 = Emergente = Vermelho = 0 minutos; 2 = Muito urgente = Laranja = 10 minutos; 3 = Urgente = Amarelo = 60 minutos; 4 = Pouco Urgente = Verde = 120 minutos; 5 = Não urgente = Azul = 240 minutos.

Vários estudos confirmam que quanto mais **tempo permanece** o doente num serviço de urgência maior é o risco de infeção, de úlceras de pressão, quedas entre outras. Se associado ao risco não existir monitorização, não há reconhecimento de alterar as práticas de cuidados de enfermagem.

Estes dados e outros encontram em fase de verificação e análise e serão apresentados no relatório Final.

2.4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos é considerada de extrema importância uma vez que serão instrumentos de avaliação das intervenções.

Os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis e correspondem aos resultados visados em termos do estado que se pretende para a população alvo (saúde comportamentos etc.) e consistem em definir e delimitar o caminho que queremos seguir (Tavares, 1990).

Seguindo esta ordem de ideias, delinhou como **Finalidade/objetivo Geral**:

• **Garantir a segurança dos cuidados, através da elaboração de uma norma/modelo de orientação para a elaboração do processo de Enfermagem no Serviço de Urgência, com linguagem CIPE, com Adaptação ao SClínico Hospitalar, de modo a assegurar o registo mínimo de dados em Enfermagem.**

De acordo com Tavares (1990) se o objetivo geral, tal como o próprio nome indica, se refere a uma determinada situação que se pretende atingir, mas é formulado de uma maneira genérica, os objetivos específicos detalham particularmente, aspetos dessa situação.

Tendo em conta o Objetivo geral delinhou os **Objetivos Específicos**:

• Analisar o conteúdo dos registos de Enfermagem dos Doente em contexto de Urgência:

- Identificar indicadores chave, na vertente da qualidade dos registos de enfermagem indispensáveis para assegurar a monitorização, acompanhamento e avaliação da segurança dos cuidados de enfermagem

Projeto de Estágio

- Desenvolver as competências dos Enfermeiros na utilização de metodologias informáticas de registo e comunicação baseada na CIPE;
- Sensibilização da equipa de Enfermagem para a importância dos registos de Enfermagem, na segurança dos doentes contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados;

Fixar objetivos consiste em definir para onde se vai, sendo a forma como lá se chega parte integrante da etapa seguinte: a seleção das estratégias (Tavares, 1990). Esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori e Giraldes, 1993).

2.5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Nesta etapa estudam-se as diferentes estratégias alternativas, que permitam alcançar o mesmo objetivo, com o fim de selecionar as mais adequadas.

Tal como foi dito anteriormente, elaborou uma carta dirigida ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Elvas, ULSNA, pedindo autorização para iniciar o projeto.

A seleção das estratégias é definida por Imperatori e Giraldes (1993) como a escolha de um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar os objetivos fixados.

De modo a atingir os objetivos definidos anteriormente, selecionou as seguintes estratégias:

- Envolver os orientadores Pedagógicos e o orientador em contexto de estágio de modo a que o trabalho desenvolvido permita ganhos efetivos para ambas as partes.
- Envolver os Elementos Chaves do Serviço (Elos de ligação de: Risco, GCPL PPCIRA, Responsável pela formação em Serviço) de modo a sensibiliza-los para a importância dos registos de Enfermagem, bem como na globalidade a equipa de enfermagem de modo a motivar a sua participação e envolvimento no projeto, viabilizando a sua implementação;
- Realizar de ações de formação em Serviço com os temas:
 1. Contratação dos cuidados de saúde e Segurança dos cuidados de Enfermagem
 2. Sistemas de Informação em Enfermagem- Utilização da linguagem CIPE
 3. Registos de Enfermagem- Resumo mínimo de Dados
- Elaborar uma norma /modelo orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem no SU

Projeto de Estágio

A seleção de uma estratégia, de entre várias alternativas, passa pela avaliação segundo Tavares (1990) de quatro parâmetros que devemos ter em conta: Custos, Obstáculos, Pertinência, Vantagens e Inconvenientes de cada estratégia. Sendo sempre possíveis diferentes combinações de abordagens do problema em causa, as análises de custo-oportunidade, custo-benefício ou custo-efetividade podem ser determinantes na tomada de decisão (Tavares, 1990).

2.6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

A etapa de preparação operacional corresponde ao estudo das atividades necessárias à execução das estratégias definidas na etapa anterior, definindo-se ainda nesta etapa o cronograma e a responsabilidade da execução, assim como aspetos relacionados com os recursos necessários (Imperatori e Giraldes, 1993). Esta etapa pretende planejar operacionalmente a execução. A operacionalização poderá estar organizada em programas e projetos, sendo um programa definido como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de uma estratégia e um projeto como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de um programa (Tavares, 1990).

2.6.1 – Recursos e limitações

A identificação dos recursos humanos, materiais e financeiros é essencial nesta fase, já que da sua determinação dependerá todo o processo de planeamento”, (Tavares, 1990).

Determinei os seguintes recursos técnicos e físicos:

Em relação aos **recursos humanos**, o autor do projeto, e o apoio dado pelos orientadores pedagógicos e orientadora de estágio. Foram mobilizados também todos os recursos disponíveis, nomeadamente os elementos chave da equipa.

No que diz respeito aos **recursos materiais**, recorreu à informação disponível, através da recolha bibliográfica (livros, artigos) e Internet. Terá que ter em conta todo o material necessário para a divulgação, demonstração e avaliação do projeto.

Relativamente aos **recursos financeiros**, eles são da responsabilidade do autor do projeto. As despesas incluem a aquisição de bibliografia, despesas gerais – correio, telefone, fotocópias; material de impressão e reprodução do projeto.

No que diz respeito aos **recursos técnicos**, pedir a disponibilidade de vídeo projetor ao Serviço de urgência. Tem computador próprio com programas de apoio (software e hardware).

Quanto aos **recursos físicos**, pode utilizar a sala de formação em serviço para a apresentação do Ações de formação em Serviço.

Projeto de Estágio

2.6.2. Cronograma de atividades

O cronograma é um gráfico de dupla entrada, onde as linhas são constituídas pelas atividades e as colunas pelos períodos de tempo considerados (Tavares;1990).

As atividades relativas a este projeto estão apresentadas no Apêndice IV.

2.7. AVALIAÇÃO

A última etapa do planeamento em saúde é a avaliação, constituindo o final do processo, integrando-se em cada uma das suas etapas, ou seja efetua uma revisão de todos os elementos do planeamento, integrando, essencialmente, um olhar retrospectivo para as diferentes etapas do processo (Tavares, 1990).

Tem como finalidade melhorar os projetos ou programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação deve ser preparada antes de ser realizada, ficando implicitamente incluída em dois momentos: na fixação de objetivos e na preparação operacional.

Quanto á fixação de objetivos:

- Questionário com a finalidade de avaliar a Sensibilização da equipa de Enfermagem para a importância dos registos de Enfermagem, na segurança dos doentes contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados
- Indicador do processo: nº de enfermeiros presentes nas ações/ nº total de enfermeiros x 100

O projeto de intervenção passará não só por uma autorreflexão e análise mas também pela sensibilização da equipa de enfermagem de modo a refletir, tentando incentivar mudanças nas práticas e comportamentos que se identifiquem como passíveis de melhoramento, que contribuam para a segurança dos cuidados prestados

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA ÁREA DA GESTÃO DE UNIDADE DE SAÚDE

O enfermeiro gestor é o profissional que tem conhecimentos no domínio da área de enfermagem, nomeadamente da prática diária do enfermeiro na prestação de cuidados de saúde e especificamente na gestão em enfermagem. Podemos ainda considerar que o enfermeiro é o gestor da pessoa, da **segurança nos cuidados**, no management de recursos, da formação, da mudança, do risco na prática clínica e na resolução de conflitos (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL, 2010) define os enfermeiros gestores como “profissionais habilitados técnica e cientificamente para responderem com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação”.

De acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (101/2015), no artigo 2.º O perfil de competências do enfermeiro gestor integra, cumulativamente, as competências comuns e específicas previamente adquiridas e enforma um conjunto de competências que visam prover o enquadramento regulador para o exercício das mesmas.

De acordo com o Artigo 3.º entende-se por:

“...Competências acrescidas as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas ...”

“...Enfermeiro Gestor é o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo.”

No quadro que se segue, apresenta as atividades que pretende desenvolver para a aquisição de competências avançadas no domínio da gestão de serviços de saúde e de cuidados de enfermagem; gestão de recursos humanos e materiais.

Projeto de Estágio

| A- Domínio da Gestão | | |
|--|---|---|
| A1- Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera. | | |
| Demonstra a garantia de um exercício seguro, profissional e ético, utilizando capacidades na tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimentos e atitudes do domínio ético-deontológico, legislativo e profissional e na avaliação sistemática dos serviços prestados ao cliente. | | |
| Competências | Atividades | Indicadores de Avaliação |
| A1.1 — Garante o respeito pelos valores, ética profissional e prática legal. | <ul style="list-style-type: none"> - Revisão do Código deontológico dos Enfermeiros; REPE, Enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros e organiza-os em Dossier no SU, com sinopse do conhecimento aos Enfermeiros do Serviço; - Mobilização dos conhecimentos éticos e deontológicos na relação com a equipa multidisciplinar e nas tomadas de decisão relacionadas com a prestação de cuidados aos doentes e às suas famílias; - Reflexão com a Enfermeira Chefe e restante equipa, sobre os processos e os resultados das tomadas de decisão por parte da equipa, nas situações de maior complexidade ética - Proteção dos direitos humanos dos doentes e dos restantes elementos envolvidos no processo de prestação de cuidados, respeitando nomeadamente a confidencialidade, a privacidade e a autodeterminação, bem como os seus valores, costumes e crenças. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Promove o conhecimento e o cumprimento dos valores, regras e práticas de acordo com a legis artis. 2. Promove o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da equipa. 3- Promove uma cultura organizacional com base no respeito pelas regras deontológicas e práticas legais. 4. Assume a responsabilidade pela criação de condições para a tomada de decisão da equipa que lidera. 5. Assume a responsabilidade pelo cumprimento do enquadramento legal da regulação profissional. |

Projeto de Estágio

| | | |
|--|---|--|
| A2 — Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem. | | |
| Promove a conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa que lidera | | |
| A2.1 — Garante as melhores práticas profissionais | <ul style="list-style-type: none"> - Adotar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem através da revisão dos PQs; - Envolver o Enfermeiro Elo de Ligação do GCL PPCIRA de modo desenvolver atividades que preconizam práticas seguras e controlo de infeção; - Rever o Plano de Integração de novos profissionais no SU; - Realização de ações de formação em Serviço com os temas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Contratação dos cuidados de saúde e Segurança dos cuidados de Enfermagem 2. Sistemas de Informação em Enfermagem- Utilização da linguagem CIPE 3. Registos de Enfermagem- Resumo mínimo de Dados - Elaboração de uma norma /modelo orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem em linguagem CIPE | <ol style="list-style-type: none"> 1. Assegura o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, gerais e especializados de acordo com as competências dos enfermeiros da equipa. 2. Contribui para o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência. 3. Promove a utilização das normas de boas práticas. 4. Promove o planeamento da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa. 5. Assegura a organização da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa. 6. Promove a integração de sistemas de informação. 7. Incentiva a utilização de tecnologias de informação e Implementa metodologias de avaliação de resultados. |

Projeto de Estágio

| | | |
|---|--|--|
| <p>A2.2 — Gere o risco clínico e não clínico</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Envolver o Enfermeiro interlocutor do risco no planeamento de atividades que contribuam para a segurança dos cuidados; -Incentivar a supervisão e monitorização de indicadores de Risco Clínico nomeadamente: prática de higiene das mãos, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de quedas em doente, identificação do doente e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; - Identificação e avaliação do Risco não clínico (relacionado com segurança, ambiente e estrutura física), fatores contribuintes e proposta de ações de melhoria e de medidas para reduzir o risco. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Promove ambientes seguros, identificando e gerindo riscos. 2. Promove ambientes seguros introduzindo medidas corretivas. 3. Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico. 4. Promove a gestão de situações imprevistas e ou problemáticas na gestão dos cuidados 5. Gere situações imprevistas e ou problemáticas na gestão dos recursos humanos. 6. Gere situações imprevistas e ou problemáticas em diversos domínios na gestão dos materiais. 7. Promove a cultura de segurança da equipa. 8. Monitoriza indicadores. |
|---|--|--|

Projeto de Estágio

| | | |
|--|--|---|
| <p>A3 — Gere a equipa de enfermagem otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem</p> <p>A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da gestão de pessoas, de recursos materiais e tecnológicos, de sistemas de gestão da qualidade, de contratualização interna e externa, de gestão orçamental e de avaliação sistemática das melhores práticas</p> | | |
| <p>A3.1 — Gere recursos humanos</p> | <p>- Colaborar com a Enfermeira Orientadora de Estágio, explorando as técnicas de recursos humanos desenvolvidas nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cálculo dos enfermeiros, tendo em conta as Dotações seguras; • A distribuição diária do trabalho; • A integração no posto de trabalho; • Avaliação do desempenho; • Controlo da assiduidade e absentismo através da plataforma Sisqual; <p>- Contribui para a realização de instrução de trabalho (IT) acerca do Conteúdo Funcional do Enfermeiro Responsável de Turno.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Assume a aplicação das orientações institucionais. 2. Controla a aplicação das orientações institucionais. 3. Assegura a gestão dos recursos humanos disponíveis, otimizando a sua eficiência, eficácia e produtividade. 4. Otimiza os recursos humanos existentes em função das competências. 5. Zela pela existência de dotações seguras. 6. Utiliza instrumentos de cálculo de necessidades de cuidados de enfermagem. 7. Promove a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho. 8. Gere conflitos. 9. Promove o empoderamento do serviço/unidade e equipa. 10. Acompanha a equipa nas situações de crise. 11. Avalia a satisfação profissional dos enfermeiros. |

Projeto de Estágio

| | | |
|---|--|---|
| <p>A3.2 — Gere recursos materiais e equipamentos</p> | <p>- Colaborar com a Enfermeira Orientadora de Estágio na gestão dos recursos materiais;</p> <p>- Contribuir com Projeto de melhoria continua na Reorganizar a Sala de Arrumos (Espaço físico e dotação de material clínico) nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organização de material clínico na Sala de Arrumos por áreas de atuação (A, B, C, Sistemas, Dispositivos de proteção individual e Exposição/controlo ambiental) • Definir níveis máximos e mínimos de stock do diferente material de consumo clínico. • Formar <i>kits</i> para procedimentos específicos | <ol style="list-style-type: none"> 1. Assegura a gestão eficiente dos recursos materiais. 2. Monitoriza o cumprimento dos procedimentos orientadores da utilização de equipamentos e materiais 3. Zela pela adequação dos equipamentos e recursos materiais às necessidades de cuidados. 4. Participa na construção, remodelação e adequação dos espaços físicos de forma a garantir a sua funcionalidade. 5. Elabora procedimentos orientadores da utilização de equipamentos e materiais 6. Conhece e utiliza os métodos de aprovisionamento e gestão de <i>stocks</i>. |
|---|--|---|

Projeto de Estágio

| | | |
|--|--|--|
| A4 — Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera. | | |
| <p>Providencia oportunidades de formação contínua e desenvolvimento profissional e pessoal, fornece feedback construtivo, gere o desempenho profissional e constrói o trabalho em equipa. Utiliza ferramentas de comunicação, advocacia, negociação, <i>coaching</i>, e supervisão. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da governação clínica, inteligência emocional e formação.</p> | | |
| A4.1 — Otimiza e promove o desenvolvimento de competências | <ul style="list-style-type: none"> - Envolver a equipa de enfermagem, de modo a motivar a sua participação no PIS "A Contratualização da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência"; - Colaborar como 2ª Avaliadora na operacionalização do Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Publica aplicado aos Enfermeiros, na ULSNA, EPE, no Serviço de Urgência; - Realizar, Formação no Serviço de Urgência a todos os Enfermeiros acerca do processo de avaliação de desempenho de modo a Assegurar Cuidados de Enfermagem, na procura permanente da excelência do exercício profissional, tendo como suporte os padrões de qualidade assumidos como carta de qualidade dos cuidados de Enfermagem | <ol style="list-style-type: none"> 1. Promove a formação formal e informal da equipa. 2. Efetua a avaliação do desempenho dos profissionais que gere. 4. Incentiva a explicitação do processo de tomada de decisão clínica 5. Proporciona espaços de reflexão sobre as práticas de forma a promover o empenhamento da equipa na gestão das suas próprias competências. |

Projeto de Estágio

| | | |
|--|---|--|
| <p>A4.2 — Promove a formação e o desenvolvimento da prática de enfermagem</p> | <p>- Como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirurgia, desenvolve competências de perito na área do doente crítico, como referencia para clientes, família, colegas de equipa e estudantes;</p> <p>- Colabora na orientação de Estágio de alunos de Enfermagem a desenvolver competências de Enfermeiros de Cuidados Gerais;</p> <p>- Colabora na orientação de Estágio de alunos de Enfermagem a desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirurgia</p> | <p>1. É uma referência para os clientes em diferentes situações do processo de cuidados; as famílias em diferentes situações do processo de cuidados; a equipa em diferentes situações do processo de cuidados; os estudantes em diferentes situações do processo de cuidados.</p> <p>2. Colabora na formação graduada em enfermagem.</p> <p>3. Colabora na formação pós-graduada em enfermagem.</p> |
| <p>A5 — Garante a prática profissional baseada na evidência.</p> <p>Promove a realização de estudos científicos para a qualidade e o valor dos cuidados oferecidos ao cliente. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da investigação</p> | | |
| <p>A5.1 — Promove a investigação e a enfermagem baseada na evidência.</p> | <p>- Incentiva a Pratica Baseada na evidência, através da excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem nomeadamente através da consulta e divulgação de PQs ; ITs e normas de boas práticas dos cuidados de Enfermagem</p> | <p>1. Implica a equipa na inovação em projetos de investigação.</p> <p>2. Implica a equipa na utilização dos resultados da investigação produzida</p> <p>3. Implica a equipa na divulgação dos resultados da investigação produzida.</p> |

CONCLUSÃO

Este projeto constitui um elemento catalisador de conhecimento e desenvolvimento, assim como um instrumento orientador para o Relatório Final. A permanente atualização de conhecimentos é um dever ético e deontológico do enfermeiro, revestido pela responsabilidade assumida perante a sociedade.

Dos planos surgem projetos que nos permitem ir mais além, não só em termos teóricos, mas também em tudo aquilo que obtemos quando planeamos com a finalidade de ganhos em saúde.

A Unidade curricular Estágio foi fundamental para o desenvolvimento de Competências Avançadas na área de Gestão de Unidades de Saúde.

No contexto da prática, propiciou-se o aprofundamento de conhecimentos bem como a uniformização de intervenções e procedimentos que contribuem para uma prestação de cuidados com qualidade e segurança.

A qualidade e segurança dos cuidados prestados aos cidadãos estão diretamente relacionados com a qualidade da prática dos enfermeiros da área da gestão.

A implementação do Projeto de Intervenção em Serviço com o Tema - A Contratualização da segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência- constituiu uma mais-valia ao incidir sobre um problema identificado e validado pela equipa de enfermagem. Nesta fase, conto com grande expectativa, motivação e empenho em relação à sua operacionalização, bem como à concretização de tudo aquilo a que me proponho.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS (2016). Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2017. Acedido em 10 de Junho de 2017 em http://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2016/12/Contratualizacao_Cuidados_SNS_Termos_Referencia_2017.pdf
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança [APEGEL] (2010). Referencial de Competências do Enfermeiro Gestor. Acedido a 2 de Julho de 2017 em <http://www.apegel.org/documentos.aspx>
- Arco, A.; Costa, A.; Pinto, B.; Martins, M. & Arriaga, M. (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Portalegre: Escola Superior Saúde de Portalegre
- Bettencourt, M. (2008). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Revista Ordem dos Enfermeiros. Responsabilidade Profissional VIII Seminário de Ética. Numero 29.
- Diário da República, 1.ª série n.º 121, 25 de Junho de 2008; Decreto-Lei nº 107/2008 de 25 de Junho
- Diário da República, 2.ª série, n.º 203, de 20 de outubro, Despacho n.º 23088/2009, publicado com a alteração do Despacho n.º 5040/2015 em 12 de Janeiro de 2015.
- Eiras, M. (2014). *O Papel Da Liderança E A Cultura De Segurança Do Doente Nos Hospitais*. Revista Gestão Hospitalar. Associação Portuguesa De Administradores Hospitalares (APAH).
- Escoval, A. (2003). *Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto portugueses*. Tese de doutoramento em Organização e Gestão de Empresas. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa do Instituto Universitário de Lisboa. Acedido em 4 de Julho de 2017 em http://www.contratualizacao.minsaude.pt/downloads_contrat/investiga%C3%A7%C3%A3o/tesedoutoramentoanaescoval.pdf
- Escoval, A. (2010). *O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996- 2005)*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, (9), 7-24. Acedido em 4 de Julho de 2017 em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-02-2009.pdf>

Projeto de Estágio

- Ferrito, C.; Nunes, L.; Ruivo, A. (2010) - *Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas*. Revista Percursos n.º15 Janeiro – Março. ISSN 1646-5067
- Huryk, L. (2010). *Factors influencing nurses' attitudes towards healthcare information technology*. Journal of Nursing Management. Vol. 18, N.º5 (Jul 2010), p. 606-612
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3.ª edição)*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Institute Of Internal Auditors (2010). *Normas Internacionais Para A Prática Profissional De Auditoria Interna (Normas)*. Acedido em 17 de Junho de 2017 em <https://na.theiia.org/standardsguidance/Public%20Documents/IPPF%202013%20Portuguese.pdf>
- Melo e Gonçalves (1996). *Formação em serviço em enfermagem*. Formar. Lisboa: n.º 19/20 (Set.), p. 42- 47.
- Ministério Da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde Despacho n.º 1400-A/2015. *Plano Nacional Para A Segurança Dos Doentes 2015-2020*. Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015
- Ministério Da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde Despacho n.º 5613/2015Diário da República, 2.ª série — N.º 102 — 27 de maio de 2015. Anexo Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020
- Ordem Dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento Conceptual. Divulgar, Acedido a 30 de Junho de 2017
- Ordem Dos Enfermeiros (2004). *Certificação de competências. Condição de exercício*. Acedido a 30 de Junho de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_14_Outubro_2004.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem*. Revista Número 17, Julho.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2006). *Tempo de mudança* Acedido a 29 de junho de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_22_Julho_2006.pdf

Projeto de Estágio

- Ordem Dos Enfermeiros. (2006). Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente, Parecer do Conselho Jurisdicional. Acedido em 1 de Julho de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf
- Ordem Dos Enfermeiros. (2007). Individualização das Especialidades em Enfermagem. Fundamento e Proposta de Sistema. 2007 Acedido a 30 de Junho de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Acedido em 18 de junho de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf
- Ordem Dos Enfermeiros (2011). *Condições do Exercício*. Parecer do Conselho Jurisdicional 248, Acedido em 30 de junho de 2017 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE2final.pdf>
- Ordem Dos Enfermeiros (2014). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Acedido em 15 de Junho de 2017 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento do Perfil de Competencias do Enfermeiro Gestor.pdf>
- Ordem Dos Enfermeiros (2017). *Análise Dos Resultados Do Inquérito Sobre Sistemas De Informação Em Enfermagem*. Acedido em 30 de junho de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/sie/Documents/Resultados_InqueritoSIE_Fevereiro2017.pdf
- Pereira, L. L.; Takahashi, R. T. (1991). *Auditoria em enfermagem*. Kurcgant, P. (coord). Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU. Cap. 17, p.215-222
- Pineault, R.; Daveluy, C. (1987) – *La planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias*. 1.ª edição. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión, 1987. 380p.
- Plano de Atividades de Enfermagem 2014-2016. Hospital de Santa Luzia de Elvas, Serviço de Urgência, ULSNA. Aprovado a 01/04/2014.
- Santos, E; Fernandes, A. (2004). *Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada*. Revista Referencia nº 11.

Projeto de Estágio

- Silva, M. S. N. (2011). *O acesso aos cuidados de enfermagem após alta hospitalar: uma análise do impacte da partilha de informação*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto:2011. Tese Mestrado. Acedida a 1 de Julho de 2017 em: <http://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/26619>
- Sousa, M. J.; Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor. ISBN 978-989-693-001-1
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Projeto de Estágio

APÊNDICES

Projeto de Estágio

Apêndice I - Tabela de Análise - SWOT

Projeto de Estágio

Tabela 1- Analise SWOT

| | | |
|-------------------------|--|---|
| FATORES INTERNOS | PONTOS FORTES | PONTOS FRACOS |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Equipa de enfermagem dinâmica; • Boa relação multidisciplinar; • Envolver a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência de forma pró-ativa; • Colaboração com elementos de referencia nomeadamente com os Elos de Ligação do Risco, GPLC-PPCIRA e Responsável pela formação em Serviço • Objetivo da Unidade Orgânica - Assegurar Cuidados de Enfermagem, na procura permanente da excelência do exercício profissional, tendo como suporte os padrões de qualidade assumidos como carta de qualidade dos cuidados de Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> • Alert • Não Utilização do Sclinico Hospitalar • Falta de formação dos Enfermeiros em registos de enfermagem em Sclinico Hospitalar • Inexistência de normas de procedimentos sobre a realização dos registos uniformizados de enfermagem no Sclinico; • Não existência de indicadores sobre os registos de Enfermagem • Ausência dos registos. |
| FATORES EXTERNOS | OPORTUNIDADES | AMEAÇAS |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da qualidade e segurança dos registos de Enfermagem • Criação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem • Aplicação de um questionário de diagnóstico de situação e opinião dos enfermeiros • Parametrização e uniformização dos registos de enfermagem no Sclinico Hospitalar; • Elaboração e implementação de um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem em Sclinico Hospitalar • Confiabilidade e exatidão na informação; | <ul style="list-style-type: none"> • Desmotivação • Resistência à Mudança |

Projeto de Estágio

Apêndice II - Pedido de autorização de recolha de dados para Auditoria dos Registos de Enfermagem

Projeto de Estágio

Exmo Sr Presidente do Conselho
de Administração da ULSNA, EPE

Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha, aluna do V Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde da Escola Superior de Saúde de Portalegre - Instituto Politécnico de Portalegre, encontra-se a desenvolver o Projeto de Estágio no Serviço de Urgência do HSLE, ULSNA com o objetivo geral de desenvolver competências específicas em Enfermagem avançada na área da Gestão de Unidades de Saúde, com projeto de intervenção na área da Contratualização da segurança dos cuidados de enfermagem, através da melhoria dos registos de enfermagem

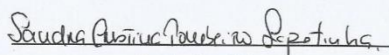
Vem por este meio solicitar autorização a Vossa Excelência para recolha de dados relativos a processo de doentes que recorreram ao Serviço de Urgência do HSLE, de modo a poder realizar uma auditoria aos registos de Enfermagem em contexto de Urgência.

Todo o trabalho vai ser orientado pelo Docente Sérgio Antunes de Carvalho e Co-orientado pela Docente Maria Graça Antunes de Carvalho.

Sem outro assunto de momento.

Grata pela atenção.

Elvas, 29 de Junho de 2017


Sandra Sapatinha

ULSNA-EPE
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA N.º 30704217
29/06/17
Sandra Oliveira

Projeto de Estágio

**Apêndice III - Lista de Verificação para Registos de Enfermagem em Alert- SU-
HSLE**

Projeto de Estágio

| Lista de Verificação para Registo de Enfermagem em ALERT – Serviço de Urgência- HSLE | | Nº processo | | |
|--|--|-------------|---|----|
| | | S | N | NA |
| ITEM EM apreciação | | | | |
| Doença atual | | | | |
| Queixa- triagem | | | | |
| Enfermeiro Responsável | | | | |
| Histórico | | | | |
| Alergias | | | | |
| Hábitos de consumo | | | | |
| Exame Físico e Monitorizações | | | | |
| Sinais vitais e Outros | | | | |
| Avaliação física | | | | |
| Diagramas corporais | | | | |
| Biometria | | | | |
| Fatores e avaliação do risco (doença cardiovascular; Diabetes Mellitus, Grau de Risco de Diabetes tipo 2) | | | | |
| Decisão Clínica | | | | |
| Evolução do Episódio- notas do enfermeiro | | | | |
| Terapêutica | | | | |
| Medicação | | | | |
| Monitorizações | | | | |
| Procedimentos | | | | |
| Educação para a saúde | | | | |
| Pensos- tratamentos de feridas | | | | |
| Dieta | | | | |
| Área de Enfermagem | | | | |
| Processo de Enfermagem – Avaliações de Enfermagem | | | | |
| Aspetos Gerais | | | | |
| Avaliação Inicial de Enfermagem | | | | |
| Plano de Cuidados de Enfermagem | | | | |
| Alocação de cama do paciente | | | | |
| Notas de Enfermagem | | | | |
| Registos hídricos | | | | |
| Balanço hídrico | | | | |
| Diurese | | | | |
| Registo de drenagens | | | | |
| Posicionamentos | | | | |
| Escalas de Avaliação | | | | |
| Escalas de avaliação Braden | | | | |
| Escalas de avaliação Morse | | | | |
| Índice de Barthel | | | | |
| Escala de Karnofsky | | | | |
| Ferramenta de rastreio de desnutrição (MUST) | | | | |
| Alta | | | | |
| Nota de Alta de Enfermagem- Carta de Alta de Enfermagem (padronizada) | | | | |
| Transferência de Responsabilidade | | | | |

Projeto de Estágio

Apêndice IV - Cronograma de Atividades- PIS

Projeto de Estágio

Cronograma de Atividades- PIS

| Atividades | Data | JUNHO | | | | JULHO | | | |
|--|------|-------|------|------|------|-------|------|------|------|
| | | 1ª S | 2ª S | 3ª S | 4ª S | 1ª S | 2ª S | 3ª S | 4ª S |
| Reunião de Orientação com os Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio | | X | | | | | | | |
| Pesquisa Bibliográfica sobre o tema do PIS | | | X | X | X | X | | | |
| Elaboração do Projeto | | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Contextualização do Problema | | X | X | | | | | | |
| Apresentação da temática do projeto aos Orientadores Pedagógicos e Orientador de Estágio | | | X | | | | | | |
| Diagnóstico da Situação | | | X | X | | | | | |
| Determinação de Prioridades | | | | X | X | | | | |
| Fixação de Objetivos | | | | X | X | | | | |
| Seleção de Estratégias | | | | X | X | X | | | |
| Preparação Operacional | | | | | X | X | | | |
| Avaliação teórica | | | | | X | X | X | | |
| Envio do Projeto com Requerimento | | | | | | | | | X |

Apêndice II – Grelha de Caracterização dos Enfermeiros do Serviço de Urgência do HSLE

Apêndice III – Quadro Síntese Da Evidência Encontrada

QUADRO SÍNTESE DA EVIDÊNCIA ENCONTRADA

| | |
|-------------------------------|--|
| S1 - Título | Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: A pre- and post-implementation study. |
| Autor(es) / Ano / País | Kerr, Debra; Klim, Sharon; Kelly, Anne-Maree; McCann, Terence Fevereiro, 2016 / Austrália |
| Objetivos do Estudo | Analisar se a implementação de um novo modelo de transmissão de informação de doentes (passagem de turno) leva a uma melhoria dos registos de enfermagem e respetivos cuidados ao doente. |
| Participantes | O estudo foi realizado num Hospital ED em Melbourne, sendo a sua população uma amostra de conveniência de enfermeiros |
| Intervenções | Foi realizado uma auditoria documental aos processos dos doentes antes e após a intervenção e numa amostra de conveniência de enfermeiros foram realizadas observações (n = 67) e pós-intervenção (n = 59). 368 Registos foram auditados nos dois períodos de estudo: 173 (pré-intervenção) e 195 (pós-intervenção). O estudo teve em conta estes dois períodos de tempo. |
| Resultados (Outcomes) | Os resultados mostraram melhorias significativas em vários processos: transmissão de informação de doentes em frente ao doente (passagem de turno) (P <0,001) os doentes contribuíram e / ou ouviram participando (P <0,001) e este modelo providencia aos enfermeiros informações adequadas sobre todos os outros doentes do serviço (P <0,001). Os enfermeiros também relataram uma redução do esquecimento/falha de referirem dados relativos aos sinais vitais dos doentes (P = 0,022) durante a transferência de informação. Foram identificadas melhorias estatisticamente significativas na informação transmitida durante o processo de passagem de turno, Os resultados sugerem que a implementação de um novo modelo de transmissão de informação de doentes (passagem de turno) melhora os cuidados ao doente e os registos de enfermagem, proporcionando a transferência de informações importantes para os enfermeiros nos turnos seguintes. |
| Tipo de Estudo | Estudo descritivo, observacional, transversal e qualitativo, de pesquisa e auditoria documental. |
| S2 - Título | Nurses documentation of physiological observations in three acute care settings |
| Autor(es) / Ano / País | Considine, Julie; Trotter, Carissa & Currey, Judy |

QUADRO SÍNTESE DA EVIDÊNCIA ENCONTRADA

| | |
|------------------------------|---|
| | Janeiro, 2016 / Austrália |
| Objetivos do Estudo | Analisar os registos de Enfermagem que correspondem à avaliação do estado Hemodinâmico dos doentes (Frequência Respiratória; Saturação de Oxigénio, Frequência Cardíaca; Pressão arterial, Temperatura e estado de Consciência) em cuidados agudos no Serviço de Urgência, no Serviço de Medicina e no Serviço de Cirurgia. |
| Participantes | O estudo foi realizado num Serviço de Urgência, em 2 Serviços de Medicina de 30 camas e num Serviço de Cirurgia de 30 camas de um Departamento de saúde pública de 578 camas em Melbourne, Austrália. Todos os doentes adultos com idade ≥ 18 anos presentes durante os períodos de colheita de dados foram elegíveis para inclusão. Os doentes na área de ressuscitação do Serviço de Urgência foram excluídos. |
| Intervenções | Foram colhidas as características dos doentes e o registo do estado hemodinâmico para as 24 horas passadas nas enfermarias ou 8 horas nos doentes do Serviço de Urgência. Foram incluídos 178 doentes; 38 do Serviço de Urgência, 84 doentes de Medicina e 56 doentes cirúrgicos. A idade mediana era de 72,5 anos e 43,8% eram do sexo masculino. |
| Resultados (Outcomes) | Os registo Hemodinâmicos mais frequentemente registados foram a frequência respiratória, saturação de oxigénio, frequência cardíaca e pressão arterial sistólica. Os registos Hemodinâmicos menos frequentemente registados foram a temperatura e o estado de consciência. Um ou mais parâmetros hemodinâmicos anormais foi documentado em 79,8% (n = 142) doentes; A evidência de anormalidades relatadas foi documentada em 19,7% dos doentes (n = 28/142). Houve variabilidade no número de registos documentados e frequência de avaliações hemodinâmicas registadas pelos enfermeiros. No Serviço de Urgência a avaliação do estado hemodinâmico dos doentes é mais frequente. As avaliações hemodinâmicas realizadas frequentemente ao doente do Serviço de Urgência e o seu registo, proporcionam aos enfermeiros uma oportunidade de reconhecimento precoce da deterioração do estado de saúde do doente. |
| Tipo de Estudo | Estudo exploratório descritivo e os dados do estudo foram colhido utilizando uma abordagem prospetiva de prevalência pontual entre 25 de julho de 2012 a 22 de agosto de 2012. |

QUADRO SÍNTESE DA EVIDÊNCIA ENCONTRADA

| | |
|-------------------------------|--|
| S3 - Título | HIRAID: An evidence-informed emergency nursing assessment framework. |
| Autor(es) / Ano / País | Munroe, Belinda; Curtis, Kate; Murphy, Margaret; Strachan, Luke; Buckley, Thomas Maio, 2015. Austrália |
| Objetivos do Estudo | Os enfermeiros de emergência devem ser altamente qualificados para realizar avaliações dos doentes. Em 2008, a (ENAF) escala de a avaliação inicial de enfermagem de emergência, foi planeada na Sydney Nursing School, para fornecer aos enfermeiros do Serviço de Urgência uma abordagem sistemática para a avaliação inicial do doente. Em 2014, o quadro de avaliação foi reconsiderado para refletir a evidência mais recente. Este estudo teve como objetivo: Descrever o processo e as evidências utilizadas para reestruturar a ENAF (avaliação de enfermagem de emergência); fornecer aos enfermeiros do Serviço de Urgência uma abordagem baseada em evidências para a avaliação dos doentes que se apresentem no Serviço de urgência após a triagem, para que ela possa ser implementada e testada na prática simulada. |
| Participantes | Estudos identificados pelo método de pesquisa |
| Intervenções | Foram realizadas modificações na ENAF (avaliação de enfermagem de emergência) e foi desenvolvido um quadro de avaliação novo e mais abrangente intitulado "HIRAID". HIRAID é informado pela evidência atual, composta por sete componentes de avaliação: História; Identificar bandeiras vermelhas; Avaliação; Intervenções; Diagnóstico; reavaliação e comunicação. |
| Resultados (Outcomes) | HIRAID fornece uma abordagem sistemática baseada em evidências para a avaliação inicial do doente, realizada pelos enfermeiros do serviço de Urgência após a triagem. A avaliação é agora necessária para determinar seu impacto no desempenho do enfermeiro e na segurança do doente. |
| Tipo de Estudo | Revisão sistemática da literatura fundamentada no ENAF (avaliação de enfermagem de emergência). Os resultados da revisão da literatura foram analisados por um painel de clínicos especializados de enfermagem de emergência usando a Técnica Delphi. |
| S4 - Título | Essential documentation elements: quality tool for the emergency department nurse. |
| Autor(es) / Ano / País | Nielsen, Gayla; Peschel, Laura; Burgess, Ann Abril-Junho, 2014, Los Angeles, California |

QUADRO SÍNTESE DA EVIDÊNCIA ENCONTRADA

| | |
|------------------------------|---|
| Objetivos do Estudo | Este projeto foi realizado num grande departamento de emergência urbano com o objetivo de melhorar a segurança do doente, melhorar a qualidade dos registos e aumentar os registos em tempo útil. |
| Participantes | Entre março de 2011 e 2012, foram analisados 89,521 registos de doentes no Serviço de Urgência em conformidade com 16 parâmetros. |
| Intervenções | Foram desenvolvidas pistas visuais eletrônicas passivas com feedback em tempo real para o profissional de saúde. As melhorias da documentação foram alcançadas em 7 parâmetros. Houve uma ligeira diminuição no cumprimento de 4 parâmetros, e níveis equivalentes de conformidade em 5 parâmetros. A equipe relatou que o programa foi útil para fornecer lembretes e que as pistas passivas eram mais úteis do que a sua ausência. Áreas para refinamento de software também foram identificadas |
| Resultados (Outcomes) | Embora seja necessário um estudo adicional, o registo de saúde eletrônico pode fornecer pistas visuais passivas para melhorar os cuidados de enfermagem, melhorar a conformidade regulamentar e a colheita de dados e fornecer feedback imediato ao profissional de Saúde. |
| Tipo de Estudo | O modelo PDSA (Planear, Fazer, Estudar, Atuar) foi usado para desenvolver um processo válido e confiável para melhorar o processo de cuidados dos doentes. Método científico, utilizado para a aprendizagem orientada para a ação. |

Apêndice IV - Utentes Selecionado - 336 utentes, 28 por mês (de Janeiro de 2016 a Dezembro de 2016)

SU Geral - ULSNA, E.P.E. - Hospital Santa Luzia de Elvas

Janeiro

| | | | | | | | | |
|---------|----------|---|-----------|----|-------------------|--------------------|---|-----|
| Laranja | 16000084 | F | 01/jan/16 | 90 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :13 |
| Laranja | 16000092 | M | 01/jan/16 | 42 | Alta por transfer | SO Geral | 4 | :49 |
| Laranja | 16000110 | F | 01/jan/16 | 36 | Alta por transfer | Unidade Funciona | 4 | :55 |
| Laranja | 16000114 | M | 01/jan/16 | 61 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :18 |
| Laranja | 16000115 | M | 01/jan/16 | 61 | Alta por transfer | SO Geral | 8 | :42 |
| Laranja | 16000128 | F | 01/jan/16 | 23 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :52 |
| Laranja | 16000189 | M | 01/jan/16 | 23 | Alta para o Exter | Domicilio | 4 | :21 |
| Laranja | 16000388 | M | 02/jan/16 | 58 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :00 |
| Laranja | 16000609 | F | 03/jan/16 | 39 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 6 | :54 |
| Laranja | 16000610 | M | 03/jan/16 | 56 | Alta por transfer | Medicina Ala Dire | 7 | :59 |
| Laranja | 16000628 | M | 03/jan/16 | 91 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 8 | :55 |
| Laranja | 16000681 | F | 03/jan/16 | 69 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :45 |
| Laranja | 16000741 | M | 03/jan/16 | 33 | Alta com encami | Centro de Saúde d | 5 | :03 |
| Laranja | 16000741 | M | 03/jan/16 | 32 | Alta com encami | Centro de Saúde d | 5 | :03 |
| Amarelo | 16000046 | F | 01/jan/16 | 59 | Alta por transfer | Medicina Ala Esqu | 4 | :02 |
| Amarelo | 16000071 | M | 01/jan/16 | 41 | Alta por transfer | Medicina Ala Dire | 4 | :04 |
| Amarelo | 16000116 | F | 01/jan/16 | 31 | Alta por transfer | SO Geral | 6 | :09 |
| Amarelo | 16000143 | M | 01/jan/16 | 62 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :06 |
| Amarelo | 16000246 | F | 02/jan/16 | 50 | Alta para o Exter | Domicilio | 9 | :06 |
| Amarelo | 16000258 | F | 02/jan/16 | 44 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 6 | :09 |
| Amarelo | 16000348 | M | 02/jan/16 | 60 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :04 |
| Amarelo | 16000354 | F | 02/jan/16 | 34 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :01 |
| Amarelo | 16000357 | F | 02/jan/16 | 67 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 6 | :46 |
| Amarelo | 16000368 | M | 02/jan/16 | 36 | Alta por transfer | Cirurgia Geral | 5 | :24 |
| Amarelo | 16000494 | M | 02/jan/16 | 36 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :17 |
| Amarelo | 16000500 | F | 02/jan/16 | 62 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :13 |
| Amarelo | 16000523 | F | 03/jan/16 | 44 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :33 |
| Amarelo | 16000528 | M | 03/jan/16 | 50 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 5 | :49 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Fevereiro

| | | | | | | | | |
|---------|----------|---|-----------|----|-------------------|--------------------|----|-----|
| Laranja | 16008778 | M | 01/fev/16 | 59 | Alta para o Exter | Domicilio | 6 | :55 |
| Laranja | 16008814 | F | 01/fev/16 | 69 | Alta por transfer | SO Geral | 5 | :28 |
| Laranja | 16008885 | F | 01/fev/16 | 36 | Alta por transfer | Medicina Ala Esqu | 9 | :07 |
| Laranja | 16008895 | F | 01/fev/16 | 22 | Alta por transfer | Medicina Ala Dire | 4 | :43 |
| Laranja | 16009056 | F | 01/fev/16 | 45 | Alta por transfer | SO Geral | 12 | :17 |
| Laranja | 16009066 | F | 02/fev/16 | 77 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 11 | :38 |
| Laranja | 16009138 | M | 02/fev/16 | 21 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 8 | :57 |
| Laranja | 16009458 | M | 03/fev/16 | 74 | Alta por transfer | SO Geral | 13 | :21 |
| Laranja | 16009459 | M | 03/fev/16 | 77 | Alta por transfer | Medicina Interna | 12 | :49 |
| Laranja | 16009471 | M | 03/fev/16 | 59 | Alta por transfer | SO Geral | 12 | :43 |
| Laranja | 16009483 | F | 03/fev/16 | 20 | Alta por transfer | SO Geral | 9 | :45 |
| Laranja | 16009580 | M | 03/fev/16 | 69 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :01 |
| Laranja | 16009678 | F | 04/fev/16 | 82 | Alta por transfer | SO Geral | 5 | :07 |
| Laranja | 16009760 | M | 04/fev/16 | 33 | Alta para o Exter | Domicilio | 4 | :14 |
| Amarelo | 16008818 | F | 01/fev/16 | 50 | Alta por transfer | Medicina Ala Dire | 6 | :56 |
| Amarelo | 16008864 | F | 01/fev/16 | 31 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :11 |
| Amarelo | 16008954 | M | 01/fev/16 | 70 | Saida contra pare | Exterior não refer | 6 | :42 |
| Amarelo | 16008959 | M | 01/fev/16 | 20 | Alta para o Exter | Domicilio | 5 | :19 |
| Amarelo | 16009042 | M | 01/fev/16 | 25 | Alta por transfer | SO Geral | 4 | :56 |
| Amarelo | 16009070 | F | 02/fev/16 | 69 | Alta para o Exter | Domicilio | 4 | :05 |
| Amarelo | 16009221 | M | 02/fev/16 | 38 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :43 |
| Amarelo | 16009353 | F | 03/fev/16 | 34 | Alta com encami | Centro de Saúde d | 13 | :03 |
| Amarelo | 16009376 | F | 03/fev/16 | 42 | Alta por transfer | Cirurgia Geral | 5 | :01 |
| Amarelo | 16009376 | M | 03/fev/16 | 73 | Alta por transfer | Cirurgia Geral | 5 | :01 |
| Amarelo | 16009433 | M | 03/fev/16 | 33 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :49 |
| Amarelo | 16009450 | M | 03/fev/16 | 36 | Alta por transfer | Medicina Ala Dire | 7 | :36 |
| Amarelo | 16009457 | F | 03/fev/16 | 24 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 5 | :40 |
| Amarelo | 16009460 | F | 03/fev/16 | 19 | Alta por transfer | Cardiologia | 4 | :57 |

Março

| | | | | | | | | |
|---------|----------|---|-----------|----|-------------------|--------------------|----|-----|
| Laranja | 16015981 | F | 29/fev/16 | 63 | Alta por transfer | Medicina Interna | 7 | :25 |
| Laranja | 16016106 | M | 01/mar/16 | 24 | Alta por transfer | SO Geral | 8 | :29 |
| Laranja | 16016171 | F | 01/mar/16 | 67 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :01 |
| Laranja | 16016278 | F | 01/mar/16 | 27 | Alta com encami | Centro de Saúde d | 4 | :18 |
| Laranja | 16016333 | F | 02/mar/16 | 51 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 15 | :22 |
| Laranja | 16016369 | M | 02/mar/16 | 19 | Alta por transfer | SO Geral | 6 | :21 |
| Laranja | 16016436 | F | 02/mar/16 | 69 | Alta para o Exter | Domicílio | 8 | :13 |
| Laranja | 16016490 | M | 02/mar/16 | 68 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :35 |
| Laranja | 16016536 | F | 02/mar/16 | 72 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 5 | :10 |
| Laranja | 16016719 | M | 03/mar/16 | 69 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 6 | :07 |
| Laranja | 16016868 | F | 03/mar/16 | 76 | Alta por transfer | SO Geral | 11 | :50 |
| Laranja | 16017131 | M | 05/mar/16 | 74 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 5 | :11 |
| Laranja | 16017182 | M | 05/mar/16 | 64 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :50 |
| Laranja | 16017185 | F | 05/mar/16 | 50 | Alta por transfer | Unidade Funciona | 4 | :53 |
| Amarelo | 16016260 | M | 01/mar/16 | 26 | Alta por transfer | SO Geral | 4 | :52 |
| Amarelo | 16016286 | M | 01/mar/16 | 38 | Alta com encami | Centro de Saúde d | 4 | :33 |
| Amarelo | 16016341 | M | 02/mar/16 | 23 | Alta por transfer | SO Geral | 5 | :13 |
| Amarelo | 16016380 | F | 02/mar/16 | 42 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 5 | :41 |
| Amarelo | 16016441 | F | 02/mar/16 | 42 | Alta por transfer | SO Geral | 5 | :11 |
| Amarelo | 16016444 | F | 02/mar/16 | 59 | Alta por transfer | Medicina Ala Dire | 7 | :42 |
| Amarelo | 16016444 | F | 02/mar/16 | 28 | Alta por transfer | Medicina Ala Dire | 7 | :42 |
| Amarelo | 16016446 | M | 02/mar/16 | 24 | Alta para o Exter | Domicílio | 4 | :47 |
| Amarelo | 16016481 | M | 02/mar/16 | 62 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :07 |
| Amarelo | 16016486 | F | 02/mar/16 | 60 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :14 |
| Amarelo | 16016519 | M | 02/mar/16 | 37 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 6 | :16 |
| Amarelo | 16016530 | F | 02/mar/16 | 67 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 4 | :15 |
| Amarelo | 16016605 | M | 02/mar/16 | 76 | Alta para o Exter | Exterior não refer | 8 | :46 |
| Amarelo | 16016608 | M | 03/mar/16 | 55 | Alta por transfer | Medicina Ala Dire | 7 | :07 |

Abril

| | | | | | | | | |
|---------|----------|---|-----------|----|-------------|------------|-------|----|
| Laranja | 16023868 | F | 01/abr/16 | 67 | Alta com e | Centro de | 09:00 | 46 |
| Laranja | 16023888 | M | 01/abr/16 | 62 | Alta por tr | SO Geral | 06:00 | 4 |
| Laranja | 16024174 | M | 02/abr/16 | 40 | Alta por tr | Medicina | 04:00 | 44 |
| Laranja | 16024260 | M | 02/abr/16 | 45 | Alta para e | Exterior n | 04:00 | 9 |
| Laranja | 16024519 | F | 03/abr/16 | 64 | Alta para e | Domicílio | 15:00 | 28 |
| Laranja | 16024532 | F | 04/abr/16 | 66 | Alta para e | Exterior n | 07:00 | 19 |
| Laranja | 16024922 | F | 05/abr/16 | 78 | Alta por tr | Medicina | 08:00 | 15 |
| Laranja | 16024961 | F | 05/abr/16 | 80 | Alta por tr | SO Geral | 06:00 | 28 |
| Laranja | 16025062 | M | 06/abr/16 | 26 | Alta por tr | SO Geral | 07:00 | 22 |
| Laranja | 16025119 | M | 06/abr/16 | 43 | Alta para e | Domicílio | 04:00 | 1 |
| Laranja | 16025196 | M | 06/abr/16 | 42 | Alta para e | Domicílio | 07:00 | 10 |
| Laranja | 16025238 | F | 06/abr/16 | 30 | Alta para e | Exterior n | 04:00 | 21 |
| Laranja | 16025324 | M | 07/abr/16 | 47 | Alta por tr | SO Geral | 06:00 | 50 |
| Laranja | 16025395 | M | 07/abr/16 | 47 | Alta para e | Exterior n | 04:00 | 42 |
| Amarelo | 16023962 | M | 01/abr/16 | 21 | Alta para e | Exterior n | 04:00 | 56 |
| Amarelo | 16023977 | M | 01/abr/16 | 19 | Alta por tr | SO Geral | 06:00 | 12 |
| Amarelo | 16024117 | M | 02/abr/16 | 55 | Alta por tr | Medicina | 10:00 | 47 |
| Amarelo | 16024117 | F | 02/abr/16 | 84 | Alta por tr | Medicina | 10:00 | 47 |
| Amarelo | 16024135 | F | 02/abr/16 | 47 | Alta para e | Exterior n | 04:00 | 46 |
| Amarelo | 16024145 | F | 02/abr/16 | 42 | Alta por tr | SO Geral | 09:00 | 37 |
| Amarelo | 16024148 | M | 02/abr/16 | 23 | Alta para e | Exterior n | 04:00 | 14 |
| Amarelo | 16024166 | F | 02/abr/16 | 22 | Alta para e | Domicílio | 08:00 | 10 |
| Amarelo | 16024184 | F | 02/abr/16 | 36 | Alta para e | Exterior n | 04:00 | 5 |
| Amarelo | 16024307 | F | 02/abr/16 | 19 | Alta para e | Domicílio | 09:00 | 56 |
| Amarelo | 16024412 | M | 03/abr/16 | 33 | Alta para e | Exterior n | 05:00 | 35 |
| Amarelo | 16024539 | M | 04/abr/16 | 52 | Alta para e | Domicílio | 06:00 | 46 |
| Amarelo | 16024599 | F | 04/abr/16 | 85 | Alta para e | Exterior n | 04:00 | 0 |
| Amarelo | 16024672 | M | 04/abr/16 | 76 | Alta por tr | SO Pediat | 04:00 | 25 |

Maio

| | | | | | | | | |
|---------|----------|---|-----------|----|-------------|------------|-------|----|
| Laranja | 16031393 | M | 01/mai/16 | 46 | Alta por tr | Centro Ho | 05:00 | 10 |
| Laranja | 16031395 | M | 01/mai/16 | 36 | Alta para | Domicílio | 09:00 | 38 |
| Laranja | 16031399 | M | 01/mai/16 | 50 | Alta para | Domicílio | 07:00 | 52 |
| Laranja | 16031413 | M | 01/mai/16 | 68 | Alta por tr | SO Geral | 09:00 | 4 |
| Laranja | 16031474 | M | 01/mai/16 | 38 | Alta para | Exterior n | 04:00 | 21 |
| Laranja | 16031534 | F | 01/mai/16 | 75 | Alta por tr | SO Geral | 04:00 | 40 |
| Laranja | 16031749 | M | 02/mai/16 | 53 | Alta para | Domicílio | 07:00 | 59 |
| Laranja | 16031952 | F | 03/mai/16 | 23 | Alta para | Exterior n | 04:00 | 25 |
| Laranja | 16032027 | F | 03/mai/16 | 41 | Alta para | Domicílio | 05:00 | 1 |
| Laranja | 16032085 | F | 03/mai/16 | 41 | Abandon | Abandon | 04:00 | 19 |
| Laranja | 16032319 | F | 04/mai/16 | 74 | Alta para | Exterior n | 05:00 | 2 |
| Laranja | 16032338 | F | 04/mai/16 | 74 | Alta para | Exterior n | 04:00 | 51 |
| Laranja | 16032481 | F | 04/mai/16 | 40 | Alta por tr | Medicina | 05:00 | 10 |
| Laranja | 16032586 | M | 05/mai/16 | 51 | Alta por tr | SO Geral | 05:00 | 24 |
| Amarelo | 16034588 | F | 05/mai/16 | 28 | Alta para | Domicílio | 04:00 | 39 |
| Amarelo | 16031400 | F | 01/mai/16 | 31 | Alta com | Centro de | 04:00 | 22 |
| Amarelo | 16031403 | M | 01/mai/16 | 43 | Alta por tr | SO Geral | 06:00 | 59 |
| Amarelo | 16031412 | F | 01/mai/16 | 43 | Alta para | Domicílio | 05:00 | 29 |
| Amarelo | 16031436 | F | 01/mai/16 | 31 | Alta para | Domicílio | 04:00 | 4 |
| Amarelo | 16031468 | M | 01/mai/16 | 71 | Alta com | Centro de | 06:00 | 52 |
| Amarelo | 16031502 | F | 01/mai/16 | 73 | Alta para | Domicílio | 04:00 | 3 |
| Amarelo | 16031567 | F | 01/mai/16 | 73 | Alta para | Domicílio | 04:00 | 10 |
| Amarelo | 16031570 | M | 01/mai/16 | 58 | Alta para | Domicílio | 09:00 | 1 |
| Amarelo | 16031635 | M | 02/mai/16 | 83 | Alta para | Exterior n | 07:00 | 46 |
| Amarelo | 16031693 | M | 02/mai/16 | 50 | Alta por tr | Hospital d | 05:00 | 30 |
| Amarelo | 16031739 | F | 02/mai/16 | 20 | Alta para | Exterior n | 04:00 | 33 |
| Amarelo | 16031951 | M | 03/mai/16 | 71 | Alta por tr | Cirurgia G | 04:00 | 31 |
| Amarelo | 16031951 | F | 03/mai/16 | 25 | Alta por tr | Cirurgia G | 04:00 | 31 |

Junho

| | | | | | | | | |
|---------|----------|---|-----------|----|-------------|------------|-------|----|
| Laranja | 16039677 | F | 01/jun/16 | 77 | Alta para | Exterior n | 05:00 | 28 |
| Laranja | 16039684 | M | 01/jun/16 | 50 | Alta para | Exterior n | 04:00 | 7 |
| Laranja | 16039917 | M | 02/jun/16 | 67 | Alta por tr | Medicina | 07:00 | 26 |
| Laranja | 16039935 | M | 02/jun/16 | 37 | Alta por tr | Centro Ho | 04:00 | 13 |
| Laranja | 16040148 | F | 03/jun/16 | 69 | Alta por tr | Medicina | 09:00 | 32 |
| Laranja | 16040193 | F | 03/jun/16 | 50 | Alta por tr | Medicina | 07:00 | 21 |
| Laranja | 16040193 | F | 03/jun/16 | 50 | Alta por tr | Medicina | 07:00 | 21 |
| Laranja | 16040390 | M | 04/jun/16 | 41 | Alta para | Domicílio | 06:00 | 42 |
| Laranja | 16040764 | F | 05/jun/16 | 39 | Alta por tr | Cirurgia G | 08:00 | 54 |
| Laranja | 16040853 | F | 06/jun/16 | 31 | Alta para | Exterior n | 04:00 | 9 |
| Laranja | 16040946 | F | 06/jun/16 | 23 | Alta para | Domicílio | 05:00 | 32 |
| Laranja | 16041074 | M | 06/jun/16 | 63 | Alta para | Exterior n | 04:00 | 2 |
| Laranja | 16041091 | F | 07/jun/16 | 26 | Alta por tr | SO Geral | 04:00 | 44 |
| Laranja | 16041105 | F | 07/jun/16 | 74 | Alta por tr | Medicina | 06:00 | 16 |
| Amarelo | 16039695 | M | 01/jun/16 | 77 | Alta para | Exterior n | 06:00 | 29 |
| Amarelo | 16039723 | M | 01/jun/16 | 58 | Alta para | Domicílio | 05:00 | 8 |
| Amarelo | 16039889 | M | 02/jun/16 | 78 | Alta para | Exterior n | 04:00 | 48 |
| Amarelo | 16039893 | F | 02/jun/16 | 43 | Alta por tr | Medicina | 04:00 | 4 |
| Amarelo | 16039904 | F | 02/jun/16 | 57 | Alta para | Exterior n | 07:00 | 4 |
| Amarelo | 16039907 | F | 02/jun/16 | 25 | Alta para | Exterior n | 06:00 | 24 |
| Amarelo | 16039915 | F | 02/jun/16 | 52 | Alta para | Domicílio | 05:00 | 32 |
| Amarelo | 16039918 | F | 02/jun/16 | 79 | Alta para | Domicílio | 04:00 | 8 |
| Amarelo | 16039920 | F | 02/jun/16 | 85 | Alta para | Exterior n | 07:00 | 51 |
| Amarelo | 16039945 | M | 02/jun/16 | 66 | Alta por tr | Ortopedia | 06:00 | 15 |
| Amarelo | 16039960 | F | 02/jun/16 | 27 | Alta para | Domicílio | 06:00 | 25 |
| Amarelo | 16039963 | F | 02/jun/16 | 72 | Alta para | Exterior n | 07:00 | 24 |
| Amarelo | 16040133 | M | 03/jun/16 | 76 | Alta para | Exterior n | 04:00 | 18 |
| Amarelo | 16040138 | F | 03/jun/16 | 63 | Alta para | Exterior n | 04:00 | 49 |

Julho

| | | | | | | | | |
|---------|----------|---|-----------|----|---------------------------|----------------------|----|-----|
| Laranja | 16046947 | M | 01/jul/16 | 54 | Alta por transferência in | SO Geral | 6 | :19 |
| Laranja | 16047086 | M | 02/jul/16 | 26 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 5 | :17 |
| Laranja | 16047087 | M | 02/jul/16 | 39 | Alta por transferência in | SO Geral | 8 | :18 |
| Laranja | 16047153 | M | 02/jul/16 | 37 | Alta para o Exterior | Domicílio | 4 | :29 |
| Laranja | 16047158 | F | 02/jul/16 | 69 | Saída contra parecer mé | Exterior não refer | 7 | :01 |
| Laranja | 16047295 | M | 02/jul/16 | 56 | Saída contra parecer mé | Exterior não refer | 15 | :31 |
| Laranja | 16047311 | M | 03/jul/16 | 19 | Alta para o Exterior | Domicílio | 4 | :39 |
| Laranja | 16047338 | M | 03/jul/16 | 42 | Saída contra parecer mé | Exterior não refer | 4 | :10 |
| Laranja | 16047594 | F | 04/jul/16 | 26 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 7 | :53 |
| Laranja | 16047614 | F | 04/jul/16 | 68 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 6 | :48 |
| Laranja | 16047620 | M | 04/jul/16 | 34 | Alta por transferência in | Medicina Ala Direi | 4 | :31 |
| Laranja | 16047667 | F | 04/jul/16 | 65 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :58 |
| Laranja | 16047729 | F | 04/jul/16 | 29 | Alta por transferência in | Medicina Ala Direi | 6 | :01 |
| Laranja | 16047730 | M | 04/jul/16 | 43 | Alta por transferência in | SO Geral | 7 | :16 |
| Amarelo | 16046845 | F | 01/jul/16 | 75 | Alta por transferência e | Hospital do Espírito | 9 | :00 |
| Amarelo | 16046941 | F | 01/jul/16 | 32 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 5 | :05 |
| Amarelo | 16047026 | F | 01/jul/16 | 86 | Alta para o Exterior | Domicílio | 4 | :58 |
| Amarelo | 16047133 | M | 02/jul/16 | 29 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :10 |
| Amarelo | 16047186 | M | 02/jul/16 | 40 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 5 | :00 |
| Amarelo | 16047354 | F | 03/jul/16 | 84 | Alta para o Exterior | Domicílio | 4 | :42 |
| Amarelo | 16047385 | M | 03/jul/16 | 43 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :42 |
| Amarelo | 16047413 | F | 03/jul/16 | 58 | Alta para o Exterior | Domicílio | 4 | :25 |
| Amarelo | 16047529 | F | 03/jul/16 | 49 | Alta para o Exterior | Domicílio | 5 | :59 |
| Amarelo | 16047567 | F | 03/jul/16 | 34 | Alta por transferência in | Medicina Ala Esqu | 8 | :56 |
| Amarelo | 16047595 | F | 04/jul/16 | 36 | Alta por transferência in | Medicina Ala Direi | 4 | :47 |
| Amarelo | 16047640 | M | 04/jul/16 | 84 | Alta por transferência in | Medicina Ala Esqu | 4 | :10 |
| Amarelo | 16047699 | M | 04/jul/16 | 74 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :30 |
| Amarelo | 16047703 | M | 04/jul/16 | 20 | Alta por transferência in | SO Geral | 4 | :48 |

Agosto

| | | | | | | | | |
|---------|----------|---|-----------|----|---------------------------|--------------------|----|-----|
| Laranja | 16055351 | M | 02/ago/16 | 73 | Alta por transferência in | Medicina Ala Direi | 5 | :33 |
| Laranja | 16055526 | M | 03/ago/16 | 37 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 5 | :31 |
| Laranja | 16055572 | F | 03/ago/16 | 47 | Alta por transferência e | Hospital não espe | 7 | :56 |
| Laranja | 16055603 | F | 03/ago/16 | 34 | Alta com encaminhame | Centro de Saúde d | 5 | :53 |
| Laranja | 16055666 | M | 03/ago/16 | 70 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :05 |
| Laranja | 16055745 | F | 04/ago/16 | 62 | Alta por transferência in | Medicina Ala Esqu | 10 | :44 |
| Laranja | 16056417 | M | 06/ago/16 | 35 | Alta para o Exterior | Domicílio | 7 | :24 |
| Laranja | 16056454 | F | 06/ago/16 | 41 | Alta para o Exterior | Domicílio | 4 | :46 |
| Laranja | 16056472 | F | 06/ago/16 | 69 | Alta por transferência in | SO Geral | 4 | :21 |
| Laranja | 16056649 | F | 07/ago/16 | 57 | Alta por transferência in | Medicina Ala Esqu | 4 | :52 |
| Laranja | 16057038 | F | 09/ago/16 | 89 | Alta por transferência in | Medicina Ala Direi | 6 | :53 |
| Laranja | 16057080 | F | 09/ago/16 | 31 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :28 |
| Laranja | 16057212 | F | 09/ago/16 | 21 | Alta com encaminhame | Centro de Saúde d | 4 | :50 |
| Laranja | 16057212 | F | 09/ago/16 | 35 | Alta com encaminhame | Centro de Saúde d | 4 | :50 |
| Amarelo | 16055042 | M | 01/ago/16 | 39 | Alta por transferência in | Medicina Ala Direi | 4 | :02 |
| Amarelo | 16055055 | F | 01/ago/16 | 73 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :08 |
| Amarelo | 16055079 | M | 01/ago/16 | 79 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :36 |
| Amarelo | 16055112 | F | 01/ago/16 | 29 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :33 |
| Amarelo | 16055115 | M | 01/ago/16 | 54 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 6 | :18 |
| Amarelo | 16055123 | M | 01/ago/16 | 57 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :18 |
| Amarelo | 16055186 | M | 01/ago/16 | 56 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :45 |
| Amarelo | 16055240 | M | 01/ago/16 | 56 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 6 | :59 |
| Amarelo | 16055295 | M | 02/ago/16 | 25 | Alta por transferência in | SO Geral | 4 | :35 |
| Amarelo | 16055326 | F | 02/ago/16 | 64 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 5 | :44 |
| Amarelo | 16055338 | M | 02/ago/16 | 72 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 6 | :10 |
| Amarelo | 16055524 | M | 03/ago/16 | 72 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :17 |
| Amarelo | 16055539 | M | 03/ago/16 | 42 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 6 | :05 |
| Amarelo | 16055574 | M | 03/ago/16 | 62 | Alta por transferência in | SO Geral | 7 | :14 |

Setembro

| | | | | | | | | |
|---------|----------|---|-----------|----|---------------------------|--------------------|----|-----|
| Laranja | 16062914 | M | 01/set/16 | 41 | Alta para o Exterior | Domicílio | 9 | :28 |
| Laranja | 16063013 | F | 01/set/16 | 21 | Alta por transferência in | SO Geral | 5 | :21 |
| Laranja | 16063180 | M | 02/set/16 | 58 | Alta por transferência in | Centro Hospitalar | 4 | :01 |
| Laranja | 16063180 | M | 02/set/16 | 47 | Alta por transferência in | Centro Hospitalar | 4 | :01 |
| Laranja | 16063216 | M | 02/set/16 | 70 | Alta por transferência in | SO Geral | 5 | :46 |
| Laranja | 16063328 | M | 02/set/16 | 21 | Alta com encaminhame | Centro de Saúde d | 6 | :08 |
| Laranja | 16063328 | F | 02/set/16 | 66 | Alta com encaminhame | Centro de Saúde d | 6 | :08 |
| Laranja | 16063601 | F | 04/set/16 | 67 | Alta para o Exterior | Domicílio | 5 | :39 |
| Laranja | 16064055 | M | 06/set/16 | 66 | Alta para o Exterior | Domicílio | 5 | :41 |
| Laranja | 16064085 | F | 06/set/16 | 36 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 7 | :25 |
| Laranja | 16064626 | F | 08/set/16 | 90 | Alta por transferência in | Medicina Ala Dire | 7 | :26 |
| Laranja | 16064637 | M | 08/set/16 | 23 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 5 | :19 |
| Laranja | 16064890 | M | 09/set/16 | 22 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 5 | :36 |
| Laranja | 16064894 | M | 09/set/16 | 49 | Alta para o Exterior | Domicílio | 5 | :44 |
| Amarelo | 16062882 | M | 01/set/16 | 75 | Alta com encaminhame | Centro de Saúde d | 8 | :52 |
| Amarelo | 16062942 | M | 01/set/16 | 22 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :00 |
| Amarelo | 16062949 | M | 01/set/16 | 66 | Médico de Família | ARS / Centro De Sa | 4 | :54 |
| Amarelo | 16062955 | M | 01/set/16 | 84 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 5 | :05 |
| Amarelo | 16062971 | F | 01/set/16 | 73 | Alta por transferência in | Medicina Ala Dire | 6 | :30 |
| Amarelo | 16062971 | M | 01/set/16 | 73 | Alta por transferência in | Medicina Ala Dire | 6 | :30 |
| Amarelo | 16063022 | F | 01/set/16 | 66 | Alta para o Exterior | Domicílio | 5 | :52 |
| Amarelo | 16063065 | M | 01/set/16 | 28 | Alta por transferência in | SO Geral | 4 | :08 |
| Amarelo | 16063098 | M | 01/set/16 | 32 | Alta para o Exterior | Domicílio | 8 | :24 |
| Amarelo | 16063161 | F | 02/set/16 | 55 | Alta para o Exterior | Exterior não refer | 4 | :52 |
| Amarelo | 16063217 | M | 02/set/16 | 21 | Alta com encaminhame | Centro de Saúde d | 4 | :04 |
| Amarelo | 16063217 | F | 02/set/16 | 41 | Alta com encaminhame | Centro de Saúde d | 4 | :04 |
| Amarelo | 16063234 | F | 02/set/16 | 23 | Alta com encaminhame | Centro de Saúde d | 10 | :20 |
| Amarelo | 16063234 | M | 02/set/16 | 43 | Alta com encaminhame | Centro de Saúde d | 10 | :20 |

Outubro

| | | | | | | | | |
|---------|----------|---|-----------|----|---|---------------------------------|-------|----|
| Laranja | 16070099 | F | 01/out/16 | 61 | ência interna - Consult | Medicina Interna | 05:00 | 10 |
| Laranja | 16070135 | M | 01/out/16 | 33 | ência interna - Intern | Medicina Ala Esquerda | 08:00 | 50 |
| Laranja | 16070135 | M | 01/out/16 | 34 | ência interna - Intern | Medicina Ala Esquerda | 08:00 | 50 |
| Laranja | 16070142 | M | 01/out/16 | 65 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 06:00 | 46 |
| Laranja | 16070178 | F | 01/out/16 | 67 | inhamento para o M.F.P.E. - Centro de Saúde de Pd | | 04:00 | 14 |
| Laranja | 16070214 | M | 01/out/16 | 36 | ência interna - Intern | SO Geral | 04:00 | 47 |
| Laranja | 16070267 | F | 01/out/16 | 78 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 10:00 | 53 |
| Laranja | 16070328 | F | 02/out/16 | 39 | Alta para o Exterior | Domicílio | 04:00 | 46 |
| Laranja | 16070551 | M | 03/out/16 | 21 | ência interna - Intern | Medicina Ala Direita | 10:00 | 31 |
| Laranja | 16070714 | M | 03/out/16 | 20 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 05:00 | 20 |
| Laranja | 16070956 | M | 04/out/16 | 64 | ência interna - Intern | SO Geral | 06:00 | 18 |
| Laranja | 16071026 | M | 04/out/16 | 19 | por transferência ex | ospital do Espírito Santo de Év | 05:00 | 53 |
| Laranja | 16071182 | F | 05/out/16 | 59 | ncia interna - Consult | Cirurgia Geral | 07:00 | 50 |
| Laranja | 16071242 | M | 05/out/16 | 58 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 05:00 | 21 |
| Amarelo | 16070109 | M | 01/out/16 | 49 | ência interna - Intern | Medicina Ala Direita | 05:00 | 44 |
| Amarelo | 16070109 | M | 01/out/16 | 21 | ência interna - Intern | Medicina Ala Direita | 05:00 | 44 |
| Amarelo | 16070170 | F | 01/out/16 | 73 | ência interna - Intern | Medicina Ala Esquerda | 07:00 | 14 |
| Amarelo | 16070170 | F | 01/out/16 | 50 | ência interna - Intern | Medicina Ala Esquerda | 07:00 | 14 |
| Amarelo | 16070188 | M | 01/out/16 | 23 | ência interna - Intern | SO Geral | 04:00 | 26 |
| Amarelo | 16070334 | M | 02/out/16 | 21 | Alta para o Exterior | Domicílio | 07:00 | 22 |
| Amarelo | 16070441 | F | 02/out/16 | 38 | Alta para o Exterior | Domicílio | 04:00 | 15 |
| Amarelo | 16070610 | F | 03/out/16 | 60 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 08:00 | 34 |
| Amarelo | 16070670 | F | 03/out/16 | 64 | ência interna - Intern | SO Geral | 08:00 | 48 |
| Amarelo | 16070688 | M | 03/out/16 | 20 | ncia interna - Consult | Cirurgia Geral | 04:00 | 16 |
| Amarelo | 16070724 | F | 03/out/16 | 40 | ência interna - Intern | SO Geral | 17:00 | 33 |
| Amarelo | 16070749 | F | 03/out/16 | 87 | Alta para o Exterior | Domicílio | 04:00 | 22 |
| Amarelo | 16070864 | M | 04/out/16 | 89 | ia interna - Internan | Psiquiatria Agudos | 08:00 | 31 |
| Amarelo | 16070884 | F | 04/out/16 | 72 | ência interna - Intern | Ortopedia | 08:00 | 22 |

Novembro

| | | | | | | | | |
|---------|----------|---|-----------|----|-----------------------|-------------------------------|-------|----|
| Laranja | 16077935 | F | 01/nov/16 | 83 | Alta por transferênc | Hospital de Santa Marta, E.P. | 14:00 | 22 |
| Laranja | 16077935 | M | 01/nov/16 | 58 | Alta por transferênc | Hospital de Santa Marta, E.P. | 14:00 | 22 |
| Laranja | 16077946 | M | 02/nov/16 | 81 | Alta por transferênc | SO Geral | 06:00 | 5 |
| Laranja | 16078032 | M | 02/nov/16 | 79 | Alta por transferênc | Medicina Ala Direita | 07:00 | 25 |
| Laranja | 16078047 | M | 02/nov/16 | 47 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 05:00 | 51 |
| Laranja | 16078086 | M | 02/nov/16 | 23 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 05:00 | 10 |
| Laranja | 16078146 | F | 02/nov/16 | 82 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 07:00 | 58 |
| Laranja | 16078211 | F | 03/nov/16 | 43 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 04:00 | 21 |
| Laranja | 16078491 | F | 04/nov/16 | 82 | Alta por transferênc | Medicina Ala Esquerda | 04:00 | 51 |
| Laranja | 16078532 | M | 04/nov/16 | 44 | Alta por transferênc | Medicina Ala Esquerda | 04:00 | 8 |
| Laranja | 16078842 | M | 05/nov/16 | 20 | Alta para o Exterior | Domicilio | 07:00 | 44 |
| Laranja | 16078921 | M | 06/nov/16 | 49 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 04:00 | 12 |
| Laranja | 16078977 | M | 06/nov/16 | 67 | Alta para o Exterior | Domicilio | 06:00 | 53 |
| Laranja | 16079041 | M | 06/nov/16 | 49 | Alta para outra Insti | Centro Hospitalar de Lisboa C | 05:00 | 56 |
| Amarelo | 16077741 | F | 01/nov/16 | 98 | Alta por transferênc | SO Geral | 05:00 | 49 |
| Amarelo | 16077752 | F | 01/nov/16 | 79 | Alta por transferênc | SO Geral | 05:00 | 32 |
| Amarelo | 16077807 | F | 01/nov/16 | 51 | Alta por transferênc | Medicina Ala Esquerda | 04:00 | 7 |
| Amarelo | 16077852 | M | 01/nov/16 | 66 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 05:00 | 35 |
| Amarelo | 16077876 | F | 01/nov/16 | 22 | Alta para o Exterior | Domicilio | 05:00 | 2 |
| Amarelo | 16078008 | F | 02/nov/16 | 40 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 06:00 | 46 |
| Amarelo | 16078061 | F | 02/nov/16 | 59 | Alta por transferênc | SO Geral | 04:00 | 2 |
| Amarelo | 16078113 | F | 02/nov/16 | 37 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 04:00 | 31 |
| Amarelo | 16078114 | F | 02/nov/16 | 54 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 04:00 | 40 |
| Amarelo | 16078115 | M | 02/nov/16 | 24 | Alta por transferênc | Pediatria | 06:00 | 51 |
| Amarelo | 16078294 | F | 03/nov/16 | 23 | Alta por transferênc | SO Geral | 06:00 | 12 |
| Amarelo | 16078312 | F | 03/nov/16 | 29 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 07:00 | 25 |
| Amarelo | 16078323 | M | 03/nov/16 | 59 | Alta por transferênc | Medicina Ala Direita | 05:00 | 3 |
| Amarelo | 16078327 | M | 03/nov/16 | 66 | Alta por transferênc | Medicina Ala Direita | 05:00 | 4 |

Dezembro

| | | | | | | | | |
|---------|----------|---|-----------|----|----------------------|---------------------------|-------|----|
| Laranja | 16085243 | F | 01/dez/16 | 74 | Alta por transferênc | HSLE ANEMIA | 04:00 | 34 |
| Laranja | 16085260 | F | 01/dez/16 | 51 | Alta por transferênc | UCI | 04:00 | 56 |
| Laranja | 16085630 | M | 02/dez/16 | 53 | Alta para o Exterior | Domicilio | 06:00 | 21 |
| Laranja | 16085673 | M | 02/dez/16 | 18 | Alta para o Exterior | Domicilio | 04:00 | 57 |
| Laranja | 16085723 | M | 02/dez/16 | 51 | Alta para o Exterior | Domicilio | 04:00 | 51 |
| Laranja | 16085759 | M | 02/dez/16 | 41 | Alta por transferênc | SO Geral | 04:00 | 48 |
| Laranja | 16086338 | M | 04/dez/16 | 78 | Alta para o Exterior | Domicilio | 04:00 | 4 |
| Laranja | 16086441 | M | 05/dez/16 | 41 | Alta para o Exterior | Domicilio | 07:00 | 27 |
| Laranja | 16086546 | M | 05/dez/16 | 86 | Alta por transferênc | Medicina Ala Direita | 04:00 | 19 |
| Laranja | 16086575 | F | 05/dez/16 | 85 | Alta por transferênc | Medicina Ala Direita | 05:00 | 58 |
| Laranja | 16086575 | M | 05/dez/16 | 79 | Alta por transferênc | Medicina Ala Direita | 05:00 | 58 |
| Laranja | 16086731 | F | 06/dez/16 | 18 | Alta por transferênc | Medicina Ala Esquerda | 04:00 | 33 |
| Laranja | 16086761 | M | 06/dez/16 | 90 | Alta por transferênc | Medicina Interna | 05:00 | 9 |
| Laranja | 16086761 | M | 06/dez/16 | 38 | Alta por transferênc | Medicina Interna | 05:00 | 9 |
| Amarelo | 16085338 | F | 01/dez/16 | 77 | Alta por transferênc | Ortopedia - Traumatologia | 08:00 | 45 |
| Amarelo | 16085346 | M | 01/dez/16 | 77 | Alta por transferênc | Medicina Ala Direita | 08:00 | 38 |
| Amarelo | 16085446 | F | 01/dez/16 | 42 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 04:00 | 58 |
| Amarelo | 16085467 | F | 01/dez/16 | 77 | Alta para o Exterior | Domicilio | 04:00 | 47 |
| Amarelo | 16085519 | M | 01/dez/16 | 79 | Alta por transferênc | SO Geral | 18:00 | 56 |
| Amarelo | 16085568 | F | 02/dez/16 | 67 | Alta para o Exterior | Domicilio | 07:00 | 36 |
| Amarelo | 16085578 | F | 02/dez/16 | 77 | Alta para o Exterior | Domicilio | 11:00 | 37 |
| Amarelo | 16085596 | M | 02/dez/16 | 61 | Alta para o Exterior | Domicilio | 08:00 | 15 |
| Amarelo | 16085660 | F | 02/dez/16 | 72 | Alta por transferênc | Medicina Ala Direita | 07:00 | 15 |
| Amarelo | 16085660 | F | 02/dez/16 | 78 | Alta por transferênc | Medicina Ala Direita | 07:00 | 15 |
| Amarelo | 16085689 | F | 02/dez/16 | 72 | Alta para o Exterior | Domicilio | 04:00 | 9 |
| Amarelo | 16085749 | M | 02/dez/16 | 81 | Alta para o Exterior | Domicilio | 05:00 | 37 |
| Amarelo | 16085768 | F | 02/dez/16 | 27 | Alta para o Exterior | Domicilio | 05:00 | 46 |
| Amarelo | 16085826 | M | 03/dez/16 | 48 | Alta para o Exterior | Exterior não referenciado | 04:00 | 57 |

Apêndice V - Check List - Lista de Verificação para Registo de Enfermagem

Lista de Verificação para Registo de Enfermagem em ALERT – Serviço de Urgência- HSLE

| Dados do Utente | | | | | |
|-----------------|--|-----------------|------------|------------------|--|
| 1 | Sexo | 1.Masculino | 2.Feminino | | |
| 2 | Idade | | | | |
| 3 | Cor de Triagem | 1.Amarelo | 2.Laranja | | |
| 4 | Tempo permanência no SU | | | | |
| 5 | Destino | 1. A. Domicilio | 2.Int. SO | 3. Int. Serviços | |
| | ITEM EM apreciação | 1. Sim | | 2. Não | |
| 6 | Queixa- triagem | | | | |
| 7 | Enfermeiro Responsável | | | | |
| 8 | Alergias | | | | |
| 9 | Hábitos de consumo | | | | |
| 10 | Sinais vitais e Outros | | | | |
| 11 | Avaliação física | | | | |
| 12 | Diagramas corporais | | | | |
| 13 | Biometria | | | | |
| 14 | Fatores e avaliação do risco (doença cardiovascular; Diabetes Mellitus, Grau de Risco de Diabetes tipo 2) | | | | |
| 15 | Evolução do Episódio- notas do enfermeiro | | | | |
| 16 | Medicação | | | | |
| 17 | Monitorizações | | | | |
| 18 | Procedimentos | | | | |
| 19 | Educação para a saúde | | | | |
| 20 | Pensos- tratamentos de feridas | | | | |
| 21 | Dieta | | | | |
| | Area de Enfermagem | | | | |
| 22 | Processo de Enfermagem – Avaliações de Enfermagem | | | | |
| 23 | Aspetos Gerais | | | | |
| 24 | Avaliação Inicial de Enfermagem | | | | |
| 25 | Plano de Cuidados de Enfermagem | | | | |
| 26 | Alocação de cama do paciente | | | | |
| 27 | Notas de Enfermagem | | | | |
| 28 | Registos hídricos | | | | |
| 29 | Balanço hídrico | | | | |
| 30 | Diurese | | | | |
| 31 | Registo de drenagens | | | | |
| 32 | Posicionamentos | | | | |
| | Escalas de Avaliação | | | | |
| 33 | Escalas de avaliação Braden | | | | |
| 34 | Escalas de avaliação Morse | | | | |
| 35 | Índice de Barthel | | | | |
| 36 | Escala de Karnofsky | | | | |
| 37 | Ferramenta de rastreio de desnutrição (MUST) | | | | |
| | Alta | | | | |
| 38 | Nota de Alta de Enfermagem- Carta de Alta de Enfermagem (padronizada) | | | | |
| 39 | Transferência de Responsabilidade | | | | |

Apêndice VI – Pedido de autorização à Comissão Ética para realização do estudo

ULSNA+

ULSNA-EPE
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº 2017-0191 (Nov.)
15/01/18
Sandra Oliveira

INFORMAÇÃO

N.º 5/ 2018, de 12 janeiro

De: Maria Luiza Lopes- Comissão de Ética
Para: Sr. Presidente do CA- Dr. João Moura dos Reis
C/C:

ASSUNTO: "A contratualização da segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência".

| | |
|--|---|
| <p>PARECER</p> <p>Existe 1 ref. para o projeto autualizado através de cópia de despendo,</p> | <p>DESPACHO/DELIBERAÇÃO</p> <p>João Moura dos Reis, Presidente do Conselho de Administração</p> <p>2018/01/11</p> |
|--|---|

A Sr.ª Enf.ª Sandra Cristina Pombeiro sapatinha, a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas, HSLE, solicitou autorização para realização de um projeto de intervenção no serviço, o qual pretende realizar no SU do HSLE, a esta Comissão de Ética, denominado: "A contratualização da segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência."

Junta a documentação sobre o estudo, cumpre então proceder à sua análise e informar o seguinte.

1- Enquadramento do estudo

O presente projeto de intervenção insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Gestão de Unidades de Saúde.

A linha de investigação escolhida pela requerente, assenta na necessidade de aumentar a qualidade dos registos de enfermagem.

2- Objetivos

2.1- Objetivo geral

- Garantir a segurança de cuidados, através ad elaboração de uma norma/modelo de orientação para elaboração do processo de Enfermagem no Serviço de Urgência, com linguagem CIPE, com Adaptação ao SClínico Hospitalar, de modo a assegurar o registo mínimo de dados em Enfermagem e de acordo com a norma elaborada no Departamento de Qualidade da Direção Geral de Saúde.

2.2- Objetivos específicos

MOD.07.ADM.02

CES
31.2017.

Página 1 de 3



- Analisar o conteúdo dos registos de Enfermagem dos Doentes em contexto de Urgência.
- Identificar indicadores chave, na vertente da qualidade dos registos de enfermagem indispensáveis para assegurar a monitorização, acompanhamento e avaliação da segurança dos cuidados de enfermagem.
- Desenvolver as competências dos Enfermeiros na utilização de metodologias informáticas de registo e comunicação baseada na CIPE.
- Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância dos registos de Enfermagem, na segurança dos doentes contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

3- População alvo

A população alvo no presente caso são os registos de enfermagem e não humana.

4- Tipo de Projeto

O projeto é do tipo interventivo e observacional através dos registos de enfermagem.

5- Metodologia, Instrumentos e Técnica de Recolha de Dados

A recolha de dados é efetuada através de auditorias aos registos de enfermagem, sendo lançado um questionário com a finalidade de avaliar a sensibilização da equipa de enfermagem para a importância dos seus registos, na segurança dos doentes contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

6- Tratamento de dados

O tratamento de dados far-se-á de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde.

7- Análise

A Comissão de Ética em reunião, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente projeto de intervenção e deliberou o seguinte:

O objetivo do projeto, apresenta relevância que se encontra suficientemente descrita na sumula do protocolo, contribuindo para uma melhoria na qualidade dos registos de enfermagem, os quais se afiguram de importância extrema.

Quanto às questões éticas e legais não nos parece existir qualquer suscetibilidade de não estarem salvaguardadas, pois os dados recolhidos, quer da auditoria, quer do questionário, destinam-se apenas a serem divulgados à equipa, não será invocado nenhuma identificação do titular dos registos, mas apenas a sua qualidade e requisitos de acordo com a linguagem CIPE e de acordo com o exigido pela DGS.

Por outro lado, não são tratados dados de doentes, mas apenas a forma como se efetuam os registos de enfermagem, pelo que, não é necessária a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Nesta sequência, a Comissão de Ética, delibera emitir parecer favorável e, conseqüentemente, propõe que seja autorizada a realização do projeto, subordinado ao tema: "A contratualização da segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência."



INFORMAÇÃO
N. 5/2017, de 12 de janeiro

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:

- À requerente, Sr.ª Enf.ª Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha;
- Ao Sr. Diretor do Serviço de Urgência, Dr. Juan Alba Gil;
- À Sr.ª Enf.ª Chefe do Serviço de Urgência, Catarina Aranha;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, E.P.E.

ANA LÚCIA LOPES
Presidente da Comissão de Ética e Contencioso

Anexo: Protocolo do projeto com documentação anexa.

Apêndice VII - Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Parte I

Numa primeira fase da entrevista pretende obter alguns dados gerais designadamente: Idade; género; anos de experiência profissional; anos de experiência no Serviço de Urgência; Formação em Sistema de Informação em Enfermagem nomeadamente: CIPE/SAPE, ALERT, Triagem de Manchester.

- Entregue grelha de caracterização dos Enfermeiros do Serviço de Urgência do HSLE, ULSNA EPE

Parte II – Questões da entrevista

Q1- Considera que elabora registos de Enfermagem que garantam a Segurança dos Cuidados?

Sim

Não

- **Objetivo** - Conhecer a opinião dos Enfermeiros relativamente à segurança dos registos de Enfermagem-

Q2- O que o Impede de fazer Registos de Enfermagem que garantam a segurança dos Cuidados?

- **Objetivo** - Identificar as necessidades sentidas pelos Enfermeiros para a elaboração de registos que garantam a qualidade dos cuidados.

Apêndice VIII – Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação em Estudos de Investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Declaro ter sido informado(a), por Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha, sobre o estudo: **“A Contratualização da segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência”**, que está a realizar no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Gestão de Unidades de saúde, criado pelo Despacho n.º 5040/2015, publicado em Diário da República, 2ª série – n.º 92 de 13 de Maio de 2015 e a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre, Instituto Politécnico de Portalegre, com Orientação do Professor Sérgio de Carvalho e Coorientação da Professora Graça de Carvalho.

Fui informado(a) que o estudo pretende investigar a segurança dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência do HESE, ULSNA.

Os objetivos do estudo são: Garantir a segurança dos cuidados, através da elaboração de uma norma/modelo de orientação para a elaboração do processo de Enfermagem no Serviço de Urgência, com linguagem CIPE, com Adaptação ao SClínico Hospitalar, de modo a assegurar o registo mínimo de dados em Enfermagem e de acordo com a norma elaborada no âmbito do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde; Analisar o conteúdo dos registos de Enfermagem dos Doente em contexto de Urgência e Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância dos registos de Enfermagem, na segurança dos doentes contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Compreendi que os dados são recolhidos através de Entrevista semi estruturada.

Foi-me explicado que a amostra do estudo são os Enfermeiros que desempenham funções no Serviço de Urgência.

A minha participação neste estudo consiste em responder a duas perguntas: uma pergunta fechada e uma pergunta aberta.

Aceito que durante a entrevista sejam tomadas notas.

Compreendi as garantias de confidencialidade e proteção dos dados que me dizem respeito e que me foram asseguradas. Fui também informado(a) de ter total liberdade para, em qualquer momento, desistir sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações. Considerando-me esclarecido(a), declaro participar de livre vontade.

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

Assinatura/s de quem pede consentimento: _____

Apêndice IX - Cronograma das atividades a desenvolver

Cronograma de Atividades PIS

| Atividades | Outubro 2017 | | | | Novembro 2017 | | | | Dezembro 2017 | | | | Janeiro 2018 | | | | Fevereiro 2018 | Março 2018 | Abril 2018 | Maio 2018 |
|---|--------------|------|------|------|---------------|------|------|------|---------------|------|------|------|--------------|------|------|------|----------------|--------------|--------------|-----------|
| | Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1º S | 2º S | 3º S | 4º S | 1º S | 2º S | 3º S | 4º S | 1º S | 2º S | 3º S | 4º S | 1º S | 2º S | 3º S | 4º S | De 1º a 4º S | De 1º a 4º S | De 1º a 4º S | |
| Reunião de Orientação com os Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apreciação do contexto de estágio | | | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnóstico de situação <ul style="list-style-type: none"> Análise do contexto social, económico e cultural Revisão integrativa da literatura | | | X | X | X | X | X | X | | | | | | | | | | | | |
| Definição do problema de Investigação <ul style="list-style-type: none"> Análise Documental | | | | | | | | X | X | X | | | | | | | | | | |
| Identificação de problemas parcelares <ul style="list-style-type: none"> Realização de Guião de Entrevista Realização de Entrevista Análise e Interpretação dos Resultados | | | | | | | | | | X | | | X | | | | | | | |
| Determinação de prioridades <ul style="list-style-type: none"> Avaliar da necessidade de formação à equipa de enfermagem | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | | |
| Fixação de objetivos | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | |
| Seleção de estratégias <ul style="list-style-type: none"> Realização de ação de formação em serviço Elaboração de instrução de trabalho (IT) | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | | |
| Preparação operacional | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | | |
| Avaliação | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | | | |
| Pesquisa Bibliográfica sobre o tema | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | |
| Elaboração do Relatório | | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | |

Apêndice X - Plano de Sessão da Formação



REGISTO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O SFIBD RESERVA-SE O DIREITO DA NÃO EMISSÃO DOS CERTIFICADOS SEMPRE QUE O FORMULÁRIO NÃO ESTEJA PREENCHIDO DE FORMA LEGÍVEL
1 – PLANO DE SESSÃO

| | | | |
|--|---|--|------------|
| Ação de Formação: | A CONTRATUALIZAÇÃO DA SEGURANÇA DOS CUIDADOS ATRAVÉS DA MELHORIA DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM | Serviço: | Urgência |
| Destinatários: | Enfermeiros do Serviço de Urgência do HSLE | Data: (00:00:0000) | 14-11-2017 |
| Formador: (Quando Altus, deve ser supervisionado pelo Tutor) | Sandra Sapatinha | Hora Início: (00:00) | 14h00 |
| | | Hora Fim: (00:00h) | 15h00 |
| Tutor: | Orientador Da Escola Superior De Saude De Portalegre IPP | Duração: | |
| Local de realização: | Sala De Reuniões Do Su Do Hsle | | |
| A ação de formação estava contemplada em Plano | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | Justificação: Mestrado Em Enfermagem- Gestão De Unidades De Saude | |

Objectivos gerais
(Indique a pertinência do tema para o serviço e para a população alvo)

Garantir a segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência

- Objectivos específicos**
(Indique os objectivos que se pretendem atingir, para o serviço, com esta acção formativa)
- Identificar as oportunidades de melhoria nos registos de enfermagem;
 - Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância dos registos de Enfermagem, na segurança dos doentes contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados;
 - Conhecer a opinião dos Enfermeiros relativamente à segurança dos registos de Enfermagem;
 - Identificar as necessidades sentidas pelos Enfermeiros para a elaboração de registos que garantam a qualidade dos cuidados;
 - Uniformizar métodos de registos no Serviço de Urgência;
 - Elaborar uma Instrução de Trabalho (IT) para o processo de Enfermagem no Serviço de Urgência, com linguagem CIPE, de modo a assegurar o registo mínimo de dados em Enfermagem, de acordo com a norma de qualidade da DGS, utilizando a técnica ISBAR;

MOD: 57 SFIBD.02

Fig. 1 de 4



1- PLANO DE SESSÃO (Cont.)

| METODOLOGIA E/I/D/A | Metodologia do Planeamento em Saude | INTROD. | DESENVOL. | CONCLUSÃO |
|---|--|---------|-----------|-----------|
| | 1- Diagnóstico da Situação | E | E | D |
| | 2- Determinação de Prioridades | E | E | E |
| | 3- Fixação de Objectivos | E | E | E |
| | 4- Seleção de Estratégias | E | I | I |
| | 5- Preparação Operacional | E | D | D |
| PROPOSTAS / DECISÕES: | Auto reflexão e análise | E | I | I |
| | Sensibilização da Equipa de Enfermagem | I | D | D |
| | Incentivar mudanças nas práticas de registos | I | D | D |
| | Realização de Instrução de Trabalho | | | |
| IMPACTO DA FORMAÇÃO Preenchimento obrigatório 2/4 meses após a formação | Reflexão sobre as práticas | | | |
| AVALIAÇÕES I / F / S | Questionário de avaliação da Sessão | | | |

¹Espontâneo/Interrogativo/Demonstrativo/Activo

²Inicial/Formativa/Suportiva

³Avaliação das suas ideias que o acção trouxe para o desempenho dos profissionais/serviço

MOD: 57 SFIBD.02

Fig. 2 de 4

Apêndice XI- Sessão de Formação PIS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE

V CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Gestão de Unidade de saúde



A Contratualização da segurança dos Cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência

Autor: Sandra Sapatinha

14 de Novembro de 2017

PROBLEMÁTICA

PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE

- Mestrado em Enfermagem- Gestão de Unidades de Saúde.
Escola Superior de Saúde Portalegre, Instituto Politécnico de Portalegre
- Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia Elvas da ULSNA, no período de 12 de junho a 21 de julho de 2017



ENQUADRAMENTO TEÓRICO



O Enfermeiro gestor, de acordo com os **Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** e com o **Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor**, deve criar as condições necessárias para a avaliação da satisfação dos utentes, responsabilizar-se pela garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados promovendo ações que visem a melhoria contínua da qualidade, estimular a formação contínua dos elementos da equipa, colaborar na avaliação dos cuidados e na criação de indicadores de gestão.



ENQUADRAMENTO TEÓRICO

▶ A contratualização é o processo pelo qual, partindo da avaliação das necessidades em saúde e de serviços de saúde, se estabelecem mecanismos negociais de atribuição de recursos aos serviços para prestar cuidados na base de critérios explícitos de acessibilidade, adequação e efetividade. (Escoval, 2010)

▶ De acordo com o ICN (International Council of Nurses), a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de Enfermagem.

▶ As organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adverso

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De modo a garantir a segurança dos cuidados é imperativo assegurar que os sistemas de informação da saúde integrem os dados relativos aos cuidados de Enfermagem.

A visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo, incipiente

Tal realidade impossibilita a descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações.

Torna-se necessário garantir que os sistemas de informação da saúde integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Em 2007, a Ordem dos Enfermeiros em conjunto com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) definiu o conjunto mínimo de normas para o desenvolvimento dos sistemas de informação de enfermagem

O Sistema de Informação de Enfermagem (SIE)

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)

Inovação dos registos eletrónicos de enfermagem

Resumos Mínimos de Dados

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. Diagnóstico Da Situação

Será que os registos de Enfermagem efetuados pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência do HSLE, ULSNA garantem a segurança dos cuidados de enfermagem?

1. Diagnóstico Da Situação

Análise SWOT

Auditoria aos processos de Enfermagem

- Instrumento de colheita de dados

Lista de Verificação de Registos de Enfermagem

1. Diagnóstico Da Situação – Análise SWOT

| | | |
|------------------|---|---|
| FATORES INTERNOS | PONTOS FORTES | PONTOS FRACOS |
| | <ul style="list-style-type: none"> Equipa de enfermagem dinâmica; Bom relação multidisciplinar; Envolver a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência de forma pro-ativa; Colaboração com elementos de referência nomeadamente com os Bos de Ligação do Risco, GPLC-PPCIRA e Responsável pela formação em Serviço Objetivo da Unidade Orgânica - Assegurar Cuidados de Enfermagem, na procura permanente da excelência do exercício profissional, tendo como suporte os padrões de qualidade assumidos como carta de qualidade dos cuidados de Enfermagem | <ul style="list-style-type: none"> Alert Não Utilização do Sclínico Hospitalar Falta de formação dos Enfermeiros em registos de enfermagem em SClínico Hospitalar Inexistência de normas de procedimentos sobre a realização dos registos uniformizados de enfermagem no Sclínico; Não existência de indicadores sobre os registos de Enfermagem Ausência dos registos. |
| FATORES EXTERNOS | OPORTUNIDADES | AMEAÇAS |
| | <ul style="list-style-type: none"> Melhoria da qualidade e segurança dos registos de Enfermagem Criação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem Aplicação de um questionário de diagnóstico de situação e opinião dos enfermeiros Parametrização e uniformização dos registos de enfermagem no Sclínico Hospitalar; Elaboração e implementação de um guia orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem em SClínico Hospitalar Confiabilidade e exatidão na Informação; | <ul style="list-style-type: none"> Desmotivação Resistência à Mudança |

1. Diagnóstico Da Situação

Lista de Verificação para Registo de Enfermagem em ALERT – Serviço de Urgência-HSLE

| ITEM EM apreciação | Nº processo | | |
|---|-------------|---|----|
| | S | N | NA |
| Doença atual | | | |
| Questão: Itagem | | | |
| Enfermeiro Responsável | | | |
| Histórico | | | |
| Alergias | | | |
| Hábitos de consumo | | | |
| Exame Físico e Monitorizações | | | |
| Sinais vitais e Outros | | | |
| Avaliação física | | | |
| Diagramas corporais | | | |
| Biometria | | | |
| Fatores e avaliação do risco (doença cardiovascular; Diabetes Mellitus; Grau de Risco de Diabetes tipo 2) | | | |
| Decisão Clínica | | | |
| Evolução do Episódio- notas do enfermeiro | | | |
| Terapêutica | | | |
| Medicação | | | |
| Monitorizações | | | |
| Procedimentos | | | |
| Educação para a saúde | | | |
| Pensos- tratamentos de feridas | | | |
| Dieta | | | |
| Área de Enfermagem | | | |
| Processo de Enfermagem – Avaliações de Enfermagem | | | |
| Aspectos Gerais | | | |
| Avaliação Inicial de Enfermagem | | | |
| Plano de Cuidados de Enfermagem | | | |
| Alocação de caring do paciente | | | |
| Notas de Enfermagem | | | |
| Registos históricos | | | |
| Balanco hídrico | | | |
| Diurese | | | |
| Registo de drenagens | | | |
| Posicionamentos | | | |
| Escala de Avaliação | | | |
| Escala de avaliação Braden | | | |
| Escala de avaliação Morse | | | |
| Índice de Barthel | | | |
| Escala de Karnofsky | | | |
| Ferramenta de rastreio de desnutrição (MUST) | | | |
| Alta | | | |
| Nota de Alta de Enfermagem- Carta de Alta de Enfermagem (padronizada) | | | |
| Transferência de Responsabilidade | | | |

2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Quais os doentes a auditar?

Quem seriam os doentes cuja ausência de um **resumo mínimo de dados de enfermagem**, nos registos de Enfermagem comprometia a sua segurança no SU

Janeiro/Fevereiro 2017

| SU | Vermelho | Laranja | Amarelo | Verde | Azul | Branco | Não aplicável | Total Doentes Admitidos | Total Doentes Triados |
|---------------------------|-----------|--------------|--------------|--------------|------------|------------|---------------|-------------------------|-----------------------|
| HDJMG-URGÊNCIA GERAL | 20 | 548 | 1 651 | 1 678 | 51 | 207 | 2 | 4 157 | 4 155 |
| HDJMG-URGÊNCIA OBSTÉTRICA | | 74 | 75 | 22 | 8 | 16 | | 195 | 195 |
| HDJMG-URGÊNCIA PEDIÁTRICA | | 85 | 551 | 533 | | | 1 | 1 170 | 1 169 |
| SUB PONTE DE SÔR | 14 | 303 | 1 326 | 1 999 | 8 | 26 | | 3 676 | 3 676 |
| SUB-HSLE | 20 | 524 | 2 049 | 1 933 | 82 | 64 | 10 | 4 682 | 4 672 |
| Total Geral | 54 | 1 634 | 5 662 | 6 166 | 149 | 313 | 13 | 13 880 | 13 861 |

2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Quais os doentes a auditar?

Quem seriam os doentes cuja ausência de um **resumo mínimo de dados de enfermagem**, nos registos de Enfermagem comprometia a sua segurança no SU

Amarelo- Urgente

Laranja- Muito Urgente

- 4 horas ou mais SU – Riscos

3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Finalidade/objetivo Geral:

Assegurar a segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência

3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

▶ Objetivos Específicos:

- Analisar o conteúdo dos registos de Enfermagem dos Doente em contexto de Urgência;
- Identificar indicadores chave, na vertente da qualidade dos registos de enfermagem indispensáveis para assegurar a monitorização, acompanhamento e avaliação da segurança dos cuidados de enfermagem;
- Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância dos registos de Enfermagem, na segurança dos doentes, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados
- Elaborar de uma norma/modelo de orientação para a elaboração do processo de Enfermagem no Serviço de Urgência, com linguagem CIPE, com Adaptação ao SClínico Hospitalar, de modo a assegurar o registo mínimo de dados em Enfermagem e de acordo a **Norma da DGS**

4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS



Envolver os Elementos Chaves do Serviço (Elos de ligação de: Risco, GCPL PPCIRA, Responsável pela formação em Serviço) de modo a sensibiliza-los para a importância dos registos de Enfermagem,



Realizar de ações de formação em Serviço com os temas:
 1. Contratualização dos cuidados de saúde e Segurança dos cuidados de Enfermagem
 2. Sistemas de Informação em Enfermagem- Utilização da linguagem CIPE
 3. Registos de Enfermagem- Resumo mínimo de Dados



Elaborar uma norma /modelo orientador de boas práticas para a elaboração dos registos de enfermagem no SU

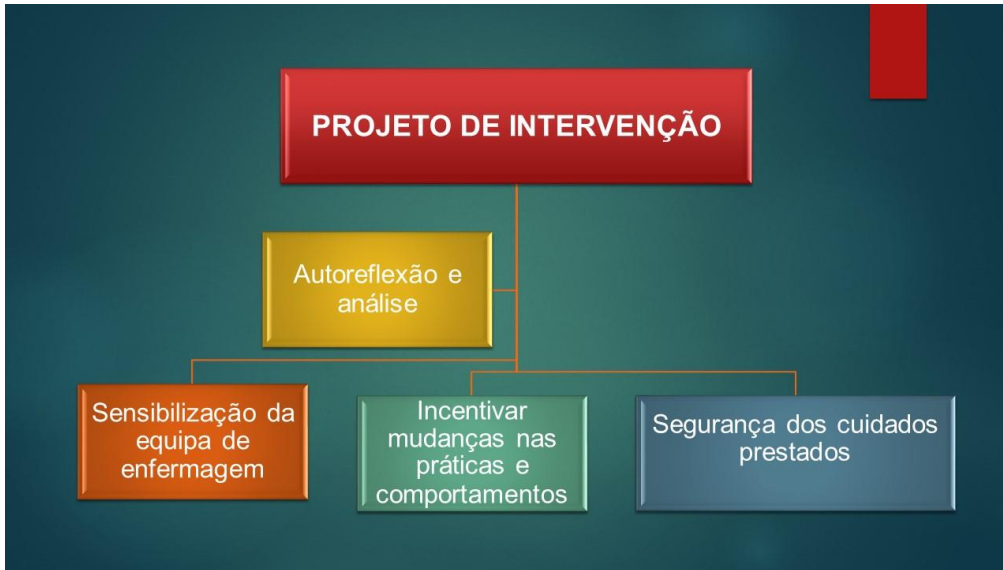
5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

| Data | JUNHO | | | | JULHO | | | |
|--|-------|------|------|------|-------|------|------|------|
| | 1º S | 2º S | 3º S | 4º S | 1º S | 2º S | 3º S | 4º S |
| Atividades | | | | | | | | |
| Reunião de Orientação com os Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio | X | | | | | | | |
| Pesquisa Bibliográfica sobre o lema do PIS | | X | X | X | X | | | |
| Elaboração do Projeto | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Contextualização do Problema | X | X | | | | | | |
| Apresentação da temática do projeto aos Orientadores Pedagógicos e Orientador de Estágio | | X | | | | | | |
| Diagnóstico da Situação | | X | X | | | | | |
| Determinação de Prioridades | | | X | X | | | | |
| Fixação de Objetivos | | | X | X | | | | |
| Seleção de Estratégias | | | X | X | X | | | |
| Preparação Operacional | | | | X | X | X | | |
| Avaliação teórica | | | | | X | X | X | |
| Envio do Projeto com Requerimento | | | | | | | | X |

6. AVALIAÇÃO

▶ Questionário com a finalidade de avaliar a Sensibilização da equipa de Enfermagem para a importância dos registos de Enfermagem, na segurança dos doentes contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados

▶ Indicador do processo: nº de enfermeiros presentes nas ações/ nº total de enfermeiros x 100



O Homem bem sucedido na vida é aquele que dispõe, no momento exato, da melhor informação.

Paulino, 2006

To be continued....

Obrigada

| Resumo mínimo de dados - Hospitalar | Registos de Enfermagem - Contribuição da Segurança na Transição de cuidados de saúde Mnemónica ISBAR |
|---|---|
| Aceitação do estado de saúde Adesão ao regime medicamentoso / dietético Aspiração Autocuidado: - Alimentar-se - Cuidar da higiene pessoal - Vestir-se e despir-se - Uso do sanitário - Transferir-se - Andar Cair Desidratação Dor Excesso de peso Incontinência urinária Insónia Limpeza das vias aéreas Malnutrição Medo Rigidez articular Tomar conta Úlcera de pressão | I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação significativa/cuidador informal. S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde B Antecedentes/ Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, direções antecipadas de vontade A Avaliação Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas R Recomendações Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente |
| | a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Serviço de origem/destinatário; e) Identificação da pessoa a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDI) realizados ou a realizar. a) Antecedentes clínicos; b) Níveis de dependência; c) Direções antecipadas de vontade; d) Alergias conhecidas ou da sua ausência; e) Hábitos relevantes; f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; g) Técnicas invasivas realizadas; h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador. a) Problemas ativos; b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativos. a) Indicação do plano de continuidade de cuidados; b) Informação sobre consultas e MCDI agendados; c) Identificação de necessidades do cuidador informal. |

Referencias Bibliográficas



- ACSS (2016). Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2017. Acedido em 10 de Junho de 2017 em http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/12/Contratualizacao_Cuidados_SNS_Termos_Referencia_2017.pdf
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança [APEGEL] (2010). Referencial de Competências do Enfermeiro Gestor. Acedido a 2 de Julho de 2017 em <http://www.apegel.org/documentos.aspx>
- Bettencourt, M. (2008). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Revista Ordem dos Enfermeiros. Responsabilidade Profissional VIII Seminário de Ética. Numero 29.
- Eiras, M. (2014). *O Papel Da Liderança E A Cultura De Segurança Do Doente Nos Hospitais*. Revista Gestão Hospitalar. Associação Portuguesa De Administradores Hospitalares (APAH).
- Escoval, A. (2003). *Evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português*. Tese de doutoramento em Organização e Gestão de Empresas. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa do Instituto Universitário de Lisboa. Acedido em 4 de Julho de 2017 em http://www.contratualizacao.minsaude.pt/downloads_contrat/investiga%C3%A7%C3%A3o/tesedoutoramentoanaescoval.pdf

Referencias Bibliográficas



- Escoval, A. (2010). *O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996- 2005)*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, (9), 7-24. Acedido em 4 de Julho de 2017 em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volumetematico-contratualizacao/EC-02-2009.pdf>
- Huryk, L. (2010). *Factors influencing nurses' attitudes towards healthcare information technology*. Journal of Nursing Management. Vol. 18, Nº5 (Jul 2010), p. 606-612
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Institute Of Internal Auditors (2010). *Normas Internacionais Para A Prática Profissional De Auditoria Interna (Normas)*. Acedido em 17 de Junho de 2017 em <https://na.theia.org/standardsguidance/Public%20Documents/PPF%202013%20Portuguese.pdf>
- Melo e Gonçalves (1996). *Formação em serviço em enfermagem*. Formar. Lisboa: nº 19/20 (Set.), p. 42-47.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento Conceptual. Divulgar. Acedido a 30 de Junho de 2017
- Ordem Dos Enfermeiros (2004). *Certificação de competências. Condição de exercício*. Acedido a 30 de Junho de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_14_Outubro_2004.pdf

Referencias Bibliográficas




- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem*. Revista Número 17, Julho.
- Ordem Dos Enfermeiros. (2006). *Tempo de mudança* Acedido a 29 de junho de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_22_Julho_2006.pdf
- Ordem Dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de Posição sobre a Segurança do Cliente, Parecer do Conselho Jurisdicional*. Acedido em 1 de Julho de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf
- Ordem Dos Enfermeiros. (2007). *Individualização das Especialidades em Enfermagem. Fundamento e Proposta de Sistema. 2007* Acedido a 30 de Junho de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_26_Junho_2007_suplemento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Acedido em 18 de junho de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmdc_indicadores-vfout2007.pdf
- Ordem Dos Enfermeiros (2011). *Condições do Exercício*. Parecer do Conselho Jurisdicional 248, Acedido em 30 de junho de 2017 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE2final.pdf>

Referencias Bibliográficas



- Ordem Dos Enfermeiros (2017). *Análise Dos Resultados Do Inquérito Sobre Sistemas De Informação Em Enfermagem*. Acedido em 30 de junho de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/sie/Documents/Resultados_InqueritoSIE_Fevereiro2017.pdf
- Pereira, L. L.; Takahashi, R. T. (1991). *Auditoria em enfermagem*. Kurcgant, P. (coord). Administração em Enfermagem. São Paulo: EPU. Cap. 17, p.215-222
- Pineault, R.; Daveluy, C. (1987) – *La planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias*. 1.ª edición. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión, 1987. 380p.
- Santos, E; Fernandes, A. (2004). *Pratica Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada*. Revista Referencia nº 11.
- Silva, M. S. N. (2011). *O acesso aos cuidados de enfermagem após alta hospitalar: uma análise do impacto da partilha de informação*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto:2011. Tese Mestrado. Acedida a 1 de Julho de 2017 em: <http://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/26619>
- Sousa, M. J.; Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor. ISBN 978-989-693-001-1
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Apêndice XII- Instrução de Trabalho- Registos de Enfermagem- Serviço de Urgência

| | |
|---|--|
|  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO – EPE | IT-00-URG/HELVAS Registos de Enfermagem – Serviço de Urgência |
|---|--|

1.OBJECTIVO

- Uniformizar Registos de Enfermagem para assegurar uma **comunicação Segura**;
- Uniformizar Registos de Enfermagem que contemplem um **Resumo Mínimos de Dados de Enfermagem** e conseqüentemente a segurança dos cuidados;
- Assegurar a **comunicação eficaz** e a continuidade dos cuidados, na transferência de informação, para segurança do doente.

Enquadra-se no Enunciado Descritivo dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros - **A organização dos cuidados de enfermagem** - Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem-

São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Documentos de referência

- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020
- Norma n.º 001/2017 da DGS - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde
- Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde

2.2 Conceitos

Comunicação eficaz entre profissionais de saúde: Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambigüidade, atempada e compreendida pelo recetor.

ISBAR: ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.

| | | |
|-----------|------------------|---------------|
| Edição 01 | Data. XX.XX.2018 | Página 1 de 6 |
|-----------|------------------|---------------|

| | |
|---|--|
|  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - ULSNA | IT-00-URG/HELVAS Registos de Enfermagem – Serviço de Urgência |
|---|--|

Resumo mínimo de dados de enfermagem - o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos utilizadores dos dados no sistema de saúde

Segurança do doente: redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.

Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), integrado no Sistema Nacional de Informação de Saúde, e considerando o potencial dos registos de enfermagem, deverá possibilitar a gestão da informação em qualquer ponto do contínuo “máximo / mínimo” de dados e a produção de conhecimento.

Transmissão de informação: comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados.

2.3 Siglas

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção geral da saúde

ISBAR - (Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation)

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros


SIE - Sistema de Informação de Enfermagem

SU – Serviço de urgência

3. DESCRIÇÃO

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a problemas específicos, melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do Serviço Nacional de Saúde sendo um dos objetivos estratégicos - **Aumentar a segurança da comunicação**

| | | |
|-----------|------------------|---------------|
| Edição 01 | Data. XX.XX.2018 | Página 2 de 6 |
|-----------|------------------|---------------|

| | |
|---|--|
|  | IT-00-URG/HELVAS Registos de Enfermagem – Serviço de Urgência |
|---|--|

Os registos de enfermagem são um meio de demonstrar o trabalho executado pela equipa de enfermagem, constituindo um indicador de qualidade da prestação de cuidados.


De acordo com o enunciado para os Registos de Enfermagem em vigor para os responsáveis pelo processo de transmissão de informação, são definidos nesta Instrução de Trabalho, os princípios para a realização de Registos de Enfermagem, no Serviço de Urgência que garantam a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

| | |
|---------|--|
| O quê? | Registos de Enfermagem no Serviço de urgência |
| Quem? | Enfermeiros a desempenhar funções no posto de trabalho Balcão Geral |
| Como? | Realização de Registo Mínimos de Dados - Hospitalar, com linguagem CIPE, de acordo com a norma de qualidade da DGS Transição de cuidados de saúde , utilizando a técnica ISBAR; |
| Quando? | Sempre que existam doentes triados de Amarelo e/ou Laranja com mais de 4 horas de permanência no Serviço de Urgência |
| Onde? | Sistema Informático - Sistema de Informação em Enfermagem |

4. RESPONSABILIDADES


| Ações | Responsabilidade |
|---|--|
| I- Identificação Verificar Identificação e localização precisa do doente | Enfermeiro a desempenhar funções no posto de trabalho Balcão Geral |
| S - Situação Atual/Causa Verificar: a) Data e hora de admissão; b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde – Triagem c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar. | Enfermeiro a desempenhar funções no posto de trabalho Balcão Geral |

| | | |
|-----------|------------------|---------------|
| Edição 01 | Data. XX.XX.2018 | Página 3 de 6 |
|-----------|------------------|---------------|

| | |
|---|--|
|  <p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE</p> | <p>IT-00-URG/HELVAS Registos de Enfermagem – Serviço de Urgência</p> |
|---|--|

| | |
|--|---|
| <p>B - Antecedentes/ Anamnese</p> <p>Registrar:</p> <p>a) Antecedentes clínicos</p> <p>b) Níveis de dependência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentar-se – Independente/parcialmente dependente/ Totalmente dependente • Cuidar da higiene pessoal – Independente/parcialmente dependente/ Totalmente dependente • Vestir-se e despir-se – Independente/parcialmente dependente/ Totalmente dependente • Uso do sanitário – Independente/parcialmente dependente/ Totalmente dependente • Transferir-se – Independente/parcialmente dependente/ Totalmente dependente • Andar – Independente/parcialmente dependente/ Totalmente dependente <p>c) Diretivas antecipadas de vontade- Testamento Vital (RENTEV)</p> <ul style="list-style-type: none"> • DAV: Não ___ Sim ___ Quais? <p>d) Alergias conhecidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não/sim - Quais <p>e) Hábitos relevantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não ___ Sim ___ Quais? <p>f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não ___ Sim ___ <p>g) Técnicas invasivas realizadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de Cateter venoso periférico – local, data • Presença de Cateter vesical – data • Presença de Entubação Nasogástrica- data • Aspiração | <p>Enfermeiro a desempenhar funções no posto de trabalho Balcão Geral</p> |
|--|---|

| | | |
|-----------|------------------|---------------|
| Edição 01 | Data. XX.XX.2018 | Página 4 de 6 |
|-----------|------------------|---------------|

| | |
|--|---|
|  <p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE</p> | <p>IT-00-URG/HELVAS Registos de Enfermagem – Serviço de Urgência</p> |
| <p>h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização de Zaragatoas, segundo protocolo do Serviço <p>i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Domicilio/Casa de familiar/Lar/UCC | |
| <p>A – Avaliação Registrar:</p> <p>a) Problemas ativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnósticos de Enfermagem- CIPE <p>b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registo de terapêutica prescrita e procedimentos <p>c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhorado /Piorado /mesmo estado <p>d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</p> <p>- Intervenções de Enfermagem – CIPE</p> <p>Avaliar Risco Queda - Escala de Morse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otimizar ambiente Físico • Grades no leito • Vigiar comportamento <p>Avaliar Risco Ulcera Por Pressão - Escala de Morse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aliviar zona de pressão através de dispositivos • Vigiar sinais de Ulcera de Pressão- | <p>Enfermeiro a desempenhar funções no posto de trabalho Balcão Geral</p> |
| <p>R - Recomendações Registrar:</p> <p>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;</p> <p>b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;</p> <p>c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p> | <p>Enfermeiro a desempenhar funções no posto de trabalho Balcão Geral</p> |

5. REGISTOS

| | | |
|-----------|------------------|---------------|
| Edição 01 | Data. XX.XX.2018 | Página 5 de 6 |
|-----------|------------------|---------------|

| | |
|--|--|
|  <small>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE</small> | IT-00-URG/HELVAS Registos de Enfermagem – Serviço de Urgência |
|--|--|

| Identificação | Indexação | Responsável pelo Arquivo | Arquivo Vivo | Arquivo Morto |
|---------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|
| Sistema Informático | Sistema de Informação | Serviço Informático | Sistema informático | Sistema informático |

6. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

| Edição | Ponto Alterado | Descrição |
|--------|----------------|-----------|
| | | |
| | | |

7. APROVAÇÃO

| | | | |
|---|----------------|--------------|-----------------|
| Edição 01 Data.XX.XX.2016 Página X de X | Elaborado Por: | Revisto Por: | Autorizado Por: |
|---|----------------|--------------|-----------------|

| | | |
|-----------|------------------|---------------|
| Edição 01 | Data. XX.XX.2018 | Página 6 de 6 |
|-----------|------------------|---------------|

Apêndice XIII – Reformulação de Pedido de autorização à Comissão Ética para realização do estudo

*cap. E.F., no entanto
parece-me que deveria
ser uma estada mais
casual e
com unidades
dos Respostários pela SUIB*

João Moura Reis
Presidente do Conselho de Administração

Exmo. Sr. Presidente do Conselho
de Administração da ULSNA, EPE

Assunto: Reformulação do Pedido de parecer e autorização de estudo
estudo - 2018/02/02

Eu, Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas com o n.º mecanográfico 260617, venho por este meio reformular o pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética da ULSNA, EPE, acerca do assunto abaixo apresentado:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Gestão de Unidades de saúde, criado pelo Despacho n.º 5040/2015, publicado em Diário da República, 2ª série – n.º 92 de 13 de Maio de 2015 e a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre, encontro-me a realizar um estágio no Serviço de Urgência do Hospital Santa Luzia, Elvas com a respetiva duração de 320 horas que decorre até 2 de fevereiro de 2018. Após uma primeira apreciação por parte de vossa excelência, retifico o tema do projeto para “A Gestão da Segurança dos cuidados, através da melhoria dos registos de Enfermagem no Serviço de Urgência”.

Este estudo terá como objetivo: Garantir a segurança dos cuidados, através da elaboração de uma norma/modelo de orientação para a elaboração do processo de Enfermagem no Serviço de Urgência, com linguagem CIPE, de acordo com a norma de qualidade da DGS e de modo a assegurar o registo mínimo de dados em Enfermagem. Pretende-se ainda que, através da conceção e implementação deste projeto sejam desenvolvidas e atingidas as competências de mestre em enfermagem e que a evidência resultante possa ser uma mais-valia para a comunidade científica e para a ULSNA, EPE. Comprometo-me em garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos, e em informar os enfermeiros do serviço de Urgência sobre o projeto a decorrer. Junto anexo um pequeno resumo do projeto que pretendo realizar para uma melhor compreensão e clarificação dos objetivos. Atenciosamente, pede deferimento.

Elvas, 31 de Janeiro de 2018

Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha
Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha

*As responsabilidades pela SUIB, Dr. João Alcaide
e o Dr. António Amândio para se pronunciarem
sobre o estudo e a sua
2018-02-07*

ARACELIA LOPES
Secretária do Serviço
Jurídico e Contencioso

ULSNA-EPE
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº 201707191 (Nov.)
31/01/18
Sandra Oliveira



INFORMAÇÃO

N.º 11/ 2018, de 20 fevereiro


T.C.
Notif. pte
2018-02-21
MARIA LUÍZA LOPES
Ker. Serviço de Serviço
Médico Contencioso

De: Maria Luíza Lopes- Comissão de Ética

Para: Sr. Presidente do CA- Dr. João Moura dos Reis

C/C:

ASSUNTO: "A gestão da segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência".

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">PARECER</p>  <p style="text-align: center;">João Moura Reis Presidente do Conselho de Administração</p> <p style="text-align: right;">20180221</p> | <p style="text-align: center;">DESPACHO/DELIBERAÇÃO</p> <p><i>atendendo a efetivação dos estudos e a que as medidas nas áreas de efetivação a implementação do sentido da Lei</i></p> |
|--|---|

Na sequência do projeto de intervenção supra identificado e, em cumprimento do despacho exarado por V. Exa, e solicitados os esclarecimentos necessários quer à requerente, quer aos responsáveis pelo Serviço de Urgência de Elvas, bem como a junção da Norma da DGS, n.º 1, de 8 de fevereiro de 2017, cumpre informar o seguinte:

- 1- O projeto de intervenção que a requerente se propõe levar a cabo, foi sentido como uma necessidade como decorre das informações do SR. Diretor e da Sr.ª Enf.ª Chefe do Serviço de Urgência do HSLE.
- 2- Os objetivos do projeto que visam garantir a segurança na transição de cuidados, mais do que um desiderato, constituem uma imposição da Direção Geral da Saúde, a qual emanou a norma n.º 1, de 8 de fevereiro de 2017.
- 3- Esta Norma para efeitos de uniformização de uma comunicação na transferência de cuidados entre as equipas prestadoras, determinou que fosse utilizada a técnica de ISBAR, sigla que corresponde a: I- *Identify* (identificação), S- *situation* (situação atual), B- *Background* (antecedentes), A- *Assessment* (avaliação) e R- *Recommendation* (Recomendações).
- 4- Estes são assim os itens que de acordo com a Norma são considerados essenciais e imprescindíveis para que a comunicação seja eficaz entre as diferentes equipas prestadoras de cuidados, visando a segurança do doente.

Em suma:

Atendendo a que a requerente invoca o cumprimento da Norma da DGS, constituindo esta norma uma obrigatoriedade e, tratando-se também de uma necessidade sentida pelos Responsáveis do SU do HSLE, somos do parecer que o projeto requerido deverá ser autorizado.

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:

MOD.07.ADM.02

| | |
|--|--------------|
| UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, E.P.E. | |
| SECRETARIADO | |
| Entrada N.º | 20170191-ker |
| Data | 20/02/2018 |
| <i>Parlamentado</i> | |



INFORMAÇÃO
N. 11/2018, de 20 de fevereiro

- À requerente, Sr.ª Enf.ª Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha;
- Ao Sr. Diretor do Serviço de Urgência, Dr. Juan Alba Gil;
- À Sr.ª Enf.ª Chefe do Serviço de Urgência, Catarina Aranha;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, E.P.E.

MARIA LÚCIA LOPES
responsável do Serviço
Jurídico e Contentioso

Anexo: Protocolo do projeto com documentação anexa.

Apêndice XIV – Instrução de Trabalho (IT) - Enfermeiro Responsável de Turno



IT-04-URG/HElvas
Enfermeiro Responsável de Turno

1. OBJECTIVO

Definir as competências/conteúdo funcional (funções e responsabilidades) dos Enfermeiros que são designados como Responsável de Turno.

Enquadra-se nos Padrões de Qualidade de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no ponto **3 ENUNCIADO DESCRITIVO - 3.6 Organização dos Cuidados de Enfermagem.**

2. DEFINIÇÕES

2.1 - Documentos de referência

- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros
- Código Deontológico do enfermeiro
- REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- Regime Legal da Carreira de Enfermagem
- Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais


2.2 - Siglas

URG - Urgência

3. DESCRIÇÃO

De acordo com o enunciado no Sistema de Avaliação de Desempenho em vigor para a carreira de Enfermagem, são genericamente definidos nesta Instrução de Trabalho, os principais condicionalismos, responsabilidades/atribuições e funções dos "Responsáveis de turno"


É designado de entre os enfermeiros pelo Enfermeiro Chefe do Serviço, e que não correspondendo a nenhuma categoria oficialmente estabelecida, é uma distinção internamente reconhecida e valorizada, que se traduz num relativo acréscimo de autoridade técnica e social na gestão das situações de trabalho.

| | |
|---|---|
|  <p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE</p> | <p>IT-04-URG/HElvas Enfermeiro Responsável de Turno</p> |
|---|---|

4. RESPONSABILIDADES

| Ação | Responsável |
|--|---|
| Substituir o Enfermeiro Chefe/Responsável do Serviço na sua ausência e/ou impedimento; | Enf ^o Responsável de Turno |
| Respeitar e fazer respeitar as normas e os protocolos inerentes ao serviço/instituição; | |
| Providenciar para que em situações inesperadas, o serviço fique devidamente assegurado; | |
| Alterar se necessário o plano de trabalho de acordo com as faltas inesperadas ou trocas de turno de última hora; | |
| Promover um bom ambiente de trabalho e espírito de equipa; | |
| Gerir conflitos , mantendo espírito de equipa, promovendo uma boa comunicação; | |
| Coordenar a equipa de enfermagem e de Assistentes Operacionais em conformidade com as necessidades de cada situação específica; | |
| Estabelecer prioridades e linhas de ação que promovam a qualidade dos cuidados de Enfermagem e a eficácia do funcionamento do SU; | |
| Gerir recursos humanos e materiais; | |
| Supervisionar a saída de materiais/ equipamentos para outros serviços; | |
| Gerir os horários das refeições dos elementos da equipa; | |

| | | |
|-----------|------------------|---------------|
| Edição 01 | Data. 01.06.2016 | Página 2 de 4 |
|-----------|------------------|---------------|

| | |
|---|---|
|  <p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE</p> | <p>IT-04-URG/HElvas Enfermeiro Responsável de Turno</p> |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>Delegar funções sempre que necessário;</p> | |
| <p>Acompanhar a integração dos elementos da equipa;</p> | |
| <p>Monitorização periódica da integração dos elementos, juntamente com o elemento integrador e o chefe de serviço;</p> | |
| <p>Registar avarias que ocorram durante o turno e se possível providenciar para que sejam resolvidas;</p> | |
| <p>Supervisionar a limpeza do serviço;</p> | |
| <p>Supervisão do trabalho dos Assistentes Operacionais;</p> | |
| <p>No final de cada turno fazer os registos relevantes no Livro de ocorrências do serviço e transmitir ao colega responsável do turno seguinte informações relevantes para a continuidade dos cuidados.</p> | |


5. REGISTOS

| Identificação | Indexação | Responsável pelo Arquivo | Arquivo Vivo | Arquivo Morto |
|---------------|-------------------|--------------------------|--------------|---------------|
| Registos | Livro ocorrências | Enfermeiros | Permanente | Permanente |
| | | | | |

6. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

| Edição | Ponto Alterado | Descrição |
|--------|----------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|-----------|------------------|---------------|
| Edição 01 | Data. 01.06.2016 | Página 3 de 4 |
|-----------|------------------|---------------|

| | |
|---|---|
|  UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE | IT-04-URG/HElvas Enfermeiro Responsável de Turno |
|---|---|

7. APROVAÇÃO

| | | | |
|---|---|--|---|
| Edição 01 Data.01.06.2016 6 Página 01 de 03 | Elaborado Por: Catarina Aranha Sandra Sapatinha | Revisto Por: M ^a José Branquinho M ^a Jesus Gomes | Autorizado Por: Direção de Enfermagem |
|---|---|--|---|

| | | |
|-----------|------------------|---------------|
| Edição 01 | Data. 01.06.2016 | Página 4 de 4 |
|-----------|------------------|---------------|

Apêndice XV - Sessão de Formação- SIADAP 3 Avaliados



Formação em Serviço

Serviço de Urgência HSLE

Enfermeira Chefe Catarina Aranha - 1º Avaliador

Enfermeira Sandra Sapatinha - 2º Avaliador

SIADAP



SIADAP

Formação em Serviço

Objectivos Específicos

- ✚ Identificar os objectivos e parâmetros de avaliação do SIADAP₃
- ✚ Conhecer as fases do processo de avaliação (planeamento; auto avaliação e avaliação; harmonização; entrevistas de orientação e reorientação; contratualização dos parâmetros; validação e reconhecimentos; apreciação da comissão paritária; homologação; reclamação e outras impugnações.
- ✚ Reflectir acerca dos comportamentos profissionais inerentes à enfermagem que vão estar em foco no subsistema de avaliação.
- ✚ Conhecer as competências legais dos intervenientes no processo de avaliação do desempenho dos profissionais de enfermagem

SIADAP

Formação em Serviço

OBJETIVO GERAL

- ✚ Conhecer/Compreender o Modelo de Avaliação de Desempenho dos trabalhadores da Carreira Especial de Enfermagem (SIADAP₃)





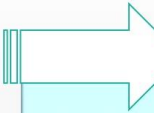
SIADAP
Formação em Serviço

SIADAP

SIADAP – CARREIRA ESPECIAL DE ENFERMAGEM ((Portaria n.º 242/2011 de 21 de Junho e Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro)

Sistema integrado de avaliação do desempenho dos trabalhadores da administração pública, que se aplica a todos os trabalhadores, cujo respetivo contrato de trabalho seja superior a doze meses.


É um processo bienal (2013/2014... 2015/2016...)



SIADAP
Formação em Serviço

OBJETIVOS DO SIADAP

- ✦ Contribuir para a melhoria da gestão da Administração Pública em razão das necessidades dos utilizadores e alinhar a atividade dos serviços com os objetivos das políticas públicas
- ✦ Desenvolver e consolidar práticas de avaliação e autorregulação da Administração Pública
- ✦ Identificar as necessidades de formação e desenvolvimento profissional adequadas à melhoria do desempenho dos serviços, dos dirigentes e dos trabalhadores



SIADAP
Formação em Serviço

- ✦ Promover a motivação e o desenvolvimento das competências e qualificações dos dirigentes e trabalhadores, favorecendo a formação ao longo da vida
- ✦ Reconhecer e distinguir serviços, dirigentes e trabalhadores pelo seu desempenho e pelos resultados obtidos e estimulando o desenvolvimento de uma cultura de excelência e qualidade

SIADAP

Formação em Serviço

- ✚ Melhorar a arquitetura de processos, gerando valor acrescentado para os utilizadores, numa ótica de tempo, custo e qualidade
- ✚ Melhorar a prestação de informação e a transparência da ação dos serviços da Administração Pública
- ✚ Apoiar o processo de decisões estratégicas através de informação relativa a resultados e custos, designadamente em matéria de pertinência da existência de serviços, das suas atribuições, organização e atividades

SIADAP

Formação em Serviço

- 3- **Universalidade e flexibilidade** - aplicação dos sistemas de gestão do desempenho a todos os serviços, dirigentes e trabalhadores tendo em conta as situações específicas de cada serviço / situação
- 4- **Transparência e imparcialidade** – Utilização de critérios objetivos na gestão de desempenho, incidindo em indicadores de desempenho mensuráveis e dá-los a conhecer a todos os intervenientes no processo

SIADAP

Formação em Serviço



PRINCIPIOS DO SIADAP:

- 1- **Coerência e Integração** - união dos esforços de todos os colaboradores (serviços, dirigentes e trabalhadores) em prol dos objetivos e execução de políticas públicas.
- 2- **Responsabilidade e desenvolvimento**
 - reforço do sentido de responsabilidade de trabalhadores e dirigentes pelos resultados dos serviços
 - articulação dos sistemas organizacionais e processos de trabalho
 - desenvolvimento das competências dos colaboradores e dirigentes

SIADAP
Formação em Serviço

5- **Eficácia** – cumprimento dos objetivos previstos pela orientação das ações dos serviços, dirigentes e trabalhadores

6- **Eficiência** – gestão adequada dos recursos face aos resultados produzidos, com os serviços prestados

7- **Qualidade** – gestão dos princípios descritos com segurança para todos os intervenientes

SIADAP
Formação em Serviço

8 – **Publicidade** – divulgação da avaliação dos dirigentes e trabalhadores

9- **Participação dos dirigentes e dos trabalhadores na fixação dos objetivos dos serviços** – envolvimento de todos os intervenientes na gestão do desempenho proporcionando melhoria nos processos de trabalho e avaliação dos serviços

SIADAP
Formação em Serviço

SIADAP 1
ULSNA

SIADAP 2
Directores de : Departamentos;
Unidades; Intermédios

SIADAP 3
Enfermeiros, Médicos, Outros
Técnicos

SIADAF

Formação em Serviço

Requisitos funcionais para avaliação

No caso de quem, no biénio anterior, **tenha relação jurídica de emprego público com pelo menos 1 ano mas não tenha o correspondente serviço efetivo** ou não tenha o contacto funcional com os avaliadores pelo período exigível e não tenha obtido decisão favorável do Conselho Coordenador da Avaliação, **não é realizada avaliação**.

Nestes casos **releva**, para efeitos da respetiva carreira, a **última avaliação atribuída**, não incidindo sobre os trabalhadores abrangidos por esta medida as percentagens definidas na lei.

Caso o titular da relação jurídica de emprego público não tenha avaliação que releve ou se pretender a sua alteração, **requer avaliação do biénio**, feita pelo Conselho Coordenador da Avaliação, mediante proposta de avaliador especificamente nomeado pelo dirigente máximo do serviço.

SIADAP

Formação em Serviço

Requisitos funcionais para avaliação

No caso de trabalhador que, no biénio anterior, tenha relação jurídica de emprego público com, pelo menos, **1 ano e o correspondente serviço efetivo**, independentemente do serviço onde o tenha prestado, o desempenho é objeto de avaliação nos termos do presente título.

Se no decorrer do biénio anterior e ou período temporal de prestação de serviço efetivo se sucederem vários avaliadores, o que tiver competência para avaliar no momento da realização da avaliação deve recolher dos demais os contributos escritos adequados a uma efetiva e justa avaliação.

O serviço efetivo **deve ser prestado em contacto funcional com ambos os avaliadores** ou em situação funcional que, apesar de não ter permitido contacto direto pelo período temporal de **1 ano**, admita, por decisão favorável do Conselho Coordenador da Avaliação, a realização de avaliação.

SIADAF

Formação em Serviço

Ponderação Curricular

Despacho Normativo n.º4-A/2010, de 8 de fevereiro

- > Habilitações académicas e profissionais (HAP)
- > Experiência profissional (EP)
- > Valorização curricular (VC)
- > Cargos ou funções de relevante interesse público e social (CFRIPS)

A avaliação de desempenho por ponderação curricular respeita a escala qualitativa e quantitativa prevista na Lei n.º66-B/2007, de 28 de dezembro.

Cada um dos elementos de ponderação curricular é avaliado com uma pontuação de 1, 3 ou 5, de acordo com critérios a definir pelo CCA, não podendo, em qualquer caso, ser atribuída pontuação inferior a 1.

Avaliação Final = (10% \times HAP) + (55% \times EP) + (20% \times VC) + (15% \times CFRIPS)

Caso CFRIPS = 1, então:

Avaliação Final = (10% \times HAP) + (60% \times EP) + (20% \times VC) + (10% \times CFRIPS)

SIADAP
Formação em Serviço

INTERVENIENTES NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO:

- Primeiros avaliadores
- Segundos avaliadores
- Avaliados
- Conselho coordenador da Avaliação dos Enfermeiros (CCA)
- Conselho de Administração ULSNA, EPE (CA)
- Comissão Paritária da Avaliação (órgão consultivo)

SIADAP
Sessão de Esclarecimento

COORDENAÇÃO:

CCA - órgão de coordenação do processo de aplicação do sistema de avaliação, criado no âmbito do SIADAP, que funciona junto do Conselho de Administração da ULSNA, EPE.

SIADAP
Formação em Serviço

Ao CCA compete:

- Fixação das normas de atuação e dos critérios de avaliação
- Coordenação da elaboração e aplicação dos parâmetros da avaliação
- Apreciação e decisão sobre a revisão das normas de atuação, critérios de avaliação e comportamentos profissionais a escolher
- Ponderação dos parâmetros da avaliação

SIADAP

Formação em Serviço

- Elaboração de orientações e instruções
- Recomendações sobre necessidade de formação em serviço
- Elaboração dos diferentes impressos necessários ao desenvolvimento do processo de avaliação do desempenho
- Elaboração do relatório bienal
- Elaboração do seu regulamento interno

SIADAP

Formação em Serviço

Junto do dirigente máximo de cada Serviço funciona uma **COMISSÃO PARITÁRIA** com **competência consultiva** para **apreciar propostas de avaliação** dadas a conhecer a Enfermeiros avaliados, **antes da homologação**.



O Dirigente Maximo - CA

Deve garantir a **adequação do sistema de avaliação** do desempenho às realidades específicas do Serviço

Coordena e controla o processo de avaliação e assegura o cumprimento no serviço das regras estabelecidas na presente Lei em matéria de **percentagens de diferenciação de desempenhos**

SIADAP

Formação em Serviço

Responsabilidades dos Avaliadores

Negociar os objetivos do avaliado e fixar os indicadores de medida e os critérios de superação, no quadro das orientações gerais fixadas pelo CCA

Rever regularmente com o avaliado os objetivos bienais negociados, ajustá-los, se necessário, e reportar ao avaliado a evolução do seu desempenho e possibilidades de melhoria

Negociar os comportamentos profissionais

Avaliar os enfermeiros subordinados, assegurando a correta aplicação dos princípios integrantes da avaliação

Ponderar as expectativas dos enfermeiros no processo de identificação das respetivas necessidades de desenvolvimento

Fundamentar as avaliações de desempenho relevante e desempenho inadequado

SIADAP
Formação em Serviço

Direitos e Deveres dos Enfermeiros Avaliados

Direitos

- Garantidos os meios e condições necessários ao seu desempenho em harmonia com os objetivos e resultados contratualizados
- À avaliação do seu desempenho
- Conhecimento dos objetivos, fundamentos, conteúdo e funcionamento do sistema de avaliação
- À reclamação, ao recurso e à impugnação jurisdicional

Deveres

- Proceder à autoavaliação como garantia de envolvimento ativo e responsabilização no processo avaliativo
- Negociar com os avaliadores na fixação dos objetivos e dos comportamentos

SIADAP
Formação em Serviço

Parâmetros de Avaliação

| Enfermeiros | 5 | 3 | 1 |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| OBJETIVOS INDIVIDUAIS | | | |
| Mínimo de 5 objetivos | SUPERADO | ATINGIDO | NÃO ATINGIDO |
| Ponderação mínima 70% | | | |
| COMPORTAMENTOS PROFISSIONAIS | | | |
| Mínimo de 5 comportamentos | DEMONSTRADO A UM NÍVEL ELEVADO | DEMONSTRADO | NÃO DEMONSTRADO |
| Ponderação máxima 30% | | | |
| | 25% RELEVANTE (4 a 5) | ADEQUADO (2 a 3,999) | INADEQUADO (1 a 1,999) |
| | EXCELENTE 5% | | |

SIADAP
Formação em Serviço

Objetivos individuais

Realização (3)

- Intervenções de enfermagem
- Eficiência organizacional

Aperfeiçoamento e desenvolvimento (4)

- Qualidade e segurança da atividade de enfermagem

Qualidade (4)

- Aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional e atividade formativa

| Plano do Processo de Avaliação do Biénio 2013/2014 | | | | | |
|---|------|--|---|--|----------------------------|
| 2013 | 2014 | 2015 | | | |
| Dezembro | | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril |
| Entrevista de Orientação Inicial e Contratualização de Objetivos individuais e comportamentos profissionais | | Entrega, por parte do avaliado, das Fichas de Autoavaliação (até 15 de Jan) | Reuniões de Harmonização, Validação e Reconhecimento o das Avaliações peloCCA | Comunicação da Proposta de Avaliação pelos avaliadores aos avaliados | Homologação das avaliações |
| Período em que recai a observação de desempenho e processo de avaliação deste biénio | | Envio, por parte dos avaliadores, das Propostas de Avaliação para apreciação | | Entrevistas de Autoavaliação e Avaliação | |
| Entrevistas de Reorientação e Reformulação de Objetivos (se necessário) | | | | 5 dias para eventual Reclamação | |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguinis, H. (2009). An expanded view of performance management. In *Performance management: Putting research into practice*, 1-44. United States of America: J. W. Smither & N. London Editors.
- Almeida, A. (2012). Satisfação dos Enfermeiros face ao estilo de Liderança. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Antunes, A. & Anna, L. (1996, Julho-Setembro). Satisfação e Motivação no Trabalho do Enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 3 (49), 425-434.
- Bilhim, J. (2009). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos 4ª Edição Revista*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Caetano, A. (2008). *Avaliação de Desempenho: o essencial que avaliadores e avaliados precisam de saber*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Câmara, P.; Guerra, P. & Rodrigues, J. (2007). *Novo Humanator - Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. Lisboa: Dom Quixote.
- Carneiro, F. (2004). *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. (Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem), Porto.
- Conselho Coordenador da Avaliação dos Enfermeiros (2015, Fevereiro). SIADAP- ENF Orientações Gerais Biénio 2015/2016. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
- Conselho Coordenador da Avaliação dos trabalhadores Enfermeiros da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (2015). *Regulamento do Conselho Coordenador de Avaliação dos trabalhadores Enfermeiros*. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.
- Drucker, P. (2006). *Classico Drucker: essential wisdom of Peter Drucker from the pages of Harvard Business Review*. Boston: Harvard Business Review Book Kaplan. R. & Norton, D. (2001). *The Strategy-Focused Organization: how balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. Harvard Business School.

- Unidade Local Saúde do Norte Alentejano (2011). *Lista de Comportamentos Profissionais- Enfermagem*. Informação n 009/2011, de 26 de Dezembro. ULSNA
- Unidade Local Saúde do Norte Alentejano (2011). *Lista de Objetivos Individuais- Enfermeiro*. Informação n 009/2011, de 26 de Dezembro. ULSNA
- Mayo, A. (2006). *The human value of the enterprise: valuing people as assets*. London: Nicholas Brealey International.
- Ministério da Saúde (1991). Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro. *Diário da República*, 1ª série A, n.º 257, 5723-5741.
- Ministério da Saúde (2009). Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro. *Diário da República*, 1ª série, n.º 184, 6761-6765.
- Ministério das Finanças (2004). Decreto Regulamentar n.º 19-A/2004, de 14 de Maio. *Regulamenta a Lei n.º 10/2004, de 22 de Março*. *Diário da República*, 1ª série B, n.º 113, 3104 (2)-3104 (8).
- Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde (2011). Portaria N.º 242/2011 de 21 de Junho. *Diário da República*, 1ª série, n.º 118, 3632-3638.
- Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde (2007). Portaria n.º 1833/2007, de 31 de Dezembro. *Diário da República*, 1ª série, n.º 251, 9141-9155.
- Perera, N. & Moreira, V. (2015, Junho-Dezembro). Avaliação de Desempenho dos Profissionais de Enfermagem: Percepção de Justiça dos Avaliados. *Revista Pensar em Enfermagem*, 2 (19), 10-53.
- Seixas, V. (2009). SIADAP: As quotas no centro da discórdia. *In Blog da Formação*.
- Toscano, S. (2004). *Avaliação do Desempenho - Manual de Apoio*. Ministério das Finanças. Secretaria de Estado da Administração Pública.

Apêndice XVI – Sessão de Formação- Projeto de melhoria- Armazém avançado e organização de Stocks

ULSNA+
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO - EPE

**Hospital Santa Luzia Elvas
Serviço de Urgência**

PROJETO DE MELHORIA EM SERVIÇO
*Armazém Avançado e
Organização de stocks*

Enfermeira Sandra Sapatinha

Objetivos

- ❖ Expor o projeto de melhoria em serviço “Armazém avançado e organização Stocks” à equipa multidisciplinar
- ❖ Apresentar a reorganização da Sala de Arrumos à equipa multidisciplinar do Serviço de Urgência

Projeto de Melhoria em Serviço

Objetivo Geral

- ❖ Criar condições no serviço para a implementação do armazém avançado

Objetivos Específicos

- ❖ Rever bibliografia sobre a área de estudo
- ❖ Sensibilizar a equipa para a necessidade de mudança
- ❖ Reorganizar a Sala de Arrumos (Espaço físico e dotação de material clínico)
- ❖ Organizar material clínico na Sala de Arrumos por áreas de actuação (A, B, C, Sistemas, Dispositivos de protecção individual e Exposição/controlo ambiental)
- ❖ Definir níveis máximos e mínimos de stock do diferente material de consumo clínico.
- ❖ Formar kits para procedimentos específicos

Projeto de Melhoria em Serviço

- ❖ Adequar a dotação de material clínico à sua utilização
- ❖ Reduzir o desperdício
- ❖ Efectuar acções de formação à equipa sobre a reorganização da Sala de arrumos
- ❖ Avaliar os conhecimentos da equipa sobre a Sala de Arrumos após a reorganização

Projeto de Melhoria em Serviço

Armazém Avançado

Armazém “construído” segundo níveis, definindo níveis mínimos e máximos, e é reposito de acordo com esses níveis.

Vantagens

- * Diminuição stocks
- * Maior controlo de validades
- * Controlo no desvio de material

Desvantagens

- * Erro de contagem
- * Necessidade de compromisso do serviço face a mudança
- * Necessidade de maturidade interna entre o pessoal do aprovisionamento e o serviço.

Projeto de Melhoria em Serviço

Por uma sala de arrumos mais funcional

UTILIZAÇÃO DO MÉTODO 5S



- ❖ A sua denominação teve origem nas letras iniciais de cinco palavras de origem japonesa, cuja adaptação para a língua portuguesa adquire a designação de **cinco sensos**
- ❖ Implica a eliminação de materiais obsoletos, identificação de materiais, limpeza regular do local de trabalho, construção de um ambiente que favoreça a saúde física e mental e manutenção da ordem, o que se reflete na melhoria do desempenho da organização



1.ºS - SEIRI SENSO DE UTILIZAÇÃO

- ❖ Separar o útil do inútil, eliminando o desnecessário.
- ❖ É determinante ter o necessário, na quantidade adequada e controlada para facilitar as operações

A ilustração mostra um trabalhador a separar objetos em três caixas rotuladas: "STUFF WE USE A LOT!", "WE'LL USE SOMEDAY" e "JUNK WE'LL NEVER USE".

2.ºS - SEITON SENSO DE ARRUMAÇÃO

- ❖ Identificar e arrumar tudo, para que qualquer pessoa possa localizar facilmente pelo que assume especial atenção a ordenação, sistematização e classificação com:
 - ❖ a padronização de nomenclaturas ▶
 - ❖ o uso de rótulos e cores vivas para identificar os materiais, a adoção de um padrão ▶
 - ❖ a distribuição de objetos diferentes em locais diferentes ▶
- ❖ a definição do local de armazenamento de cada objeto e acondicionamento adequado de objeto e móveis, evitando a sua permanência em local que condicione a locomoção no local

2.ºS - SEITON SENSO DE ARRUMAÇÃO

Padronização de nomenclaturas

A descrição do material alocado à Sala de Arrumos é feita de acordo com o modelo logístico e-kanban

ORGANIZAÇÃO POR ÁREAS DE ATUAÇÃO

| | | |
|--------------------------------------|---|----------|
| VIA AÉREA | A | AMARELO |
| VENTILAÇÃO | B | AMARELO |
| CIRCULAÇÃO | C | VERMELHO |
| SISTEMAS | GASTROINTESTINAL TEGUMENTAIS URINÁRIO | VERDE |
| DISPOSITIVOS DE PROTECÇÃO INDIVIDUAL | | AZUL |
| EXPOSIÇÃO/ CONTROLO AMBIENTAL | | LARANJA |

2.ºS - SEITON SENSO DE ARRUMAÇÃO

ORGANIZAÇÃO POR ÁREAS DE ATUAÇÃO

Uso de rótulos e cores vivas para identificar os materiais /Áreas de actuação

AMARELO VERMELHO LARANJA

AZUL VERDE

KIT com Material de Ventilador Portatil KIT Material de PaceMaker

2.ºS - SEITON SENSO DE ARRUMAÇÃO

A distribuição do Material nos diferentes locais

| | |
|---|---|
| A, B (Via área /Ventilação) | Mascaras laringeas; Material de ventilador, Mascaras de oxigénio..... |
| C (Circulação) | Seringas, agulhas, cateteres de punção periférica,... |
| Sistemas (Gastrointestinal); Tegumentais; Urinário) | Sondas nasogástricas; Adesivos, ligaduras, fraldas, Algalias, sacos colectores... |

2.ºS - SEITON SENSO DE ARRUMAÇÃO

A distribuição do Material nos diferentes locais

Dispositivos Protecção Individual →

Exposição/Controlo Ambiental →

Mascaras, luvas esterilizadas e não esterilizadas...

Sacos...

2.ºS - SEITON SENSO DE ARRUMAÇÃO

CONSTITUIÇÃO DE KITS DE PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS

- ❖ Permite uma intervenção precoce, sem desperdício de tempo na preparação de material, o que é determinante, uma vez que, o tempo é um fator vital em situação de emergência

A clear plastic storage bin with a lid and handles, used for organizing and storing materials for specific procedures.

3.ºS - SEISO SENSO DE LIMPEZA

- ❖ Manter um ambiente sempre limpo
- ❖ Todos os elementos da equipa devem reconhecer a importância de manter um ambiente limpo e os seus benefícios, transparecendo qualidade e segurança
- ❖ Cada elemento deve providenciar a limpeza e acondicionamento do material e da sala de arrumos

4.ºS - SEIKETSU SENSO DE SAÚDE E HIGIENE

- ❖ Manter um ambiente de trabalho sempre favorável à saúde e higiene, sendo a higiene definida como a manutenção da limpeza e da ordem, uma vez que um ambiente limpo, é um ambiente mais seguro
- ❖ Eliminar as condições inseguras de trabalho, evitando acidentes
- ❖ Humanizar o local de trabalho numa convivência harmoniosa
- ❖ Respeitar os colegas como pessoas e como profissionais
- ❖ Colaborar, sempre que possível, com os colegas nas suas tarefas

Projeto de Melhoria em Serviço

O Assistente Operacional :

- ❖ Acondicionar correctamente o material vindo do aprovisionamento nos locais determinados (de acordo com as boas práticas de acondicionamento de material)
- ❖ Stockar, respeitando os níveis definidos para o material clínico nas diferentes salas do serviço de urgência
- ❖ Arrumar e limpar devidamente a sala de arrumos

5.ºS - SHITSUKE SENSO DE AUTO-DISCIPLINA

- ❖ Fazer dessas atitudes um hábito, transformando os 5s's num modo de vida, usando a criatividade no trabalho, melhorando a comunicação interpessoal, compartilhando visão e valores, harmonizando as metas, treinando o pessoal com paciência e persistência, consciencializando-os para os 5s e executar periodicamente os 5s para avaliação dos progressos
- ❖ No entanto, é fundamental cumprir os procedimentos operacionais e os padrões éticos da instituição, sempre na procura da melhoria da qualidade
- ❖ A autodisciplina requer a consciência e um constante aperfeiçoamento de todos no ambiente de trabalho

SEM A COLABORAÇÃO DE TODOS ESTE PROJETO NÃO É POSSÍVEL

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bilhim, João Abreu de Faria - Teoria Organizacional. Estruturas e Pessoas. 2ª Edição. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2001.
- Caetano, António - Mudança e intervenção organizacional. 1ª Edição. McGraw-Hill de Portugal, 2001.
- Pertence, P., & Melleiro, M. (2010). Implantação de Ferramenta de Gestão de Qualidade em Hospital Universitário. *Revista Escola Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 44(4), pp. 1024-31.
- Nunes, L. (Janeiro-Março de 2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, pp. 1-37.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Silva, G. (Novembro de 2005). *O Método 5s*. Obtido em 10 de Outubro de 2011, de Agência Nacional de Vigilância Sanitária: www.anvisa.gov.br/reblas/procedimentos/metodo_5s.pdf
- Nehme, N. (Fevereiro de 2008). Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade em um Laboratório de Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz. *Desafios e Soluções da Realidade do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica - Medicina Laboratorial*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
- INEM. (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.
- Grupo de Trabalho Urgências. (2006). *O Serviço de Urgência: Recomendações para a Organização de Cuidados Urgentes e Emergentes*. Lisboa: DGS.
- Frederico, M., & Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (DGIES) (2007). *Recomendações sobre a Organização dos Espaços do Serviço de Urgência*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral de Saúde (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Obtido em 10 de Janeiro de 2012, de Portal da Saúde: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/6/controlo+dor.htm>
- *Emergency Nurses Association (ENA) (2008). Textos de apoio: TNCC - Trauma Nursing Core Course.*

Apêndice XVII – KIT de Emergência Pediátrica

KIT EMERGÊNCIA PEDIÁTRICO

| MATERIAIS | | QUANTIDADE | SIM | NÃO |
|---|---|------------|-----|-----|
| Via Aérea /Ventilação | | | | |
| Insuflador manual | Pediátrico | 1 | | |
| Tubo orofaríngeo (guedel) | Nº 00 Nº 0 Nº 1 | 1 | | |
| Laringoscópio | Cabo Lamina reta nº 0 Lamina reta nº 1 Lamina curva nº 0 Lamina curva nº 1 Lamina curva nº 2 | 1 | | |
| Tubo Endotraqueal | Nº 2,5 Nº 3 Nº 3,5 Nº 4 Nº 4,5 Nº 5 | 1 | | |
| Pinça Maggill | Pediátrico | 1 | | |
| Mascara Laríngea | Nº 1/2 (5-10kg) Nº 2 (10-25kg) Nº 2,5 (25-35 kg) | 1 | | |
| Mascara de O2 c/reservatório (alto débito) | Pediátrico | 1 | | |
| Mascara c/ nebulizador e tubo | Pediátrico | | | |
| Fita de Nastro | | 1 | | |
| Sonda de Aspiração | Nº 8 C/vácuo Nº 6 e Nº 10 S/ vácuo e com conexão Y | 2 | | |
| Circulação | | | | |
| Eléctrodos/desfibrilhador/pacemaker externo | Pediátrico | 1 | | |
| Eléctrodos p/monitorização | Pediátrico | 1 | | |
| Cateter venoso periférico | Nº 22 Nº 24 Nº 26 | 2 | | |
| Tala | Pediátrico | | | |
| Sistemas | | | | |
| Sonda Nasogástrica | Nº 8 Nº 10 Nº 12 | 1 | | |
| Cateter Vesical | Nº 8 Nº 10 Nº 12 | 1 | | |

ULSNA – HSLE- Serviço de Urgência

Elaborado por Enfermeira Sandra Sapatinha

ANEXOS

Anexo I - Questionário com a finalidade de avaliar a Sessão de Formação



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

| |
|--|
| |
|--|

Agradecemos o preenchimento do presente questionário, de modo a apoiar-nos na análise e preparação de próximos eventos formativos, promovidos pelo GPGQ:

Comentários e/ou sugestões são também, para nós, muito importantes.

| | Nada Adequada | Pouco Adequada | Adequada | Muito Adequada |
|--|------------------|-------------------|----------|-------------------|
| 1. Como avalia o tema apresentado na Sessão? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Como avalia a apresentação realizada? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Qual a importância desta Sessão para o conhecimento do SGQ Do seu serviço? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Qual a importância do uso desta metodologia da Qualidade para Bom desempenho da actividade do serviço? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Como avalia a organização desta Sessão de relativamente a: | | | | |
| <i>I – Divulgação</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>II – Sala da Sessão</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>III – Som / Imagem</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>IV – Duração</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |

6. Como classifica a Sessão de acordo com as suas expectativas: _____

7. Sugestões e/ou Comentários que considere relevantes: _____

Nome (Facultativo): _____

(Coloque este questionário na cadeira antes de sair)
 Agradecemos a sua valiosa colaboração.

**Anexo II- Apresentação do Projeto de Intervenção em Congresso Científico – APEGEL,
sob a forma de Comunicação Livre**



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS
ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA



Certificado

PARTICIPANTE

Certifica-se que

Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha,

participou no 7º Congresso Internacional da APEGEL, sobre o tema “**Contratualização e Segurança dos Cuidados - Desafios à Gestão de Enfermagem**” que decorreu em Portalegre, nos dias 20 e 21 de outubro, num total de 16 horas de formação.

Enfe Nelson Guerra
Presidente da APEGEL

Sede (prov) Rua Conselheiro Lopo vaz, Lote D – 3º C
1800-142 Lisboa – Portugal
www.apegel.org mail@apegel.org



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS
ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA



Certificado

COMUNICAÇÕES E PÓSTERES

Certifica-se que **Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha**, participou no 7º Congresso Internacional da APEGEL, que decorreu em Portalegre, nos dias 20 e 21 de outubro, tendo apresentado a **Comunicação livre** intitulada “A Contratualização da segurança dos cuidados através da melhoria dos registos de Enfermagem e de acompanhamento da qualidade na organização e gestão do Serviço de Urgência”

Enfe Nelson Guerra
Presidente da APEGEL

Sede (prov) Rua Conselheiro Lopo vaz, Lote D – 3º C
1800-142 Lisboa – Portugal
www.apegel.org mail@apegel.org

Anexo III - Formação externa no congresso APEGEL sobre Liderança e Coaching



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS
ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA



Certificado

WORKSHOP

Certifica-se que **Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha**, participou no workshop sobre **Gestão de conflitos**, integrado no programa do 7º Congresso Internacional da APEGEL, que decorreu em Portalegre, no dia 19 de outubro de 2017.

Enfº Nelson Guerra
Presidente da APEGEL

Sede (prov) Rua Condeheiro Lopo Vaz, Lote D – 3º C
1800-142 Lisboa – Portugal
www.apgel.org mail@apgel.org