

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Efeito Transformador do Pensamento Lean na Transição de Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência

Sónia Cristina Soares Azeitona Billo

Orientação: Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Évora, 2018

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Efeito Transformador do Pensamento Lean na Transição de Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência

Sónia Cristina Soares Azeitona Bilro

Orientação: Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Mestrado em Enfermagem

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

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“ A verdadeira viagem de descobrimento
não consiste em procurar novas paisagens,
mas em ter novos olhos”.
(Marcel Proust)

AGRADECIMENTOS

Chegado ao fim mais um capítulo de vida, não quero deixar de agradecer a todos os que me acompanharam neste percurso e que de alguma forma me ajudaram a percorrer este caminho.

À professora Maria do Céu Marques, pela orientação, motivação e apoio.

À professora Graça Antunes e à Enf.^a Clara Martin pelo acompanhamento em estágio e disponibilidade.

Aos peritos das áreas que me ajudaram a fazer melhor.

À enfermeira Catarina Aranha pelos conselhos sábios e sensatos, pela disponibilidade e ajuda imprescindível.

À enfermeira Sandra Sapatinha, supervisora, mas acima de tudo colega e amiga sempre disponível.

A toda a equipa de enfermagem do serviço de urgência pela paciência, apoio e colaboração.

Às minhas grandes amigas e companheiras de mestrado Sandra e Mafalda, por todos os bons momentos, mas também pelos menos bons, os quais conseguimos superar com a força da união e atingir este objetivo...JUNTAS!

A toda a família que se disponibilizou para ajudar e em especial aos MEUS PAIS que, com carinho e compreensão, sempre me apoiaram incondicionalmente.

O meu agradecimento especial ao MEU MARIDO pelas palavras encorajadoras, pela paciência, compreensão e apoio nos momentos mais difíceis e às MINHAS FILHAS, pelo tempo que lhe privei a minha atenção e que são a razão da minha vida!

A todos MUITO OBRIGADO!

RESUMO

A realização do estágio em contexto de unidade de cuidados intensivos e serviço de urgência, associado ao conhecimento, adquirido através da prática baseada na evidência, facilitaram o desenvolvimento de competências técnicas e científicas que permitiram uma prestação de cuidados segura, e que contribuíram para a qualidade dos cuidados.

A segurança dos cuidados passa pela comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem, sendo este o tema para desenvolvimento da atividade de intervenção major em serviço. Utilizando o pensamento Lean, foi efetuado o diagnóstico da situação e foram delineadas estratégias de melhoria. Foi elaborada uma instrução de trabalho que foi validada pela equipa e foi aplicada posteriormente.

Após quinze dias de implementação, foi feita uma avaliação, onde foram comparados os resultados, verificando-se um aumento na eficácia da transição de cuidados de enfermagem, aumentando assim a segurança do doente.

Palavras-chave

Enfermagem médico-cirúrgica, segurança do doente, transição de cuidados, metodologia Lean, doente crítico.

ABSTRACT

Transforming Effect of Lean Thinking on the Transition of Nursing Care in the Emergency Department

The internship of the intensive care unit and emergency department, associated with the knowledge acquired through evidence-based practice, facilitated the development a set of technical and scientific skills, which allowed a safer care delivery, that contributes to the quality of care.

The safety of care involves effective communication in the transition of nursing care, which is the theme for the development of the major intervention activity in service. Using Lean thinking, has been diagnosed, and outlined strategies for improvement. A working instruction was developed, wich has been validated by the team and subsequently applied.

After fifteen days of implementation, an evaluation was performed, comparing the results, with an increase in the effectiveness of the transition of nursing care, consequently with na increasing patient safety.

Keyword

Medical-surgical nursing, patient safety, care transition, Lean thinking, critical illness,

ABREVIATURAS

Dec. Lei – Decreto-lei

Enf.^a – Enfermeira

Enf.º - Enfermeiro

N.º - Número

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AESES – Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde

AO – Assistente Operacional

APEGEL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade

DGS – Direção Geral da Saúde

ECG – Eletrocardiograma

EPI – Equipamento de Proteção Individual

GCL – PPCIRA- Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controle de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

GPT – Grupo Português de Triagem

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NSW Health - New South Wales Saúde

O₂- Oxigénio

OE – Ordem Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PIC- Pressão Intracraniana

PQ – Procedimento de Qualidade

REPE – Regulamento do Exercício da Profissional do Enfermeiro

SAGRIS – Sistema de Apoio à Gestão do Risco

SES – Servicio Extremeño de Salud

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SpO₂ – Saturação periférica de oxigénio

STM – Sistema de Triagem de Manchester

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão Arterial

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

UP – Úlcera por Pressão

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	22
1 APRECIACÃO DO CONTEXTO	26
1.1 Hospital Universitário Extremadura	26
1.1.1 Recursos físicos e materiais	27
1.1.2 Recursos humanos	28
1.1.3 Análise da população	29
1.1.4 Análise de produção da UCI	30
1.2 Serviço de Urgência Da Unidade Local De Saúde Do Norte Alentejano	30
1.2.1 Recursos físicos e materiais	31
1.2.2 Recursos humanos	33
1.2.3 Análise da população	34
1.2.4 Análise de produção da unidade	35
1.2.5 Sistema Triagem de Manchester e gestão de doentes	35
2 ANÁLISE DOS OBJETIVOS DO PROJETO DE ESTÁGIO	39
3 ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETENCIAS ADQUIRIDAS	42
3.1 Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem	43
3.2 Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem	59
4 ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO MAJOR	69
4.1 Fundamentação	69
4.2 Enquadramento Concetual E Teórico	70
4.2.1 Comunicação em saúde	70
4.2.2 Segurança do doente	72
4.2.3 Transição de cuidados e comunicação	73
4.2.4 Pensamento Lean	76
4.2.5 Enfermagem e Modelo Qualidade-Cuidado©	79
4.3 Metodologia	82

4.3.1 Diagnóstico	82
4.3.3 Objetivos	90
4.3.4 Metodologia Lean	91
4.3.5 Procedimentos éticos	95
4.4 Resultados	96
4.5 Discussão	104
4.6 Conclusão	110
5 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	112
6 CONCLUSÃO	115
7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 - Doentes admitidos no serviço de urgência por turno (2017)	35
Tabela n.º 2 - Distribuição de doentes triados por cor no serviço de urgência (2017).....	36
Tabela n.º 3 - Doentes triados de vermelho e laranja, transferidos para serviços hospitalares (2017).....	37
Tabela n.º 4 - Percentagens de respostas do questionário sobre forma como informação é transmitida.....	86
Tabela n.º 5 - Percentagens de respostas do questionário sobre perceção do enfermeiro sobre informação transmitida.....	86
Tabela n.º 6 - Percentagem de respostas do questionário sobre importância da avaliação dos doentes na mudança de turno.....	87
Tabela n.º 7 - Percentagens de respostas do questionário sobre condições físicas do local da mudança de turno.....	87
Tabela n.º 8 - Análise da opinião das sugestões dos participantes no estudo.....	92
Tabela n.º 9 - Resumo da instrução de trabalho elaborada: Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência.	97
Tabela n.º 10 - Comparação dos resultados da observação dos momentos da mudança de turno	98
Tabela n.º 11 - Comparação dos resultados da informação oral transmitida (Identificação)	99
Tabela n.º 12 - Comparação dos resultados da informação oral transmitida (Situação atual)....	99
Tabela n.º 13 - Comparação dos resultados da informação oral transmitida (Antecedentes).....	99
Tabela n.º 14 - Comparação dos resultados da informação oral transmitida (Avaliação).....	100
Tabela n.º 15 - Comparação dos resultados da informação oral transmitida (Recomendações)	100
Tabela n.º 16 - Comparação dos resultados da informação redigida na transição de cuidados (Identificação).....	101
Tabela n.º 17 - Comparação dos resultados da informação redigida na transição de cuidados (Situação atual).....	102
Tabela n.º 18 - Comparação dos resultados da informação redigida na transição de cuidados (Antecedentes).....	102
Tabela n.º 19 - Comparação dos resultados da informação redigida na transição de cuidados (Avaliação).....	102
Tabela n.º 20 - Comparação dos resultados da informação redigida na transição de cuidados (Recomendações).....	103
Tabela n.º 21 - Resultados da opinião dos participantes sobre reestruturação da mudança de turno	103

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 - Percentagens de respostas à afirmação: é importante reformular a estrutura da mudança de turno.....	88
Gráfico n.º 2 - Distribuição da amostra por sexo.....	89
Gráfico n.º 3 - Distribuição da amostra por grupo etário	89
Gráfico n.º 4 - Distribuição da amostra por anos de serviço como enfermeiro	90
Gráfico n.º 5 - Distribuição da amostra por anos de serviço como enfermeiro no SU	90
Gráfico n.º 6 - Percentagens de cartas de alta elaboradas (diagnóstico)	101
Gráfico n.º 7 - Percentagem de cartas de alta elaboradas (avaliação).....	101

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 - Modelo Qualidade-Cuidado©	81
---	-----------

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I- Projeto de Estágio	CXXVII
Apêndice II- Levantamento de risco clínico e não clínico do serviço	CLXII
Apêndice III - Folheto: Oxigenoterapia de alto fluxo no doente crítico: uma realidade na UCI – Português e Espanhol.....	CLXV
Apêndice IV – Artigo: Importância da Comunicação no Cuidado ao Doente/Família na UCI: Revisão integrativa.....	CLXVIII
Apêndice V - Projeto de intervenção em serviço: Plano de emergência Externa: Atuação em Situação de Catástrofe	CLXXXIX
Apêndice VI – “ <i>Check list</i> ” de Kit Catástrofe e fotografia KIT	CXCVII
Apêndice VII- Projeto de intervenção em serviço: Higienização das Mãos no Serviço de Urgência	CC
Apêndice VIII - Grelha observação transição de cuidados de enfermagem mudança de turno (comunicação oral)	CCI
Apêndice IX - Lista de Verificação das Notas de Alta de Enfermagem.....	CCXI
Apêndice X - Diagrama Esparguete - diagnóstico	CCXIII
Apêndice XI - Questionário sobre a comunicação na transição de cuidados de enfermagem durante a mudança de turno no Serviço De Urgência	CCXV
Apêndice XII - Resultados detalhados sobre observação transição de cuidados de enfermagem na mudança de turno	CCXIX
Apêndice XIII - Resultados detalhados sobre verificação das Notas de Alta de Enfermagem	CCXXXVI
Apêndice XIV - Instrução de trabalho: Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem	CCXLVI
Apêndice XV - Diagrama de Esparguete Final.....	CCLIX

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Lista de material da sala de triagem.....	CCLXII
Anexo II - Plano de Autoauditoria de identificação inequívoca de doentes e grelha de auditoria.....	CCLXIV
Anexo III - Nomeação de Enf. ^a responsável para a gestão de Stock	CCLXVII
Anexo IV - Certificado de participação nas III Jornadas da Urgência do Hospital Dr. José Maria Grande	CCLXIX
Anexo V - Certificado de apresentação de póster nas III Jornadas da Urgência do Hospital Dr. José Maria Grande e Póster apresentado.....	CCLXXI
Anexo VI - Certificado de frequência do curso de Formador e Auditor do Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência.....	CCLXXIV
Anexo VII - Certificado de participação no V Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.	CCLXXVII
Anexo VIII - Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	CCLXXX
Anexo IX - Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde e Autorização do estudo	CCLXXXII
Anexo X - Autorização de utilização do questionário pela autora do mesmo.....	CCLXXXVI
Anexo XI - Consentimento informado de participação no estudo	CCLXXXVIII

meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011c, p. 8656)

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.(Ordem dos Enfermeiros, 2011c)

Foram estes os conceitos que serviram de suporte ao desenvolvimento das competências ao longo do estágio, realizando intervenções diárias que permitiram o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências comuns, de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e de competências de mestre em enfermagem. Traduziu-se num adquirir de conhecimentos teóricos, mas também na sua adaptação, de forma dinâmica para conseguir dar resposta aos novos e complexos problemas, com sentido crítico e criatividade, traduzindo-se numa aprendizagem autónoma e reflexiva.(Aleixo, 2014) Ao longo deste período, no processo de formação, foi adquirindo competências, e desenvolvendo atitudes reflexivas que originaram um desempenho melhorado no contexto profissional e que irão permitir a sua intervenção como mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

Relativamente à atividade de intervenção major implementada, surge da necessidade em reestruturar os momentos de transição de cuidados de enfermagem, não só do doente em situação crítica, mas de todos os doentes que recorrem ao serviço de urgência.

A comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde é um tema atual, que preocupa tanto os governantes como as equipas de trabalho no terreno e que visa a continuidade de cuidados e a segurança do doente. Esta preocupação é notória ao analisar o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, no qual, um dos objetivos estratégicos definido é aumentar a segurança da comunicação, pois esta é um pilar fundamental para a segurança do doente, especialmente quando existe transferência da responsabilidade na prestação de cuidados.(DGS, 2015b)

No início de 2017, a DGS publicou a norma Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde com o objetivo de 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.(DGS, 2017)

Após observação não estruturada dos momentos de transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência, abordou a enfermeira chefe no sentido de perceber a necessidade de realizar uma análise mais pormenorizada sobre esta questão e delinear estratégias para reformular estes momentos. Por sugestão da enfermeira orientadora, decide utilizar a metodologia Lean para a abordagem do problema. Esta metodologia engloba um conjunto de conceitos, métodos e ferramentas com origem no sistema de produção da Toyota e que, quando aplicada em saúde, contribui para a redução de custos e melhora a qualidade e a segurança dos cuidados.(Holden, 2011) Com a utilização da metodologia Lean na transição de cuidados de enfermagem, pretende otimizar a transição de cuidados do doente crítico, no serviço de urgência.

Esta atividade tem como base a metodologia de projeto, uma vez que se baseia “... numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.” (Ruivo, Nunes, & Ferrito, 2010 p.2) É pois considerada como uma “...ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.” (Ruivo, Nunes, & Ferrito, 2010 p.2)

Após este percurso, define como objetivo geral deste relatório refletir sobre o processo formativo ao longo do estágio.

Como objetivos específicos pretende:

- Elaborar uma apreciação dos contextos, fundamentando a sua escolha;
- Fazer uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e competências de mestre em enfermagem;
- Apresentar a atividade de intervenção major desenvolvida em contexto de estágio;
- Dar resposta à avaliação da unidade curricular relatório.

Para dar resposta aos objetivos, apresenta a apreciação dos contextos, fazendo referência aos recursos humanos, físicos e materiais, bem como a análise da população e análise da produção de cuidados em cada um dos contextos. Seguidamente faz uma reflexão sobre os objetivos definidos no projeto de estágio. Segue-se a reflexão sobre as intervenções realizadas a nível do estágio que tiveram como base o definido no projeto de estágio (Apêndice I), e que permitiram o desenvolvimento das competências de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e as competências de mestre em enfermagem. Posteriormente, descreve a atividade de intervenção major implementada, bem como a reflexão dos resultados e a sua implicação na prática de cuidados. É depois apresentada a análise da produção e controlo de todo o processo de aprendizagem ao longo do estágio e por último, surge a conclusão.

O presente relatório segue as diretrizes do novo acordo ortográfico e segue as normas de referência da American Psychological Association. (APA,6th)

1 APRECIÇÃO DO CONTEXTO

O estágio final realizou-se em dois contextos. Num primeiro período decorreu na unidade de cuidados intensivos de um hospital universitário da Extremadura Espanhola e num segundo período, no serviço de urgência de uma das unidades hospitalares da Unidade Local do Norte Alentejano, EPE, serviço onde exerce funções atualmente.

1.1 Hospital Universitário Extremadura

O complexo hospitalar universitário de Badajoz é constituído por 3 hospitais e está inserido no serviço de saúde da Extremadura Espanhola que é um organismo responsável pelo sistema de assistência de saúde da comunidade autónoma da Extremadura criado em 1986, com identidade jurídica própria e que se rege pela lei 10/2001 de 28 de junho da administração da comunidade autónoma de Extremadura. (Junta de Extremadura Espanhola, 2016)

O hospital onde foi desenvolvido o estágio faz parte do complexo universitário e tem como missão, proporcionar aos utentes cuidados de carácter público e universais com qualidade nas vertentes de prestação de cuidados e reabilitação, prevenção da doença e promoção da saúde. Pretende construir uma organização de saúde com o objetivo da excelência do cuidado, na procura da qualidade, bem como promover a educação, a investigação, a inovação e adaptar às novas necessidades de saúde. (SES, 2015)

Este hospital rege-se pelos princípios da **universalidade, equidade, participação e eficiência.**(SES, 2015)

Nesta unidade hospitalar são prestados cuidados a doentes nas seguintes áreas de especialidade: alergologia, anestesia e reanimação, angiologia e cirurgia vascular, gastroenterologia, cirurgia geral, cirurgia cardiotorácica, cirurgia

hepatobiliopancreática, cirurgia maxilo-facial, neurocirurgia, endocrinologia e nutrição, hematologia e hemoterapia, imunologia e genética, medicina intensiva, medicina interna, medicina nuclear, nefrologia, pneumologia, neurofisiologia e neurologia, oftalmologia, oncologia otorrinolaringologia, cardiologia, traumatologia e cirurgia ortopédica, urgência, unidade de cuidados paliativos e unidade de hospitalização de agudos de psiquiatria. (SES, 2015)

A UCI foi o serviço escolhido para a realização do estágio. Este é um serviço polivalente que recebe todo o tipo de doentes do foro médico ou cirúrgico cuja patologia atingiu um nível de gravidade que representa uma ameaça à vida real ou potencial, suscetível de capacidade de recuperação. (SES, 2016)

1.1.1 Recursos físicos e materiais

A UCI situa-se no 1.º piso do hospital e é um serviço com lotação para 30 doentes. Está dividida em UCI 1 e UCI 2 sendo que cada uma destas unidades tem capacidade para 15 doentes. O espaço físico é idêntico, referindo-se a presente descrição à UCI 2, local onde decorreu o estágio.

A UCI 2 tem uma zona ampla, com 15 unidades individualizadas. Estas unidades estão separadas por parede lateral e zona de vidro que permite a visualização dos doentes que estão nas unidades vizinhas. Existem 6 unidades completamente fechadas com porta e alçado anterior em vidro, que permite o isolamento dos doentes e ao mesmo tempo a sua visualização e vigilância. Na zona central existe um balcão de trabalho, dotado de 3 computadores com sistema de telemetria, que permite a visualização da monitorização em tempo real dos doentes das unidades.

Cada unidade do doente está dotada com cama elétrica articulada, um monitor cardíaco com monitorização de pressão arterial invasiva, monitorização cardíaca, frequência respiratória e saturação periférica de oxigénio e um ventilador para ventilação invasiva. Possui também um sistema informático, conectado aos aparelhos de monitorização do doente e ao ventilador, que recolhe os dados automaticamente e,

através da intranet, permite o acesso a dados laboratoriais e radiológicos. (Junta de Extremadura Espanhola, 2016)

Para além destes equipamentos existem na UCI 2: um carro de emergência; monitores EV 1000 para Sistemas VolumeView®; monitores Vigilance II®; monitores de índice bispectral (BIS); equipamento de hemofiltração Prismaflex®; dispositivo AirvO2®; ventilador para ventilação não invasiva; ventilador portátil para ventilação invasiva; eletrocardiógrafo. Estes equipamentos são utilizados de acordo com as necessidades dos doentes, estando disponíveis para utilização nas duas unidades do doente que se encontravam desativadas no período de estágio.

1.1.2 Recursos humanos

A UCI tem uma equipa médica comum às 2 unidades, bem como o enfermeiro supervisor e a enfermeira encarregada (com funções equivalentes à enfermeira responsável de serviço em Portugal). No entanto, a equipa de enfermagem e auxiliares de enfermagem são distintas.

Da equipa médica, fazem parte o chefe de serviço, 2 médicos supervisores e 10 médicos intensivistas residentes. A esta equipa acrescem os alunos de medicina que estão a fazer o internato e alguns médicos a fazer a especialidade de intensivista, sendo estes em número variável. Estes médicos têm o apoio dos especialistas de outras áreas, quando é solicitado.

A equipa de enfermagem da UCI 2 é constituída, para além do enfermeiro supervisor e enfermeiro encarregado, por 24 enfermeiros. Os enfermeiros são todos enfermeiros de cuidados gerais, a grande maioria peritos em cuidados intensivos, uma vez que não existe formação na especialidade de enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica. A distribuição da equipa de enfermagem ao longo do dia é feita da seguinte forma: 4 enfermeiros no turno da noite, 5 enfermeiros no turno da manhã e 5 enfermeiros no turno da tarde, em dias úteis e sábados. Nos domingos e feriados, a equipa é reduzida para 4 enfermeiros no turno da noite, 4 enfermeiros no turno da manhã e 4 enfermeiros no turno da tarde. O rácio nos dias úteis na manhã e

tarde é de 1 enfermeiro para 3 doentes e nos domingos aumenta para 1 enfermeiro para 3,75 doentes. Sendo um hospital universitário recebe frequentemente alunos de enfermagem em estágio.

A equipa de auxiliares de enfermagem é constituída por 17 elementos. Estes são distribuídos, 3 auxiliares no turno da noite, 3 auxiliares no turno da manhã e 3 auxiliares no turno da tarde e estão escalados em igual número nos dias de semana, fins-de-semana e feriados. Os auxiliares de enfermagem são uma classe profissional que não existe em Portugal e têm como responsabilidade exercer os serviços complementares dos cuidados de saúde, em vertentes que não são da responsabilidade do pessoal de saúde qualificado.

Existem ainda uma equipa de maqueiros para a UCI, da qual são escalados: 1 para cada unidade de cuidados e um segundo elemento circulante que dá apoio às duas unidades. Da equipa multidisciplinar fazem também parte 2 fisioterapeutas que dão apoio às duas unidades (UCI 1 e UCI 2) e Unidade de Cardiorácica.

1.1.3 Análise da população

A área de saúde de Badajoz é a área com mais recursos em saúde, uma vez que serve cerca de 273 165 habitantes. Para além de servir a população de Badajoz e situando-se esta perto da fronteira com o Alentejo, recebe também doentes transferidos de Portugal. (SES, 2015; García, Pablo, Martínez, Rodríguez, & Vivas, 2015)

A UCI recebe doentes em situação crítica, vindos do exterior e que necessitam de cuidados especializados de forma a prevenir ou minimizar riscos de falência orgânica. Recebe também doentes internos, em situação crítica transferidos de outros serviços de internamento da mesma unidade hospitalar e que necessitam de cuidados especializados com maior vigilância, com necessidade de ventilação assistida e até mesmo hemofiltração; doentes instáveis, que vêm do bloco operatório submetidos a cirurgia vascular ou cirurgia bariática, doentes do foro neurológico, doentes submetidos a transplante renal e hepático e doentes do foro cardíaco, se a unidade de cuidados intensivos cardíacos não tiver capacidade para os receber.

De Portugal recebe doentes críticos do hospital da cidade transfronteiriça, que necessitam de cuidados especializados, em situação de “*life saving*”. Normalmente é efetuado um contacto prévio, carecendo de aceitação.

1.1.4 Análise de produção da UCI

Os dados mais recentes divulgados referem-se ao ano de 2016 e são estes que irão ser apresentados. De acordo com o SES, no ano de 2016, foram admitidos na UCI 562 doentes urgentes, 700 doentes transferidos de outros serviços da unidade hospitalar e uma admissão programada, perfazendo um total de 1263 admissões. Os doentes admitidos têm uma demora média de 4,54 dias, o que perfaz um índice de ocupação global de 52,26%. O índice de mortalidade dos doentes admitidos na UCI, situa-se entre os 15 % e os 18%. (García et al., 2015)

1.2 Serviço de Urgência Da Unidade Local De Saúde Do Norte Alentejano

A ULSNA, E.P.E. – Unidade Local do Norte Alentejano, EPE, foi constituída no dia 1 de março de 2007. Dela fazem parte duas unidades hospitalares e o agrupamento de Centros de Saúde. Dotada de autonomia administrativa financeira e patrimonial nos termos do Dec. Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro, rege-se pelo Dec. lei n.º 50-B/2007 de 28 de fevereiro de 2007, com as alterações introduzidas pelo Dec. Lei n.º 12 /2015 de 26 de janeiro.(ULSNA, 2015)

Esta unidade tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde primários e secundários, prestação de cuidados de reabilitação, prestação de cuidados continuados integrados e cuidados paliativos à população. Para além da prestação de cuidados, tem também por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde um objetivo primordial. (ULSNA, 2015)

A ULSNA 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.” (ULSNA, 2015 p. 7)

Tem 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.”(ULSNA, 2015 p. 7) Tem como **valores**: respeito pela dignidade e direitos dos utentes, excelência técnica, acessibilidade e equidade dos cuidados, promoção da qualidade, ética, integridade e transparência; motivação e atuação pró-ativa, melhoria contínua, trabalho de equipa e respeito pelas normas ambientais. (ULSNA, 2015)

O estágio final decorreu no serviço de urgência de uma unidade hospitalar da ULSNA, EPE da qual fazem parte também os serviços de medicina, ortopedia, cirurgia geral, anestesia, bloco operatório, hospital de dia, consulta externa, serviço de imagiologia e serviço de patologia clínica.

O serviço de urgência, da referida unidade, enquadra a sua atividade na política da ULSNA, EPE. Está classificada como SUB de acordo com o despacho nº. 13 427/2015 de 20 de novembro, no entanto continua a satisfazer todas as urgências da área médico-cirúrgica, que estejam no âmbito das especialidades básicas – Medicina, Cirurgia e Ortopedia, e continua a prestar cuidados de acordo com a classificação de 1996 - Serviço de Urgência Básica integrada no 3º nível dos Serviços de Urgência - Relatório Reestruturação Urgências, 1996.

1.2.1 Recursos físicos e materiais

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

- **Zona de entrada**: sala de espera de doentes com prioridade pouco urgente e não urgente; instalações sanitárias para utentes e acompanhantes; receção/ área de trabalho administrativo.

- **Balcão 1:** local onde é efetuado o atendimento dos doentes triados com prioridade pouco urgente e não urgente.
- **Sala de Triagem:** sala onde é efetuada a Triagem de Manchester e contem o material necessário à execução da triagem de acordo com o GPT. (Anexo I)
- **Sala de Diretos/Reanimação:** sala onde são prestados cuidados de enfermagem e intervenções médicas mais diferenciadas a utentes em situação crítica com necessidade de monitorização, controle de via aérea, ventilação mecânica e realização de procedimentos invasivos. Tem um monitor desfibrilhador com ECG de 12 derivações; 1 ventilador portátil; 1 carro de emergência.
- **Sala de Pequena Cirurgia:** sala onde são efetuados procedimentos cirúrgicos.
- **Balcão 2:** local para onde são encaminhados os utentes que necessitam de monitorização do estado hemodinâmico ou de fazer oxigenoterapia enquanto estão em observação pela equipa médica e de enfermagem. Este está dividido em 2 unidades, com monitor cardíaco e desfibrilhador.
- **Sala de Especialidades:** sala utilizada para a observação de doentes.
- **Sala de exames:** sala para realização de ECG.
- **Balcão de Ortopedia:** local onde são prestados os cuidados a doentes do foro ortopédico e traumatologia. Este espaço está preparado para isolamento, pois tem uma estrutura de alumínio e vidro que faz a divisão da zona do doente.
- **Serviço de Observação:** local onde são internados os utentes hemodinamicamente instáveis e que necessitam de vigilância. É um serviço composto por 2 salas com 2 camas cada, separados por uma zona de trabalho. Cada unidade possui um monitor cardíaco (registo ECG, Spo2 e TA). Em cada sala existe um monitor desfibrilhador, um laringoscópio e um ventilador para ventilação não invasiva.
- **Corredor do SU:** por instalações físicas insuficientes, funciona como sala de espera interna. Local para onde são encaminhados os utentes triados de cor amarela e os utentes a quem está a ser administrada medicação endovenosa, ou a aguardar exames complementares de diagnóstico.
- **Sala de Arrumos;**
- **Copa;**

- **2 Instalações Sanitárias:** (utentes e funcionários);
- **Sala de Sujos;**
- **Sala de Pausa;**
- **Gabinete da direção de serviço;**
- **Base do INEM:** espaço onde permanece a equipa de serviço ao meio SIV integrada no SU.

1.2.2 Recursos humanos

A equipa multidisciplinar do serviço de urgência é constituída por 2 médicos de medicina geral e familiar, 1 internista, 1 cirurgião, 1 ortopedista e 1 anestesista que asseguram o serviço, 24 horas por dia, 7 dias por semana; 24 enfermeiros, 7 assistentes operacionais e 7 assistentes técnicos.

A equipa de enfermagem é constituída pela enfermeira chefe, uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pessoa em situação crítica e 22 enfermeiros de cuidados gerais. Dos enfermeiros de cuidados gerais 6 integram a equipa de pré-hospitalar no meio SIV e fazem 6 turnos por horário neste meio.

O método utilizado pela equipa de enfermagem é o método individual de trabalho. Os enfermeiros são alocados aos diferentes postos de trabalho: triagem, balcão e SO. Em cada posto de trabalho, o enfermeiro é responsável pelo planeamento, execução e avaliação das intervenções dos doentes pelos quais é responsável naquele turno, ou durante a sua permanência no serviço de urgência. (Costa, 1999)

A dotação do serviço permite a distribuição de 2 enfermeiros no turno da noite, 4 enfermeiros no turno da manhã e 4 enfermeiros no turno da tarde. De acordo com a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem a fórmula a utilizar neste serviço de urgência é por posto de trabalho adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, justificando assim a redução do n.º de enfermeiros no turno da noite.(Ordem dos Enfermeiros, 2014)

1.2.3 Análise da população

O hospital serve a população do concelho e a população dos concelhos limítrofes. Ainda que existam alguns concelhos que geograficamente não pertencem ao distrito de Portalegre e que não fazem parte da área de influência da ULSNA (ULSNA, 2015), as suas populações procuram os serviços de saúde disponíveis neste hospital, quer pela proximidade, quer por preferência pessoal.

O Hospital serve os 23 078 habitantes residentes na cidade, mais alguns dos habitantes dos concelhos limítrofes, perfazendo um total 56 194 habitantes. (Pordata, 2015) Além da população residente, esta unidade hospitalar recebe doentes de vários pontos do país e recebe também doentes estrangeiros. Existem 3 fatores que contribuem para esta afluência: a unidade hospitalar, encontra-se localizada junto a uma autoestrada internacional, que liga Lisboa a Madrid; é a primeira unidade hospitalar após a fronteira com Espanha; à cidade foi atribuída pela UNESCO a 30 de junho de 2012 o título de Património Mundial da Humanidade aumentando o turismo quer nacional, quer internacional.

A este serviço recorrem todo o tipo de população: crianças, adultos, idosos, mulheres grávidas, com as mais variadas patologias médicas ou cirúrgicas. Este é também a porta de entrada do doente crítico uma vez que, o hospital mais próximo se situa a cerca de 55 km de distância. A primeira abordagem destes doentes é realizada neste serviço e só após estabilização é encaminhado, ou para os serviços de internamento da unidade hospitalar ou é transferido para outro hospital com meios mais diferenciados. O fato de ser o primeiro hospital após a fronteira com Espanha, recebe os doentes que vem transferidos do país vizinho e só depois são transferidos para outra unidade hospitalar ou para a área de residência.

Apesar de ser uma unidade hospitalar pequena e, apesar do serviço de urgência estar classificado como SUB, é um serviço com atividade diversificada, implicando que a equipa de enfermagem tenha conhecimentos das diferentes áreas e desenvolva competências específicas para prestar cuidados aos doentes que recorrem a este serviço.

1.2.4 Análise de produção da unidade

A análise de produção do serviço foi feita com base nos dados facultados pelo gabinete de planeamento e controlo, para o ano de 2017. Este serviço atendeu durante este ano, um total de 29047 doentes o que dá uma média de 80 doentes por dia, como se pode verificar na tabela seguinte.

Tabela n.º 1- Doentes admitidos no serviço de urgência por turno (2017).

	Ano 2017	N.º de doentes /dia	% Doentes /dia
N.º total de doentes	29047	80	100%
N.º de doentes admitidos no turno da noite	2781	8	10%
N.º de doentes admitidos no turno da manha	14614	40	50%
N.º de doentes admitidos no turno da tarde	11652	32	40%

Font in: ULSNA, Adw, Alert®, 2017

Da análise dos dados pode concluir-se que 50% dos doentes que recorrem ao serviço de urgência o faz no período entre as 8h e as 16h. Durante o período compreendido entre as 0h e as 8h, a afluência de doentes reduz consideravelmente, facto que justifica a dotação de apenas 2 enfermeiros durante a noite.

1.2.5 Sistema Triagem de Manchester e gestão de doentes

O sistema de triagem de Manchester, foi desenvolvido na cidade de Manchester, Inglaterra, em 1994 a partir da identificação da queixa referenciada pelo doente, seleccionando um fluxograma específico e orientado por discriminadores.(Guedes, Martins, & Chianca, 2015).

No serviço de urgência onde foi realizado o estágio, o sistema de Triagem de Manchester está implementado desde 2005 e destina-se à identificação de critérios de gravidade do doente de uma forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade

clínica com que o doente deve ser atendido e definição do tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso, com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do serviço de urgência, com vista à criação de normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico, de forma a proteger a vida humana, utilizar recursos de forma eficiente e manter a equidade. (Silva, 2009; Wulp, 2010)

Este sistema é um instrumento de apoio à gestão do risco clínico no serviço de urgência, gerindo o fluxo de doentes com segurança e garantindo o atendimento imediato aos que dele necessitam. Identifica critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e tempo alvo recomendado até à observação médica. (Silva, 2009) Estando este sistema já implementado no serviço, este dá resposta ao despacho 1057/2015 de 2 de fevereiro que reconhece como obrigatória a implementação de um sistema de triagem de prioridades nos serviços de urgência.

Relativamente aos dados da Triagem de Manchester, a tabela seguinte revela a distribuição de doentes de acordo com a cor atribuída.

Tabela n.º 2- Distribuição de doentes triados por cor no serviço de urgência (2017).

Cor Triagem	N.º Doentes	% Doentes
Vermelho	131	0.5%
Laranja	3153	11%
Amarelo	12909	44.4%
Verde	11796	40.6%
Azul	486	1.6%
Branco	420	1.3%
Não triados/n aplic.	152	0.6%
Total	29047	100%

Font in: ULSNA, Adw, Alert®, 2017

Da análise dos dados conclui-se que predomina a prioridade urgente com 44,4% mas, a prioridade pouco urgente tem uma grande percentagem (40,6%). 55,9% Dos atendimentos correspondem às prioridades emergente, muito urgente e urgente, mas as

prioridades pouco urgentes, não urgentes e os brancos, representam 43,5% dos atendimentos. Esta taxa de doentes com prioridade pouco urgente, revela a fraca procura dos cuidados de saúde primários, pois a maioria dos doentes a quem é atribuída esta prioridade, são doentes que deviam recorrer aos cuidados de saúde primários, existindo uma necessidade de reestruturação do SNS e educação à população. (Zachariasse et al., 2017; Gräff et al., 2014; Diniz, Paula, Souza, Couto, & Chianca, 2014 e Guedes et al., 2015)

Dos 3284 doentes triados de vermelho e laranja no ano de 2017, 930 doentes (28,3%) foram transferidos para serviços hospitalares. A tabela seguinte apresenta o destino destes 930 doentes.

Tabela n.º 3 - Doentes triados de vermelho e laranja, transferidos para serviços hospitalares (2017).

	N.º de Doentes transferidos do SU	% de doentes
Para SO	421	45.2%
Para serviço de internamento da mesma unidade hospitalar	331	35.6%
Para outros serviços da unidade local saúde	79	8.6%
Para outros hospitais fora da unidade local	99	10.6%

Font in: ULSNA, Adw, Alert®, 2017

Da análise dos dados pode concluir-se que dos 930 doentes, 45,2% são transferidos para o SO, 35,6% são transferidos para os serviços de internamento da unidade hospitalar, 8,6% são transferidos para outra unidade hospitalar da mesma unidade local de saúde e 10,6% são transferidos para outros hospitais.

O **sistema de informação**, no qual são efetuados os registos no serviço de urgência é sistema ALERT®, do qual existem 3 módulos distintos, adaptados à triagem, balcão e SO. O ALERT® TRIAGE é um software de triagem para o serviço de urgência, que permite a utilização de diferentes protocolos de triagem, incluindo o sistema de Triagem de Manchester (Versão2). O ALERT® EDIS (Emergency Department Information

System), concebido para a utilização em serviços de urgência permite documentar, rever e integrar toda a informação clínica relativa a episódios nos serviços de urgência. Este é um sistema de fácil utilização, que permite a visualização total do serviço, de acesso a todos os elementos da equipa multidisciplinar e que facilita os cuidados ao doente. O ALERT® OBS (Observation Room) permite aos utilizadores registar, comparar e reutilizar toda a informação relativa a todo e qualquer episódio de internamento ou observação dentro do serviço de urgência. (ALERT, 2018) No entanto, embora seja um sistema de fácil acesso, não tem parametrizado qualquer tipo de atividade autónoma de enfermagem, não permitindo retirar dados de produção de enfermagem. Este problema poderá ser resolvido num futuro próximo, uma vez que se prepara a implementação do módulo de urgência do SClinico hospitalar.

2 ANÁLISE DOS OBJETIVOS DO PROJETO DE ESTÁGIO

Os objetivos definem o resultado que se pretende alcançar, podendo ser definidos de forma geral ou mais específicos. (Ruivo et al., 2010)

Ao realizar o projeto de estágio (Apêndice I) definiu como objetivo geral planejar e organizar o caminho a percorrer ao longo do estágio final do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica. A elaboração do projeto permitiu, de forma organizada, definir o percurso durante o período de estágio que se realizou de 19 de setembro de 2017 a 27 de janeiro de 2018. Conseguiu assim e de acordo com Ruivo, Nunes, & Ferrito (2010), traçar um plano de trabalho organizado para resolver o problema que a preocupava, a realização do estágio e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

Para além do objetivo geral, foram também definidos objetivos específicos. Para dar resposta ao primeiro objetivo específico: apresentar a justificação pessoal da escolha dos locais de estágio, fez uma análise do percurso profissional ao longo destes 17 anos e 10 meses exercício de enfermagem e conclui que ao longo da prática, teve sempre presente a pessoa em situação crítica na prestação de cuidados. Nos primeiros sete anos desenvolveu a sua atividade profissional no serviço de cirurgia geral, onde prestava cuidados ao doente do foro cirúrgico no pós-operatório imediato e tardio. No serviço existiam 2 unidades de cuidados intermédios e os doentes que aí permaneciam eram doentes que necessitavam de meios avançados de vigilância e monitorização, ou seja, pessoa em situação crítica. (Ordem dos Enfermeiros, 2011c)

Passados sete anos, solicitou transferência para o serviço de urgência, serviço onde continuou a desenvolver a atividade com a pessoa em situação crítica. O serviço de urgência era um serviço que sempre teve vontade de conhecer, no entanto sentia algum receio em não conseguir dar resposta ao doente crítico e não conseguir gerir as emoções

neste serviço. Apesar desta ambiguidade de emoções, decide com convicção que, o ingresso neste serviço, era um desafio quer pessoal, quer profissional.

A experiência profissional de dez anos no serviço de urgência, permitiram ter uma visão muito mais ampla do que é ser enfermeiro neste serviço. O ingresso no mestrado de enfermagem médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica surge nesta fase da vida, uma vez que sentiu uma necessidade de desenvolver e certificar competências nesta área e porque a nível pessoal e familiar era um momento que considerava favorável.

Os locais de estágio foram escolhidos com base neste percurso profissional e nas competências que pretendia adquirir e desenvolver. Assim decide realizar o estágio em 2 serviços distintos: na UCI e no serviço de urgência onde exerce funções.

A escolha da UCI prende-se com o facto de ser um serviço onde nunca teve oportunidade de trabalhar e que permite desenvolver competências de enfermagem na prestação de cuidados ao doente crítico; tem proximidade da área geográfica onde habita e onde trabalha, o que facilita a organização do horário e da vida pessoal e familiar; um serviço que se situa num país diferente, com políticas de saúde diferentes e que considerou ser uma mais-valia profissional, pois permitia a aquisição de novos conhecimentos, úteis para a prática diária.

Fazer um curto período de estágio no serviço de urgência onde exerce funções, tinha como vantagem desenvolver a atividade de intervenção major no serviço onde conhece a política de cuidados, a sua organização e a equipa de enfermagem. Era também uma forma de poder dar continuidade ao trabalho efetuado.

Após realização do estágio considera que a escolha dos locais para a sua realização foi adequada e permitiu o desenvolvimento das competências a que se propôs. No entanto, considera que o tempo de permanência em cada campo de estágio deveria ter sido dividido uniformemente, uma vez que um mês para implementar a atividade major foi um período muito curto e teve necessidade de permanecer algum tempo extra no serviço para conseguir envolver todos os colegas na sua implementação.

A supervisão nos campos de estágio foi realizada na urgência por uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, mestranda em gestão em unidades de

saúde. Na UCI, não existindo o enfermeiro especialista, a supervisão foi efetuada por uma enfermeira perita. De acordo com Benner, (2001), através do modelo de aquisição de competências, o enfermeiro perito “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis”. (p.58) Este apresenta uma vasta experiência e compreende de maneira intuitiva cada situação, no seu todo. Focaliza-se no aspeto predominante do problema em detrimento de aspetos menos relevantes. É flexível, facilmente se adapta e age rapidamente em conformidade com a situação. O seu reconhecimento é visível pelos outros profissionais e pelos doentes. (Benner, 2001)

Todas estas características aqui descritas, foram reconhecidas à enfermeira supervisora, pois era uma pessoa que trabalhava há 14 anos na UCI e era detentora de um conhecimento profundo sobre as situações, tendo a capacidade de mobilizar rapidamente os conhecimentos a aplicá-los no contexto clínico.

Relativamente aos outros objetivos específicos definidos, um está relacionado com a caracterização dos serviços, dos quais já foi feita a apreciação dos contextos em que se realizou o estágio. Os restantes objetivos permitiram organizar o decorrer do estágio, no entanto, como estão relacionados com a aquisição de competências, a reflexão e avaliação será feita no capítulo seguinte.

3 ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A competência é a capacidade de combinar e mobilizar o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser de forma a enfrentar situações complexas. Não é apenas o somatório dos saberes, mas sim a combinação entre eles, na medida em que cada tipo de saber se modifica na relação com os outros. (Le Boterf, 2015)

Ao longo do estágio teve oportunidade de mobilizar conhecimentos e fazer essa combinação de saberes de forma a enfrentar e resolver as situações complexas com as quais se deparou. As competências adquiridas a que se refere foram competências não só na área da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica como também competências de mestre em enfermagem.

O Mestre em enfermagem:

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

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

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

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

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

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

7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

(AESES, sem data; Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto, 2013)

Perante as competências enumeradas, decide elaborar a reflexão crítica da sua aquisição e desenvolvimento em simultâneo, uma vez que existe um paralelismo de atividades entre elas. Este capítulo traduz-se num momento reflexivo sobre as competências adquiridas, previamente planeadas no projeto de estágio, contribuindo para a tomada de consciência sobre o seu desenvolvimento.

3.1 Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem

O enfermeiro especialista é um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, no entanto, seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns. (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

Agrupou na primeira competência comum de enfermeiro especialista, a competência de mestre n.º 3, ambas relacionadas com o domínio ético e legal.

Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 - Desenvolve uma prática ética e profissional na área de intervenção.

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competência de mestre n.º 3

Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Reflexão crítica das atividades desenvolvidas

“No pensamento ético de enfermagem e no desenvolvimento da atividade profissional, o Outro é destinatário dos cuidados, objeto da atenção. O Outro que tanto me remete para uma ontologia do humano como para uma antropologia da morte. Vida do Outro como a minha, que não bastasse ser finita, ainda acresce ser frágil. Neste sentido o cuidado do enfermeiro acompanha a vida...até à morte...” (Nunes, 2016 p.11)

No exercício da sua atividade profissional, os enfermeiros identificam diferentes limites, provenientes da ética, do quadro deontológico, das melhores práticas no estado da arte, procurando a excelência do exercício, assim como a vontade expressa da pessoa no cuidado e no seu plano terapêutico.(Nunes, 2016) Esta foi uma preocupação constante ao longo do estágio, prestar cuidados de excelência, respeitando a vontade da pessoa/família, agindo de acordo com os limites éticos e deontológicos. Para a sua operacionalização, senti necessidade de, durante a primeira semana de estágio, rever o REPE, decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996, a deontologia profissional, descrita no capítulo VI da Lei 156/2015 de 16 de setembro, rever o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica e adquirir conhecimento sobre o código deontológico de enfermagem Espanhol, revisto em 2003 pela organização colegial de enfermagem espanhola.

A análise deste último documento foi discutida com a enfermeira supervisora da UCI e apesar de apresentar uma estrutura ligeiramente diferente em Portugal e Espanha, a nível de conteúdo são similares pelo que irá fazer apenas referência à deontologia profissional do enfermeiro de acordo com a legislação portuguesa.

Neste período de tempo, de acordo com artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948), mobilizou conhecimentos da deontologia para aplicar na prática e, de acordo com o artigo 99.º, planeou as

intervenções de enfermagem com a preocupação constante de defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, considerando sempre os valores, crenças e desejos do doente/família. Na relação profissional, os valores universais de igualdade, liberdade responsável, verdade e justiça, altruísmo e solidariedade e competência e aperfeiçoamento profissional acompanharam todas as atividades desenvolvidas. Foram princípios orientadores da prática diária a responsabilidade inerente ao ser enfermeiro, o respeito pelos direitos humanos dos destinatários de cuidados e a excelência do exercício da profissão. (Dec. Lei n.º 156, 2015)

O artigo 102.º, dos valores humanos, foi uma constante na prestação de cuidados. Teve oportunidade de prestar cuidados a diversas pessoas, com idades diferentes, situação económica diferente, com situação social e política diferentes e diferentes religiões. Os valores dos doentes/famílias foram preservados, não fazendo distinção nos doentes que tinha ao seu cuidado. (Dec. Lei n.º 156, 2015) Na UCI, deparou-se com uma situação que a levou a questionar e refletir. O doente católico aqui internado, tem direito a assistência religiosa sempre que esta for solicitada. No entanto, só esta religião tem pessoas para efetuar este acompanhamento a nível institucional. Aos doentes de outras religiões não é disponibilizado acompanhamento religioso. Este tem que ser solicitado por amigos ou familiares. Esta questão foi colocada ao enfermeiro supervisor que respondeu que como a população é maioritariamente cristã, o hospital dá resposta apenas a esta religião. No entanto, é facilitado o acesso e não existe impedimento institucional para que este se efetue, se essa for a vontade do doente/família.

O artigo 105.º do dever de informação foi outro dos artigos bastante trabalhados no decorrer do estágio, uma vez que os doentes admitidos na UCI são doentes críticos e a família solicita frequentemente informações atualizadas sobre o estado do seu familiar. Para além de existir uma procura da família neste sentido, é notória a preocupação dos membros da equipa em manter os familiares informados, ligando muitas vezes para que estes se desloquem ao serviço a fim de receberem informação. Ao longo do estágio fez parte deste processo, demonstrando preocupação em falar com os familiares e explicar a situação. Acontecia quando os doentes eram admitidos na unidade e quando existia alguma alteração do estado de saúde do doente e era importante a tomada de decisão participativa da família. (Dec. Lei n.º 156, 2015) Sempre que falava com a família,

existia um espaço reservado para que a confidencialidade dos dados também fosse garantida.

O respeito pela intimidade referenciado no artigo 107.º, esteve presente na prática diária. (Dec. Lei n.º 156, 2015) Na UCI os doentes não têm roupa e sendo esta um “*open space*”, facilmente a intimidade e a privacidade da pessoa pode ser exposta. Assim teve sempre a preocupação de manter o doente tapado e de fechar os estores dos vidros, aquando da realização de cuidados. Se não fosse possível, socorria-se do biombo existente no serviço para manter a privacidade e preservar a intimidade.

Uma outra questão ética com a qual se deparou foi com a doação de órgãos. No serviço teve oportunidade de prestar cuidados a 2 doentes em morte cerebral e o primeiro passo para a doação de órgãos era a permissão da família para ao fazer. De acordo com a lei de transplantes em Espanha todos são considerados dadores se, em vida não se manifestar o contrário, no entanto existe uma obrigatoriedade de perguntar à família sobre a doação. Na prática é sempre respeitada a decisão da família e esta só é efetuada após assinatura do consentimento familiar. (Organización Nacional deTransplantes, 2017)

Quando se fala em colheita e transplante de órgãos na UCI, há que ter em conta que a família do dador se encontra num processo de luto, pela “morte” do seu familiar e, se para os que recebem, a procura de um órgão é vital para a sua saúde e para a sua qualidade de vida, para quem é dador, a vida chegou ao fim e os seus familiares estão em sofrimento. (Batista & Duraó, 2014)

Teve oportunidade de estabelecer uma relação com os familiares destes dois doentes e fazer parte da equipa de acompanhamento. Foi notório o sofrimento e a dor da morte do familiar, mas também a convicção de que aqueles órgãos poderiam vir a ser úteis para outras pessoas. A intervenção do enfermeiro é aqui marcada notoriamente na transmissão de informação e no apoio emocional que estes familiares necessitam.

Ao longo do estágio teve oportunidade de discutir com a equipa todas estas questões éticas e construir um caminho reflexivo para cada situação, permitindo o seu crescimento pessoal e profissional nesta área.

Avaliação

Após análise reflexiva, considera ter adquirido e desenvolvido competência no domínio ético e legal do enfermeiro especialista e a competência n.º 3 de mestre em enfermagem.

Competências no domínio da melhoria da qualidade

B1 – Desempenha um papel dinamizador e de suporte no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 - Elabora, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Competência de mestre n.º 5

Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Reflexão crítica das atividades desenvolvidas

A Ordem dos Enfermeiros tem revelado uma preocupação constante na melhoria da qualidade dos cuidados e na implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade, revelada com a publicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em 2001(Ordem dos Enfermeiros, 2001), e a publicação do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.(Ordem dos Enfermeiros, 2011a)

Durante a 2.ª semana de estágio na UCI, teve necessidade de fazer uma revisão do regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, para o poder aplicar, na prestação de cuidados, sendo este um instrumento importante que ajuda a precisar o papel do enfermeiro especialista, junto dos doentes, família, comunidade e outros profissionais e políticos. Os enunciados descritivos: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e

controle de infecção associados aos cuidados de saúde foram utilizados para a obtenção dos melhores resultados na prestação de cuidados especializados, durante o estágio na UCI. (Ordem dos Enfermeiros, 2011a)

No serviço de urgência, durante a primeira semana de estágio, reuniu com a enfermeira chefe e enfermeira supervisora de forma a identificar os projetos implementados na área da qualidade a nível da instituição, clarificar as intervenções efetuadas e perceber de que forma poderia incentivar a participação da equipa nestes projetos. Desta reunião resultou também o tema para desenvolver a atividade de intervenção major, no âmbito da melhoria contínua.

Para o desenvolvimento desta competência, teve como base a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que tem como objetivo assegurar as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, respeitando as dimensões da efetividade, eficiência, acesso, equidade, segurança adequação, continuidade e respeito pelo doente, ou seja garantir os direitos dos doentes através da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. (DGS, 2015b)

A nível institucional, no ano de 2017, decorrem três projetos de melhoria contínua, na área da segurança do doente, nomeadamente no que respeita às notas de alta, úlceras por pressão e quedas, que são indicadores da qualidade na área da enfermagem. Estes projetos são sujeitos a programas de auditoria nos serviços de internamento.

Englobado nestes projetos, a equipa de enfermagem do serviço de urgência faz avaliação do risco de queda e úlcera por pressão nos doentes do SO, utilizando a escala de Morse e Braden respetivamente, implementando medidas preventivas de acordo com o risco avaliado. Para além da avaliação do risco, são notificadas internamente as quedas de doentes no serviço de urgência e SO e as úlceras por pressão que surgem durante a sua permanência no serviço. No entanto a auditoria não estava implementada, mas está já delineado para 2018 a realização non SU. Em colaboração com a enfermeira supervisora, tem sensibilizado os colegas para a importância da avaliação das escalas, bem como para a importância da notificação das situações que ocorrem. Só assim é possível quantificar, avaliar e propor programas de melhoria nestas áreas.

Ainda no que respeita a programas de melhoria continua, elaborou um projeto para implementação no serviço, na área da segurança do doente, que está relacionado com a comunicação eficaz na transição de cuidados. Para a sua elaboração, identificou a oportunidade de melhoria, estabeleceu prioridades e selecionou estratégias de melhoria na área da transição de cuidados. Todo o trabalho efetuado neste âmbito vai ser descrito e apresentado no capítulo 4 – Atividade de intervenção major.

B3 – Criar e manter um ambiente terapêutico seguro.

Reflexão crítica das atividades desenvolvidas

De acordo com a World Health Organization, (2008), a gestão do risco clínico preocupa-se essencialmente com a segurança do doente na prestação de cuidados de saúde. É importante identificar, avaliar e reduzir ou até mesmo eliminar os riscos e analisar os custos dos eventuais riscos uma vez que, a incidência de eventos adversos, erros e incidentes constituem perda financeira e aumentam custos dos serviços de saúde.

Ao longo do estágio, na UCI criou condições para que a prestação de cuidados fosse efetuada num ambiente seguro, tanto para os doentes/família como para os profissionais. De acordo com a política da instituição, são identificadas áreas de desenvolvimento de práticas seguras, nas quais se deve investir diariamente para aumentar a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados, como são as infeções nosocomiais, úlceras por pressão, identificação de doentes, carros de emergência, quedas, higiene das mãos e ferida cirúrgica. (SES, 2016)

Na prática diária e de acordo com os doentes pelos quais era responsável, teve sempre a preocupação com a higiene das mãos e infeções nosocomiais, intervenções que irão ser desenvolvidas nas competências específicas do enfermeiro especialista.

A utilização das barreiras de proteção em todos os doentes, era uma medida utilizada para a prevenção de quedas.

Relativamente às úlceras por pressão, era preocupação constante o posicionamento dos doentes de forma a aliviar as zonas de pressão. Os doentes da UCI, pelo seu estado geral e a sua condição de doença, são doentes sem mobilidade ou com mobilidade reduzida e a intervenção do enfermeiro nos posicionamentos corretos e mobilização dos doentes é primordial para a prevenção das UP. Foi neste contexto discutido com a enfermeira supervisora a importância de se reforçar, perante a equipa, a necessidade de posicionamentos regulares nestes doentes de forma a prevenir o aparecimento de úlceras. Nos turnos efetuados, supervisionava e solicitava colaboração das auxiliares de enfermagem para um posicionamento correto.

Tal como em Portugal, Espanha possui também um Sistema de Notificação de Eventos Adversos SiNASPE (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente) que tem como objetivo melhorar a segurança dos doentes, a partir da análise de situações que poderiam ter provocado ou provocaram dano ao doente. (Gobierno de Espanha, 2017) No entanto, ao longo do período de estágio não teve oportunidade de presenciar nenhum registo, uma vez que a notificação é voluntária e os enfermeiros da UCI ainda não estavam muito sensibilizados para o fazer.

No serviço de urgência, em 2014, foi nomeada interlocutora do risco para o serviço, função que desempenha e que teve oportunidade de aprofundar durante o período de estágio.

“O ciclo de melhoria contínua da qualidade aplicado à segurança dos doentes deve identificar os riscos, avaliá-los e hierarquizá-los, identificando as ações de melhoria a desencadear.” (DGS, 2015b p. 3882) Enquanto interlocutora do risco faz a identificação dos riscos, reporta-os para a unidade de gestão do risco e participa na implementação das ações de melhoria. Incentiva a notificação do risco por parte dos outros enfermeiros da equipa, ou no sistema nacional de notificação de incidentes (NOTIFICA) ou no sistema local (SAGRIS).

Durante o estágio deu seguimento ao trabalho efetuado como interlocutora do risco e fez o levantamento de 2 riscos clínicos e não clínicos existentes no serviço. (Apêndice II). Estes eram riscos que já tinham sido notificados, aos quais não tínhamos obtido resposta. Foram validados com a enfermeira chefe e enfermeira supervisora e foi contactada unidade de gestão do risco da instituição de forma a tentar perceber como se

encontrava o processo. A resposta foi que se encontravam para resolução no conselho de administração e no serviço de instalações e equipamentos.

Inserido na gestão do risco, surge também a identificação inequívoca de doentes. A WHO em 2004 apresentou algumas soluções de segurança com impacto na prevenção de eventos adversos graves, da qual a identificação inequívoca de doentes é considerada como medida fundamental na segurança. Tendo como base esta orientação e a orientação da DGS da Identificação Inequívoca de Doentes, a instituição criou em 2013 um procedimento de qualidade: identificação inequívoca de doentes. Sendo este um procedimento já aplicado, sujeito a auditoria interna, reuniu com a enfermeira chefe e com o enfermeiro gestor de risco local, e propôs a implementação de 3 autoauditorias que permitissem identificar os problemas da equipa na utilização deste procedimento, bem como as estratégias de resolução a adotar. A proposta foi aceite e traçou um cronograma de autoauditoria para o ano de 2018, com o respetivo instrumento de auditoria (instrumento de auditoria externa). (Anexo II)

Uma outra atividade que desenvolveu ao longo do estágio foi o incentivar pessoalmente a notificação do risco clínico e não clínico, desmistificando a política punitiva. Cada vez que verificava algum tipo de risco, ou quando as situações eram relatadas verbalmente, era solicitado que fosse registada a notificação no SAGRIS. Aos colegas mais renitentes, era explicado que não se tratava de uma política punitiva, mas sim de uma forma de registo para análise e de possível resolução do problema. A notificação é importante para ajudar nas estratégias de melhoria.

Avaliação

Após análise reflexiva das atividades desenvolvidas considera ter adquirido e desenvolvido competências no domínio da melhoria da qualidade e ter também adquirido a competência de mestre n.º 5.

Competências no domínio da gestão de cuidados

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

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

Competência de mestre n.º 1

Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

Reflexão crítica das atividades desenvolvidas

Os enfermeiros da área de gestão constituem uma estrutura fundamental para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados á população.(Guerra, 2018)

A ordem dos enfermeiros define como 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 (...) é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde.”(Ordem dos Enfermeiros, 2018 p. 3478)

Tendo em conta esta definição e a competência a que se propôs adquirir, na UCI teve oportunidade de acompanhar o enfermeiro supervisor um dia para tentar perceber a dinâmica da gestão de cuidados naquela unidade. Relativamente à gestão de pessoal, existem vários tipos de horários e os enfermeiros seguem horário contínuo, acabando por se agrupar entre eles e formar equipas de trabalho. No entanto, não existe um enfermeiro responsável de turno. Cada um é responsável pelos seus doentes e pelos seus atos e a resolução de problemas pontuais é assumida pelo enfermeiro presente no momento.

A distribuição de doentes por enfermeiro, é feita pelo enfermeiro supervisor que distribui as unidades pelos enfermeiros e estes prestam cuidados aos doentes que se encontram nessas mesmas unidades. Como acontece em Portugal, as faltas de enfermeiros são normalmente imprevisíveis e se existe falta de um elemento, este é substituído por outro elemento da equipa, sendo esta alteração efetuada pelo enfermeiro supervisor. É também o enfermeiro supervisor que é responsável pelo horário e distribuição de trabalho dos auxiliares de enfermagem.

No que respeita à gestão de equipamento é a enfermeira encarregada ou o enfermeiro supervisor que têm a responsabilidade da operacionalização dos equipamentos, efetuando os pedidos de reparações que considerem necessários. É também esta enfermeira a responsável pela manutenção da carga do carro de emergência.

A responsabilidade dos pedidos e acondicionamento de material de consumo clínico e medicação, está atribuída a uma auxiliar de enfermagem que está de horário fixo de segunda a sexta.

Relativamente à gestão de cuidados ao doente, teve oportunidade de participar ativamente nas decisões da equipa multidisciplinar, durante a visita que os intensivistas efetuavam no período da manhã, bem como nos momentos críticos do doente, detetados e comunicados ao médico de serviço. Teve ainda oportunidade de participar no processo de cuidar, discutindo os cuidados com a enfermeira supervisora e equipa médica, garantido a qualidade e a segurança do doente.

A gestão do tempo na prestação de cuidados, priorizando intervenções foi uma preocupação em cada dia de estágio de forma a conseguir prestar todos os cuidados necessários, em tempo útil sem colocar em risco o doente. Perante o doente crítico, definir prioridades de forma assertiva contribui para a sua evolução favorável. Para Nunes (2015) “A prestação de cuidados em situação crítica requer atuação segura, imediata e pautada pela consciência de seu impacto na sobrevivência, na recuperação e na qualidade de vida da pessoa.”(p.188) Quando surgiam situações novas, com as quais não estava tão familiarizada, solicitava a colaboração de outros enfermeiros e reconhecia a necessidade de referência do doente para outros profissionais.

Supervisionou as tarefas das auxiliares de enfermagem no que respeita aos cuidados ao doente, de forma a conseguir manter uma visão holística e conseguir identificar algum tipo de alterações que pudesse existir.

No SU teve oportunidade de estar com a enfermeira chefe durante 3 turnos. Constatou que a atividade da enfermeira chefe assenta nos vários princípios definidos por Hasbeen (2000), uma vez que esta promove um ambiente humanizado; organiza a unidade tornando-a compatível com a equipa; comunica, partilhando conhecimentos entre os elementos da equipa; desenvolve conhecimentos e atividades relacionados com a prática dos cuidados; delibera, envolvendo na dinâmica de gestão toda a equipa, partilhando sucessos e dificuldades; promove o acesso à formação, tendo em conta as necessidades da equipa. A deliberação e delegação de funções na equipa, é feita através da atribuição de responsabilidades nas diferentes áreas e através da delegação de funções no responsável de turno na sua ausência. Existindo apenas uma enfermeira especialista, o responsável de turno é designado pela enfermeira chefe do serviço e, ainda 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.

No desempenho de funções no serviço, é responsável de turno sempre que para tal é nomeada. Enquanto enfermeira responsável de serviço, na ausência da enfermeira chefe, tem oportunidade de participar na gestão dos cuidados e na adequação dos recursos humanos e materiais, garantindo uma resposta eficaz e segura na prestação de cuidados.

No que respeita à gestão de recursos humanos, essa responsabilidade passa pela distribuição de enfermeiros e assistentes operacionais, escalados para o turno, pelos postos de trabalho. Normalmente esta distribuição é feita semanalmente, ação que realizou durante o período de estágio. Neste período, existiu um aumento do número de doentes no SO e participou na decisão de reforçar a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais de forma a garantir a segurança dos doentes.

Teve oportunidade de elaborar com a enfermeira chefe o horário dos enfermeiros e auxiliares de 15/1/2018 a 11/2/2018.

Para além da gestão de pessoal, participa na gestão de recursos materiais. Foi responsável por efetuar os pedidos de material de consumo clínico, que se efetuam à segunda e à quinta-feira para o serviço de aprovisionamento e logística. Nesses dias são também efetuados os pedidos dos fármacos, que não estão armazenados no Pyxis®, aos serviços farmacêuticos. A segurança do doente e a prestação de cuidados, passa não só pela gestão de pessoal, mas também pela gestão de material.

A gestão de equipamento, é outra área importante na segurança dos cuidados e na qual participou. Os desfibrilhadores do serviço têm que ser testados diariamente, de forma a garantir o seu funcionamento. Se é detetado alguma avaria ou disfuncionalidade é imediatamente comunicada ao serviço de instalações e equipamentos que providencia a sua reparação. Este pedido é feito através de sistema informático dos serviços de apoio, situação que teve oportunidade de realizar. Durante o período de estágio e à semelhança do que fez anteriormente com os equipamentos da sala de reanimação, deixou no serviço elaboradas fichas técnicas de infraestruturas dos desfibrilhadores do balcão 2 e SO 1 e 2, de acordo com o modelo da instituição para que fiquem registadas as alterações, avarias e reparações referente ao equipamento.

Perante todo o trabalho desempenhado, não só ao longo do estágio, como também ao longo dos últimos 5 anos no serviço de urgência, foi nomeada no decorrer do estágio, como enfermeira responsável pela gestão de stocks. (medicamento e logística). (Anexo III)

Avaliação

Após reflexão pessoal e por todas as atividades desenvolvidas, considera ter adquirido e desenvolvido competências no domínio da gestão de cuidados e competência n.º 1 de mestre em enfermagem.

Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade.

Competência de mestre n.º 4

Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

Reflexão crítica das atividades desenvolvidas

Em enfermagem, a competência baseia-se nas qualidades pessoais da enfermeira e na mobilização dos seus saberes aplicados aos cuidados. No entanto, para “... poder mobilizar as capacidades pessoais, é preciso em primeiro lugar tomar consciência que as possuímos.”(Phaneuf, 2005, p.4)

Para poder ser assertiva nas intervenções realizadas, teve necessidade de aumentar e desenvolver o autoconhecimento principalmente na prestação de cuidados ao doente crítico na UCI. Sendo este um serviço onde não tinha tido oportunidade prestar cuidados, todos os equipamentos envolventes, eram novidade e teve que fazer um investimento pessoal de pesquisa e autoformação no período inicial do estágio para que conseguisse manusear todos os equipamentos com segurança e conseguisse fazer a interpretação correta dos valores. Também teve que fazer um investimento pessoal na pesquisa de patologias e intervenções de enfermagem para poder prestar cuidados na UCI e para poder lidar com as diversas situações, pois tinha consciência que não possuía conhecimentos suficientes para lidar com estes doentes, quer a nível de intervenção, quer a nível relacional e emocional. Associou este percurso ao artigo 100º, dos deveres deontológicos em geral na alínea e) onde é descrito que o enfermeiro tem o dever de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, e ao artigo 109º da excelência do exercício, no qual o enfermeiro tem o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, recorrendo à formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.(Dec. Lei n.º 156, 2015)

Só com este autoconhecimento conseguiu agir eficazmente em situações de pressão e *stress*. Estas situações eram notórias aquando da admissão do doente na UCI, porque a maior parte dos doentes chegam descompensados, em risco de falência orgânica e a resposta tinha que ser imediata e eficaz.

Após este investimento pessoal, revela capacidade para intervir e gerir sentimentos e emoções em situações para as quais anteriormente estava mais vulnerável. Recorda uma situação específica, na qual uma rapariga de 26 anos, com doença prolongada, acabou por falecer e os pais, que toda a vida se tinham dedicado ao seu cuidado, estavam agora a vivenciar o sofrimento e a dor da perda da sua filha, mas também a enfrentar todo o vazio de vida com que se iriam deparar. O seu objetivo de vida, cuidar a filha, tinha chegado ao fim. Para apoiar e ajudar aqueles pais, teve que fazer uma gestão de emoções e sentimentos da situação, perceber o que estavam a sentir, ajudá-los a encontrar o caminho de ajuda.

Depois de todo o investimento, considera que se adaptou perfeitamente ao campo de estágio. Ao fim de três semanas estava integrada na equipa e era vista pelos colegas como enfermeira detentora de conhecimento prático e científico que facilitava a partilha de opiniões na prestação de cuidados.

D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Competência de mestre n.º 2 e n.º 6

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

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

Reflexão crítica das atividades desenvolvidas

Ao longo do estágio, teve que fazer várias pesquisas e recorrer à prática baseada na evidência para poder prestar cuidados baseados em padrões de conhecimento válidos, ou seja, teve necessidade de procurar e utilizar na prática a melhor evidencia científica disponível para a tomada de decisão sobre o cuidado. (Sackett, 2003) A PBE constitui uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência na saúde. (Pereira, Cardoso, & Martins, 2012)

Para a realização desta pesquisa, foi utilizado o motor de busca EbscoHost e Pubmed.

Sentiu necessidade em efetuar uma pesquisa mais aprofundada sobre a administração de oxigênio de alto fluxo por cânula nasal ou traqueostomia através de sistema AIRVO2®, equipamento disponível da UCI e do qual existia pouca informação. Elaborou um folheto informativo: Oxigenoterapia Humidificada de Alto Fluxo no Doente Crítico: Uma realidade na UCI, em português, que traduziu para espanhol e deixou na UCI. (Apêndice III)

No serviço de urgência identificou, com a enfermeira chefe e enfermeira supervisora a necessidade de intervenção na transição de cuidados de enfermagem, tendo este sido o tema da atividade de intervenção major em serviço, depois de validado com a orientadora do relatório e que descreve pormenorizadamente no capítulo 4.

Para além deste documento, ao longo do estágio e fazendo parte da avaliação do mesmo, elaborou um artigo científico: Importância da Comunicação no Cuidado ao Doente/Família na UCI: Revisão Integrativa. (Apêndice IV)

Para além destas atividades e trabalhos desenvolvidos durante o período de estágio teve oportunidade de:

* Participar como formanda na UCI numa sessão de esclarecimento sobre o sistema de Volume View® no dia 5/10/2017;

* Participar nas III Jornadas da Urgência, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande, sendo estas uma mais-valia na partilha de

conhecimentos na área de enfermagem de urgência. (Anexo IV). Teve oportunidade de apresentar o póster: Sistema de Triagem de Manchester: Eficácia na Prática de Enfermagem na Abordagem do Doente Crítico, elaborado no âmbito do mestrado e o qual foi contemplado com o 1º prémio após avaliação da comissão científica. (Anexo V)

* Participar no Curso de Formador e Auditor do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, por proposta da enfermeira chefe, o qual terminou com aproveitamento. Embora não fazendo parte dos objetivos de estágio, foi uma mais-valia de enriquecimento pessoal e profissional nesta fase de aprendizagem e desenvolvimento de competências. (Anexo VI)

* Participar no V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que permitiu a partilha de experiências na área da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica. Participou no workshop Resgate em Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO), área com a qual nunca teve oportunidade de contactar, mas que tinha alguma curiosidade em perceber. (Anexo VII)

Avaliação

Após reflexão pessoal sobre as atividades desenvolvidas, considera ter adquirido e desenvolvido competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como as competências de mestre n.º 2, 4 e 6.

3.2 Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Enfermagem

Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas. Os cuidados de enfermagem a este tipo de pessoas são fundamentais na resposta as necessidades afetadas, permitindo manter as funções vitais, prevenir as complicações e reduzir a incapacidade. (Ordem dos Enfermeiros, 2011c)

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem: a pessoa em situação crítica integra o perfil das competências comuns e o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências. Estas englobam o cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas e maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção. (Ordem dos Enfermeiros, 2011c)

Todas as atividades planeadas e realizadas para aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista têm como referencial os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Estes foram definidos pelo colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica da ordem dos enfermeiros e pressupõem uma melhoria dos cuidados de enfermagem especializados a fornecer aos cidadãos e uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros especialistas nesta área. (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

A reflexão sobre a competência de mestre n.º 1 surge associada a todas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, uma vez que esta está relacionada com a conceção, prestação gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem.

Competência de mestre n.º 1

Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

Competência específica - K1

Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica.

Reflexão crítica das atividades desenvolvidas

Esta foi uma competência desenvolvida principalmente na UCI pois cada dia de estágio tinha oportunidade de prestar cuidados a doentes em situação crítica.

Durante este período teve oportunidade de prestar cuidados a 30 doentes internados na UCI, com as mais diversas patologias. Eram doentes críticos que apresentavam falência orgânica de um ou mais órgãos. Sendo esta uma unidade polivalente, permitiu o desenvolvimento da competência, bem como a familiarização com os diferentes tipos de equipamentos de apoio a estas situações.

Prestou cuidados a doentes com ventilação invasiva, e que necessitavam de cuidados para manter o suporte ventilatório. Para além dos cuidados inerentes à ventilação invasiva, a preocupação constante na mobilização destes doentes é a permeabilidade e manutenção do tubo orotraqueal. Foi uma intervenção que, por delegação da enfermeira supervisora, efetuava com responsabilidade e empenho, inicialmente com um pouco de insegurança pelo desconhecimento, mas depois já com segurança e qualidade. Teve também oportunidade de efetuar em algumas situações o desmame do ventilador e de retirar tubo orotraqueal, passando o doente de situação de ventilação invasiva para suporte de O₂ não invasivo. Teve ao seu cuidado doentes com traqueostomia, ligados ao ventilador e doentes a fazer oxigénio de alto fluxo por traqueostomia. Teve necessidade de fazer uma pesquisa mais aprofundada sobre cuidados ao doente com oxigénio de alto fluxo, quer por traqueostomia, quer por cânula nasal. Após pesquisa, partilhou conhecimentos adquiridos com a supervisora e equipa de enfermagem.

Nos diferentes doentes pelos quais foi responsável, para além da área da ventilação, prestou cuidados a doentes com monitorização de pressão arterial invasiva através de linha arterial; doentes com cateter Swan-Ganz; doentes com sistema VolumeView®; doentes com hemofiltração com sistema Prismaflex®; doente com alteração do estado de consciência, com monitorização do índice bispectral para avaliação da atividade cerebral e taxa de supressão; doentes com pressão intracraniana elevada com sistema de medição de PIC invasiva. Embora anteriormente nunca tivesse tido oportunidade de prestar cuidados a doentes, que necessitam deste tipo de intervenções de enfermagem, aprendeu a manusear todos estes equipamentos e a reconhecer precocemente as alterações, ao fim da 3^a/4.^a semana de estágio desenvolvia uma correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade. Também ao fim deste tempo conseguia identificar problemas potenciais nos doentes que tinha ao seu cuidado, identificar precocemente focos de instabilidade e implementar medidas para evitar os problemas ou

minimizar efeitos indesejáveis. À medida que o estágio ia avançando, ia sendo cada vez mais perspicaz e conseguia detetar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos. Foi capaz de implementar respostas de enfermagem imediatas apropriadas às complicações. Na procura da excelência do exercício, o enfermeiro especialista previne complicações na identificação de problemas potenciais e prescrição de intervenções de enfermagem face aos focos de instabilidade. A intervenção precisa, eficiente, eficaz de forma holística à pessoa em situação crítica e o empenho pessoal minimizam o impacto negativo provocado pela mudança. (Ordem dos Enfermeiros, 2011a) Esta prestação só foi possível pelo investimento pessoal que fez durante este período e pelo apoio e partilha de conhecimento da enfermeira supervisora.

A gestão da dor era uma intervenção que preocupava toda a equipa multidisciplinar e era notória a preocupação na administração de analgesia para o seu alívio. Durante o período de estágio, utilizou escala visual de avaliação da dor nos doentes que se encontravam conscientes e colaborantes para a sua avaliação. Para além da administração de analgesia desenvolveu medidas não farmacológicas no alívio da dor, principalmente nos doentes que não tinha a capacidade de comunicar comprometida e dos quais ia recebendo feedback desse alívio. Essas medidas passavam principalmente pelo posicionamento antiálgico e medidas de conforto. Desta forma fez gestão diferenciada e eficaz da dor com a aplicação de instrumentos de avaliação e protocolos para alívio da mesma. (Ordem dos Enfermeiros, 2011a)

A gestão da comunicação é outra unidade de competência do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica. Tanto os doentes da UCI como familiares estão a vivenciar um processo de doença complexo o que provoca stress e ansiedade. Teve oportunidade de ajudar a reduzir essa ansiedade tanto no doente como nos familiares, através da comunicação e da transmissão de informações em tempo real.

O direito à informação assiste todos os doentes/família e o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem. (Dec. Lei n.º 156, 2015) Segundo Henriques, Silva, & Ferreira (2012) o enfermeiro deve ter a capacidade de adotar estratégias para estabelecer uma comunicação eficaz com os doentes e famílias, diminuindo assim o *stress* e a ansiedade destes, permitindo a partilha

de emoções, sentimentos, opiniões e necessidades. Ao longo do estágio teve a oportunidade de desenvolver estratégias de comunicação com o doente/ família para que expressassem os seus sentimentos, as suas dúvidas, as suas incertezas. O enfermeiro pode ajudar a transformar o processo de incerteza pelo qual o doente e família estão a passar, num processo positivo, fornecendo informações adequadas. Teve oportunidade de fornecer informações aos familiares em tempo real, bem como fornecer esclarecimentos do que lhe tinha sido dito pelo médico, tanto ao doente como ao familiar. Segundo Bell (2016) os enfermeiros têm oportunidade de liderarem o caminho dos cuidados centrados no doente, pois são eles que tem capacidade para fazer a transição da informação que é transmitida e o que é entendido pelos doentes/família.

Ainda relativamente à comunicação, existe uma outra vertente fundamental para a segurança dos cuidados, a transição de cuidados durante a mudança de turno. Na UCI a mudança de turno, ocorre junto do doente, pois existem condições físicas que não comprometem a privacidade do doente e a confidencialidade dos dados. No entanto a informação transmitida não pode ser consultada, os enfermeiros não efetuam registos no processo de enfermagem. Os únicos registos efetuados no processo do doente pelos enfermeiros são a medicação administrada e os parâmetros vitais. Não é utilizado o sistema de informação para registos de enfermagem que integre as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções e os resultados sensíveis e essas intervenções. Não existe um resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem no atendimento à pessoa em situação crítica.(Ordem dos Enfermeiros, 2011a)

Ao longo do estágio explorou um pouco o sistema e percebeu que existem muitos campos onde os enfermeiros podem efetuar registos e promover a continuidade de cuidados e a segurança do doente. Começou a efetuar alguns registos que tinha a ver com a manutenção dos cateteres de punções venosas e arteriais, bem como do registo de integridade cutânea. Enquanto estagiária, elaborava informalmente o plano de cuidados dos doentes que tinha ao seu cuidado, executava as intervenções e efetuava a avaliação das intervenções especializadas. Discutia com enfermeira supervisora a sua eficácia e reformulava as intervenções se necessário.

Como tinha sido projetado inicialmente, teve oportunidade de estagiar durante 2 dias no serviço de urgência do hospital da Estremadura Espanhola e perceber a dinâmica do serviço. Era uma mais-valia perceber como funciona o serviço de urgência, uma vez que é o serviço onde exerce funções e a partilha de conhecimento de outras realidades é sempre benéfico, trazendo sempre vantagens para o desenvolvimento profissional.

A urgência traumatológica e urgência geral estão separadas, fisicamente e é o administrativo que encaminha os doentes, dependendo do tipo de patologia. Após ser feita a ficha de admissão e encaminhamento para serviço respetivo, os doentes aguardam pela sua vez. Não existe um sistema de triagem de prioridades, os doentes são observados por um médico, por ordem de chegada. São estes que efetuam a primeira consulta, solicitam exames complementares de diagnóstico e prescrevem medicação. Depois de efetuados estes procedimentos os doentes ou aguardam na sala de tratamento pelos resultados, ou vão para SO. O serviço de urgência fica assim liberto, para poder receber outros doentes. Durante estes 2 dias, teve oportunidade, principalmente na urgência de traumatologia de adotar e gerir protocolos de gestão da dor, bem como da adoção de técnicas não farmacológicas como os posicionamentos.

Inicialmente tinha projetado um estágio de observação na unidade de cardiotorácica, no entanto não teve oportunidade de o fazer por questões de organização do serviço. Nos contactos efetuados com a enfermeira supervisora desta unidade, surgiu a oportunidade de assistir a uma cirurgia cardíaca. Teve contacto com o doente ainda no internamento e teve a possibilidade de o acompanhar até à sala. Assistiu à preparação pré-operatória que é um processo complexo, desenvolvido apenas por enfermeiros peritos na área. O intraoperatório de uma valvuloplastia mitral é um momento de alto rigor técnico e científico, do qual depende o sucesso da cirurgia. Todo o processo que envolve a circulação extracorpórea é de um rigor absoluto. Este doente que, apesar das suas limitações era um doente independente à entrada na sala, sofre um processo complexo e torna-se num doente crítico, ao qual é necessário prestar cuidados altamente qualificados, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação.

Foi uma experiência única, enriquecedora do ponto de vista do conhecimento pessoal e profissional.

Avaliação

Por todas as experiências vivenciadas e reflexão das mesmas ao longo do estágio, considera ter competência adquirida para cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, ao nível da competência de enfermeira especialista e mestre em enfermagem.

Competência específica K2

Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação.

Reflexão crítica das atividades desenvolvidas

Na segunda semana de estágio no serviço de urgência, reuniu com as colegas de mestrado, com a enfermeira supervisora e com a enfermeira chefe para identificar o que existia em termos de catástrofe, fazer uma leitura aprofundada dos planos existentes e propor alterações se necessário.

Verificou-se que no serviço de urgência existe um plano de catástrofe (atualmente designado de plano de emergência externa) que está desatualizado, pois a ultima revisão foi efetuada no ano de 2004. Constatou-se também que muitos elementos da equipa de enfermagem não conhecem o plano, nem têm conhecimento dos procedimentos de atuação em situação de catástrofe.

Foi então decidido que devido ao curto espaço de tempo não se conseguia implementar um projeto. No entanto, após reunião com o enfermeiro gestor do risco local, enfermeira chefe e diretor de serviço, foi elaborado um projeto de intervenção em serviço intitulado Plano de Emergência Externa: atuação em situação de catástrofe (Apêndice V) que irá ser desenvolvido no serviço a partir de abril de 2018. Para além do projeto efetuado, foi organizado e colocado na sala de triagem uma caixa com 20 kits de

catástrofe. Foi criada uma *check list* de acordo com as indicações do Grupo Português de Triagem para a elaboração desses mesmos *kits* e colocada no topo da caixa. (Apêndice VI)

Avaliação

Não desenvolvendo ações na prestação de cuidados em situações de catástrofe, mas pela pesquisa efetuada, tem conhecimento do plano existente, elaborou uma pesquisa bibliográfica no que respeita a situações de catástrofe e elaborou um projeto de intervenção. Considera ter competência adquirida para dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas.

Competência Específica K3

Maximizar a intervenção na prevenção controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Reflexão crítica das atividades desenvolvidas

Na UCI, durante os primeiros 5 dias de estágio, fez um levantamento dos projetos que estavam a ser desenvolvidos na área da prevenção e controlo de infeção. Verificou-se que a nível hospitalar existem 2 grandes áreas a serem desenvolvidas, como acontece em Portugal. São elas a prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde e a higiene das mãos (SES, 2016)

Relativamente à higiene das mãos ao longo de todo o estágio e ao longo da prestação de cuidados teve a preocupação de executar a técnica correta, tendo em conta os 5 momentos de higienização das mãos. No primeiro dia notou que havia unidades que não tinham solução de base alcoólica disponível e que se assistia a um uso excessivo de luvas. Em análise desta situação com a enfermeira supervisora, foi solicitado que se colocasse em todas as unidades do doente essa mesma solução. A partir deste momento deixou de existir impedimento para efetuar a higienização das

mãos. O uso de luvas também foi racionalizado, pois este só é necessário se existir risco de contacto com fluidos orgânicos.(DGS, 2010)

Relativamente a infeção associada aos cuidados de saúde, existia na UCI um protocolo de intervenção de prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica e esse protocolo é aplicado a todos os doentes sujeitos a ventilação invasiva. Assim, na prestação de cuidados destes doentes, teve sempre como base este protocolo a fim de evitar a pneumonia associada à ventilação. A aspiração endotraqueal era efetuada utilizando técnica assética e a higiene oral era efetuada no mínimo 3 vezes por dia ou mais se necessário. Os doentes ficavam com a cabeceira elevada entre os 30° e os 45°. Estas intervenções vão de encontro as intervenções recomendadas pela na DGS na norma 021/2015 sobre feixe de intervenções de prevenção de pneumonia associada à intubação.(DGS, 2015a)

Durante o período de estágio, teve sempre o cuidado de utilizar os equipamentos de proteção individual adequados a cada situação e de acordo com a condição do doente. Neste período prestou cuidados a doentes com sépsis, com presença de microrganismos multirresistentes e que necessitavam de isolamento para evitar a transmissão. Prestou cuidados a doentes que foram submetidos a transplante renal e hepático, que estavam a fazer imunossuppressores e que tinham que ser protegidos de qualquer microrganismo. Nestas situações, a utilização correta dos EPI foi fundamental para a segurança dos doentes. Para além das precauções básicas adotadas, desenvolveu uma intervenção não menos importante que foi o ensino e a transmissão de informação à família sobre a importância do isolamento, as medidas a adotar e a utilização correta dos EPI. Todos estes procedimentos são procedimentos que a DGS regularizou na norma das precauções básicas do controlo de infeção.(DGS, 2012)

Durante o período de permanência no serviço de urgência teve oportunidade de rever os procedimentos de qualidade existentes a nível institucional, e que têm como suporte documental as normas da DGS. Os procedimentos de qualidade (PQ) da instituição referem-se à higienização do ambiente da prestação de cuidados de saúde, às precauções básicas do controlo de infeção, à higienização das mãos e vias de transmissão.

Analisando os documentos supracitados e em reunião com a enfermeira chefe, enfermeira responsável do grupo de coordenação local, elo de ligação do serviço ao GCL-PPCIRA, enfermeira supervisora e colegas de mestrado que se encontravam a estagiar no serviço, verificou-se que existia uma lacuna grave na higienização das mãos no serviço de urgência. Assim à semelhança do que foi feito com a situação de catástrofe, foi feito o diagnóstico da situação e foi traçado um projeto de intervenção na área da higienização das mãos para enfermeiros e assistentes operacionais que irá ser implementado a partir de abril de forma a minimizar este problema. (Apêndice VII)

Durante o estágio na urgência e relativamente ao PQ da higienização do ambiente da prestação de cuidados, supervisionou as ações dos assistentes operacionais, reforçando a utilização do duplo balde e a utilização das soluções de limpeza corretamente.

Avaliação

Após reflexão sobre as atividades desenvolvidas considera adquirida e desenvolvida competência para maximizar a intervenção na prevenção controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica e a competência de mestre n.º 1.

Competência de mestre n.º 7

Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Por todas as situações refletidas anteriormente e, tendo consideradas como adquiridas todas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, considera esta última competência de mestre também adquirida.

4 ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO MAJOR

A atividade de intervenção major, surge de forma a dar resposta ao desenvolvimento de várias competências, quer comuns quer específicas, do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a pessoa em situação crítica e competências de mestre em enfermagem. É uma atividade que se enquadra num projeto de melhoria contínua, baseada em padrões de conhecimento sólidos, que permite a segurança dos cuidados a pessoa em situação crítica. Desenvolve e dissemina investigação para a promoção da prática de enfermagem baseada na evidência e contribui para o desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade. (AESES, sem data e Ordem dos Enfermeiros, 2011b, 2011c)

4.1 Fundamentação

Tendo como linha de investigação a segurança do doente e tendo como referência o plano nacional para a segurança do doente 2015-2020, efetuou uma reflexão pessoal sobre esta temática no serviço de urgência. Após análise detalhada deste plano, o objetivo estratégico n.º 2 que se refere a **aumentar a segurança da comunicação**, despertou um interesse particular. Reuniu então com a enfermeira chefe e enfermeira supervisora do estágio que concordaram que o tema da comunicação era fundamental para o serviço. (DGS, 2015b)

Após esta validação surge a questão: **A transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência é efetuada de forma a garantir a segurança do doente?**

Segundo Halvorson et al., (2016), a transferência de doentes são uma oportunidade para falhas e erros de comunicação e podem comprometer a sua segurança. Perante esta afirmação e a pergunta inicial, reuniu novamente com a enfermeira chefe e supervisora

e com a orientadora da escola e foi validado o tema da comunicação na transição de cuidados no serviço de urgência. A sugestão da utilização da metodologia Lean para abordagem do tema, surge por parte da orientadora da escola, sendo um desafio que decidiu aceitar e o qual se propôs cumprir. Posteriormente constatou que em 2017 a DGS tinha publicado uma norma sobre comunicação eficaz na transição de cuidados e que não era conhecida pela equipa, razão que a levou a fundamentar a sua intervenção.

A implementação da atividade de intervenção major foi efetuada ao longo do período de estágio. Para a sua realização foram analisados 2 processos: o espaço físico da transição de cuidados durante a mudança de turno e a transmissão de informação sobre o doente. Relativamente à transmissão de informação foi analisada a informação transmitida durante a mudança de turno e a informação transmitida na transferência de doentes para outros serviços hospitalares.

4.2 Enquadramento Concetual E Teórico

O enquadramento concetual e teórico visa descrever os conceitos fundamentais aplicados ao estudo, bem como o modelo de enfermagem utilizado. Os conceitos de comunicação em saúde, segurança do doente, transição de cuidados e comunicação, pensamento Lean e Modelo Qualidade-Cuidado® de Duffy, são indispensáveis para compreensão e desenvolvimento da atividade de intervenção major.

4.2.1 Comunicação em saúde

A comunicação

“... é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, (...) pela maneira de agir dos intervenientes” (Phaneuf, 2005, p.23)

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) a comunicação é um comportamento humano interativo que consiste em dar e receber informações, utilizando comportamentos verbais e não-verbais, face a face ou através de meios tecnológicos.(Pinto et al., 2016)

Existe uma necessidade diária de comunicar em todos as situações da vida, em todos os momentos, estando a comunicação também presente nos cuidados de saúde. Por este motivo, o desenvolvimento de competências na área da comunicação é cada vez mais um objetivo da prática e da formação em saúde. (Pereira, 2005)

Comunicar não é mais do que trocar ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e que se faz. Como tal, tem de existir um emissor, um recetor e uma mensagem, sendo um processo complexo, interativo e pluridirecional. Para a transmissão da mensagem tem de existir uma comunicação efetiva. Ser efetivo não é mais do que ser eficaz e eficiente, orientando as ações e recursos em busca do melhor resultado e desenvolvendo as atividades no melhor padrão de qualidade, tendo em conta o tempo disponível. (Fachada, 2012)

A comunicação está presente em todas as atividades do enfermeiro e influencia decisivamente a qualidade da assistência prestada à pessoa que necessita dos seus cuidados. (Pereira, 2005) Representa um dos fatores mais importantes da humanização dos cuidados e é considerada por Phaneuf, (2005) como uma competência de enfermagem que faz parte do dia-a-dia do trabalho do enfermeiro, sendo um instrumento básico fundamental quer no cuidado ao doente, no atendimento à família ou nas relações com a equipa de trabalho.

Para Tranquada (2013), as equipas de saúde podem ser fluídas, inconstantes, podem sobrepor-se e incluir colegas e estranhos, no entanto as características da equipa não podem influenciar a comunicação. A existência de um modelo de comunicação eficiente permite que as equipas atinjam os seus objetivos.

Considera-se comunicação eficaz se a informação entre os profissionais de saúde for oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor, evitando o erro de comunicação, ou seja, evitando a ausência de informações, troca de informações incorretas, interpretação errónea ou erro de compreensão. (DGS, 2017)

A efetividade da comunicação interpessoal tem benefícios no sistema de saúde, tornando-o mais eficiente e rentável. (Dingley, Daugherty, Derieg, & Persing, 2008) Deste modo, a comunicação é um elemento fundamental para a garantia da continuidade dos cuidados à pessoa e é considerada um fator importante na humanização, segurança e qualidade dos cuidados.

4.2.2 Segurança do doente

A segurança é definida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, sendo que um mínimo aceitável se refere ao conhecimento atual, aos recursos disponíveis e ao contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento. (DGS, 2011)

Segundo a WHO, (2018) a segurança do doente é um princípio fundamental na prestação de cuidados de saúde e cada momento, no processo do cuidar, tem sempre inerente um determinado grau de insegurança. Para garantir melhorias sustentáveis e significativas na segurança dos cuidados de saúde é necessário existirem políticas de saúde claras, é necessária uma capacidade de liderança organizacional, são necessários dados para impulsionar melhorias de segurança, são necessários profissionais de saúde qualificados e é necessário que os doentes tenham um envolvimento efetivo nos seus cuidados.

A World Alliance for Patient Safety foi um evento lançado pela OMS em 2004 com o objetivo de reduzir as consequências adversas de saúde e sociais de cuidados de saúde inseguros, com o lema "Primeiro, não prejudicar" e desde essa data várias atividades tem vindo a ser desenvolvidas com a finalidade de atingir o objetivo. (WHO, 2004) Em, fevereiro de 2018, a Joint Commission National Patient Safety, lança os objetivos nacionais de segurança do doente, e no que respeita à comunicação tem como objetivo melhorar a comunicação da equipa. (The JointCommission, 2018)

Em Portugal, muitos programas têm sido desenvolvidos. Está a construir-se um caminho para uma cultura de segurança que se quer eficaz. (DGS, 2011) A DGS tem tido uma preocupação com esta temática ao longo dos últimos anos, vários documentos

têm sido editados e visam a integração, nas instituições, de várias medidas para a adoção de uma política de segurança e qualidade de cuidados.

Atualmente, está aprovado pelo despacho nº1400-A/2015 o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este tem como objetivo melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS. Este plano define objetivos estratégicos e obriga a comissão de qualidade e segurança de cada instituição a desenvolver ações no sentido de dar resposta e estes objetivos. (DGS, 2015b)

Um dos objetivos estratégicos é **aumentar a segurança da comunicação**.

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, como as mudanças de turno e as transferência ou altas dos doentes”.(DGS, 2015b p. 3881) Assim, é necessário assegurar a comunicação precisa, evitando lacunas que possam causar quebras na continuidade de cuidados, potenciando assim os incidentes para o doente.

A segurança do doente é um conceito que tem vindo a ser desenvolvido nos últimos anos e para o qual se tem lançado programas, normas e estratégias, no sentido de ser melhorada. O conteúdo e a estrutura das comunicações de transferência são vitais para a segurança do doente.(Halvorson et al., 2016).

4.2.3 Transição de cuidados e comunicação

A DGS, (2017) define transição de cuidados de saúde como qualquer momento da prestação de cuidados onde se assista à transferência de responsabilidade de cuidados, transferência de informação entre os profissionais de saúde e que tem como objetivo a continuidade e segurança dos mesmos.

Estes momentos de transição de cuidados são considerados momentos particularmente vulneráveis/críticos, momentos cuja complexidade envolve um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das admissões na unidade

hospitalar, altas hospitalares para o domicílio, mudanças de turno entre profissionais de saúde e transferência de doentes intra ou inter instituições. (Moore, Roberts, Newbury, & Crossley, 2017; DGS 2017)

A mudança de turno é definida pela ordem dos enfermeiros como um momento de reunião da equipa de enfermagem com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados, através da transmissão verbal de informação. Tem também como objetivo ser um momento de análise das práticas, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. (Nunes, 2001) A transição de cuidados durante a mudança de turno é um aspeto crucial da enfermagem para a segurança do doente, visando garantir a continuidade dos cuidados. Durante este processo, vários fatores podem afetar a qualidade dos cuidados e causar erros.(Moore et al., 2017)

Esta deve ser efetuada num local silencioso e sem interrupções. (Smeulers & Vermeulen, 2016) Pode ser efetuada com toda a equipa ou apenas com os elementos que estão diretamente implicados na prestação de cuidados, sendo que qualquer uma das opções tem vantagens e desvantagens. (Miroslava & Rosales, 2016) Os contextos devem ser analisados individualmente e a escolha do local deve ser feita tendo sempre por base a não violação da privacidade do doente e confidencialidade dos dados.(Nunes, 2001)

Os termos privacidade e confidencialidade estão diretamente relacionados e ligados a valores normativos, protegendo as preferências e os direitos individuais. A **privacidade** é definida como um *status* ou um direito à intimidade, permite a confiança e a segurança para revelar algo íntimo; a **confidencialidade** garante que a revelação será mantida em sigilo.(Loch, 2003) Deste modo a escolha do local da mudança de turno deve preservar sempre estes dois aspetos.

Para além do local da mudança de turno a comunicação efetiva é primordial para garantir a segurança do doente. Uma das consequências de uma transição de cuidados não efetiva pode passar pelo atraso no correto diagnóstico, pelo tratamento inadequado e pela omissão de cuidados.(Smeulers & Vermeulen, 2016)

Os problemas de comunicação são, frequentemente, causa de eventos sentinela e erros reportados. Por este motivo a comunicação tem sido alvo de melhoria, uma vez

que a transferência de informação é considerada como risco elevado para a prestação de cuidados por descontinuidade destes e por omissão de informações vitais que podem resultar em eventos adversos. (Moore et al. 2017; Whitty, Spinks, Bucknall, Tobiano, & Chaboyer, 2017; Mphuthi & Pretorius, 2016; Smeulers & Vermeulen, 2016)

A padronização do processo de transferência é considerada necessária para garantir a continuidade e segurança dos cuidados (Smeulers & Vermeulen, 2016)

Tentando dar resposta ao plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, a DGS emanou em 2017 a norma 001 sobre Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, que vem padronizar a comunicação. Pretende normalizar a informação entre as equipas prestadoras de cuidados através da técnica ISBAR, obedecendo a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados.(DGS, 2017)

ISBAR é uma abordagem estruturada para comunicação entre profissionais de saúde.(Kitney et al., 2016) O acrónimo SBAR foi criado para ajudar os profissionais a ter presente a estrutura da informação a transmitir. (Iyer, 2010) A NSW Health (2009) introduziu o I de Introdução. Embora existam ainda autores que só utilizam a SBAR, decidiu utilizar a ISBAR, pois é a que está contemplada na norma da DGS.

ISBAR refere-se a:

I (*Identification*) - Introdução/Identificação: identificação e localização dos intervenientes na comunicação e do doente a quem diz respeito a comunicação;

S (*Situation*) – Situação: descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;

B (*Background*) - Antecedentes: descrição de factos clínicos, diretivas antecipadas de vontade;

A (*Assessment & Actions*) - 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 (*Responsibility & Referral*) – Recomendação: descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

(NSW Health, 2009; Kitney et al., 2016; DGS, 2017)

A ISBAR é uma ferramenta já testada em vários estudos nos serviços de saúde, concluindo-se que sua utilização facilita a estruturar a informação associada a situações de comunicação complexas, sendo assim associada a uma melhoria na transmissão de informação. (Moore et al.,2017; Smeulers & Vermeulen, 2016)

Uma transferência eficiente e efetiva é um princípio geral aplicável, sendo o recurso às tecnologias da informação um auxílio importante para o registo dessa mesma informação. (Smeulers & Vermeulen, 2016)

4.2.4 Pensamento Lean

O pensamento Lean é um modelo de gestão, que permite a identificação e eliminação do desperdício nos processos produtivos, tendo como foco principal agregar qualidade e entregar ao cliente somente o que ele considera como valor. (Graban, 2013) Teve a sua origem no sistema de produção da Toyota Motor Coporation, no entanto, foram Womack e Jones que deram visibilidade à metodologia.(Holweg, 2007)

É uma transformação cultural que muda a forma como uma organização funciona; ninguém fica à margem na busca para descobrir como melhorar o trabalho diário. Os trabalhadores têm que ser envolvidos e capacitados para inspecionar e melhorar o seu próprio desempenho. (Holden, 2011) Isso requer novos hábitos, novas habilidades e muitas vezes uma nova atitude em toda a organização.(Toussaint & Berry, 2013)

Womack & Jones (2003) referem que *o lean thinking* realça a ideia de sistema que produz na quantidade certa apenas quando é necessário. Esta metodologia permite fazer cada vez mais, com menos esforço humano, menos equipamentos, menos tempo e menor espaço, ao mesmo tempo que procura oferecer aos clientes exatamente o que eles querem.

A introdução do pensamento Lean na saúde, ocorreu de maneira estruturada e sistemática em 2006. A partir desta data, as organizações de saúde têm adotado o pensamento Lean como estratégia para oferecer melhores cuidados. (Magalhães, Erdemann, Silva, & Santos, 2016) Esta metodologia engloba um conjunto de conceitos, métodos e ferramentas que, quando aplicada em saúde, contribui para a redução de

custos e melhora a qualidade e a segurança dos cuidados. (Holden, 2011; John, Snider, Edgerton, & Whalin, 2017)

O pensamento Lean baseia-se em 5 princípios que foram apresentados por (Womack & Jones, 2003): Valor, fluxo de valor, fluxo, pull e perfeição.

O **valor** é o ponto de partida para a todo o processo de melhoria continua. Este é definido pelo cliente e deve ser adequado a um propósito, deve ser definido para produtos ou serviços específicos, para clientes específicos com finalidade específica a custo reduzido. (Womack & Jones, 2003; Citeve, 2012) Lean é criação de valor. (Toussaint & Berry, 2013) No sistema de saúde o cliente pode definir-se como doente, família, profissionais ou qualquer outra pessoa que faz parte deste sistema. (John et al., 2017)

Fluxo de valor é um conjunto de etapas com sequência lógica de atividades, necessárias para conduzir o processo que vai desde o conceito inicial, planeamento, execução até ao produto final. Estas devem gerar valor para o cliente, sendo por isso necessário eliminar o desperdício. (Womack & Jones, 2003; Citeve, 2012) O **desperdício** é tudo aquilo que não trás valor para o cliente e tem que ser eliminado, ou seja, qualquer atividade que consome recursos humanos e materiais sem valor final. A este processo Womack & Jones, (2003) deram o nome de MUDA e identificaram 2 tipos: tipo 1- atividades sem valor mas que são necessárias para produção; tipo 2- atividades sem valor acrescentado, que podem ser paradas imediatamente sem efeitos. (Womack & Jones, 2003)

Fluxo: no pensamento Lean, este conceito significa que o sistema deve fluir de forma eficiente sem obstáculos e com o mínimo desvios intermédios possíveis. Carece de criatividade e inovação. (Womack & Jones, 2003; Citeve, 2012)

Pull: o processo deve ser flexível, na busca dos objetivos individuais do cliente. As operações devem ser reguladas pela procura, evitando os excessos de produção e aumento dos custos. (Womack & Jones, 2003; Citeve, 2012)

Perfeição: é o objetivo central do pensamento Lean e resulta da interação dos 4 princípios descritos anteriormente. Caracteriza-se por um ambiente em constante

revisão, onde todas as sugestões dos colaboradores são consideradas e os problemas são resolvidos no imediato, evitando novo erro. (Womack & Jones, 2003; Citeve, 2012) É nesta busca constante da perfeição que Lean proporciona um ambiente de melhoria contínua. (Toussaint & Berry, 2013)

Ferramentas Lean

São várias as ferramentas que podem ser utilizadas na metodologia Lean. Nesta secção apenas vão ser descritas e fundamentadas as que foram utilizadas na atividade de intervenção major.

Eventos Kaizen: têm como princípio subjacente o método PDCA (*plan, do, check, act*), no qual são definidas e planeadas as intervenções de melhoria, são validadas, os resultados são analisados e alterados e finalmente são colocadas em prática. Por esta razão este tipo de eventos é também denominado evento de melhoria rápida, uma forma de aprender para fazer. Kaizen é colocar em prática a melhoria contínua, é “mudar para melhor ...por todos! todos os dias! em todos os lugares!”(Kaizen Institute, 2018)

5S: os 5S representam palavras japonesas que se traduzem numa ferramenta para a criação de um ambiente mais organizado.(Womack & Jones, 2003) **Seiri-** identificar e remover o que é desnecessário; **Seiton-** organizar o local de trabalho, de forma a facilitar o acesso; **Seiso** – limpar o local de trabalho; **Seiketsu-** garantir que tudo é cumprido; **Shitsuke-** desenvolver nos colaboradores o compromisso de rever diariamente e manter os 4 conceitos anteriores. (Machado & Leitner, 2010; Womack & Jones, 2003)

Padronização: é um método que tem a ver com a normalização de procedimentos, reduzindo ou eliminando a variabilidade e instabilidade do processo. Proporciona maior qualidade do produto e diminui possíveis erros. (Machado & Leitner, 2010; Holden, 2011)

5W2H – é uma ferramenta utilizada na concepção de planos de ação e padronização de procedimentos associados a indicadores, usada para gerir determinadas situações, explora as principais questões que envolvem um trabalho, garantindo uma visão controlada da mesma. Baseia-se na estruturação do pensamento de uma forma bem organizada e materializada, antes de implementar uma solução. (Anschau, Schneider, & Bueno, 2015; Behr, Moro, & Estabel, 2008) A metodologia tem origem nos 5W *What?* (O quê?) *Who?* (Quem?) *Why?* (Porquê?) *Where?* (Onde?) *When?* (Quando) e nos 2H *How?* (Como?) e *How much?* (Quanto custa?). Estas perguntas servem de apoio ao planeamento das atividades. (Behr et al., 2008)

Foi com base no pensamento Lean, e através da utilização das suas ferramentas que desenvolveu a atividade de intervenção major em serviço.

4.2.5 Enfermagem e Modelo Qualidade-Cuidado©

O Modelo Qualidade-Cuidado© foi desenhado por Duffy & Hoskins, (2003) tendo como base a teoria do cuidado humano de Jean Watson e o modelo de saúde de qualidade de Donabedian. De acordo com a estrutura holárquica do conhecimento em enfermagem, é uma teoria de medio alcance, pois apresenta-se como um conjunto organizado de informações coerentes, articuladas com questões de interesse para uma disciplina, neste caso para a enfermagem. (Fawcett, 2005)

O foco central deste modelo são os cuidados centrados nos relacionamentos, refletindo a sua tendência na prática baseada na evidência. (Duffy & Hoskins, 2003; Duffy, 2009)

O modelo fundamenta-se em **5 pressupostos**: o cuidado precisa de relacionamento para ser efetuado, o cuidado é inerente à prática de enfermagem, os relacionamentos de cuidado são conceitos tangíveis e mensuráveis; o conhecimento sobre os relacionamentos é significativo para o cuidado; o desenvolvimento da prática e da investigação em enfermagem contribuem para a qualidade dos cuidados.(Duffy & Hoskins, 2003)

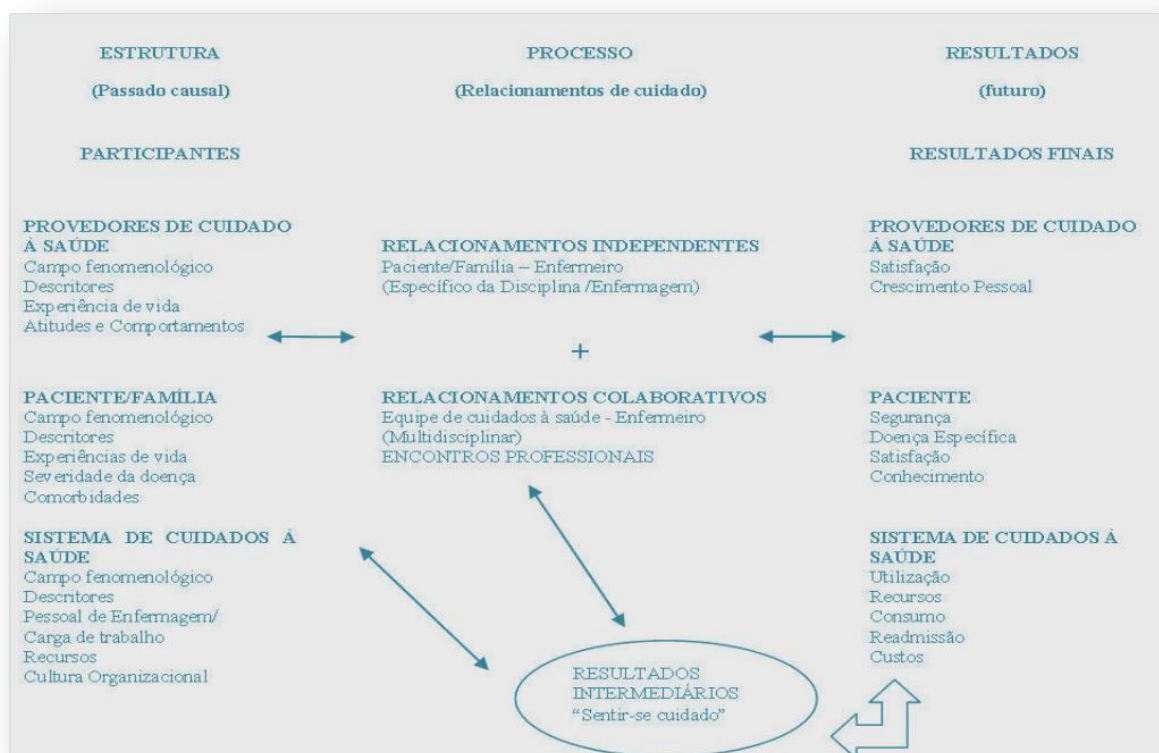
Os componentes centrais do Modelo Qualidade-Cuidado© são: os componentes do modelo de avaliação da qualidade em saúde proposto por Donabedian (estrutura, processo e resultado), combinados com os principais conceitos da teoria do cuidado humano de Watson. (Duffy & Hoskins, 2003)

A **estrutura** é o primeiro componente e integra todos os participantes envolvidos (a pessoa/família, os profissionais que prestam cuidados e o sistema em si) que contribuem para a qualidade dos cuidados prestados. Cada participante tem características próprias e únicas, inseridas num campo fenomenológico próprio, que caracterizam a sua realidade e que influenciam direta ou indiretamente os resultados do cuidado. . (Duffy & Hoskins, 2003; Duffy, 2009)

O segundo componente deste modelo é o **processo** e é o principal foco do modelo teórico. Está centrado nos relacionamentos do cuidado. Para esta autora existem 2 tipos de relações: as relações independentes, específicas da disciplina de enfermagem e que englobam as interações com o paciente e família, nas quais os enfermeiros atuam de forma autónoma e pelas quais são responsáveis, e as colaborativas que englobam os relacionamentos com outros profissionais com um propósito comum, o cuidado ao doente, contribuindo para resultados positivos e para a qualidade dos cuidados. . (Duffy & Hoskins, 2003; Duffy, 2009)

O último componente é o **resultado** e que corresponde ao constructo futuro, ou seja, relaciona-se com a perspetiva futura dos participantes. Distinguem-se, os resultados intermediários, que se traduzem numa mudança no comportamento; é o “sentir-se cuidado”, que pode ou não influenciar os resultados finais; estes últimos afetam o futuro e estão relacionados com a qualidade de vida, custos, variáveis específicas das doenças e satisfação com o tratamento. (Duffy, 2009)

Figura n.º 1 - Modelo Qualidade-Cuidado©



Font in: Venturi, Wolff, Meier, Montezeli, & Peres, 2009 , Adaptado de Duffy, Quality care in Nursing. p.36

No entanto, como se pode verificar pela representação gráfica, este não é um modelo linear. Os componentes interagem de acordo com as circunstâncias existindo um número ilimitado de fatores que influenciam os três componentes centrais, e o tornam num ciclo dinâmico de possibilidades, na busca contínua pela excelência. O modelo Qualidade-Cuidado© é apresentado como estratégia facilitadora, proporcionando um modelo holístico e de participação, para guiar o programa de avaliação no contexto da prática de cuidados (Duffy, 2009). Baseia-se em teoria e pesquisa e postula que o relacionamento cuidado-enfermeiro-doente, influencia os resultados positivos deste último. Ele é usado como base para a prática profissional. Este é um aspeto fundamental para a atenção centrada no doente.(Duffy, Kooken, Wolverton, & Weaver, 2015)

Para além da aplicação na prestação de cuidados, este modelo aplica-se também à investigação. Estudar o cuidado enquanto fenómeno ou enquanto variável no processo do cuidar é complexo. No entanto, o Modelo de Qualidade-Cuidado© pode ser

assumido como um possível enquadramento para a evolução da disciplina de enfermagem. Existem divulgações relativas à aplicação deste modelo na investigação em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, e a idosos hospitalizados, revelando-se esta como uma contribuição positiva, durante a hospitalização, relativamente à segurança e qualidade dos cuidados. (Duffy, 2009; Duffy et al., 2015)

A atividade de intervenção major aplicada tem como base este modelo de qualidade-cuidado© evidenciado nos relacionamentos colaborativos: a relação entre enfermeiros, visa a qualidade dos cuidados e a segurança do doente. O pensamento Lean, tal como este modelo, desenvolve-se na procura da melhoria contínua em saúde, tendo esta também como base de referência os domínios de Donabedian: estrutura, processo e resultado. (Magalhães et al., 2016)

4.3 Metodologia

A metodologia, pretende descrever de modo organizado os procedimentos efetuados para atingir o objetivo final.(Porto Editora, 2018) Ao longo deste subcapítulo irão ser descritas as etapas necessárias para a implementação da atividade de intervenção major, desde o diagnóstico de situação, população alvo, objetivos, metodologia Lean e procedimentos éticos.

4.3.1 Diagnóstico

Definido o tema foi necessário efetuar o diagnóstico da situação, ou seja foi necessário elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar. (Ruivo et al., 2010)

São vários os instrumentos de diagnóstico ao dispor do enfermeiro, como é a entrevista, o questionário e os métodos de análise de situação. Em todos eles está implícita uma observação.(Ruivo et al., 2010)

Para efetuar o diagnóstico de situação utilizou vários instrumentos:

Observação estruturada: este tipo de observação consiste em observar e descrever acontecimentos e comportamentos de uma dada situação com o objetivo de extrair dados que permitam traçar um tipo de comportamento ou fenómeno. Esta é feita mediante um plano de observação que explicita os elementos a serem observados. O método de observação é considerado fiel se os resultados que produz são precisos, exatos e consistentes. Quando se utiliza um plano de observação fidedigno, os erros de medida tem tendência a diminuir. (Fortin, 2009)

Realizou observação direta dos momentos da mudança de turno, sendo esta observação estruturada, tendo como base a folha elaborada. (Apêndice VIII) Esta foi efetuada em 14 momentos de mudança de turno, escolhidos aleatoriamente, durante o período de estágio. Numa primeira parte foi observado e contabilizado o tempo da mudança de turno, as interrupções ocorridas, o ruído de fundo existente e a informação não relevante para a continuidade dos cuidados. Paralelamente foi feita a observação da informação transmitida, utilizando a norma da DGS n.º 001/2017. Foram realizadas, nos 14 momentos da mudança de turno, 51 observações à transmissão de informação de doentes no SU e 44 observações de transmissão de informação dos doentes do SO.

Verificação das notas de alta: para fazer o diagnóstico da transição de cuidados dos doentes transferidos para outros serviços hospitalares, foi efetuada uma análise retrospectiva dos processos no 1º semestre de 2017.

Foi solicitado ao gabinete de planeamento e controle o número dos episódios dos doentes triados de vermelho e laranja, durante o 1.º semestre de 2017, e que tinham sido transferidos para outros serviços hospitalares. A escolha destes doentes prende-se com o facto de serem doentes que, de acordo com a sua queixa são priorizados como emergentes. Um estudo realizado por Guedes et al., (2015) revela que o STM se mostrou ser um bom preditor para a gravidade clinica, uma vez que, após a aplicação de uma escala de gravidade e a avaliação ao fim de 24 a 48 horas, houve correspondência da gravidade: os pacientes com alta prioridade ficam mais tempo internados; é nos pacientes a quem é atribuída uma prioridade alta que se verifica uma maior taxa de óbito. Assim, os doentes priorizados com cor laranja e vermelho são doentes em situação crítica, ou seja, doentes "...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.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011c)

Foram selecionados 281 episódios de doentes triados de vermelho e laranja de 1 de janeiro a 30 de junho de 2017. Destes 173 tinham sido transferidos do SU para os serviços de internamento da mesma unidade hospitalar, 33 foram transferidos do SU para outra unidade hospitalar da mesma unidade local e 75 foram transferidos do SU para outros hospitais. Sendo este um número elevado de episódios, e existindo um número díspar em cada uma das situações, decidi selecionar uma amostra aleatória estratificada onde dividiu a população alvo em subgrupos homogéneos (estratos) e depois retirou aleatoriamente uma amostra de cada estrato. (Fortin, 2009) Os estratos criados relacionaram-se com destino da transferência dos doentes. Assim, e para a amostra ser homogénea, selecionou aleatoriamente 33 episódios de cada estrato, sendo a amostra constituída por 99 episódios. Depois da seleção efetuada, o passo seguinte foi a verificação da existência ou ausência de nota de alta de enfermagem e quando existia, foi utilizada a grelha de verificação, como base a norma da DGS n.º 001/2017, sobre Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. (Apêndice IX)

Diagrama de esparguete: é uma ferramenta, bastante utilizada na metodologia Lean, é a representação gráfica de funcionários ou movimento de produtos através de uma área física.(Graban, 2013) A sua elaboração teve como finalidade analisar a deslocação dos enfermeiros do serviço de urgência durante o momento da mudança de turno. (Apêndice X). Da sua análise pode concluir-se que existe uma concentração de profissionais na sala de SO no momento da mudança de turno, ficando todo o serviço sem enfermeiros, incluindo a triagem.

Questionário: é um método que necessita de respostas escritas dos sujeitos e que traduz os objetivos do estudo com variáveis mensuráveis. Tem como objetivo recolher informações sobre acontecimentos ou situações conhecidas e vivenciadas. Quando este é estruturado, limita a pessoa às questões formuladas, evitando os enviesamentos. (Fortin, 2009) Este instrumento foi aplicado para saber a opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno. (Apêndice XI)

Após tratamento de dados e triangulação dos resultados, foi elaborada uma análise estatística detalhada. A análise pormenorizada da informação transmitida na transição

de cuidados, é apresentada graficamente no Apêndice XII. Da sua análise conclui que, quanto à **observação** efetuada: os momentos de mudança de turno demoram em média 21,1 min; destes apenas 11,5 minutos são utilizados para transmitir informação relevante para a prestação de cuidados, sendo que os outros 9,6 min são gastos com informação não relevante; cada mudança de turno tem em média 2,9 interrupções e 86% dos momentos observados apresentam ruído e conversas paralelas entre os profissionais; quanto à transmissão de informação não existe uma uniformidade nos conteúdos a transmitir, mais notória a nível do SU.

Relativamente à **verificação das notas de alta**: 51% das notas de alta eram elaboradas, no entanto fazendo o cruzamento com o local de transferência, verificou-se que todos os doentes que eram transferidos para os serviços da mesma instituição tinham nota de alta, dos doentes que eram transferidos para outros hospitais a percentagem de notas de alta era de 39,3% e dos doentes que eram transferidos para outra unidade hospitalar dentro da mesma unidade local, apenas 12.1% tinham nota de alta elaborada. Das notas de alta efetuadas, a informação era uniforme, no entanto existia informação contemplada na norma da DGS que não era registada. (Apêndice XIII)

Relativamente aos **questionários** decide apresentar os dados de forma mais detalhada.

As questões efetuadas no questionário podem ser agrupadas em 4 categorias: forma como a informação é transmitida, perceção do enfermeiro sobre informação transmitida, importância da avaliação dos doentes na mudança de turno, condições físicas do local da mudança de turno (espaço físico, ruído, interrupções, duração). Os dados apresentados nas tabelas seguintes, correspondem às percentagens de respostas a cada uma das afirmações e as tabelas são apresentadas de acordo com as categorias supracitadas. Devido ao arredondamento às unidades, poderá existir um desvio de 1% no somatório das percentagens.

Tabela n.º 4 - Percentagens de respostas do questionário sobre forma como informação é transmitida.

	Concord o total/	Concord o parcial/	Não conc. Nem disc.	Discordo parcial/	Discordo total/
	1	2	3	4	5
1 Durante a mudança de turno a informação é transmitida de forma estruturada.	9%	77%	5%	9%	-
2 A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar.	5%	64%	18%	14%	-
3 É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes.	14%	55%	5%	27%	-
4 A informação transmitida é subjetiva.	-	36%	32%	23%	9%
5 É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes.	23%	68%	5%	5%	-
6 Durante a mudança de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.	9%	55%	23%	9%	5%

Da análise da tabela pode concluir-se que os enfermeiros, de uma maneira geral, concordam com a forma como a informação é transmitida e a maioria concorda parcialmente que é transmitida informação adequada sobre todos os doentes. 68% concordam parcialmente e 23% concordam totalmente que a informação transmitida é suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes.

Tabela n.º 5 - Percentagens de respostas do questionário sobre percepção do enfermeiro sobre informação transmitida.

	Concord o total/	Concord o parcial/	Não conc. Nem disc.	Discordo parcial/	Discordo total/
	1	2	3	4	5
1 Durante a mudança de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.	9%	23%	32%	32%	5%
2 Consigo manter-me concentrado na informação enquanto está a ser transmitida.	9%	50%	14%	14%	14%
3 Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.	14%	45%	14%	18%	9%
4 Sinto que há informação importante que não é transmitida	14%	36%	18%	23%	9%
5 Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso	-	14%	32%	36%	18%
6 É possível obter a informação da mudança de turno através do processo do doente.	14%	48%	10%	24%	5%
7 Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes.	5%	14%	18%	23%	41%

No que respeita à perceção do enfermeiro sobre informação transmitida a maioria dos enfermeiros concorda parcialmente que se conseguem manter concentrados na informação, mas também mais de 50% concordam parcialmente que é transmitida informação irrelevante para a prestação de cuidados. Também 50% dos enfermeiros concordam que há informação importante que não é transmitida.

Tabela n.º 6 - Percentagem de respostas do questionário sobre importância da avaliação dos doentes na mudança de turno.

		Concord o total/	Concord o parcial/	Não conc. Nem disc.	Discordo parcial/	Discordo total/
		1	2	3	4	5
1	É possível avaliar os doentes durante a mudança de turno.	-	18%	18%	27%	36%
2	É importante poder avaliar o doente durante a mudança de turno.	41%	41%	18%	-	-
3	É benéfico realizar a mudança de turno junto do doente.	14%	45%	32%	-	9%

Relativamente à possibilidade de avaliação do doente na mudança de turno, a maioria dos enfermeiros discorda que exista essa possibilidade, embora considerem importante poder avaliar os doentes durante a mudança de turno, e considerem benéfico que esta seja feita junto dos doentes.

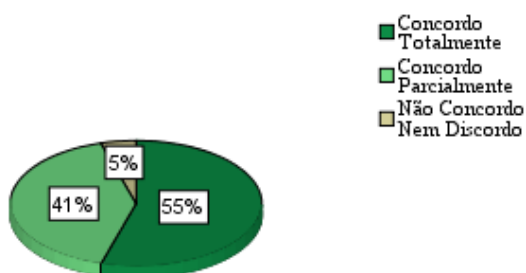
Tabela n.º 7 - Percentagens de respostas do questionário sobre condições físicas do local da mudança de turno.

		Concord o total/	Concord o parcial/	Não conc. Nem disc.	Discordo parcial/	Discordo total/
		1	2	3	4	5
1	A duração da mudança de turno é adequada.	14%	32%	41%	14%	-
2	O espaço físico onde a mudança de turno é efetuada é adequado.	5%	-	18%	32%	45%
3	O espaço físico onde a mudança de turno é efetuada tem luminosidade adequada.	14%	32%	23%	27%	5%
4	O espaço físico onde a mudança de turno é efetuada proporciona conforto aos enfermeiros.	-	5%	18%	27%	50%
5	Durante a mudança de turno existe ruído que interfere com a transmissão de cuidados.	55%	41%	5%	-	-
6	Durante a mudança de turno, os enfermeiros são interrompidos por outros profissionais.	45%	45%	9%	-	-
7	A mudança de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.	41%	45%	9%	5%	-

Por último, considerando o espaço físico da realização da mudança de turno, a maioria concorda que é um espaço que não é adequado, não proporciona conforto aos enfermeiros, é um espaço onde existe muito ruído e muitas interrupções.

O gráfico seguinte refere-se à última afirmação do questionário.

Gráfico n.º 1 - Percentagens de respostas à afirmação: é importante reformular a estrutura da mudança de turno.



Nesta afirmação destaca-se a importância de reformular a estrutura da mudança de turno, 55% concordam totalmente e 41% concordam parcialmente o que indica uma necessidade desta reestruturação.

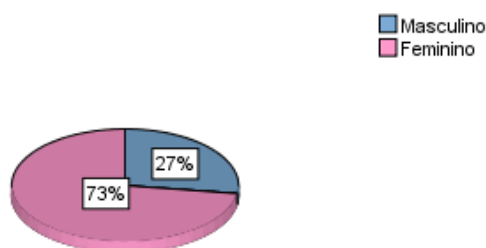
4.3.2 População alvo

A população alvo é constituída por todos os enfermeiros que participam no processo de transição de cuidados de enfermagem, no serviço de urgência da unidade hospitalar onde decorreu o estágio.

Fazem parte da equipa 24 enfermeiros, no entanto, foram incluídos no estudo apenas 22, uma vez que um dos enfermeiros é o investigador e um outro que se encontra de licença sem vencimento desde junho de 2017. (n=22)

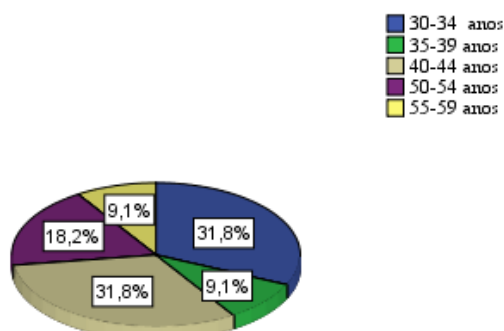
Através da caracterização socio demográfica da amostra, verificou-se que esta é maioritariamente feminina, como se pode constatar no gráfico seguinte.

Gráfico n.º 2 - Distribuição da amostra por sexo



Existe uma heterogeneidade dos grupos etários dos enfermeiros do serviço de urgência, salientando-se ligeiramente o grupo dos 30-34 anos e o grupo dos 40-44 anos, como se pode verificar no gráfico n.º 3.

Gráfico n.º 3 - Distribuição da amostra por grupo etário



Nos gráficos n.º 4 e n.º 5, podemos verificar que, relativamente aos anos de serviço como enfermeiros e aos anos de serviço como enfermeiros no serviço de urgência, nota-se também um grupo bastante heterogéneo. Nos anos como enfermeiro destaca-se ligeiramente o grupo dos 6 aos 10 anos e nos anos de serviço como enfermeiro no serviço de urgência destaca-se o grupo dos 0-5 anos o que significa que 36,4% dos enfermeiros que constituem a população alvo, se encontram no serviço há menos de 6 anos.

Gráfico n.º 4 - Distribuição da amostra por anos de serviço como enfermeiro

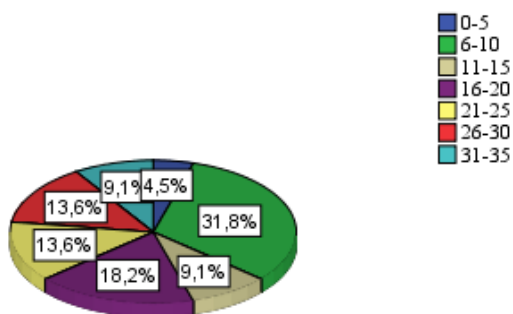
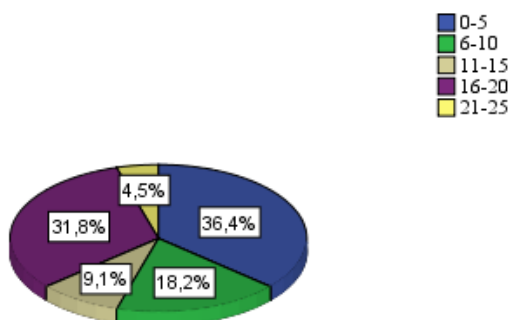


Gráfico n.º 5 - Distribuição da amostra por anos de serviço como enfermeiro no SU



Todos os enfermeiros possuem licenciatura e apenas 2 enfermeiras são detentoras do título de enfermeiro especialista.

4.3.3 Objetivos

Após a realização do diagnóstico da situação, foram traçados os objetivos da intervenção. Os objetivos definem os resultados que se pretendem alcançar, incluindo diferentes níveis desde o geral ao mais específico. (Ruivo et al., 2010)

Assim, esta atividade de intervenção major tem como **objetivo geral: Otimizar a transição de cuidados do doente crítico, no serviço de urgência, com recurso à metodologia Lean.**

Os **objetivos específicos** são “... indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo” (Ruivo et al., 2010) e definiu para esta estratégia:

- Aumentar a eficácia da transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência nos momentos definidos;
- Aumentar a eficácia da transição de cuidados de enfermagem quando o doente é transferido para outra instituição/serviço;
- Promover a motivação/satisfação dos enfermeiros na utilização de estratégias definidas para o processo de transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência.

4.3.4 Metodologia Lean

Ao longo do desenvolvimento da atividade de intervenção major, foi aplicada a metodologia Lean como ferramenta de gestão, na melhoria continua.

De acordo com os princípios do pensamento Lean, foi definido como **valor** assegurar um padrão na comunicação na mudança de turno, facilitando assim aprendizagem e identificação de desvios ao processo definido. Com este padrão existe valor para o doente aumentando a sua segurança e continuidade de cuidados e também para os profissionais diminuindo o período da mudança de turno.

No **fluxo de valor** foi realizada uma análise do processo, com base nos instrumentos de diagnóstico e verificou-se que durante os momentos de mudança de turno existe informação transmitida que não é relevante para a prestação de cuidados; existe falta de uniformização na informação a ser transmitida, aumentando assim o tempo de realização da mudança de turno. Este aumento de tempo tem desvantagens para os profissionais, uma vez que estes têm apenas 15 minutos contemplados no horário para este efeito. Tem também desvantagens para o doente pois aumenta o período sem a presença do enfermeiro, no local da prestação, diminuindo a sua segurança. Existe uma sobrecarga de informação para os profissionais de doentes aos

quais não vão prestar cuidados, podendo assim perder informação essencial para a prestação de cuidados dos doentes pelos quais são responsáveis. Perante todos estes factos foram identificados os **desperdícios a eliminar** do processo: informação não relevante para a prestação de cuidados, mudanças de turno muito longas.

Identificados o valor, fluxo de valor e desperdício, juntamente com a equipa, começa a definir estratégias para atingir o objetivo final. É aqui que entra o **fluxo** do pensamento Lean. Começa por perguntar à equipa quais as sugestões para a resolução dos problemas, identificados aquando da realização do questionário. As respostas foram escritas por cada elemento. Foi feita análise de conteúdo, cujo resultado é apresentado na tabela seguinte.

Tabela n.º 8 - Análise da opinião das sugestões dos participantes no estudo.

Categoria	Unidade de registo	Frequência
Local da mudança de turno	Mudança de turno separada SO de balcão.	18
	Mudança de turno SO e balcão juntos.	3
	Enf.º. Balcão passa no balcão.	6
	Enf.º Balcão passa sala de pausa.	6
	Enf.º. Balcão passa gabinete direção.	2
	Enf.º. SO passa SO.	11
	Enf.º. Triagem passa triagem e este assegura o serviço durante a mudança de turno.	5
	Doente emergente mudança de turno junto ao doente.	4
Duração da mudança de turno	Reduzir tempo	6
	Deve ser estruturada	6
Informação	Diminuída informação não relevante para os cuidados	8
	Deve ser possível nas mudanças de turno	2
Avaliação dos doentes durante a mudança de turno	Diminuir ruído	5
	Diminuir interrupções	7
	Diminuir distração dos enfermeiros	1
	Retomar a prestação de cuidados no menor tempo possível.	3

Font: baseada na análise de conteúdo de Bardin (2009).

Perante esta análise, conclui-se que é opinião da maioria dos colegas que a mudança de turno deve ser efetuada separadamente. A transição de cuidados dos doentes de SO deve ser efetuada ao enfermeiro responsável pelo SO e a transição de cuidados de doentes do SU deve ser efetuada aos enfermeiros escalados para balcão. No entanto existe uma discrepância do local onde deve ser efetuada a mudança de turno. Relativamente à transmissão de informação, 6 enfermeiros consideram que a informação deve ser estruturada e 8 referem que deve ser reduzida a informação não relevante para os cuidados.

Posteriormente, foram apresentados os resultados dos instrumentos de diagnóstico e perante estes resultados, foram solicitadas opiniões e sugestões a cada um individualmente.

Utilizando a ferramenta **5S**, foi identificado o *seiri*-utilização removendo a informação desnecessária e deixando apenas o que é utilizado; o *seiton*-organização referindo-se à organização dos momentos da mudança de turno; o *Seiketsu*-padronização garantindo que tudo é cumprido e o *shitsuke*-disciplina, garantir o cumprimento através de autoavaliação das mudanças de turno e verificação dos registos efetuados na transição de cuidados para outros serviços hospitalares.

Após concordância da equipa, foi utilizada outra ferramenta Lean a **padronização de procedimentos**. De acordo com as sugestões efetuadas inicialmente e reuniões informais, propôs a separação dos momentos de mudança de turno e emitiu documentos de uniformização de informação nos momentos de transição de cuidados de doentes, quer da transição oral quer escrita, com base na norma da DGS e na dinâmica do serviço de urgência. Depois de elaborados, foram entregues para validação a cada um dos elementos envolvidos, aos quais foram solicitadas alterações que considerassem convenientes. Após recolhidas as sugestões de melhoria, foram efetuadas as alterações e foram disponibilizados os documentos, no ambiente de trabalho dos computadores, para que cada um colocasse no seu perfil pessoal os documentos orientadores para a transição de cuidados.

Foi elaborada uma instrução de trabalho para o serviço, sobre a transição de cuidados no serviço de urgência, que contem estes documentos. (Apêndice XIV) Para a

sua elaboração, utilizou a ferramenta **5W1H** (variação à ferramenta 5W2H, onde foi retirado o custo, uma vez que esta estratégia não tem custos monetários)

Foi então estabelecida uma data com os elementos da equipa para o início da sua implementação.

O **efeito Kaisen** foi aplicado ao longo de toda esta metodologia, através da utilização do método PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) foram definidas e planeadas as intervenções, foram validadas e foram colocadas em prática, complementando assim o processo de melhoria contínua.

Paralelamente a todo este processo e porque era necessário reduzir o ruído e as interrupções da mudança de turno, constatando-se inicialmente que as mudanças de turno eram interrompidas essencialmente por médicos, assistentes operacionais e técnica de farmácia, com o apoio da enfermeira chefe, solicitou: aos serviços farmacêuticos que não efetuassem a reposição do Pyxis SO, no período entre as 15h55m e as 16h20m; solicitou junto dos assistentes operacionais que respeitassem o momento de mudança de turno e que não entrassem na sala para apanhar material durante este período; solicitou ao diretor de serviço para que, junto dos seus pares, pedisse a colaboração de forma a respeitarem o momento da mudança de turno.

O último princípio do pensamento Lean, **a perfeição**, está evidente no processo de melhoria contínua, com a equipa convicta de que este é um processo em constante revisão e mudança, e que todas as alterações efetuadas são uma mais-valia para os cuidados.

A primeira avaliação da implementação, ocorreu após 15 dias da sua implementação, e foram utilizados 2 dos instrumentos utilizados para o diagnóstico da situação.

Observou novamente os momentos de mudança de turno de forma direta e estruturada. Foram realizadas 10 observações da mudança de turno em SO e 10 observações dos momentos de mudança de turno no SU. Solicitou ao gestor de departamento o n.º de episódio dos doentes que durante estes 15 dias tinham sido triados de vermelhos e laranja e tinham sido transferidos para serviços hospitalares.

Obteve um total de 20 episódios, aos quais efetuou a verificação dos registos de enfermagem no que respeita à transição de cuidados.

Perguntou a opinião dos colegas sobre a reestruturação da mudança de turno e sobre a transição de cuidados através dos modelos criados.

O tratamento e análise de dados foi efetuado no programa informático SPSS e foi feita análise de conteúdo da pergunta aberta do questionário e da opinião dos colegas para avaliação da estratégia. A análise de conteúdo foi efetuada de acordo com Bardin, (2014) através da análise categorial, efetuando a análise do texto em unidades e posteriormente a sua reorganização em categorias. Foi efetuada uma pré-análise das respostas, tendo como objetivo a organização dos dados, seguindo-se uma sistematização das decisões. Seguiu-se o tratamento dos resultados obtidos, de forma a fornecer a representação simplificada dos dados brutos. Procedeu à codificação que corresponde à transformação dos dados brutos do texto em representação do conteúdo. Para a codificação é necessário proceder à escolha de unidades de registo, visando a categorização e as frequências. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um grupo de elementos, reunidos por características comuns. Seguiu-se a análise das frequências das unidades de registo. (Bardin, 2014)

4.3.5 Procedimentos éticos

A investigação aplicada a seres humanos pode causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. É por isso importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e a liberdade das pessoas que participam na investigação.(Fortin, 2009)

Na investigação em enfermagem, os enfermeiros preocupam-se com o bem-estar dos participantes e com o respeito pelos direitos e integridade das pessoas. Esta deve ser orientada por seis princípios éticos que devem estar presentes em todas as fases. São eles: o princípio da beneficência: “*fazer o bem*” para o próprio participante e para a sociedade; avaliação da maleficência: avaliando os riscos possíveis e previsíveis de forma a “*não causar dano*”; a fidelidade: “*estabelecer confiança*” entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação; a justiça: procedendo com equidade; a veracidade: dizendo a verdade; a confidencialidade: o princípio de

“salvaguardar” a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo.(Nunes, 2013)

Para respeitar os procedimentos éticos, foi solicitado parecer da comissão de ética para a investigação científica nas áreas de Saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora, a qual deliberou parecer positivo para a sua realização. (Anexo VIII) Foi também solicitado parecer da comissão de ética e autorização do estudo ao conselho de administração da unidade local de saúde. A comissão de ética emite parecer favorável e o estudo foi autorizado pelo Presidente do Conselho de Administração. (Anexo IX)

O questionário aplicado foi adaptado do questionário utilizado por Tranquada, (2013) na sua tese de mestrado, uma vez que este já tinha sido testado. Foi contactada a autora do questionário e foi solicitada autorização para a sua aplicação, que foi cedida. (Anexo X)

Após parecer favorável das duas comissões de ética e autorização para aplicação do questionário, foi necessário obter o consentimento livre e esclarecido dos participantes no estudo, pois o consentimento escrito, livre e esclarecido dos participantes no estudo é essencial à manutenção da ética na conduta de investigação. (Fortin, 2009) Foi então elaborado o documento (Anexo XI) e foi facultado aos participantes, tendo sido explicado toda a informação e esclarecidas algumas dúvidas.

4.4 Resultados

A divulgação dos resultados é uma fase importante pois é nesta fase que se dá a conhecer a pertinência do estudo e o caminho percorrido para a resolução do problema inicial.(Ruivo et al., 2010) Neste subcapítulo, pretende dar a conhecer o produto final da estratégia implementada.

O primeiro resultado foi a criação da **Instrução de trabalho**: Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência. Esta dá resposta às perguntas: O quê? Quem? Como? Quando? Onde? E tem em anexo as orientações da informação a transmitir durante a transição de cuidados, quer escrita, quer oral. (Apêndice XIV) O resultado final do conteúdo da instrução de trabalho está representado de forma simplificada na tabela seguinte.

Tabela n.º 9 - Resumo da instrução de trabalho elaborada: Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência.

O quê?	Quem?	Como?	Quando?	Onde?
Transição de cuidados na mudança de turno	De: Enf.ºs responsáveis pelo posto Balcão /Reanimação e Enf.º triagem Para: Enf.ºs Balcão /Reanimação	Utilização da técnica ISBAR Através de instrumento bolso	Mudança de turno Sempre que se verifique transferência de responsabilidade temporária da prestação de cuidados.	Gabinete da Direção de Serviço Doente crítico: junto do doente
	De: Enf.º responsável SO Para: Enf.º responsável SO	Utilização da técnica ISBAR Utilizando folha de passagem de turno	Mudança de turno Sempre que se verifique transferência de responsabilidade temporária da prestação de cuidados.	Sala do SO
	De: Enf.º responsável Triagem Para: Enf.º Triagem	Transmissão de alguma informação necessária para assumir posto de triagem	Sempre que este posto tenha que ser assumido temporária ou definitivamente por outro enfermeiro.	Sala de Triagem
Transição de cuidados na transferência de doentes para outros serviços hospitalares	Enf.º Responsável pelo doente	Através da elaboração do documento de transição de cuidados -Doente do foro médico-cirúrgico; -Doente do foro psiquiátrico; -Doente de ginecologia/obstetrícia -Criança	No momento da transferência do doente esteja este no SO ou urgência	Processo clínico do doente Sistema ALERT Campo: Nota de Alta de Enfermagem

Nos resultados apresentados posteriormente, irá ser feita uma apresentação do resultado final em comparação com o diagnóstico, pois como os instrumentos utilizados foram os mesmos é possível efetuar essa mesma comparação.

A tabela seguinte apresenta os dados relativos à observação dos momentos de mudança de turno.

Tabela n.º 10 - Comparação dos resultados da observação dos momentos da mudança de turno.

Indicador	Diagnóstico	Avaliação Serviço Observação	Avaliação Serviço Urgência
Média de interrupções/ mudança de turno	2.9 int.	0.8int.	1int.
Existência de ruído	Sim (86%)	Sem ruído	Sem ruído
Existência de conversas paralelas	Sim (86%)	Sem conversas paralelas	Sim 30%
Duração	21.1 min	12.6min	12.3min
N.º doentes SO	3.4 Dtes	4.7 Dtes	-----
N.º Doentes SU	7.2 Dtes	-----	15.5 Dtes
Inf. não relevante doente	1.8 Min	0.2 Min	0min
Inf. não relevante serviço	2.3 Min	1.7 Min	1.75 Min
Inf. não relevante Enf.	2.5 Min	0	0
Inf. não relevante quotidiano	2,9 Min	0	0
Média tempo gasto com inf. não relevante	9.6 Min	1.9 Min	0.7 Min
Tempo efetivo na transmissão de informação útil	11.5 min	10.7 Min	11.6 Min

Da análise da tabela pode constatar-se que apesar do aumento do número de doentes, o tempo de mudança de turno reduziu, bem como as interrupções, o ruído e as conversas paralelas. Reduziu também o tempo gasto com informação não relevante para a prestação de cuidados.

Resultados da informação transmitida no SO e SU

Optou por apresentar os dados que correspondiam à **afirmação sim**, uma vez que o que se pretende é que todas as informações sejam transmitidas. As tabelas que se seguem apresentam os dados relativos à transmissão de informação de acordo com a ISBAR.

Tabela n.º 11 - Comparação dos resultados da informação oral transmitida (Identificação).

Descrição	SO			SU		
	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.
Identificação						
Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;	95%	100%	5%	86%	100%	14%
Nome e função do Profissional de Saúde emissor;	100%	100%		100%	100%	
Nome e função do Profissional de Saúde recetor	100%	100%		100%	100%	
Serviço de origem/destinatário;	32%	84%	52%	25%	64%	39%
Identificação da pessoa significativa/cuidador informal	32%	95%	63%	---	---	...

Tabela n.º 12 - Comparação dos resultados da informação oral transmitida (Situação atual).

Descrição	SO			SU		
	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.
Situação Atual/Causa						
Data e hora de admissão	52%	92%	40%	73%	98%	25%
Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde	93%	100%	7%	100%	100%	
Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar	43%	92%	49%	65%	100%	35%

Tabela n.º 13 - Comparação dos resultados da informação oral transmitida (Antecedentes).

Descrição	SO			SU		
	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.
Antecedentes/Anamnese						
Antecedentes clínicos	86%	100%	14%	25%	100%	75%
Níveis de dependência	84%	100%	14%	20%	100%	80%

Diretivas antecipadas de vontade	0%	22%	22%	0%	24%	24%
Alergias conhecidas ou da sua ausência;	45%	100%	55%	25%	100%	75%
Hábitos relevantes	14%	95%	81%	2%	87%	85%
Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma	32%	78%	46%	16%	89%	73%
Técnicas invasivas realizadas	89%	100%	11%	88%	100%	12%
Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar	0%	62%	62%	0%	73%	73%

Tabela n.º 14 - Comparação dos resultados da informação oral transmitida (Avaliação).

Descrição	SO			SU		
	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.
Avaliação						
Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída	84%	100%	16%	98%	100%	2%
Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	61%	100%	39%	51%	100%	49%

Tabela n.º 15 - Comparação dos resultados da informação oral transmitida (Recomendações).

Descrição	SO			SU		
	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.
Recomendações						
Indicação do plano de continuidade de cuidados	43%	92%	45%	12%	100%	88%
Informação sobre consultas e MCDT agendados	36%	95%	59%	25%	73%	48%
Identificação de necessidade de cuidador informal	---	---	--	10%	96%	86%

Em todos os itens considerados necessários para a transição de cuidados, no que diz respeito à transmissão de informação, notou-se uma melhoria significativa dos resultados.

Verificação notas de alta

Da verificação efetuada, como se pode visualizar nos gráficos seguintes, constatou que inicialmente a percentagem de notas de alta efetuadas era de 51% e após implementação da estratégia o número subiu para 80%.

Gráfico n.º 6 - Percentagens de cartas de alta elaboradas (diagnóstico)

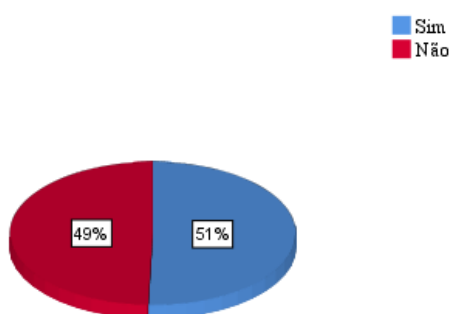
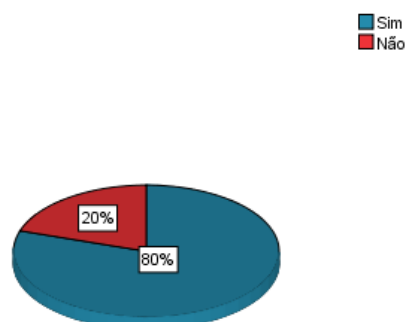


Gráfico n.º 7 - Percentagem de cartas de alta elaboradas (avaliação)



As tabelas seguintes mostram a comparação entre os resultados sobre a transmissão de informação no momento do diagnóstico e avaliação.

Tabela n.º 16 - Comparação dos resultados da informação redigida na transição de cuidados (Identificação).

Descrição	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.
Identificação			
Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;	100%	100%	---
Nome e função do Profissional de Saúde emissor;	100%	100%	---
Nome e função do Profissional de Saúde recetor	2%	13%	11%
Serviço de origem/destinatário;	98%	100%	2%
Identificação da pessoa significativa/cuidador informal	74%	100%	26%

Tabela n.º 17 - Comparação dos resultados da informação redigida na transição de cuidados (Situação atual).

Descrição	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.
Situação Atual/Causa			
Data e hora de admissão	100%	100%	---
Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde	100%	100%	---
Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar	8%	75%	67%

Tabela n.º 18 - Comparação dos resultados da informação redigida na transição de cuidados (Antecedentes).

Descrição	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.
Antecedentes/Anamnese			
Antecedentes clínicos	98%	100%	2%
Níveis de dependência	92%	94%	2%
Diretivas antecipadas de vontade	0%	56%	56%
Alergias conhecidas ou da sua ausência;	78%	81%	3%
Hábitos relevantes	8%	38%	30%
Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma	8%	88%	80%
Técnicas invasivas realizadas	88%	100%	12%
Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar	0%	63%	63%

Tabela n.º 19 - Comparação dos resultados da informação redigida na transição de cuidados (Avaliação).

Descrição	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.
Avaliação			
Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída	100%	88%	12%
Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas	44%	94%	50%

Tabela n.º 20 - Comparação dos resultados da informação redigida na transição de cuidados (Recomendações).

Descrição	Sim Diag.	Sim Aval.	Var.
Recomendações			
Indicação do plano de continuidade de cuidados	6%	69%	63%
Informação sobre consultas e MCDT agendados	0%	50%	50%

Tal como aconteceu na transmissão de informação oral, também na transmissão de informação escrita na transição de cuidados se verificou uma melhoria na informação transmitida em todos os itens.

Opinião dos colegas: a tabela seguinte representa a opinião dos colegas relativamente a reestruturação da mudança de turno.

Tabela n.º 21 - Resultados da opinião dos participantes sobre reestruturação da mudança de turno

Categoria	Unidade de registo	Frequência
Vantagens da mudança de local	Mais concentrados	21
	Temos mais conhecimento sobre os doentes a quem vamos prestar cuidados	18
	Diminuíram as interrupções	10
	Melhorou: menos o ruído e conversas cruzadas	12
	Melhorou o tempo de mudança de turno	21
	Melhorou a segurança do doente	6
Desvantagens da mudança de local	Espaço físico continua a não ser adequado	20
	SO continua com algumas interrupções	5
	Ainda não me sinto confortável com o fato de não saber os doentes que tenho no serviço	3
	Enfermeiro triagem refere que também tem que ter conhecimento dos doentes	5
Notas de alta	Mais completas	10
	Demora muito tempo a preencher	5
	Muito extensas	11
	DAV como expressamos ao doente	20

Diagrama de esparguete

Após a implementação da atividade, voltou a traçar o diagrama de esparguete, para fazer a comparação da localização dos enfermeiros no momento da mudança de turno. (Apêndice XV). Pode verificar-se que o local escolhido para a mudança de turno, permite que os enfermeiros de balcão estejam mais centralizados no local onde estão os doentes. A triagem fica assegurada pelo enfermeiro durante este momento.

4.5 Discussão

Esta atividade foi desenvolvida na equipa de enfermagem do serviço de urgência, constituída maioritariamente por enfermeiras, é uma equipa relativamente jovem sendo que 72,7% dos enfermeiros tem menos de 45 anos. Sendo uma equipa nova, verifica-se também que mais de metade da equipa se encontra há menos 10 anos a prestar cuidados no serviço de urgência.

Relativamente à adesão da equipa à atividade, considera que teve uma boa adesão, facto que relaciona com a necessidade manifestada por todos os elementos em reformular os momentos da mudança de turno, uma vez que as pessoas adultas se adaptam e aprendem melhor quando experienciam necessidades nesse sentido, em especial, quando estas se relacionam com os problemas ou quando essa necessidade provoca uma possível melhoria na sua vida. (Nogueira, 2004)

Foi utilizada para a implementação da atividade a metodologia Lean, pois existem vários estudos de implementação desta metodologia na saúde e que revelam que a melhoria da qualidade e a relação custo-eficiência são notórios após a sua implementação. (Kinsman et al., 2014; John et al., 2017; Halvorson et al., 2016)

Ao longo deste percurso, foram analisados 2 processos, o espaço físico onde ocorre a transição de cuidados e a transmissão de informação sobre o doente, quer nos momentos de mudança de turno (transição oral), quer nos momentos em que estes são transferidos para outros serviços hospitalares (transição escrita).

Todos os aspetos foram discutidos e partilhados com a equipa, pois embora a liderança na metodologia Lean seja fundamental, os trabalhadores têm que ser envolvidos e capacitados para melhorar o seu próprio trabalho. (Holden, 2011; John et al., 2017)

Quando foram analisadas as sugestões dadas pela equipa, existia uma que se destacou, quase todos os elementos sugeriam a separação da mudança de turno por posto de trabalho. Embora, existissem 3 elementos que não concordavam com esta separação, a maior parte da equipa admitia que cada enfermeiro deveria receber a informação dos doentes a quem vai prestar cuidados. Ficou então decidido que este momento iria ser separado e a equipa iria experimentar esta mudança, uma vez que no pensamento Lean todas as opiniões são válidas, têm que ser experimentadas e depois avaliadas para poder melhorar. Esta decisão foi fundamentada por Moore, Roberts, Newbury, & Crossley (2017) que referem que se o processo de transição de cuidados ocorrer num local ruidoso, com salas sobrelotadas e com interrupções repetidas, o risco de erro e mal entendidos aumenta.

Após esta decisão, vem uma outra questão: com o espaço físico reduzido do serviço, qual o local escolhido para a realização mudança de turno do SU? As opiniões dividiam-se entre a sala de pausa, o gabinete da direção de serviço, que tinha sido disponibilizado e a mudança de turno junto do doente pois a maior parte considera importante poder avaliar o doente durante a mudança de turno, sendo a informação transmitida o mais atual possível. Esta é uma vantagem da transição de cuidados junto do doente.(Miroslava & Rosales, 2016) Contudo, apesar de Whitty et al., (2017) e Smeulers & Vermeulen, (2016) referirem que o local da mudança de turno deve ser de acordo com as preferências do doente e da equipa de enfermagem, existe um parecer da ordem dos enfermeiros que refere que a “passagem de turno pode ser realizada num ou em vários espaços, de acordo com as características de cada contexto de trabalho”, no entanto tem que ser salvaguardados os direitos dos utentes no que respeita à privacidade e confidencialidade.(Nunes, 2001 p. 2)

Analisando o contexto, verificou-se que as características físicas do serviço não permitiam a privacidade e a confidencialidade dos dados, ficando excluída a hipótese de transição de cuidados junto ao doente. Foi, no entanto considerada uma exceção, a

transição de cuidados do doente crítico, pois este necessita de vigilância constante e não pode deixar de ser vigiado. Normalmente encontra-se na sala de reanimação, sem outros doentes por perto, não colocando em causa os princípios de privacidade e confidencialidade.

Entre a sala de pausa e o gabinete da direção de serviço, considerou-se que este último seria o que iria gerar menos conflitos pois a sala de pausa é comum a todos os funcionários e ser utilizada só pelos enfermeiros na mudança de turno, pode gerar conflito com os outros profissionais.

A mudança de turno dos doentes do SO mantem-se no mesmo local, uma vez que foi solicitado junto dos profissionais que interrompiam a mesma, que respeitassem este momento. Com a separação do local da mudança de turno, neste processo estão envolvidos apenas dois enfermeiros o que facilita a diminuição do ruído e a diminuição de conversas paralelas.

Quanto à passagem de turno do posto de triagem, deve acontecer nesse posto de trabalho e o enfermeiro que assume a triagem aí deve permanecer, não colocando em risco o doente que entra no serviço de urgência. O enfermeiro de triagem que sai de turno assiste à mudança de turno e transmite alguma informação relevante, referente a doentes ainda não observados.

Passados 15 dias de implementação e após ter efetuado 10 observações, verificou que o tempo de mudança de turno diminuiu, o tempo gasto com informação não relevante para a prestação de cuidados diminuiu e as interrupções, quer no SO quer no SU, diminuiram também. O facto de existirem menos enfermeiros no processo de transição de cuidados, facilitou este aspeto, uma vez que uma das desvantagens da mudança de turno em equipa é o aumento do ruído. (Miroslava & Rosales, 2016)

Relativamente a informação a ser transmitida durante as mudanças de turno no SU, após análise dos dados verificou que, embora a maioria dos enfermeiros considerassem que a informação transmitida era adequada e era suficiente para assumir a prestação de cuidados, não existia uma uniformização da informação a ser transmitida. Foi então estruturado um documento de bolso para facilitar a transmissão de informação, para que todos os pontos fossem abordados. Sentiu-se alguma resistência na utilização deste

instrumento, até porque nem sempre era uma ferramenta presente. Tentando que a informação fosse acessível durante os momentos de mudança de turno, imprimiu em formato A4 este mesmo documento e afixou na sala da mudança de turno. Este foi um exemplo de um momento em que o problema foi identificado e resolvido no imediato como preconizado no pensamento Lean.

No que diz respeito à informação transmitida na mudança de turno no SO, verificou que existia já alguma uniformização na informação transmitida, que atribui ao fato de existir uma folha elaborada pelo enfermeiro de cada turno que tem já definida a informação a ser transmitida. Aqui a aplicação foi mais fácil, uma vez que essa folha foi reestruturada de acordo com a norma da DGS, acrescentando apenas alguma informação. Optou por deixar a mesma estrutura, uma vez que esta folha é já familiar a todos os enfermeiros. Das observações efetuadas para avaliação, embora em número reduzido, verifica-se uma melhoria dos resultados a nível global, tendo em todos os aspetos ganhos em relação ao resultado inicial.

Relativamente a transição de cuidados dos doentes que são transferidos para outros serviços hospitalares, verificou que existia já uma uniformização da informação transmitida, uma vez que existia um documento pré-elaborado para o efeito com base no despacho 2784/2013, referentes as notas de alta. (Assembleia da República, 2013). No entanto detetou uma lacuna na sua elaboração, uma vez que apenas 51% das notas dos episódios selecionados tinham nota de alta elaborada. Verificou também que todos os doentes que tinham sido transferidos para os serviços de internamento da mesma unidade hospitalar, tinham nota de alta efetuada, mas quando se analisava a transferência para outros hospitais e para outro hospital da mesma unidade local, a percentagem era reduzida. A justificação dada pelos enfermeiros para a não elaboração da carta nesta última situação era a seguinte: como a unidade local de saúde é a mesma, os profissionais de saúde têm acesso ao episódio do doente. O que acontece é que mesmo tendo acesso ao processo, não existe registo das intervenções de enfermagem, permanecendo a necessidade de efetuar o documento da transição de cuidados que permita a continuidade de cuidados. A documentação em enfermagem é essencial para garantir uma enfermagem segura e de qualidade. (Petkovšek-Gregorin & Skela-Savič, 2015) Os enfermeiros, foram então incentivados a registarem este momento de

transição, utilizando os textos pré-definidos e elaborados de acordo com a norma da DGS, através do preenchimento dos modelos criados.

Mais uma vez, nesta etapa, foram detetados alguns problemas, nomeadamente com a passagem dos textos pré-definidos do computador para o sistema informático. Os problemas foram resolvidos no imediato o que permitiu prosseguir.

Após avaliação verificou que o número de registos de transição de cuidados, aumentou para 80%, no entanto este é um número não muito representativo, porque a amostra inicial tinha sido estratificada de acordo com o local da transferência e os dados recolhidos para avaliação foram de todos os episódios dos doentes neste período, não existindo uma amostra equitativa dos locais de transferência.

É uma área onde se tem que continuar a trabalhar e a investir. Tentou perceber o porquê da não realização destes registos. As respostas obtidas apontam para o tempo de preenchimento e para a extensão do documento, que com o elevado número de doentes pode não ser exequível. No entanto considera que é uma questão de cultura profissional, pois o registo da transição de cuidados dos doentes transferidos para a mesma instituição estão todos elaborados. Os doentes que são transferidos para os serviços de internamento da mesma unidade são beneficiados em detrimento dos doentes que são transferidos para o exterior? Até porque estes são em número mais reduzido... É uma questão para explorar e trabalhar com os elementos da equipa e tentarmos melhorar a cultura de melhoria nesta área, até porque os registos não estão separados do cuidado e não são opcionais, são parte integrante da prática de enfermagem e são a base para a comunicação de cuidados entre profissionais de saúde.(Petkovšek-Gregorin & Skela-Savič, 2015) O problema de ser um registo extenso e que leva mais tempo a poder vir a ser resolvido aquando da implementação do Sclinico.

Apesar de todos os pequenos obstáculos, a avaliação revela que existiu uma melhoria na transmissão de informação, considerando que a criação dos documentos orientadores facilitou este processo, indo ao encontro do referido por Halvorson (2016) que refere que a implementação de listas de verificação de transferência foi demonstrada como benéfica para assegurar a transferência de informações críticas do doente. A utilização da ISBAR para a orientação dos documentos, para além de ser um

documento que está normalizado em Portugal, demonstrou melhorar o conteúdo e a clareza da informação. (Moore et al. 2017; Smeulers & Vermeulen, 2016)

Após análise de todos os resultados apurou que existe uma melhoria dos resultados após implementação da atividade. Os momentos de transição de cuidados melhoraram significativamente, e sendo o conteúdo e a estrutura das comunicações na transferência de doentes vitais para a segurança do doente, aumentou também a segurança dos cuidados. (Halvorson et al., 2016).

Relativamente a metodologia aplicada, o pensamento Lean, considera que foi uma metodologia que respondeu aos objetivos. É uma metodologia que permite aumentar os ganhos em saúde com o menor esforço possível. Permitiu a envolvimento de toda a equipa, e todas as decisões foram tomadas tendo em conta todas as opiniões.

Sendo esta uma atividade direcionada para este contexto específico, destinando-se a resolver o problema específico, não pode ser aplicada a outros contextos. No entanto Lean é isso mesmo, a resolução de problemas concretos em contextos concretos para aquela população. A cultura Lean cresce a partir do esforço constante pela perfeição de como “ fazemos as coisas aqui”.(Mann, 2009)

Uma limitação a este estudo foi a questão do tempo. Este foi muito limitado para poder desenvolver a implementação da metodologia Lean, sendo que alguns instrumentos foram utilizados quase em simultâneo. Relativamente à forma de abordagem e envolvimento dos membros da equipa, devido a datas académicas, considerou que a abordagem individual seria uma estratégia a adotar em substituição das reuniões de equipa, uma vez que só assim era possível obter a opinião de todos num menor espaço de tempo, ainda que isso implicasse um trabalho pessoal adicional. Considera que as reuniões têm vantagem na discussão dos casos, uma vez que permitem fazer o cruzamento de ideias dos vários intervenientes, no entanto a dificuldade estava em ter tempo para definir datas em que todos pudessem estar presentes, concordando com Halvorson et al. (2016) quando refere que as reuniões regulares permitem uma rápida modificação do trabalho. No entanto, pelas circunstâncias, e após todo o trabalho efetuado, considera ter optado pela melhor estratégia de abordagem, pois teve oportunidade de ser líder do projeto agrupando todas as opiniões, traduzidas no produto final. A liderança foi reconhecida, mas nada seria possível sem a participação da equipa,

pois para o processo de melhoria ter sucesso todos os intervenientes tem que estar envolvidos.(John et al., 2017)

Pensando já em sugestões, existe uma lista de intervenções previstas: discutir formas de transmitir informação de forma ainda mais eficaz, aumentando os resultados da avaliação; discutir forma de registar e evidenciar a informação oral durante os momentos de mudança de turno; registar informação na transição de cuidados dos doentes que são transferidos para SO (neste momento a transição é oral); aplicar os documentos de transição de cuidados a todos os doentes transferidos independentemente da cor de triagem; elaborar documentos standard para a transição de cuidados dos doentes do SU para os cuidados de saúde primários ou outras instituições (lar, casa de repouso, unidades de cuidados continuados...)

Lean transforma a forma como funciona uma organização e cria uma busca insaciável para a melhoria.(Toussaint & Berry, 2013)

4.6 Conclusão

No percurso de desenvolvimento da atividade de intervenção major pode concluir que foram detetadas algumas falhas no processo de transição de cuidados no serviço de urgência. Utilizando o pensamento Lean, como metodologia de gestão, foi efetuado o diagnóstico e foram planeadas as atividades de intervenção. Foi elaborada e aplicada uma instrução de trabalho sobre a transição de cuidados no serviço de urgência. Foi feita uma primeira avaliação após 15 dias de implementação.

Considera ter atingido os objetivos definidos, uma vez que se verificou um aumento na eficácia da transição de cuidados de enfermagem quer no momento da mudança de turno, quer na transição de cuidados do doente que é transferido para outro serviço hospitalar. Esta eficácia é notória, pois existe um aumento na percentagem de todos os conteúdos referentes à transição de cuidados de acordo com a ISBAR. Para além da estruturação da informação, conseguiu-se reduzir o tempo de mudança de turno, ficando os profissionais mais satisfeitos e aumentando a segurança dos doentes, pois o tempo sem a presença do enfermeiro junto do doente diminuiu.

A colaboração e participação ativa da equipa foi uma constante ao longo de todo o processo, reveladora da sua motivação.

Considera ter conseguido **otimizar a transição de cuidados do doente crítico, no serviço de urgência, com recurso à metodologia Lean.**

A implementação do pensamento Lean foi um desafio, enquanto metodologia perfeitamente adaptada aos serviços de saúde. É um processo de melhoria contínua, sendo o primeiro passo para um projeto que se prevê ambicioso, para que a transição de cuidados no serviço de urgência seja melhorada, rumo à excelência.

5 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

É chegado o momento de fazer uma reflexão sobre todo o processo de avaliação e controlo do estágio, tendo como base o cronograma elaborado e as intervenções planeadas no projeto de estágio. Os momentos de avaliação são momentos onde se questiona o trabalho desenvolvido. Este é um processo contínuo e deve fornecer elementos para que se possa intervir de modo a melhorar o processo. (Ruivo et al., 2010)

Começando por fazer uma análise reflexiva sobre o cronograma delineado do projeto de estágio, considera que os prazos foram cumpridos, no entanto este é um cronograma pouco detalhado. Este, surge com esta simplicidade por dois motivos o primeiro teve a ver com o desconhecimento quer do local de estágio, quer do horário profissional, ao qual teria que adaptar os turnos. Fixar datas concretas para a realização das atividades poderia ser dificultador. Por outro lado, existiam atividades que dependiam de terceiros, não sendo possível no início do estágio definir datas para a sua execução. Para conseguir ter o controlo das atividades e não se perder no tempo, a partir deste cronograma delineou mensalmente, quando tinha acesso ao horário de trabalho, os prazos para execução das atividades planeadas, conseguindo assim desenvolver todas as atividades.

Analisando os tempos de permanência em cada local de estágio, considera que o período na UCI foi muito longo. Este período de tempo deveria ter sido dividido de igual forma pelos 2 locais. Foi importante a permanência na UCI para poder desenvolver competências no cuidado ao doente crítico. No entanto, todas as competências ligadas à gestão e à implementação de projetos de melhoria contínua foram desenvolvidas maioritariamente no serviço de urgência, serviço onde exerce

funções, facilitando assim a continuidade dos projetos. Um mês de estágio neste local, apenas permitiu desenvolver dois projetos para implementação posterior e implementar a atividade de intervenção major. Mesmo assim, esta implementação só foi possível porque o trabalho de pesquisa e toda a documentação de suporte estava já estruturada. Durante este período dedicou-se apenas ao “trabalho de campo”.

Ao longo do estágio realizou autoavaliação diariamente, momentos em que efetuava uma reflexão sobre os cuidados prestados ou sobre as atividades realizadas ao longo do dia. Este processo permitiu identificar pontos fortes e pontos fracos e permitiu desenvolver estratégias pessoais para a resolução dos problemas.

Paralelamente a esta autoavaliação, na UCI teve oportunidade de criar vários momentos de reunião /reflexão com a enfermeira supervisora, momentos em que eram abordadas questões sobre a prestação de cuidados e o desempenho pessoal enquanto enfermeira. Analisados os pontos fracos, eram delineadas estratégias para atingir os objetivos a que se tinha proposto inicialmente. Estes foram momentos de avaliação informais, que aconteciam normalmente em intervalos regulares, no final de cada roulement e que permitiam a orientação pessoal para a sua intervenção baseada na tomada de decisão.

Durante o período de estágio no serviço de urgência realizou diariamente períodos de avaliação informal com a enfermeira supervisora, uma vez que a implementação da atividade de intervenção major assim o exigia. Ao longo do estágio foram contemplados três momentos de avaliação formal com a presença da orientadora da escola.

Para além da avaliação do desempenho pessoal, teve necessidade de fazer a avaliação da estratégia. Também esta avaliação foi feita em momentos formais e informais.

Informalmente, foi efetuando a avaliação com todos os membros da equipa que estavam envolvidos na atividade de forma a identificar problemas e a resolver esses mesmos problemas no imediato. Utilizando as características da avaliação intermédia de Ruivo et al., (2010) considera estes momentos como avaliação intermédia, nos quais foram realizadas as primeiras críticas ao trabalho, a partir das quais, foram efetuados

alguns ajustes. A avaliação final da atividade de intervenção major foi elaborada com base em instrumentos de avaliação e que permitiu fazer a comparação dos dados iniciais com os resultados finais.

Por todos estes momentos, por todas as reflexões, por todo o processo de aprendizagem, foi capaz de reconhecer os pontos fortes, mas também os pontos menos bons e que teve a capacidade de resolver, com a ajuda dos peritos na área, considerando este momento bastante positivo e que permitiu desenvolver as competências que tinha planeado inicialmente.

A implementação de uma atividade desta natureza, implica um longo processo, feito de sucessos e retrocessos, de certezas e incertezas, mas que serviram de suporte para a resolução de problemas e para que a sua execução fosse uma realidade. A gestão de emoções e a gestão das opiniões dos membros da equipa, foram os obstáculos mais difíceis de ultrapassar. Foi um desafio que considera gratificante e que permitiu um crescimento profissional e pessoal.

Neste momento sente-se segura da capacidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica, bem como fazer a gestão desses cuidados de forma a otimizar os recursos e a obter ganhos em saúde. Paralelamente está confiante na implementação dos projetos pendentes e que irão permitir também a sua realização profissional e pessoal.

6 CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu descrever e analisar criticamente o caminho percorrido ao longo desta etapa, que se iniciou com o projeto de estágio, e agora termina com a sua redação.

A realização dos estágios em dois locais distintos, permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, capacitando para a prestação de cuidados diferenciados e adequada às necessidades da pessoa em situação crítica, estabelecendo prioridades e prevenindo as complicações antecipadamente.

Permitiu também o desenvolvimento de uma atividade de intervenção major em serviço que forneceu conhecimentos teóricos, os quais foram aplicados na prática. Esta atividade tinha como objetivo otimizar a transição de cuidados do doente crítico, no serviço de urgência, com recurso à metodologia Lean. A transição de cuidados assume cada vez mais uma elevada importância na segurança dos doentes e na continuidade de cuidados, sendo que a aplicação desta atividade permitiu melhorar a comunicação, aumentando assim a segurança do doente. O recurso à metodologia Lean para a resolução do problema, foi considerada uma mais-valia, uma vez que, tratando-se de um processo de melhoria, conseguiu envolver toda a equipa.

A elaboração de uma instrução de trabalho permitiu padronizar o processo de comunicação, utilizando a técnica ISBAR como ferramenta auxiliar na transmissão de informação da transição de cuidados.

Esta atividade de intervenção não é um processo finito, antes pelo contrário é o ponto de partida para um projeto de melhoria contínua que se pretende ambicioso.

Contudo, ao longo deste processo, algumas limitações foram encontradas. A primeira teve a ver com o fato do tempo limitado para o seu desenvolvimento, pois o

período de estágio no serviço de urgência era de apenas um mês. Para além disso, os pareceres das comissões de ética, foram emitidos tardiamente. Para conseguir apresentar resultados, teve que disponibilizar tempo pessoal no serviço para a sua implementação, acompanhamento e avaliação. Uma outra limitação foram as condições físicas do serviço que não permitem que a mudança de turno se faça de acordo com a vontade e necessidades manifestadas pelos profissionais: junto do doente.

Apesar das limitações e dificuldades encontradas, mas que foram superadas com investimento pessoal e com a ajuda de peritos nas diferentes áreas, considera que conseguiu atingir os objetivos a que se propôs inicialmente. De todas as descrições e reflexões efetuadas, considera ter adquirido e desenvolvido as competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e as competências de mestre em enfermagem.

Não sendo um terminar de ciclo, mas sim o início de uma nova etapa, compromete-se a dar seguimento à atividade de intervenção major implementada, realizando avaliações periódicas e implementando com a equipa estratégias de melhoria, rumo à excelência. Compromete-se a realizar um artigo científico para publicação dos resultados. Compromete-se também a efetuar sessões de formação na ULSNA, EPE, de forma a divulgar os resultados do trabalho desenvolvido, indo de encontro ao proposto pelo presidente do conselho de administração desta instituição.

O desafio será liderar a mudança, controlando os riscos através da implementação de boas práticas. Há que olhar com “novos olhos” para a prática e captar o coletivo dos enfermeiros para o processo de transformação da cultura de segurança do doente, neste serviço.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESES. (sem data). Regulamento do funcionamento do mestrado em enfermagem.
- AESES. (2016). Regulamento de estágio final e relatório do Mestrado em Enfermagem.
- Aleixo, A. C. L. dos R. (2014). *A avaliação de estilos de aprendizagem dos enfermeiros no contexto de trabalho: um trilha para a formação de um instrumento.*
- ALERT. (2018). ALERT, Produtos e Serviços. Obtido 22 de Março de 2018, de <http://www.alert-online.com/pt/pfh#toc-target-1>
- Anschau, C. T., Schneider, A., & Bueno, S. A. (2015). ABORDAGEM TEORICA DE GESTÃO DA QUALIDADE DIRECIONADA A METODOLOGIA LEAN SEIS SIGMA Felipe Luis Zorzi Dalla Valle;, 1–19.
- APA. (sem data). American Psychological Association 6th ed. Obtido 5 de Fevereiro de 2018, de <http://www.apa.org>
- Assembleia da República. (2013). Despacho n.º 2784/2013. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 36 — 20 de fevereiro de 2013, (1973), 666–675.
- Assembleia Geral das Nações Unidas. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Obtido de <https://www.unicef.org>
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo* (5.). Lisboa: Edições 70 Lda.
- Batista, M. J., & Duraó, C. (2014). Cuidar na doação de órgãos: um percurso de aquisição de competências. *Nursing - magazine digital*, (Setembro), 1–10. Obtido de <http://www.nursing.pt/cuidar-na-doacao-de-orgaos-um-percurso-de-aquisicao-de-competencias/>
- Behr, A., Moro, E. L. da S., & Estabel, L. B. (2008). Gestão da biblioteca escolar: metodologias, enfoques e aplicação de ferramentas de gestão e serviços de biblioteca. *Ciência da Informação*, 37(2), 32–42. <https://doi.org/10.1590/S0100-19652008000200003>

- Bell, L. (2016). Communicating to Help Patients and Families, 25(6).
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Citeve. (2012). Ferramenta de Desenvolvimento e Aplicação do Lean Thinking no STV, 1–24.
- Costa, J. (1999). Método e percepção de cuidar em enfermagem.
- Dec. Lei n.º 156. (2015). Lei 156/2015 Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 1.ª série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015*, 4860–4862.
- Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto. (2013). Aprova o Regime Jurídico dos Graus Académicos e Diplomas do Ensino Superior. *Diário da República I Série, N.º 151 (07-08-2013)*, 4749–4772. Obtido de www.dre.pt
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 2959–2962.
- DGS. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Circular Normativa N.º 13, 1*, 44.
- DGS. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório técnico final*, 142.
- DGS. (2012). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). *Direção Geral da Saúde*, 1–4.
- DGS. (2015a). «Feixe de Intervenções» de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação, (Categoria IIC), 1–12.
- DGS. (2015b). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal] Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República*, 28(2), 4–9. Obtido de <https://dre.pt/application/file/66457154>
- DGS. (2017). Comunicação eficaz na Transição de cuidados. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M., & Persing, R. (2008). Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements. Obtido de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/>

- Diniz, A. S., Paula, A., Souza, C. C. De, Couto, T., & Chianca, M. (2014). Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 16(2), 312–320.
<https://doi.org/10.5216/ree.v16i2.21700>.
- Duffy, J. (2009). *Quality caring in nursing: applying theory to clinical practice, education and leadership*. (Company Springer Publishing, Ed.) (Kindle).
- Duffy, J., & Hoskins, L. (2003). *The Quality-Caring Model©: blending dual paradigms*. Advanced Nurse Science.
- Duffy, J., Kooken, W., Wolverton, C., & Weaver, M. (2015). Evaluating Patient-centered Care: Pilot Study Testing Feasibility of Electronic Data Collection in Hospitalized Older Adults. *HHS Public Access*, 27(4), 307–315.
<https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31825ba9d4>.Evaluating
- Fachada, M. (2012). *Psicologia das Relações Interpessoais (2.ª)*. Lisboa: Edições Silabo.
- Fawcett, J. (2005). Criteria for evaluation of theory. *Nursing science quarterly*, 18(2), 131–135. <https://doi.org/10.1177/0894318405274823>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- García, A., Pablo, J., Martínez, J., Rodríguez, M. del M., & Vivas, G. (2015). Memoria de actividad y científica del Área de Salud de Badajoz, 3–32. Obtido de www.areasaludbadajoz.com
- Gobierno de Espanha. (2017). Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. Obtido 2 de Março de 2018, de <https://www.sinasp.es/>
- Graban, M. (2013). *Hospital Lean (2.ª)*. Bookman.
- Gräff, I., Goldschmidt, B., Glien, P., Bogdanow, M., Fimmers, R., Hoeft, A., ... Grigutsch, D. (2014). The German version of the Manchester triage system and its quality criteria - First assessment of validity and reliability. *PLoS ONE*, 9(2), 1–12.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088995>
- Guedes, H. M., Martins, J. C. A., & Chianca, T. C. M. (2015). Predictive value of the

- Manchester Triage System: evaluation of patients' clinical outcomes. *Revista brasileira de enfermagem*, 68(1), 40–5, 45–51. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680107p>
- Guerra, N. (2018). O Enfermeiro Gestor. Obtido 3 de Março de 2018, de <http://www.apegel.org/Paginas/Apresentacao>
- Halvorson, S., Wheeler, B., Willis, M., Watters, J., Eastman, J., O'Donnell, R., & Merkel, M. (2016). A multidisciplinary initiative to standardize intensive care to acute care transitions. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(5), 615–625. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw076>
- Hasbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociencia.
- Henriques, C., Silva, D., & Ferreira, P. (2012). A comunicação com o doente ventilado. *Revista Sinais: Dezembro* 46-54.
- Holden, R. J. (2011). Lean thinking in emergency departments: A critical review. *Annals of Emergency Medicine*, 57(3), 265–278. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.08.001>
- Holweg, M. (2007). The genealogy of lean production. *Journal of Operations Management*, (25(2)), 420–437.
- Iyer, P. W. (2010). SBAR: Creating Clear Communication.
- John, N., Snider, H., Edgerton, L., & Whalin, L. (2017). Incorporation of lean methodology into pharmacy residency programs. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 74(6), 438–444. <https://doi.org/10.2146/ajhp160131>
- Junta de Extremadura Espanhola. (2016). Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Obtido 2 de Março de 2018, de <http://www.juntaex.es/consejerias/sanidad-dependencia/nses/index-ides-idweb.html>
- Kaizen Institute. (2018). No Title. Obtido 17 de Março de 2018, de <https://pt.kaizen.com/home.html>
- Kinsman, L., Rotter, T., Stevenson, K., Bath, B., Goodridge, D., Harrison, L., ... Westhorp, G. (2014). « The Largest Lean Transformation in the World »: The Implementation and Evaluation of Lean in Saskatchewan Healthcare, 17(2), 29–33.

- Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 29(1), 30–35 6p. Obtido de <http://ahs.idm.oclc.org/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=113560911&site=ehost-live>
- Le Boterf, G. (2015). *Construire les Compétences Individuelles et Collectives*. (Eyrolles, Ed.) (7.^a). Paris: Les Éditions d'Organisation.
- Loch, J. D. A. (2003). Confidencialidade : natureza , características e limitações no contexto da relação clínica, 51–64.
- Machado, V., & Leitner, U. (2010). Lean tools and lean transformation process in health care. *International Journal of Management Science and Engineering Management*, (5(5)), 383–392.
- Magalhães, A. L. pestana, Erdemann, A., Silva, E., & Santos, J. L. (2016). Pensamento Lean na saúde e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Revista latino-Americana Enfermagem*, (24:e2734), 81–90. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0979.2734>
- Mann, D. (2009). The Missing Link: Lean Leadership. *Frontiers of Health Services Management*, 26(1), 15–26. Obtido de http://search.proquest.com/docview/203892154?accountid=40346%5Cnhttp://hq8yw8za7q.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rfr_id=info:sid/ProQ:abiglobal&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.jti
- Miroslava, A., & Rosales, R. (2016). Características de la comunicación durante el enlace de turno de enfermería: una perspectiva rumbo a la calidad del cuidado. *Revista CONAMED*, 21(3), 150–157.
- Moore, M., Roberts, C., Newbury, J., & Crossley, J. (2017). Am i getting an accurate picture: A tool to assess clinical handover in remote settings? *BMC Medical Education*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1067-0>
- Mphuthi, D., & Pretorius, R. (2016). ISBAR-ICU: Development and implementation of

a standardised ICU clinical handover tool - nursing perceptions, barriers and challenges, 8(2).

Nogueira, S. (2004). A Andragogia: que contributo para a prática educativa? *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação/Universidade de Coimbra*.

NSW Health. (2009). Introduction to ISBAR, 1–20. Obtido de <http://ahs.idm.oclc.org/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=113560911&site=ehost-live>

Nunes, L. (2001). Parecer cj/20 – 2001. *Conselho*, 1–3.

Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica, 22.

Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187–199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>

Nunes, L. (2016). Ética em Enfermagem. *Servir* n.º 2 59.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Lisboa (PT): Divulgar*, 24. Obtido de <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf> <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+Qualidade+do+s+cuidados+de+Enfermagem#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+quali>

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem aem Pessoa em Situação Crítica.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18/02/2011)*, 8648–8653.

Ordem dos Enfermeiros. (2011c). Regulamento n.º 124/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18/02/2011)*, 25118–25120.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). NORMA PARA O CÁLCULO DE DOTAÇÕES

- SEGURAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. *Journal of nursing management*, 38. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0218-7>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário da República, 2ª Série*, (0), 40918–40920.
- Organización Nacional de Transplantes. (2017). Donación. Obtido 28 de Fevereiro de 2018, de <http://www.ont.es/informacion/Paginas/Donacion.aspx>
- Pereira, M. (2005). Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto, 547.
- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência, III série*, 55–62.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIII11146>
- Petkovšek-Gregorin, R., & Skela-Savič, B. (2015). Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing. *Slovenian Nursing Review*, 49(2), 106–125.
<https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.50>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista relação de ajuda e validação. Lusociencia.
- Pinto, R., Soares, H., Melo, E., Pestana, H., Cardoso, A., Morais, E., ... Paulino, C. (2016). *CIPE Versão 2015 - Classificação Internacional Para a Prática de enfermagem* (Edição Por). Ordem Enfermeiros.
- Pordata. (2015). População Residente. Obtido 2 de Março de 2018, de <https://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/População+Residente-28>
- Porto Editora. (2018). Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. Obtido 31 de Março de 2018, de <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/metodo>
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>
- Sackett, D. (2003). *Medicina baseada em evidências: prática e ensino*. (2.^a). Porto Alegre: Artmed.
- SES. (2015). Servicio Extremeño de Salud. Obtido de <http://www.areasaludbadajoz.com>
- SES. (2016). Medicina Interna. Obtido 20 de Março de 2018, de <http://www.areasaludbadajoz.com/index.php/atencion-hospitalaria/77-medicina->

interna

- Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto.
- Smeulers, M., & Vermeulen, H. (2016). Best of both worlds: Combining evidence with local context to develop a nursing shift handover blueprint. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(6), 749–757.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw101>
- The JointCommission. (2018). National Patient Safety Goals®. Obtido 20 de Março de 2018, de https://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx
- Toussaint, J. S., & Berry, L. L. (2013). The promise of lean in health care. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(1), 74–82. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.07.025>
- ULSNA, E. (2015). Regulamento-Interno-da-ULSNA.
- Universidade de Évora. (2014). *Regulamento de estágio e relatório final de mestrado em exercício e saúde Ordem de serviço nº 16/2014*.
- Venturi, K. K., Wolff, L. D. G., Meier, M. J., Montezeli, J. H., & Peres, A. M. (2009). Modelo qualidade-cuidado©: uma mid-range theory de enfermagem fundamentada em Watson e Donabedian. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 280–285.
<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v8i2.8212>
- Whitty, J. A., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G., & Chaboyer, W. (2017). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. *Health Expectations*, 20(4), 742–750.
<https://doi.org/10.1111/hex.12513>
- WHO. (2004). World Alliance for Patient Safety. Obtido 28 de Fevereiro de 2018, de <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
- WHO. (2008). Patient safety. Obtido de <http://www.who.int/patientsafety/en/>
- WHO. (2018). No Title. Obtido 6 de Março de 2018, de http://www.who.int/eportuguese/publications/patient_safety/pt/
- Womack, J., & Jones, D. (2003). *Lean Thinking: Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*. (P. Free, Ed.) (2.^a).
- Wulp, I. van der. (2010). *Reliability and validity of emergency department triage*

systems Ineke van der Wulp.

Zachariasse, J. M., Seiger, N., Rood, P. P. M., Alves, C. F., Freitas, P., Smit, F. J., ...

Moll, H. A. (2017). Validity of the Manchester Triage System in emergency care:

A prospective observational study. *Plos One*, 12(2), e0170811.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170811>

Apêndices

Apêndice I - Projeto de Estágio

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Prof.ª Maria da Graça Gama Pereira Antunes

Enfermeiros Supervisores: Enf.ª Clara Maria Ruiz Martín - Hospital Infanta Cristina

Enf.ª Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha- HSLE

Projeto de Estágio Final
Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em
Situação Crítica

Unidade Cuidados Intensivos Hospital Infanta Cristina Badajoz
ULSNA, EPE - Serviço de Urgência Hospital de Santa Luzia de
Elvas

Discente:

Sónia Azeitona Bilro

Outubro

2017



Unidade Curricular: Estágio Final

Docente: Prof.ª Maria da Graça Gama Pereira Antunes

Enfermeiros Supervisores: Enf.ª Clara Maria Ruiz Martín - Hospital Infanta Cristina

Enf.ª Sandra Cristina Pombeiro Sapatinha- HSLE

Projeto de Estágio Final Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Cuidados Intensivos Hospital Infanta Cristina Badajoz

ULSNA, EPE - Serviço de Urgência Hospital de Santa Luzia de Elvas

Discente:

Sónia Azeitona Bilro n.º36855

Outubro

2017

2



ABREVIATURAS E SIGLAS

APA 6th- American Psychological Association 6th – edition.

Enf.^a - Enfermeira

GCL – PPCIRA- Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

HSLE – Hospital de Santa Luzia de Elvas

N.º - Número

OE – Ordem Enfermeiros

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBV- Suporte Básico de Vida

SIV- Suporte Imediato de Vida

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

ULSNA, EPE – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1 LOCAIS DE ESTÁGIO: UM PROJETO PESSOAL	7
2 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	9
3 AQUISIÇÃO DE COMPETENCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM	14
3.1 COMPETENCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM	15
3.1.1 Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	16
3.1.2 Competências no domínio da melhoria da qualidade	17
3.1.3 Competências no domínio da gestão de cuidados	19
3.1.4 Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	21
3.2 COMPETENCIAS ESPECIFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM	23
3.2.1 Competências específicas a desenvolver	25
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
BIBLIOGRAFIA	32
ANEXO	33

INTRODUÇÃO

O presente projeto de estágio é um documento solicitado no âmbito da unidade curricular Estágio Final do Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, publicado em Diário da República 2.ª série — N.º 84 de 2 de maio de 2016 (aviso n.º 5622/2016).

O projeto é um plano de trabalho que se organiza para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar. (Ruivo, Nunes, & Ferrito, 2010)

O trabalho de projeto é uma metodologia muito utilizada no ensino superior pois permite ao estudante "...estar simultaneamente em contexto de ensino prático e teórico, contribuindo para o desenvolvimento das suas competências de forma mais específica." (Ruivo et al., 2010). Esta determina um conjunto de técnicas e procedimentos para elaborar um estudo e que permite prever, orientar e preparar o caminho a percorrer pelos intervenientes. (Leite et al. 2001)

Assim, tendo como base estas definições de projeto e metodologia de projeto, surge este projeto de estágio tem como objetivo geral planejar e organizar o caminho a percorrer ao longo do estágio final do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica, que decorre de 19/9/2017 a 27/1/2018 na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Infanta Cristina em Badajoz e no Serviço de Urgência do HSLE - ULSNA, EPE.

Ao elaborar este projeto tem como objetivos específicos:

- Apresentar a justificação pessoal da escolha dos locais de estágio (UCI do Hospital Infanta Cristina e Serviço de Urgência do HSLE);
- Fazer uma breve caracterização dos serviços;

- Descrever as competências comuns do enfermeiro especialista e competências de mestre em enfermagem que pretende adquirir e desenvolver ao longo deste estágio;
- Descrever competências específicas do enfermeiro em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e competências de mestre que pretende adquirir e desenvolver;
- Descrever as intervenções a realizar para que o desenvolvimento das competências seja adquirido;
- Definir indicadores de avaliação para a aquisição das competências.

Para atingir os objetivos irá fazer uma breve descrição do percurso profissional, bem como das razões que levaram à escolha dos locais de estágio: UCI do Hospital Infanta Cristina de Badajoz e Serviço de Urgência do HSLE. Irá depois fazer uma breve caracterização dos dois serviços. Seguidamente irá apresentar as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica a pessoa em situação crítica associando as competências de mestre em enfermagem, que se propõe desenvolver no estágio, bem como as intervenções e os indicadores de avaliação. Por último irão ser apresentadas as considerações finais e o cronograma de atividades.

Este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico e foi elaborado utilizando como norma de referência a APA 6th.

1 LOCAIS DE ESTÁGIO: UM PROJETO PESSOAL

O percurso profissional ao longo destes 17 anos de exercício como enfermeira teve sempre presente a pessoa em situação crítica na prestação de cuidados, ou seja, a pessoa “...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” (Ordem dos enfermeiros, 2010)

Nos primeiros sete anos desenvolveu a sua atividade profissional no serviço de cirurgia geral, onde prestava cuidados a doente do foro cirúrgico no pós-operatório imediato e tardio e que muitas vezes eram doentes em situação crítica. No serviço existiam 2 unidades de cuidados intermédios e os doentes que aí permaneciam eram doentes que necessitavam de meios avançados de vigilância e monitorização e quando necessitavam de terapêutica mais avançada, eram transferidos para a UCI.

Passados sete anos, foi solicitada a transferência para o serviço de urgência, serviço no qual continuou a desenvolver a atividade com a pessoa em situação crítica. O serviço de urgência era um serviço que sempre teve vontade de conhecer e de trabalhar, mas sentia algum receio em não conseguir dar resposta ao doente crítico e não conseguir gerir as emoções neste serviço. No entanto decide com convicção que, o ingresso neste serviço, era um grande desafio que teria que ser ganho para se sentir realizada quer pessoal, quer profissionalmente.

A experiência profissional de dez anos no serviço de urgência, permitiram ter uma visão muito mais ampla do que é ser enfermeiro neste serviço e, dia após dia, vai aumentando cada vez mais a vontade e a segurança na prestação de cuidados ao doente crítico.

O ingresso no mestrado de enfermagem médico-cirúrgica: pessoa em situação crítica surge nesta fase da vida, uma vez que sentiu uma necessidade de desenvolver e certificar competências nesta área e porque a nível pessoal e familiar era um momento que considerava favorável.

O primeiro estágio deste mestrado não foi realizado, tendo solicitado pedido de creditação devido à experiência profissional e esta foi cedida.

Os locais de estágio do estágio final foram escolhidos com base nas competências que pretendia adquirir e desenvolver, bem como na vantagem de elaborar um projeto de intervenção em serviço.

Decidiu fazer $\frac{3}{4}$ do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Infanta Cristina em Badajoz e $\frac{1}{4}$ no serviço de urgência do HSLE da ULSNA, EPE.

A escolha da UCI de Badajoz foi feita por vários motivos: é um serviço onde nunca teve oportunidade de trabalhar e que permite desenvolver competências de enfermagem no doente crítico; tem proximidade da área geográfica onde habita e onde trabalha, o que facilita a organização do horário e a vida pessoal e familiar; um serviço que se situa num país diferente, com políticas de saúde diferentes e que considerou ser uma mais-valia profissional, uma vez que a experiência num país diferente permitiria a aquisição de novos que poderiam ser confrontados com a prática de cuidados em Portugal.

Fazer um curto período de estágio no serviço onde exerce funções é fundamentado com o projeto de intervenção que pretende desenvolver.

Considerou que o facto e conhecer o serviço facilita a implementação do projeto e que este será uma mais-valia para a prática diária da equipa de enfermagem. Sendo implementado no serviço onde exerce funções este terá continuidade garantida mesmo após o término do mestrado.

2 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

UCI de um Hospital Universitário da Estremadura Espanhola

Este Hospital universitário tem como missão, proporcionar aos utentes cuidados de caráter público e universais de qualidade excelente em todas as vertentes: proteção e promoção da saúde, prevenção, prestação de cuidados e reabilitação. Pretende atingir e construir uma organização de saúde excelente, na procura da qualidade, bem como promover a educação, a investigação, a inovação e adaptar às novas necessidades de saúde. (SES, 2015)

Este hospital rege-se por diversos princípios: **universalidade** garantindo o direito e a proteção da saúde de todos os cidadãos; **equidade** proporcionando o acesso de saúde a todos os cidadãos de igual forma, salientando a união social e solidariedade; **participação** garantindo a participação de todos os cidadãos de forma a cumprirem os seus direitos e responsabilidade com o serviço de saúde e incentivando os profissionais para implementar e aderir a projetos na área da qualidade do sistema sanitário; **Eficiência** conseguindo a máxima eficácia e qualidade com o menor custo possível conforme os âmbitos da gestão e respeitando os princípios de equidade e universalidade. (SES, 2015)

A UCI é um serviço que tem como base a missão do hospital. É um serviço polivalente que recebe todo o tipo de doentes médico ou cirúrgico cuja patologia atingiu um nível de gravidade que representa uma ameaça à vida real ou potencial, suscetível de capacidade de recuperação. É um serviço que cuida doentes de todas as idades, em situações críticas com qualquer tipo de patologia e em estreita colaboração com outros serviços hospitalares. (SES, 2016)

Esta unidade tem uma capacidade de internamento para 26 doentes. Está dividida em UCI1 e UCI 2. Cada espaço tem 13 camas ativadas. A equipa de enfermeiros e auxiliares de enfermagem é distinta nas duas unidades.

Por escolha da enfermeira supervisora o estágio irá realizar-se na UCI2.

A UCI 2 recebe doentes do foro médico e cirúrgico, doentes instáveis que vem do bloco operatório, doentes críticos com patologia médica que necessitam de ventilação invasiva e não invasiva, doente com insuficiência renal que necessitam de técnicas dialíticas, doentes do foro neurológico, doentes transplantados e doentes críticos vindos do exterior com patologia grave ...Existe um leque de patologias muito vasto e que irá permitir o desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

Recursos humanos

A equipa de enfermeiros da UCI 2 é constituída por 1 enfermeiro supervisor, 1 enfermeira encarregada e 24 enfermeiros, sendo que 2 deles estão com redução de jornada.

Para além dos enfermeiros, existem 17 auxiliares de enfermagem, 2 com redução de jornada, 1 “maqueiro” (celador) na unidade e um segundo celador circulante que dá apoio às duas unidades.

Existe ainda 1 auxiliar de enfermagem de centro que é responsável por todos os pedidos ao armazém de material de consumo clínico e pelo ser armazenamento e acondicionamento.

Da equipa médica, fazem parte 10 médicos intensivistas residentes. A esta equipa acrescentam os alunos que estão a fazer o internato e alguns médicos a fazer a especialidade de intensivista, sendo estes em número variável.

Estes médicos são ainda apoiados pelos médicos de especialidade aos quais é solicitado esse apoio.

Existem ainda 2 fisioterapeutas que dão apoio às duas unidades (UCI 1 e UCI 2) e UCP.

Os enfermeiros trabalham com o método de enfermeiro responsável, aos quais são atribuídos doentes diariamente e são distribuídos da seguinte forma:

Dias de semana e sábados, 4 no turno da noite, 5 no turno da manhã e 5 no turno da tarde.

Nos dias feriados e domingos a equipa é reduzida para 4 no turno da noite, 4 no turno da manhã e 4 no turno da tarde.

Os auxiliares de enfermagem são distribuídos 3 no turno da noite, 3 no turno da manhã e 3 no turno da tarde. E estão escalados em igual número nos dias de semana, fins-de-semana e feriados.

Serviço de Urgência da ULSNA, EPE

A ULSNA, E.P.E. – Unidade Local do Norte Alentejano, EPE é constituída por dois hospitais e pelo Agrupamento de Centros de Saúde. Esta unidade, tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde primários, prestação de cuidados de saúde secundários, prestação de cuidados de reabilitação, cuidados continuados integrados e cuidados paliativos à população. Para além da prestação de cuidados, tem também por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde. (ULSNA, 2016)

O Serviço de Urgência onde se vai realizar o estágio, enquadra a sua atividade na política da ULSNA, EPE. Está classificada como SUB (Serviço de Urgência Básica integrada no 3º nível dos Serviços de Urgência - Relatório Reestruturação Urgências, 1996), e satisfaz todas as urgências da área Médico-Cirúrgica, que estejam no âmbito das especialidades básicas – Medicina, Cirurgia e Ortopedia. (Aranha, 2014)

Este serviço faz parte de um hospital com serviços de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, anestesia e bloco operatório e está dotado de serviços de imagiologia e patologia clínica em laboração permanente.

A missão do serviço está enquadrada na missão da ULSNA, EPE: “...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.” (ULSNA, 2015)

Tem 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. (ULSNA, 2015)

Tem como valores: respeito pela dignidade e direitos dos utentes, excelência técnica, acessibilidade e equidade dos cuidados, promoção da qualidade, motivação e atuação pró-ativa, melhoria contínua, trabalho de equipa, respeito pelas normas ambientais. (ULSNA, 2015)

Estes são os valores da ULSNA, EPE, do serviço de urgência a que se refere e estão enquadrados no artigo 99 da lei 156/2015 (segunda alteração ao estatuto da ordem dos enfermeiros), no n.º 1 que nos diz que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro; n.º 2 São valores universais a observar na relação profissional:

a) A igualdade; b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; c) A verdade e a justiça; d) O altruísmo e a solidariedade; e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.

3 — São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros:

a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados; c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

Neste contexto, a razão de toda a sua atividade são os utentes que procuram o serviço de urgência e conta com a participação de todos os seus profissionais para manter um elevado grau de exigência.

A este serviço recorrem crianças, adultos, mulheres grávidas com as mais variadas patologias medica ou cirúrgicas, sendo porta de entrada para o doente crítico na unidade de saúde. O doente que vem ao serviço de urgência e que necessita de intervenção de especialistas que o hospital não possui, são estabilizados no serviço e são transferidos para os respetivos hospitais de referência, de acordo com a patologia apresentada.

Neste serviço está integrado o serviço de observação, com 4 camas, onde são internados os doentes mais instáveis, ou os doentes que necessitam de alguma vigilância por um curto período de tempo.

Recursos humanos

A equipa multidisciplinar do serviço de urgência é constituída por 24 enfermeiros, 6 dos quais integram a equipa de pré-hospitalar – ambulância-SIV. Fazem também parte da equipa 9 assistentes operacionais, 7 administrativos e 24 médicos especialistas (8 internistas, 6 ortopedistas, 7 cirurgiões e 3 anestesistas). Para além dos especialistas, existem no serviço 2 médicos de medicina geral e familiar, contratados por uma empresa de prestação de serviços, que asseguram o atendimento geral 24h por dia,

A equipa assegura o funcionamento do serviço, distribuídos da seguinte forma:

Enfermeiros: 4 no turno da manhã, 4 do turno da tarde e 2 no turno da noite para assegurar o serviço de urgência de acordo com os postos de trabalho atribuídos e 1 enfermeiro 24h por dia que assegura o meio SIV.

Médicos: 2 médicos de medicina Geral e familiar, um internista, um cirurgião, um ortopedista e um anestesista.

Assistentes operacionais: 2 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 1 no turno da noite;

Administrativos: 2 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 1 no turno da noite;

Para além destes recursos humanos, existe ainda uma técnica de imunohemoterapia e um técnico de imagiologia em presença física as 24h, assegurando o serviço de laboratório e imagiologia respetivamente. Existe também um médico radiologista que se encontra de prevenção.

3 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

O enfermeiro especialista é "... um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomadas de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas ao campo de intervenção."(Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

Ao ingressar no mestrado em enfermagem, propõe-se a adquirir este conhecimento aprofundado definido num conjunto de competências quer comuns, quer específicas na área da enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, que posteriormente específica.

Propõe-se também a adquirir as competências de mestre que seguidamente descreve.

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

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

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

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

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

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

7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Decide projetar a aquisição e desenvolvimento de competências em conjunto, uma vez que muitas delas se irão desenvolver em paralelo com as competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica.

3.1 COMPETENCIAS COMUNES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

De acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de competências em vários domínios que são aplicáveis em todas as áreas de cuidados e que envolve várias dimensões que permitem melhorar a prática de enfermagem, denominadas como competências comuns. Estas são "...partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;" (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

Assim, ao realizar o estágio final propõe-se a desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista seguidamente apresentadas, bem como as atividades planeadas e os indicadores que permitirão a avaliação dessas mesmas competências.

Algumas competências aparecem agrupadas uma vez que considera que as atividades e os indicadores de avaliação se podem agrupar e se complementam.

3.1.1 Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 - Desenvolver uma prática ética e profissional na área de intervenção.

A2 - Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competência de mestre n.º 3

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

Atividades a desenvolver

- Rever a deontologia profissional;
- Mobilizar conhecimentos da deontologia profissional para a sua aplicação prática na tomada de decisão;
- Planear as intervenções de enfermagem com base nos valores, crenças e desejos do doente/família;
- Fundamentar as intervenções e decisões em princípios éticos;
- Ser agente promotor da proteção dos direitos humanos no seio da equipa;
- Participar de forma ativa na tomada de decisão em equipa;
- Incentivar a discussão de casos páticos na vertente ética e deontológica no seio da equipa nas reuniões de serviço ou passagem de turno.

Indicadores de avaliação

- ✓ Demonstra tomada de decisão ética nas diferentes situações de prática especializada;
- ✓ Suporta a decisão em valores, princípios e normas da deontologia profissional;
- ✓ Participa na construção da tomada de decisão em equipa;

- ✓ Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão de maior complexidade;
- ✓ Avalia o processo de tomada de decisão e os seus resultados;
- ✓ Promove a proteção dos direitos humanos;
- ✓ Promove o respeito pelo direito dos doentes/família no acesso à informação;
- ✓ Promove o direito do doente à privacidade e confidencialidade segurança da informação;
- ✓ Respeita valores, costumes e crenças do doente /família;
- ✓ Reflete sobre cada situação individualmente;
- ✓ Discute com a equipa as questões éticas mais complexas.

3.1.2 Competências no domínio da melhoria da qualidade

B1 – Desempenhar um papel dinamizador e de suporte no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2 - Elaborar, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade.

Competência de mestre n.º 5

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

Atividades a desenvolver

- Reunir com enfermeira chefe e enfermeira supervisora e fazer levantamento dos projetos de melhoria contínua do serviço;
- Participar ativamente nas atividades de melhoria da qualidade proposta à equipa;
- Fazer levantamento das necessidades de novos projetos;
- Aplicar diretivas organizacionais e conhecimento científico nos programas de melhoria contínua;

- Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo como base a evidência científica;

Indicadores de avaliação

- ✓ Inicia ou participa em projetos institucionais na área da qualidade;
- ✓ Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados;
- ✓ Agrega diretivas e conhecimentos na prática;
- ✓ Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado;
- ✓ Accede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade.
- ✓ Identifica oportunidades de melhoria.
- ✓ Estabelece prioridades de melhoria
- ✓ Seleciona estratégias de melhoria.

B3 – Criar e manter um ambiente terapêutico seguro

Atividades a desenvolver

- Identificar situações de risco real ou potencial para o doente/família e profissionais no serviço;
- Validar com a enfermeira chefe as situações identificadas;
- Reunir com gestor do risco local e selecionar situações possíveis de serem corrigidas;
- Refletir com a Enf.^a Chefe e Enf.^a supervisora e sobre estratégias a adotar para manter o ambiente da prestação de cuidados o mais seguro possível;
- Criar condições geradoras de ambiente seguro para o doente, tendo em conta as suas necessidades físicas, psíquicas, sociais, culturais e espirituais;
- Implementar estratégias no seio da equipa que visem diminuir o risco associado à prestação de cuidados;
- Incentivar a notificação do risco clínico e não clínico sempre que este se verifique, desmistificando a política punitiva.

Indicadores de avaliação

- ✓ Identifica riscos reais ou potenciais existentes e que comprometam a segurança dos doentes /família;
- ✓ Implementa, em colaboração com a unidade de gestão do risco, estratégias que visem a manutenção do ambiente seguro na prestação de cuidados
- ✓ Cria condições para que a prestação de cuidados, decorra num ambiente o mais seguro possível para o doente/família e profissionais;
- ✓ Adota medidas de proteção individual durante prestação de cuidados;
- ✓ Notifica institucionalmente o risco clínico e não clínico;
- ✓ Incentiva a notificação perante os pares;
- ✓ Envolve os colaboradores na gestão do risco;
- ✓ Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.
- ✓ Avalia as ações planeadas e executadas de forma a manter o ambiente seguro;
- ✓ Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes;
- ✓ Incentiva os colaboradores a procurarem o serviço de saúde ocupacional, sempre que estes necessitem.

3.1.3 Competências no domínio da gestão de cuidados

C1 - Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

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

Competência de mestre n.º 1

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

Atividades a desenvolver

- Reunir com enfermeira chefe e enfermeira supervisora de forma a conhecer a equipa e a organização de cuidados adotada;
- Perceber junto da enfermeira chefe o estilo de liderança;
- Gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a sua articulação no seio da equipa multidisciplinar;
- Orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a qualidade e segurança do doente;
- Adequar os recursos humanos e materiais às necessidades de cuidados, garantindo uma resposta eficaz e segura na prestação de cuidados;
- Adaptar o estilo de liderança à equipa e ao estilo organizacional, favorecendo uma melhor resposta na prestação de cuidados ao doente/família;
- Reconhecer as intervenções de todos os elementos da equipa multidisciplinar e que promovem um ambiente favorável à prática.

Indicadores de avaliação

- ✓ Colabora nas decisões da equipa multidisciplinar;
- ✓ Tem uma intervenção ativa no processo de cuidar, facultando informação que permita uma variedade de soluções eficazes e sua avaliação;
- ✓ Reconhece a necessidade de referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde;
- ✓ Solicita colaboração de pessoal com maior competência na área se necessário;
- ✓ Orienta e supervisiona tarefas delegadas;
- ✓ Avalia cuidados prestados, quer em situação de delegação, quer na gestão de recursos efetuada;
- ✓ Organiza e coordena a equipa da prestação de cuidados;
- ✓ Utiliza recursos de forma eficiente, promovendo a qualidade dos cuidados;
- ✓ Avalia os riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos quer humanos quer materiais;
- ✓ Aplica legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados;

- ✓ Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado;
- ✓ Adapta o estilo de liderança à maturidade da equipa e às circunstâncias da prestação de cuidados.

3.1.4 Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade.

Competência de mestre n.º 4

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

Atividades a desenvolver

- Refletir sobre atitudes e comportamentos pessoais em situação de emergência;
- Identificar medos e dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica;
- Utilizar técnicas para que esses medos e dificuldades não sejam impedimento para a relação pessoa/família-enfermeiro;
- Gerir sentimentos e emoções em situações de maior pressão psicológica;
- Identificar limites pessoais e encaminhar para outros pares mais capacitados quando estes interferirem na prestação de cuidados e colocar em risco a segurança do doente;
- Discutir com enfermeira chefe atitudes e comportamentos adotados;
- Utilizar técnicas de gestão de conflitos na resolução destes no seio da equipa.

Indicadores de avaliação

- ✓ Possui consciência de si enquanto pessoa e enfermeira;
- ✓ Desenvolve o autoconhecimento de forma a identificar fatores que possam interferir diretamente na prestação de cuidados;
- ✓ Gere as suas suscetibilidades no processo de ajuda;
- ✓ Reconhece limites pessoais e profissionais;
- ✓ Gere sentimentos e emoções de forma a favorecer uma resposta eficaz e eficiente;
- ✓ Responde de forma eficaz a situações de adaptabilidade individual e organizacional;
- ✓ Atua eficazmente sob pressão;
- ✓ Antecipa situações de eventual conflitualidade e utiliza técnicas de resolução de conflitos de forma a resolver a situação.

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

Competência de mestre n.º 2 e n.º 6

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

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

Atividades a desenvolver

- Diagnosticar necessidades formativas com a Enf.^a Chefe, Enf.^a supervisora e equipa de enfermagem;
- Demonstrar conhecimentos científicos e aplicá-los na prestação e cuidados especializados e seguros;
- Discutir com pares os conhecimentos de forma a modificar a prática e torna-la mais segura;

- Utilizar tecnologia de informação e métodos de pesquisa adequados;
- Elaborar um artigo científico;
- Identificar uma área onde possa ser realizado um trabalho científico, do qual resulte um projeto de intervenção em serviço;
 - Desenvolver o projeto sendo formador nesta área, favorecendo a aprendizagem e fomentando o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.
- Avaliar impacto do projeto desenvolvido.

Indicadores de avaliação

- ✓ Participa em ações de formação em serviço como formadora e como formanda;
- ✓ Discute informalmente com os pares novos conhecimentos e novas guedlines na abordagem do doente em situação crítica de forma a enriquecer a prática clínica;
- ✓ Elaborar artigo científico solicitado como um dos elementos de avaliação do estágio;
- ✓ Reconhece área de intervenção onde é necessário um projeto de intervenção;
- ✓ Desenvolve projeto de intervenção de acordo com as fases da metodologia de projeto;
- ✓ Efetua pesquisa de conhecimento científico e aplica no desenvolvimento do projeto;
- ✓ Transmite informação aos elementos da equipa de forma a modificar as práticas, promovendo um ambiente mais seguro para o doente;
- ✓ Avalia o projeto implementado.

3.2 COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas. “ Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”(Ordem dos Enfermeiros, 2011c)

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica integra o perfil das competências comuns e o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências. Estas englobam o cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença, maximizar a intervenção da prevenção e controlo da infeção e dar resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima.

Todas as atividades propostas para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista tem como referenciais os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Estes foram definidos pelo colégio da especialidade de Enfermagem médico-cirúrgica da ordem dos enfermeiros e pressupõem uma melhoria dos cuidados de enfermagem especializados a fornecer aos cidadãos e uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros especialistas na área da especialização.(Ordem dos Enfermeiros, 2011a)

De acordo com estes padrões e na procura permanente da excelência no exercício profissional como enfermeiro especialista, ao longo do estágio pretende:

- Procurar o mais alto nível de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Promover a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica;
- Prevenir complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica;
- Maximizar o bem-estar da pessoa, realizando/complementando as atividades de vida às quais a pessoa é dependente;

- Desenvolver juntamente com a pessoa em situação crítica/família processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde;
- Garantir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção;

(Ordem dos Enfermeiros, 2011a)

Pretende que os padrões de qualidade estejam sempre presentes no desenvolvimento das competências que seguidamente especifica.

3.2.1 Competências específicas a desenvolver

Considera que a competência 1 de mestre se poderá desenvolver paralelamente com todas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica, motivo pelo qual esta surge no início destas competências.

Competência de mestre n.º 1

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

K1 - Cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica

Atividades a desenvolver

- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica, na maior diversidade e especificidade de doentes no serviço de urgência do HSLE e UCI do Hospital Infanta Cristina.
- Fazer um ou dois dias de estágio em regime de observação na Unidade de Cardio-torácica do Hospital Infanta Cristina, de modo a perceber a complexidade destes doentes, bem como as intervenções de enfermagem neste tipo de doentes;

- Fazer 2 ou três turnos no serviço de urgência do Hospital Infanta Cristina, de forma a perceber a dinâmica do serviço, bem como dos modelos de atuação do enfermeiro em situação de emergência. Este está condicionado pelos doentes que recorram a este serviço.
- Prestar cuidados à pessoa em situação crítica, atuando na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, planeando os cuidados e executando intervenções de acordo com as prioridades de atuação;
- Respeitar a abordagem a pessoa em situação crítica de acordo com ABCDE;
- Administrar e gerir protocolos terapêuticos complexos na pessoa em situação crítica;
- Decidir rápida e eficazmente sobre protocolos terapêuticos a adotar em situação de emergência;
- Fazer a gestão da dor na pessoa em situação crítica, proporcionando bem-estar físico, psíquico e espiritual, numa visão holística da pessoa;
- Gerir a comunicação com o doente /família em situação crítica e ou falência orgânica, utilizando técnicas de comunicação adaptadas à situação clínica;
- Estabelecer relação terapêutica com o doente/família;
- Avaliar as intervenções executadas e discuti-las na equipa, com a Enf.^a supervisora e Enf.^a chefe;

Indicadores de avaliação

- ✓ Manuseia e utiliza eficazmente os materiais e equipamentos técnicos existentes no serviço de urgência e UCI na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- ✓ Utiliza o processo de enfermagem aplicado ao doente crítico, fazendo o diagnóstico da situação, planeando e executando intervenções quase em simultâneo, avaliando as intervenções realizadas e reformulando novas intervenções se necessário;
- ✓ Presta cuidados à pessoa em situação crítica no contexto da emergência hospitalar abrangendo a maior variedade de doentes possível;
- ✓ Presta cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de UCI;

- ✓ Faz abordagem ABCDE do doente em situação crítica e adota medidas para corrigir alterações encontradas;
- ✓ Identifica focos de instabilidade e responde de forma eficaz a estes focos;
- ✓ Executa cuidados técnicos de alta complexidade;
- ✓ Demonstra conhecimentos e habilidades em SBV, SIV e SAV;
- ✓ Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos;
- ✓ Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações;
- ✓ Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados;
- ✓ Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psico-social e espiritual na resposta às necessidades da pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica;
- ✓ Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor;
- ✓ Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor;
- ✓ Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;
- ✓ Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação em pessoa com “barreiras à comunicação”;
- ✓ Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;
- ✓ Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as dificuldades da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação;
- ✓ Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades e atitudes a desenvolver na relação terapêutica com o doente /família;
- ✓ Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

K2 – Dinamizar a resposta a situações de Catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação

Atividades a desenvolver

- Reunir com o gestor do risco da ULSNA, gestor do risco local do HSLE e Enf.² Chefe do serviço de forma identificar diferentes tipos de catástrofe e implicações para a saúde, analisar os planos de emergência internos e externos do serviço de urgência e identificar alterações que sejam necessárias a esses planos;
- Fazer pesquisa bibliográfica em bases científicas sobre catástrofe;
- Participar na revisão do plano de emergência externo;
- Participar nas reuniões do grupo do plano de emergência externo;
- Dar a conhecer o plano de emergência externo a equipa de enfermagem;
- Fazer pequenos exercícios práticos em caso de catástrofe ou emergência multivítima, nomeadamente da triagem em catástrofe e encaminhamento de doentes de acordo com a triagem efetuada.

Indicadores de Avaliação

- ✓ Demonstra conhecimento sobre o plano de emergência interna e externa e atuação em caso de ativação;
- ✓ Sistematiza as ações a desenvolver em situações de catástrofe ou emergência multi-vítima;
- ✓ Colabora na elaboração do plano de emergência interno e externo;
- ✓ Avalia a articulação e eficácia da equipa de enfermagem na triagem de doentes e encaminhamento de acordo com triagem;
- ✓ Analisa em conjunto com a equipa e unidade de gestão do risco a eficácia da equipa de enfermagem na triagem e encaminhamento de doentes e implementa novas medidas se encontradas inconformidades na atuação.

K3 – Maximizar a intervenção na prevenção controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Atividades a desenvolver

- Reunir com Enf.^a Chefe, Enf.^a elo de ligação do serviço com o GCL_PPCIRA e eventualmente com enfermeira responsável pela GCL-PPCIRA do HSLE de forma a conhecer dados sobre infeção hospitalar;
- Identificar áreas onde é necessário intervir no serviço;
- Fazer leitura pormenorizada dos documentos existentes no âmbito do controle de infeção;
- Adotar medidas de prevenção e controlo de infeção, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Participar com a Enf.^a elo de ligação ao GCL_PPCIRA, em atividades de monitorização e avaliação das medidas adotadas no seio da equipa do serviço e realizar formação em serviço de forma a melhorar os resultados obtidos.

Indicadores de Avaliação

- ✓ Demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção;
- ✓ Demonstra conhecimento sobre os documentos institucionais existentes na área do controle de infeção;
- ✓ Adota medidas de prevenção e controlo na prestação de cuidados;
- ✓ Analisa as práticas dos pares e diagnostica as necessidades em matéria de prevenção e controlo de infeção;
- ✓ Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica, na prevenção e controlo da infeção;
- ✓ Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica;

- ✓ Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo implementadas;
- ✓ Supervisiona a higienização do ambiente da prestação de cuidados, adotando medidas corretivas no imediato;

Competência de mestre n.º 7

Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Para esta competência não são traçadas atividades nem indicadores de avaliação uma vez que se todas as outras forem realizadas estão dadas resposta a esta competência de mestre.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto permitiu a consciencialização do percurso a seguir ao longo do estágio.

Permitiu uma reflexão aprofundada sobre as atividades a desenvolver, bem como dos indicadores de avaliação.

O que foi projetado neste documento, pretende ser um guia orientador para a prática durante estes meses, no entanto, algumas das atividades poderão estar condicionadas pelo tipo de doentes que tenha oportunidade de cuidar. Poderá também existir oportunidade de realizar outras não especificadas e que sejam um elemento enriquecedor da prática e do conhecimento no contexto deste mestrado.

Todos os esforços serão desenvolvidos para que no final do estágio adquira as competências para a obtenção do título académico e profissional a que se propõe.

BIBLIOGRAFIA

- Aranha, M.C. (2014) Plano de Atividades de Enfermagem 2014-2016. Elvas. Serviço de Urgência HSLE
- Leite, E., Malpique M., & Santos, M.R. (2001). Trabalho de projeto: Aprender por Projetos Centrados em Problemas. 4.ª edição. Porto. Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0216-4.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem aem Pessoa em Situação Crítica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18/02/2011)*, 8648–8653.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011c). Regulamento n.º 124/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18/02/2011)*, 25118–25120.
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos, 15*, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>

Referências Eletrónicas

- APA (Internet). American Psychological Association (último acesso em 25 setembro de 2017). Disponível em: <http://www.apa.org>
- SES. (2015). Servicio Extremeño de Salud. Disponível em <http://www.areasaludbadajoz.com>
- ULSNA, EPE. (2016). Portal da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE. Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt>

Legislação

Diário República, n.º181 1.ª Serie de 16 de setembro de 2015. Segunda alteração ao estatuto da ordem dos enfermeiros.n.º156/2015.

Diário da República 2.ª série — N.º 84 de 2 de maio de 2016 (aviso n.º 5622/2016).Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação critica

ANEXOS



Anexo I - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Meses / Atividades	Setembro 2017	Outubro 2017	Novembro 2017	Dezembro 2017	Janeiro 2018	Fevereiro 2018	Março 2018
Estágio Final UCI Badajoz	4 turnos	10 turnos	10 turnos	8 turnos			
Estágio Final Ulsna					10 turnos		
Entrega do Pré-Projecto		1.ª semana					
Entrega Projeto Intervenção em Serviço			Dia 15				
Entrega Artigo Científico					Dia 22		
Elaboração Relatório Estágio							
Entrega do Relatório de Estágio							Dia 31

Tabela 1 – Cronograma de atividades estágio final e relatório final

Apêndice II - Levantamento de risco clínico e não clínico do serviço



Avaliação do Risco no Serviço de Urgência*

Risco Clínico 1

Identificação do perigo: Macas do serviço de urgência com rodas sem travões

Risco: Risco de queda dos doentes

Fundamentação: Os travões das rodas das macas estão danificados, potenciando o risco de queda do doente ao subir e descer da maca.

Probabilidade de acordo com a frequência: Possível

Avaliação da Gravidade: Moderado/grave

Risco Clínico 2

Identificação do perigo: Wc de doentes sem barras de apoio

Risco: Risco de queda

Fundamentação: O WC dos doentes tem um poliban para banhos que não tem barras de apoio. O chão é escorregadio e existe uma cortina que nem sempre esta nas melhores condições, deixando sair água. Assim existe risco de queda para os doentes que vão tomar banho, bem como para os outros doentes que frequentam o WC com o chão molhado.

Probabilidade de acordo com a frequência: Provável

Avaliação da Gravidade: Grave

Risco Não Clínico 1

Identificação do perigo: Macas do serviço de urgência com rodas sem travões

Risco: Risco de lesões músculo-esqueléticas dos profissionais.

Fundamentação: Os travões das macas danificados, potenciam o risco de lesões músculo-esqueléticas dos profissionais ao mobilizarem os doentes na maca.

Probabilidade de acordo com a frequência: Possível

Avaliação da Gravidade: Moderado/grave

Risco Não clínico 2

Identificação do perigo: Porta de acesso ao hall, Rx, consulta externa, sem vigilância

Risco: Risco de fuga de doentes pela porta de acesso ao RX

Fundamentação: O serviço de urgência apresenta 3 portas de acesso ao serviço. A porta de entrada (controlada pelo segurança), uma porta de serviço que dá acesso a escadas de acesso ao piso 2 e laboratório) e uma 3.ª porta de acesso ao hall (telefonistas, porta de Rx, porta de consulta externa, escadas de acesso ao 2.º piso, elevadores). Esta última porta encontra-se frequentemente aberta sem controle do segurança ou dos profissionais do serviço. É fácil os doentes saírem do serviço por esta porta.

Probabilidade de acordo com a frequência: Possível

Avaliação da Gravidade: moderado/grave

Risco Não Clínico 3

Identificação do perigo: Porta de acesso ao hall, Rx, consulta externa, sem vigilância...

Risco: Risco de entrada de estranhos no serviço

Fundamentação: No contexto da porta de acesso ao RX coloca-se outro problema. A entrada é a zona de espera de doentes externos que vem fazer TAC ou mamografia. No corredor passam todos os utentes e não utentes que frequentam o hospital e que pretendam ir ao bar... Com este cenário deparamo-nos muitas vezes com pessoas estranhas ao serviço de urgência que vem ver como está o familiar, amigo ou vizinho que está na urgência. Os profissionais deparam-se muitas vezes com o corredor cheio de gente com dificuldade na passagem com cadeiras de rodas ou macas. Existe também a possibilidade de furto de material da sala de ortopedia.

Probabilidade de acordo com a frequência: Possível

Avaliação da Gravidade: Moderado/Grave

*Referência para elaboração:

NPSA. (2008). A risk matrix for risk managers. *Nhs Npsa*, (January), 1–18. Obtido de <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/improvingpatientsafety/patient-safety-tools-and-guidance/risk-assessment-guides/risk-matrix-for-risk-managers/>

Apêndice III - Folheto: Oxigenoterapia de alto fluxo no doente crítico: uma realidade na UCI – Português e Espanhol

Complicações de Utilização

As complicações ou riscos da utilização do HFNC são os mesmos que estão associados às estratégias tradicionais de oxigenação (por exemplo, reação inflamatórias).⁽⁴⁾

Principais Evidências Clínicas da Utilização de Oxigenoterapia Humidificada de Alto Fluxo

UCI- utilização após desconexão ao ventilador mecânico: a terapia de oxigênio de alto fluxo já está a ser utilizada frequentemente pós extubação do doente, e notou-se uma diminuição do número de reentubações nos doentes com HFNC comparativamente à utilização de máscara de Venturi. A sua utilização em doentes traqueostomizados, facilita o desmame do ventilador.⁽⁴⁾⁽⁶⁾

Cuidados paliativos: os sinais e sintomas respiratórios podem ser angustiantes para doentes, famílias e prestadores de cuidados, sendo esta uma alternativa no tratamento da dispneia em doentes em cuidados paliativos.⁽²⁾⁽⁶⁾

Utilização em serviços de urgência: a utilização do HFNC não mostrou reduzir a necessidade de ventilação não invasiva ou ventilação invasiva de pressão positiva, no entanto, no serviço de urgência pode reduzir a necessidade de alteração do débito de oxigênio nas primeiras 24 horas de admissão.⁽³⁾⁽⁶⁾

Bibliografia

1. Care R. HFNC Oxygen in the Emergency Department. 2016;(May).
2. Gotera C, Diaz Lobato S, Pinto T, Winck JC. Clinical evidence on high flow oxygen therapy and active humidification in adults. Rev Port Pneumol [Internet]. 2013;19(5):217-27. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0873215913000391>
3. Freeman, S. Care of adult patients with a temporary tracheostomy. Nursing Standard. 26(2011) (2) 49-56
4. Fisher & Paykel Healthcare. AIRVO 2 User Manual. 2013; Disponível em: https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/rchcpg/AIRVO2_Humidifier_user_manual.pdf
5. Luo J, Lu M, Zhao Z, Jiang W, Xu B, Wang L, et al. Positive End-Expiratory Pressure Effect of 3 High-Flow Nasal Cannula Devices. Respir Care [Internet]. 2017;62(7):888-95. Disponível em: <http://rc.rcjournal.com/lookup/doi/10.4187/respcare.05337>
6. Nishimura M. High-flow nasal cannula oxygen therapy in adults. J Intensive Care. 2015;3(1):1-8.
7. <https://www.fphcare.co.nz/hospital/products/airvo2/>

Elaborado por:

Sónia Azeitona Bilro, Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: a Pessoa em Situação Crítica.

Supervisão:

Maria Clara Ruiz Martin, Enfermeira na UCI Hospital Infanta Cristina Badajoz.

Orientação:

Prof.ª Maria Graça Antunes, Professora ESSP



Oxigenoterapia Humidificada de Alto Fluxo no Doente Crítico: Uma realidade na UCI



Fig. 1 - Sistema de humidificador de oxigênio de alto fluxo (AIRVO 2)
Fonte in: <https://www.fphcare.co.nz/hospital/products/airvo2/>

O que é?

A terapia de oxigênio de alto fluxo aquecido e humidificado, surge em alternativa à oxigenoterapia convencional, pois permite ao paciente receber um alto fluxo de oxigênio, aquecido e humidificado acima do seu fluxo inspiratório máximo, com maior segurança de que o FiO₂ real, é o que chega aos alvéolos. ⁽²⁾

Este sistema funciona com um liquidificador de oxigênio do ar que permite de FiO₂ de 21% a 100% e gera taxas de fluxo até 60 l/min. O gás é aquecido e humidificado através de um humidificador aquecido ativo e entregue através de um circuito inspiratório aquecido que é conectado ao paciente através de cânula nasal de grande diâmetro, ou através de traqueostomia. ⁽⁴⁾⁽²⁾

Efeitos fisiológicos

Lavagem do espaço morto faríngeo: a passagem de ar enriquecido com O₂ pela faringe reduz a re-inspiração de CO₂. Isso permite que o espaço morto diminua e aumente a ventilação alveolar sobre a relação de ventilação/minuto. ⁽⁴⁾⁽⁷⁾

Redução da resistência nasofaríngea: o design da nasofaringe facilita a humidificação e o aquecimento do gás inspirado pelo contato com a área superficial. A passagem de ar humidificado e quente faz com que a resistência diminua, uma vez que as suas funções de aquecimento e humidificação não precisam ser realizadas. ⁽²⁾⁽⁷⁾

Pressão expiratória positiva (efeito PEEP): fisiologicamente, o oxigênio de alto fluxo gera um efeito positivo da pressão das vias aéreas, proporcionando um determinado nível de pressão a nível alveolar, fazendo efeito de PEEP. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁾

Melhor controlo da FiO₂ e melhor limpeza mucociliar: a liberação de humidade previne a secagem das vias aéreas, evitando a resposta inflamatória causada pela secagem da mucosa. Ao fornecer uma humidade ideal, os pacientes podem manter a função do sistema de transporte mucociliar, limpando secreções de forma mais eficaz, reduzindo o risco de infeção respiratória e garantindo o FiO₂ inicial. ⁽⁴⁾⁽⁷⁾

Cuidar O Doente Com Oxigenoterapia Humidificada de Alto Fluxo

Com Cânula Nasal (HFNC)



Fig. 3 - Cânula nasal de alto fluxo
Fonte in: <https://www.fphcare.com.br/hospital/products/ost-flow-plus-nasal-cannula/>

Vantagens para o doente: proporciona mais o conforto ao doente em relação à máscara facial de alto fluxo. Permite que o doente fale e se alimente sem que a terapia seja alterada; existe uma melhor oxigenação e diminuição da frequência respiratória comparativamente à oxigenoterapia convencional. Nenhum estudo relata efeitos colaterais. ⁽⁴⁾⁽⁷⁾ Para além disso estudos revelam que existe uma menor carga de trabalho do enfermeiro relativamente à ventilação não invasiva. ⁽⁷⁾



Fig. 2 - Vantagens da utilização do HFNC
Fonte in: <https://www.fphcare.com.br/hospital/adultrespiratory/ost-flow/un-stand/technology-row/>

Cuidados de Enfermagem ⁽⁴⁾

- ✓ Selecionar o tamanho adequado da cânula nasal e do circuito;
- ✓ Conectar todos os componentes corretamente;
- ✓ Colocar o recipiente com água o mais alto possível sobre o humidificador;
- ✓ Verificar que o doente se sente confortável com o dispositivo;

- ✓ Ajustar a temperatura desejada no humidificador;

- ✓ Monitorizar frequência respiratória, frequência cardíaca, movimentos respiratórios e saturação arterial de oxigênio, numa fase inicial e de forma a analisar a evolução dos parâmetros clínicos e fisiológicos;

- ✓ Certificar-se do conforto do doente.

Com Traqueostomia ⁽³⁾

O enfermeiro deve prestar todos os cuidados que tem com o doente com HFNC e acrescentar os cuidados de enfermagem ao doente traqueostomizado:

- Efetuar a aspiração de secreções;
- Limpar a cânula interna diariamente e sempre que necessário;

- Prestar cuidados ao estoma com técnica asséptica;
- Manter o cuff insuflado na pressão ideal. Se utilizar cuffmetro e a pressão deve variar entre 20 a 25mmHg;

- Aumentar o aporte calórico, incentivando o reforço hídrico de forma a promover a fluidificação das secreções e a hidratação;
- Criar métodos de comunicação alternativos de forma a minimizar o sentimento de frustração e medo.



Fig. 4 - Sistema de oxigênio de alto fluxo para traqueostomia
Fonte in: <https://www.fphcare.com.br/hospital/products/airvo-2-oxitem/>

Complicaciones de su Utilización

Las complicaciones o riesgos de la utilización del HFNC son los que se asocian a las estrategias tradicionales de oxigenación (por ejemplo, inflamabilidad).⁽⁴⁾

Principales Evidencias Clínicas Disponibles De La HFNC

UCI: Utilización después de desconexión al ventilador mecánico - la terapia de oxígeno de alto flujo ya está siendo utilizada frecuentemente después de la extubación del paciente, y se ha observado una disminución del número de reentubaciones en los pacientes con HFNC en comparación con la utilización de máscara de Venturi. En pacientes traqueostomizados, el uso de HFNC facilita el destete del ventilador.⁽⁴⁾⁽⁶⁾

Cuidado paliativo - los signos y síntomas respiratorios pueden ser angustiantes para pacientes, familias y cuidadores, siendo esta una alternativa en el tratamiento de la disnea en pacientes en cuidados paliativos.⁽²⁾⁽⁶⁾

Uso en servicios de urgencia- HFNC no mostró ninguna necesidad de reducir la Ventilación No Invasiva o ventilación de presión positiva invasiva, sin embargo, el servicio de emergencia puede reducir la necesidad de cambiar el flujo de oxígeno en las primeras 24 horas después de la admisión.⁽¹⁾⁽⁶⁾

Bibliografía

1. Care R. HFNC Oxygen in the Emergency Department. 2016;(May).
2. Gotera C, Diaz Lobato S, Pinto T, Winck JC. Clinical evidence on high flow oxygen therapy and active humidification in adults. Rev Port Pneumol [Internet]. 2013;19(5):217-27. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0872215913000391>
3. Freeman, S. Care of adult patients with a temporary tracheostomy. Nursing Standard. 26(2011) (2) 49-56
4. Fisher & Paykel Healthcare. AIRVO 2 User Manual. 2013; Disponible en: https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/rchcpg/AIRVO2_Humidifier_user_manual.pdf
5. Luo J, Lu M, Zhao Z, Jiang W, Xu B, Weng L, et al. Positive End-Expiratory Pressure Effect of 3 High-Flow Nasal Cannula Devices. Respir Care [Internet]. 2017;62(7):838-95. Disponible en: <http://rc.rcjournal.com/lookup/doi/10.4187/respcare.05337>
6. Nishimura M. High-flow nasal cannula oxygen therapy in adults. J Intensive Care. 2015;3(1):1-8.
7. <https://www.fhicare.com.br/hospital/products/airvo2/>

Elaborado:

Sonia Azeitona Bilro, Maestría en Enfermería Médico-Quirúrgica: la Persona en Situación Crítica.

Supervisión:

María Clara Ruiz Martín, Enfermera en la UCI Hospital Infanta Cristina Badajoz.

Orientación:

Profesora María Graça Antunes, Profesora de ESSP



Oxigenoterapia Humidificada de Alto Débito (HFNC) en el Paciente Crítico: Una realidad en la UCI



Fig. 1 - Sistema de humidificador de oxígeno de alto flujo (AIRVO 2)
Font in: <https://www.fhicare.com.br/hospital/products/airvo2/>

¿Qué es?

La terapia de oxígeno de cánula nasal de alto flujo calentado y humidificado, surge como alternativa a la oxigenoterapia convencional, pues permite al paciente recibir un alto flujo de oxígeno, calentado y humidificado por encima de su flujo inspiratorio máximo, con mayor seguridad de que el FiO₂ real es lo que llega a los alvéolos.⁽²⁾

Este sistema funciona con una batidora de oxígeno del aire que permite de 21% a 100% de FiO₂ y genera hasta 60 Tasas de flujo L / min. El gas es calentado y humidificado a través de un humidificador calentado activo y entregado a través de un circuito de inspiración calentado que se conecta al paciente a través de una cánula nasal de gran diámetro.⁽⁴⁾⁽²⁾

Efectos fisiológicos

Lavado del espacio muerto faríngeo: el paso de aire enriquecido con O₂ por la faringe reduce la respiración de CO₂. Esto permite que el espacio muerto disminuya y aumente la ventilación alveolar sobre la relación de ventilación / minuto.⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁾

Reducción de la resistencia nasofaríngea: el diseño de la nasofaringe facilita la humidificación y el calentamiento del gas inspirado por el contacto con la gran superficie superficial. El paso de aire humidificado y caliente hace que la resistencia disminuya, ya que sus funciones de calentamiento y humidificación no necesitan ser realizadas.⁽²⁾⁽⁷⁾

Presión espiratoria positiva (efecto PEEP): fisiológicamente, el oxígeno de alto flujo genera un efecto positivo de la presión de las vías aéreas, proporcionando un determinado nivel de presión a nivel alveolar, haciendo efecto de PEEP.⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁾

Mejor control de la FiO₂ y mejor limpieza mucociliar: la liberación de humedad previene el secado de las vías aéreas, evitando la respuesta inflamatoria causada por el secado de la mucosa. Al proporcionar una humedad ideal, los pacientes pueden mantener la función del sistema de transporte mucociliar, limpiando secreciones de forma más eficaz y reduciendo el riesgo de infección respiratoria y garantizando el Fi O₂ inicial.⁽⁴⁾⁽⁷⁾

CUIDADO DEL PACIENTE CON HFNC

Con Canula Nasal

Fig. - 3 - Cánula nasal de alto flujo
Font in: <https://www.fhicare.com.br/hospital/products/optiflow-plus-nasal-cannula/>

Ventajas para el paciente: proporciona más comodidad al paciente en relación con la máscara facial de alto flujo. Estas permiten que este hable y se alimente sin que la terapia sea alterada; mejora la oxigenación y disminución de la frecuencia respiratoria en comparación con la oxigenoterapia convencional.⁽⁴⁾⁽⁷⁾ Además, los estudios revelan que existe una menor carga de trabajo de la enfermera en relación con la ventilación no invasiva.⁽⁷⁾



Fig 2: Ventajas de la utilización del HFNC
Font in: <https://www.fhicare.com.br/hospital/adultrespirator/optiflow/vn-estand/technology-row/>

Cuidados de enfermería⁽⁴⁾

- ✓ Seleccione el tamaño adecuado de la cánula nasal y de la tubería de circuito;
- ✓ Conecte todos los componentes correctamente;
- ✓ Coloque el recipiente con agua lo más alto posible sobre el humidificador para obtener flujo de agua en la cámara de este;
- ✓ Verificar que el paciente se siente cómodo con el dispositivo;

- ✓ Ajustar la temperatura deseada en el humidificador;
- ✓ Monitorear la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, movimientos respiratorios y saturación arterial de oxígeno, en una fase inicial y para monitorear la evolución de los parámetros clínicos y fisiológicos;
- ✓ Asegurarse de la comodidad del paciente.

A Través de Traqueostomía⁽³⁾

El enfermero debe prestar todos los cuidados que tiene con el oxígeno nasal y añadir los cuidados al paciente traqueostomizado.

- Efectuar la aspiración de secreciones;
- Limpiar la cánula interna diariamente y siempre que sea necesario;
- Prestar atención al estoma con técnica aséptica, esta debe ser efectuada por dos personas, previniendo la descanulación;
- Mantener el cuff insuflado en la presión ideal: utilizar el cufrómetro y la presión debe variar entre 20 a 25mmHg;
- Aumentar el aporte calórico, incentivando el refuerzo hídrico para promover la fluidificación de las secreciones y la hidratación;
- Crear métodos de comunicación alternativos para minimizar el sentimiento de frustración y miedo.



Fig Fig. 4- Sistema de oxígeno de alto flujo para traqueotomía
Font in: <https://www.fhicare.com.br/hospital/products/airvo-2-system/>

Apêndice IV – Artigo: Importância da Comunicação no Cuidado ao Doente/Família na UCI: Revisão integrativa

**Importância da Comunicação no Cuidado ao Doente/Família na
UCI: Revisão Integrativa**

**Importance of Communication in Patient/Family Care in ICU:
Integrative Review**

**Importancia de la Comunicación en el Cuidado al Enfermo /
Familia en la UCI: Revisión Integrativa**

Sónia Azeitona Bilro¹, Maria Céu Marques²

1. Enfermeira da ULSNA, EPE, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Associação 2016/2018 Évora, Portugal, Correio eletrónico: sasazeitona@hotmail.com

2. Doutora em Psicologia; Professor-Coordenador, Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Évora, Portugal, Correio eletrónico: mcmarques@uevora.pt

Resumo:

Na enfermagem a comunicação é fundamental no cuidado ao doente e família. É através da comunicação que o doente/família tem acesso à informação que lhe permite ser membro ativo dos cuidados e participar na tomada de decisão. O doente crítico, muitas vezes não tem capacidade para comunicar e, é a família, a maior interveniente neste processo.

Perante esta problemática surge a questão de investigação: **Qual a importância da comunicação no cuidado ao doente/família internado na Unidade de Cuidados Intensivos?** **Método:** Realizada uma revisão integrativa através da síntese dos resultados de estudos reconhecidos, publicados e indexados à plataforma EBSCO. **Resultados:** Tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 12 estudos para a elaboração desta revisão. Os estudos revelam que a comunicação e a transmissão de informação é uma intervenção valorizada pelo doente, família e profissionais no processo de cuidados ao doente/família internado na Unidade de Cuidados Intensivos. **Conclusões:** Concluiu-se que a comunicação é uma intervenção de enfermagem fundamental no cuidado ao doente/família internado na unidade de cuidados intensivos, pois permite a transmissão de informação aumentando os conhecimentos e a segurança e diminuindo o stress e a ansiedade do doente/família, facilitando o processo de tomada de decisão.

Palavras-chave: Comunicação; cuidados críticos; enfermeiros; família.

Abstract:

In nursing, communication is fundamental in caring for the patient and family. It is through communication that the patient / family has access to information that allows them to be an active member of care and participate in decision making. The critical patient often has no ability to communicate and, it is the family, the major player in this process. Faced with this problem arises the question of investigation: **What is the importance of communication in care to the patient / family hospitalized in the Intensive Care Unit?** **Method:** An integrative review was carried out through the synthesis of the results of studies recognized, published and indexed to the EBSCO platform. **Results:** Taking into account the inclusion and exclusion criteria, 12 studies were selected for this review. The studies reveal that communication and the transmission of information is an intervention valued by the patient, family and professionals in the care process to the patient / family hospitalized in the Intensive Care Unit. **Conclusions:** It was concluded that communication is a fundamental nursing intervention in the care of the patient / family hospitalized in the intensive care unit, since it allows the transmission of information increasing knowledge and safety and reducing the stress and anxiety of the patient / family, facilitating the decision-making process.

Keywords: Communication; critical care; nurses; family.

Resumen:

En la enfermería la comunicación es fundamental en el cuidado al enfermo y familia. Es a través de la comunicación que el enfermo / familia tiene acceso a la información que le permite ser miembro activo de los cuidados y participar en la toma de decisión. El paciente crítico, a menudo no tiene capacidad para comunicarse y, es la familia, la mayor interviniente en este proceso. Ante esta problemática surge la cuestión de la investigación: **¿Cuál es la importancia de la comunicación en el cuidado al enfermo / familia internado en la Unidad de Cuidados Intensivos?** **Método:** Realizada una revisión integrativa a través de la síntesis de los resultados de estudios reconocidos, publicados e indexados a la plataforma EBSCO. **Resultados:** Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 12 estudios para la elaboración de esta revisión. Los estudios revelan que la comunicación y la transmisión de información es una intervención valorada por el paciente, familia y profesionales en el proceso de atención al enfermo / familia internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Conclusiones:** Se concluyó que la comunicación es una intervención de enfermería fundamental en el cuidado al enfermo / familia internado en la unidad de cuidados intensivos, pues permite la transmisión de información aumentando los conocimientos y la seguridad y disminuyendo el estrés y la ansiedad del enfermo / familia, facilitando el proceso de toma de decisiones.

Palabras clave: Comunicación; cuidados críticos; enfermeras; familia.

Introdução

A comunicação "...é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, (...) pela maneira de agir dos intervenientes"⁽¹⁾

A comunicação é uma atividade presente na vida de qualquer pessoa, seja qual for o seu estadio de desenvolvimento e a sua qualidade de vida.

Existe uma necessidade diária de comunicar e quando a pessoa vivência um processo de doença, a comunicação está presente, motivo pelo qual "o desenvolvimento de competências comunicacionais, está hoje em dia amplamente reconhecido como uma objetivo essencial da prática e da formação em saúde." ⁽²⁾

A comunicação é considerada por Phaneuf como uma competência da enfermagem que faz parte do dia-a-dia do seu trabalho, sendo considerada um instrumento básico fundamental quer no cuidado ao doente, no atendimento à família ou nas relações com a equipa de trabalho. A comunicação está presente em todas as atividades do enfermeiro e influencia decisivamente a qualidade da assistência prestada à pessoa que necessita dos seus cuidados.⁽²⁾

É através do processo de comunicação que o doente/família tem acesso à informação sobre os cuidados e é através dessa informação que sentem mais confortáveis, pois o conforto é muito mais que o alívio da dor, é o assegurar as necessidades de comunicação, de alimentação ou de eliminação...⁽³⁾

O direito à informação assiste todos os utentes do sistema nacional de saúde ⁽⁴⁾ e o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem. ⁽⁴⁾

O enfermeiro deve ter a capacidade de adotar estratégias para estabelecer uma comunicação eficaz com os doentes e famílias, diminuindo assim o *stress* e a ansiedade destes, permitindo a partilha de emoções, sentimentos, opiniões e necessidades.⁽⁵⁾

Os doentes admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) são pessoas em situação crítica, cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais ⁽⁶⁾ e que necessitam de um local qualificado, com profissionais que assumam a responsabilidade integral dos cuidados, prevenindo e revertendo essas falências.⁽⁷⁾ Muitas vezes a comunicação com estes doentes está comprometida e a transmissão de informação é feita apenas à família.

Segundo Phaneuf, a família tem necessidade de informação, sendo que a educação por parte dos enfermeiros ajuda a preparar para receber uma má notícia ou para se adaptar ao problema de saúde do seu familiar. O suporte psicológico ajuda a diminuir a ansiedade, o *stress* e o medo. Os enfermeiros devem incentivar os familiares a participar nos cuidados, esclarecendo-os sobre a situação clínica, as suas responsabilidades e a melhor forma de manifestar e assumir o sofrimento, a inquietude e a frustração, tentando reduzir sentimentos de culpabilidade e conflitos internos.⁽¹⁾

A família tem necessidade de informação para compreender o que se passa e participar nas decisões. São as enfermeiras quem mais procuram para receber conforto e informações. ⁽¹⁾ A informação fornecida é considerada como uma componente indispensável na relação enfermeiro/família, devendo esta ser efetuada de forma clara e aberta. ⁽¹⁾

As pessoas admitidas na UCI estão vulneráveis e instáveis e as famílias experimentam frequentemente altos níveis de stress e incerteza, que podem ser exacerbados por uma comunicação deficiente, informações pouco claras e falta de orientação e suporte.⁽⁸⁾

Merle Michel na sua teoria da incerteza, refere que o doente /família no processo de doença, experimenta um processo de incerteza, que após apreciação pode ser considerada como positiva ou negativa e constituir perigo ou oportunidade. ⁽⁹⁾ A interpretação é feita de acordo com os antecedentes da incerteza que incluem o quadro de estímulos, as capacidades cognitivas e os fornecedores de estrutura. Os enfermeiros fazem parte destes fornecedores de estrutura. As relações entre doença, incerteza, coping e adaptação são lineares e unidireccionais, prevendo a obtenção do equilíbrio.⁽⁹⁾

Tendo como base a teoria da incerteza de Merle Michel, o doente/família ao vivenciar um processo de internamento de UCI, enfrenta um processo de

incerteza que será encarado de forma positiva ou negativa dependendo da experiência anterior, da informação que for fornecida e dos conhecimentos que possuem sobre a situação.

O enfermeiro pode ajudar a transformar esta incerteza num processo positivo, fornecendo informação adequada. Segundo Bell, os enfermeiros têm oportunidade de liderarem o caminho dos cuidados centrados no doente, pois são eles que tem capacidade para fazer a transição da informação que é transmitida e o que é entendido pelos doentes/família.⁽¹⁰⁾

Grande parte dos doentes internados na UCI, tem comprometida a capacidade de comunicar e ao mesmo tempo a capacidade de tomada de decisão, sendo essa tomada de decisão efetuada por um familiar. Para que a tomada de decisão seja consciente, as informações fornecidas devem ser uteis, fornecidas em tempo real e adaptadas ao estado de ansiedade e compreensão de quem as recebe.⁽¹⁰⁾

No entanto, a compreensão da informação de saúde, enquanto instrumento para a tomada de decisão, insere-se no respeito pela autonomia da pessoa e no respeito pelos seus familiares, bem como na responsabilidade dos profissionais de saúde pela proteção dessa mesma informação, através do dever de confidencialidade e privacidade.⁽⁷⁾

A Society of Critical Care Medicine (SCCM), publicou em 2016 um documento que define um conjunto de guedlines de cuidados centrados na família. A informação e a comunicação está fortemente evidenciada nas seguintes guedlines: os doentes críticos devem ter a presença aberta ou flexível de um familiar que dê resposta às suas necessidades, melhorando a satisfação familiar; familiares têm a possibilidade de participar nas reuniões de equipa interdisciplinar, aumentando a satisfação, a comunicação e o envolvimento familiar; familiares têm a opção de estar presentes durante as manobras de ressuscitação; os programas de educação familiar devem estar incluídos no atendimento clínico, pois reduzem a ansiedade, a depressão e o stress; as UCI fornecem folhetos informativos aos familiares; são utilizadas ferramentas de suporte de tomada de decisão, relevantes para otimizar a qualidade da comunicação e reduzir o conflito decisional; os clínicos de saúde na UCI devem usar abordagens estruturadas para a comunicação; os clínicos da UCI recebem formação em comunicação centrada na família; as

enfermeiras estão envolvidas na tomada de decisões e devem receber formação para fornecer apoio aos membros da família e melhorar a qualidade da comunicação; hospitais implementam políticas para promover o cuidado centrado na família e melhorar a experiência familiar.⁽¹¹⁾

Metodologia

Tendo em conta o método de pesquisa de prática baseada na evidência, realizou-se uma revisão integrativa. Para tal formulou-se a pergunta de investigação: **Qual a importância da comunicação no cuidado ao doente/família internado na Unidade de Cuidados Intensivos?**

Tipo de participantes: Doentes adultos com internamento na UCI; familiares de doentes internados na UCI; profissionais que prestam cuidados na UCI.

Indicador: Importância da comunicação como intervenção de enfermagem no cuidado ao doente/família internado na UCI.

Outcomes: A comunicação eficaz aumenta a segurança dos cuidados e a segurança dos doentes/familiares internados na UCI.

Desenho: Foram englobados estudos quantitativos, qualitativos e mistos, publicados entre 2015 e 2018, e que possuíssem o texto integral.

Fontes de dados: estudos publicados e indexados à plataforma eletrónica EBSCO.

Crítérios de exclusão: artigos não indexados à base de dados da pesquisa, artigos sem texto integral e não gratuitos.

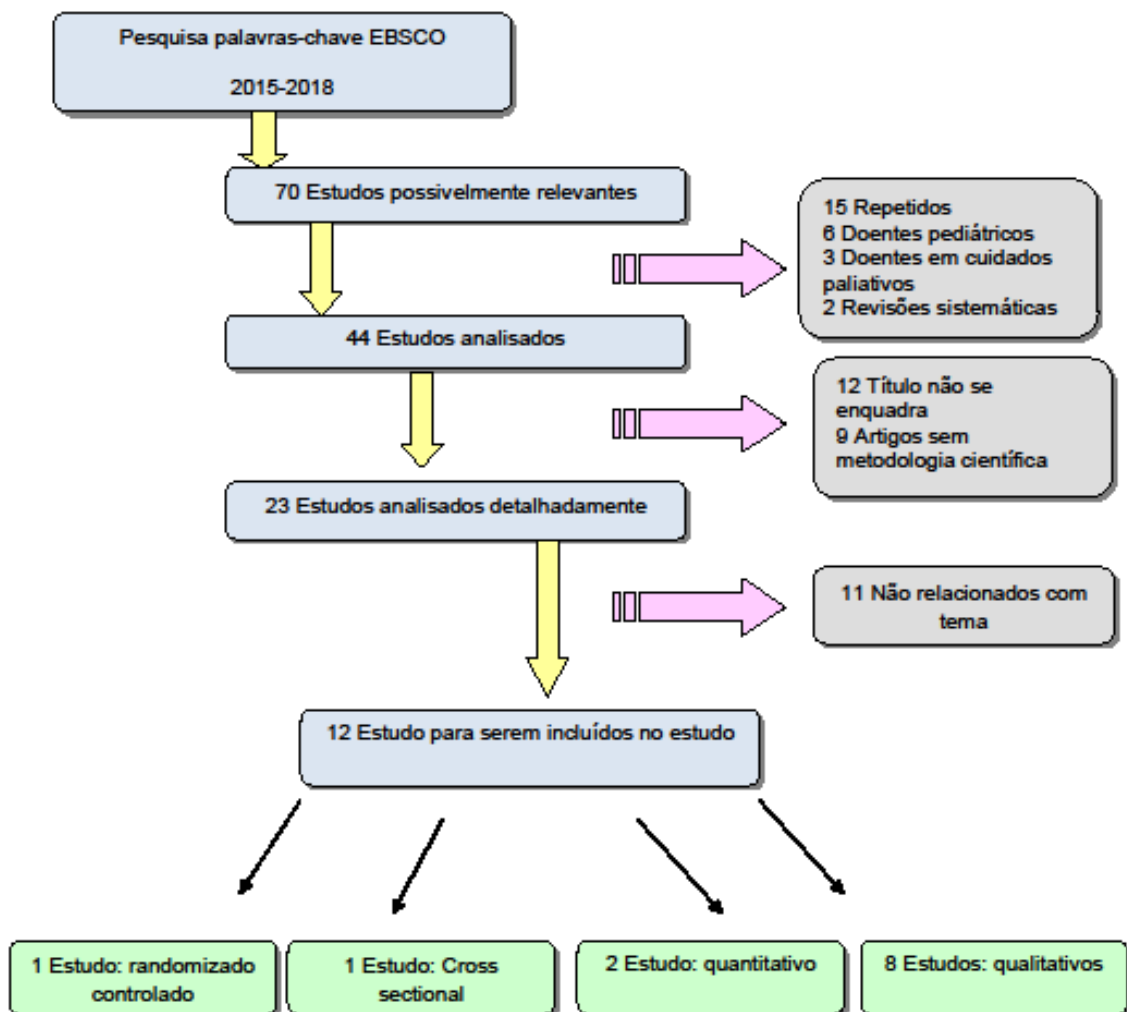
Operador booleano: and.

Descritores Mesh⁽¹²⁾: Communication; critical care; nurses; family.

Ao realizar a pesquisa com estas palavras-chave, foram selecionados 70 estudos. Numa primeira fase foram excluídos 26 estudos: 15 estavam repetidos, 6 tinham como participantes o doente pediátrico, 3 tinham como participantes o doente em cuidados paliativos e existiam 2 revisões sistemáticas. Dos 44 estudos: 12 foram excluídos após leitura do título, uma

vez que não se enquadravam na pergunta de investigação e 9 eram apenas conclusões de estudos nos quais não estava especificados participantes e metodologia científica. Numa 3.ª fase dos 23 artigos foi feita uma leitura do resumo e 11 dos artigos não respondiam à pergunta de investigação. Foram assim seleccionados 12 estudos primários para a elaboração da revisão integrativa.

Figura 1: Fluxograma de critérios de seleção de estudos.



Os artigos foram avaliados de acordo com as grelhas de Joanna Briggs, 2016.⁽¹³⁾ Após esta avaliação, verificou-se que o nível de evidência situava-se entre o 1c e 4b e que os artigos apresentavam uma qualidade metodológica entre os 80 e os 100%, sendo por isso todos incluídos no estudo.

Resultados

Artigos (autores, data, local)	Participantes	Intervenções	Outcomes	Desenho
1 Fladger, A et al ⁽¹⁴⁾ EUA 2017	Profissionais da UCI (médicos, enfermeiros) Doente e familiares de doentes internados na UCI	Identificar o conteúdo educacional do doente/família Organizar o conteúdo geral para a educação do doente/família Criar centro de aprendizagem digital	Definir conteúdo essencial para a educação de doentes e famílias; Organizar informação, de forma a: fornecer apoio consistente para os profissionais; apoiar os doentes/famílias a participar nos cuidados durante a sua permanência na UCI. Criar de centro de aprendizagem digital.	Qualitativo
2 Anderson, W. et al ⁽¹⁵⁾ EUA 2015	47 Utentes da UCI 45 Profissionais (médicos, enfermeiros.) da UCI 26 Especialistas em comunicação em saúde.	Entrevistas semiestruturadas	Os enfermeiros têm o papel de reforçar a informação médica fornecida e ajudar as famílias a processarem emocionalmente a notícia. A presença dos enfermeiros em discussões da equipa clínica, ajudou as famílias. Deveria existir: uma valorização da família e da comunicação no processo de cuidados; Espaços de discussão privados, para comunicação de prognósticos É importante a participação dos enfermeiros em projetos de comunicação e melhoria de qualidade.	Qualitativo

Tabela 1: Resumo da Evidência Recolhida nos estudos (participantes: doentes, familiares e profissionais)

Artigos (autores, data, local)	Participantes	Intervenções	Outcomes	Desenho
3 Castro, C. Botelho, M.A. ⁽¹⁶⁾ Portugal 2017	12 Doentes internados na UCI, >= 18 anos, com capacidade de comunicação verbal.	Entrevista não estruturada sobre experiência de internamento na UCI	Experiência vivida: constituída por 3 componentes: *Sentir-se preso: choque, sofrimento do corpo invadido pela tecnologia, corpo exposto ao outro, identidade ameaçada. *Entre a vida e a morte; angústia da noite, medo na presença anunciada da morte, transformação na percepção do tempo vivido, cercado por ruídos e alarmes. *Necessidade de segurança: presença contínua dos profissionais, família como porto de abrigo, informação disponibilizada sobre a sua situação, esperança e força interior. A segurança é procurada na informação disponibilizada pelos profissionais e na esperança e força interior. Há necessidade de se sentir informada em relação ao seu estado clínico. Manifestaram falta de informação que traduzisse a sua situação clínica o que agrava a sua vulnerabilidade.	Qualitativo, Fenomenológico descritivo
4 Weyant, R. et al. ⁽¹⁷⁾ EUA 2017	14 Doentes da UCI (entubados e sedados) 8 Familiares	Entrevista semiestruturada para analisar a percepção desta experiência a doentes e familiares	Comportamento dos enfermeiros agrupados em 4 categorias: fornecer informações, proporcionar tranquilidade, demonstrar proficiência e estar presente. Os enfermeiros eram atenciosos, fornecendo orientações e usando um tom de voz suave. É útil fornecer informações diretas, explicações e até repetição de informações. Atitude negativa dos enfermeiros: interrompiam o sono, não fornecem informações suficientes e deficiente gestão da dor.	Qualitativo Fenomenológico

5	Clark, K. et al. ⁽¹⁸⁾ EUA 2016	44 Famílias de doentes internados em UCI	Pesquisa descritiva sobre satisfação familiar Questionário para medir a satisfação com os cuidados e tomada de decisão.	A satisfação é relatada como boa ou muito boa (72,03%) na tomada de decisões. 50% Relataram a necessidade de uma melhor comunicação com informação mais precisa, atualizada e oportuna.	Misto
	Torke, A. ⁽¹⁹⁾ EUA 2016	26 Familiares de doentes internados na UCI (idade >= a 21 anos, com deterioração cognitiva grave)	2 Grupos Grupo controle: recebeu cuidados habituais. Grupo randomizado: designado o substituto familiar tomador de decisão (SDM) e este foi acompanhado por um enfermeiro intermediário ("the family navigator"-FN)	No grupo randomizado, o FN demonstrou-se perito nas habilidades de comunicação: explicava os conceitos médicos complexos em termos leigos, tornando-os perceptíveis e avaliáveis para o SDM. O FN está totalmente integrado na equipe clínica; tem autoridade, responsabilidade e recursos para facilitar a comunicação; está habilitado a delegar intervenções diretamente para o SDM. Todos os SDM recomendariam o FN a outras famílias. O suporte e o aconselhamento geral foi reconfortante, o otimismo e o alívio, ajudou-os a entender melhor o que estava acontecendo, estabeleceram objetivos mais rápidos.	Estudo Randomizado Controlado
7	Wong, P. et al. ⁽²⁰⁾ Australia 2015	12 Familiares de doentes da UCI admitidos inesperadamente.	Entrevistas semi-estruturadas, com espaço para discutir profundamente a sua experiência.	A comunicação é a experiência mais valorizada. É importante na obtenção de informação, na linguagem utilizada e na comunicação de apoio. A comunicação é insuficiente. As famílias procuram constantemente informações. As enfermeiras da UCI: facilitam a comunicação, mantem os familiares informados; comunicam o que os médicos disseram sobre o progresso e a condição de seu familiar. É mais fácil comunicar com os enfermeiros: fonte acessível, sentem-se "mais à vontade". Correta informação: preparar o futuro e estabelecer relação de confiança com as enfermeiras, sentem-se tranquilizadas e consoladas.	Qualitativo

Tabela 2: Resumo da Evidência Recolhida nos estudos (participantes: doentes e familiares)

Artigos (autores, data, local)	Participantes	Intervenções	Outcomes	Desenho
8 Brooks, L. et al. ⁽²¹⁾ Austrália 2017	18 Intensivistas 26 Médicos de cuidados intensivos permanentes 188 Enfermeiros (exercer funções UCI)	Inquérito com 9 perguntas sobre cuidados prestados no fim de vida na UCI. Discussão sobre implementação do plano de atendimento nos doentes da UCI. Criar documento individualizado de cuidados para cada paciente.	A comunicação no que respeita aos cuidados em fim de vida promove conversas difíceis. Existe frustração dos participantes e um tempo mal programado para discussão dos cuidados. Enfermeiros e médicos defendem plano de cuidados estruturados para identificar as responsabilidades e serve como lembrete para aspetos que possam ser esquecidos. Criado plano de cuidados e lista de verificação com envolvimento direto do doente/família na tomada de decisão. Existe lacuna na comunicação entre profissionais médicos, enfermeiros e doentes. É necessário melhorar as habilidades de comunicação de clínicos e colaboração entre cuidados de saúde. É importante uma tomada de decisão partilhada e informada.	Qualitativo
9 Chaves, R. et al. ⁽²²⁾ Brasil 2017	43 Enfermeiros que trabalham em UCI > 6 meses	Utilizada escala "Families Importance in NursingCare- Nurses Attitudes (FINC-NA)	67,44% Consideraram importante a família ser convidada a participar ativamente nos cuidados de enfermagem. 72,09% Concordaram que discutir com a família sobre o processo de cuidados, poupa tempo no trabalho futuro 79,06% Convidavam a família a conversar sobre cuidados 88,37% Convidavam a família a falar sobre as alterações no estado do doente; 83,72 % Concordaram que a família deve opinar no planeamento dos cuidados. 65,12% Consideraram que a presença da família dificulta o seu trabalho; 71,10% Assinalaram que não tinham tempo para cuidar das famílias; 83,72% Afirmaram que a presença da família os deixava stressados.	Quantitativo Descritivo

10	Ahluwalia, S. et al. ⁽²³⁾ Los Angeles 2016	30 Enfermeiros que trabalha UCI	Analisar experiências e percepções dos enfermeiros sobre a família de doentes internados, através da participação em reuniões de família	Os enfermeiros têm um papel importante nas reuniões de família da UCI: compartilhando informações sobre a condição do doente, assume o papel de coordenador, advogado, tradutor e intermediário de informação. Existe pobre comunicação entre doente/família e médico. Informações relevantes são compartilhadas pelos doentes apenas com os enfermeiros. As enfermeiras por vezes sentem-se subestimadas.	Qualitativo Cross Setorial
	Ellis, L. et al. ⁽²⁴⁾ EUA 2016	30 Enfermeiros trabalham na UCI	Entrevista com enfermeiras que prestaram cuidados mais de 7 dias ao mesmo doente. Analisar as percepções dos enfermeiros sobre a experiência de doentes de longa duração na UCI e suas famílias.	Enfermeiras fazem esforços para promover e manter resiliência através de: expectativa, suporte e comunicação. A educação das famílias/doentes melhora e alinha as expectativas com a realidade. Comunicação é pedra angular para estabelecer um relacionamento significativo entre paciente, família e enfermeiro, e facilita o envolvimento desta na prestação de cuidados: comunicação de rotina, discrepâncias na comunicação e comunicação familiar. É importante a comunicação entre prestadores de cuidados. Comunicação é um aspecto importante no papel do enfermeiro, cuidando de famílias, conhecendo a família, construindo alianças e respeitando ou defendendo os seus desejos. Comunicação: atividade proeminente e potenciadora influente na resiliência familiar, melhora o senso de controlo e conforto da família.	Qualitativo
12	Saldanha D. et al. ⁽²⁵⁾ Colômbia 2015	112 Enfermeiros que trabalham na UCI	Questionário com 12 perguntas fechadas. Objetivo: conhecer os aspetos que facilitaram ou interferiram no processo de comunicação.	91,6% Consideram a comunicação com doente/família muito importante 44,6% São sensíveis quando tentam responder às necessidades dos doentes/famílias. 53,7% Demonstram as suas emoções ao paciente. 53,7% Consideram que a política da UCI devia valorizar mais o relacionamento e a comunicação.	Descritivo Quantitativo

Tabela 2: Resumo da Evidência Recolhida nos estudos (participantes: profissionais)

Discussão de resultados

Dos estudos selecionados, foi feita uma divisão relativamente ao tipo de participantes para facilitar a sua análise e foram agrupados em estudos cujos participantes eram: utentes, familiares e profissionais de saúde; utentes e familiares; profissionais de saúde.

Qualquer que seja o tipo de participantes dos estudos, verificou-se que em todos eles a comunicação e a transmissão de informação sobre o ambiente, o estado do doente e a evolução clínica são consideradas muito importantes não só para os doentes internados na UCI e familiares, mas também para os profissionais de saúde.⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾ Esta transmissão de informação é já valorizada por Kolcaba, quando refere que o conforto é assegurar as necessidades de comunicação, por Merle Mishel na sua teoria da incerteza e por Phaneuf, referindo que os familiares têm necessidade de informação e esta é considerada indispensável na relação entre eles.⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁹⁾

Os enfermeiros são considerados como o grupo profissional que mais interage com as famílias no que respeita à comunicação.⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾

As informações fornecidas por este grupo profissional são consideradas úteis, proporcionam tranquilidade e são mais facilmente perceptíveis, uma vez que têm a capacidade de simplificar os termos médicos complexos e torná-los claros.⁽¹⁷⁾ Desempenham também o papel de ajudar a processar emocionalmente as más notícias e são considerados como uma fonte acessível, que fornece informações corretas e estabelecem relação de confiança, o que os deixa doentes e familiares mais tranquilizadas e consoladas.⁽¹⁵⁾⁽²⁰⁾ Os enfermeiros, ao comunicarem eficazmente com os doentes/famílias conseguem distinguir-se e ser líderes nos cuidados centrados no doente.⁽¹⁰⁾

Segundo Torke, a presença de um enfermeiro interlocutor entre a equipa de cuidados e os familiares ajuda-os estes últimos a perceber a situação clínica e a participar ativamente nos cuidados e no processo de tomada de decisão.⁽¹⁹⁾

Para que esta informação seja fornecida corretamente, é necessário uma estruturação do conteúdo da informação e de todos os materiais de apoio, úteis para a passagem dessa informação.⁽¹⁴⁾

Enfermeiros e médicos defendem a existência de um plano de cuidados estruturados que envolvam a participação do doente/família no processo de

cuidados e na tomada de decisão⁽²¹⁾ As guedlines publicadas pela SCCM são a base deste plano de cuidados centrados na pessoa.⁽¹¹⁾

A segurança do doente/família internado na UCI passa pela informação fornecida que deve ser adaptada ao estado de ansiedade e compreensão de quem a recebe. Quanto maior for a informação disponibilizada maior é a segurança dos familiares no processo de cuidados e tomada de decisão.⁽¹⁰⁾⁽¹⁶⁾

No entanto, para além de se ter confirmado que a comunicação e a transmissão de informação é fundamental no cuidado ao doente internado na UCI, existem doentes e famílias que referem como atitude negativa dos enfermeiros o não fornecer informações suficientes e existe uma necessidade, relatada em vários estudos, de melhor comunicação com informação mais precisa, atualizada e oportuna, bem como a necessidade de melhorar as habilidades de comunicação.⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾ É destacada a importância da participação dos enfermeiros em projetos de melhoria da qualidade e sessões de formação.⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁾⁽²¹⁾ Esta atitude negativa, considerada pelas famílias é justificada no estudo de Chaves, quando os enfermeiros referem que a presença de familiares, os deixa stressados, referindo não ter tempo para cuidar das famílias e que a sua presença na UCI dificulta o seu trabalho.⁽²²⁾

Embora a comunicação esteja reconhecida como objetivo essencial na prática e formação em saúde,⁽²⁾ alguns doentes sentiram que existiu falta de informação o que aumentou a sua vulnerabilidade.⁽¹⁶⁾ Para colmatar esta falha Saldanha considera que a política da UCI deveria valorizar mais o relacionamento e a comunicação.⁽²⁵⁾ Os enfermeiros necessitam de mais formação e sensibilização para incluir o doente/família nos cuidados e não os desvalorizar no processo de cuidados e tomada de decisão.

E fundamental a criação de protocolos, chek-list e organização dos materiais físicos adjuvantes da transmissão de informações e estudos futuros podem ser feitos no sentido de testar esses instrumentos.

Conclusão

Após a análise dos estudos pode concluir-se que a comunicação e a transmissão de informações ao doente/família, admitido na UCI é considerada

fundamental, tanto para os profissionais de saúde como para os doentes e familiares.

Os enfermeiros são o grupo de profissionais considerados pelos doentes/famílias como os profissionais que mais informações fornecem e a informação é acessível, é reconfortante e permite tranquilizar as famílias e ajudá-las na participação dos cuidados e no processo de tomada de decisão consciente.

A informação a ser transmitida deve ser estruturada e adequada aos conhecimentos e à condição psicológicas do doente/família, devendo ser organizados os materiais que apoiam essa transmissão.

No entanto a política da UCI devia valorizar mais o relacionamento e a comunicação e deveria existir um investimento em formação e processos de melhoria contínua dos enfermeiros, de forma a colmatar as lacunas existentes

Com tudo o que foi apresentado pode concluir-se que a comunicação é considerada muito importante e fundamental na prestação de cuidados de enfermagem ao doente/família internado na UCI.

Bibliografia

1. Phaneuf M. Comunicação, entrevista relacao de ajuda e validação. 2005. p. 656.
2. Pereira MAG. Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto. 2005;547.
3. Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research. Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN: : 0-8261-1633-7; 2003.
4. República A da. Lei n.º 156/2015. Diário da República, 1ª série - nº 116 [Internet]. 2015;(Pdr 2020):3901–2. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/67508032>
5. Henriques C, Silva D, Ferreira P. A comunicação com o doente ventilado. Revista Sinais: Dezembro 46-54; 2012.

6. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 124/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República 2ª série, N.º 35. 2011;25118–20.
7. <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/4451>.
8. Doucette E, Chevrier A, Santella G, Luca W de. The Role of Technology in Enhancing a Family-Centred Approach to Care. *Columbia Med Rev*. 2015;1(May):23–7.
9. Mishel, H M. Uncertainty in Illness. *J Nurs Scholarsh*. 1988;20(4):225–32.
10. Bell L. Communicating to Help Patients and Families. 2016;25(6).
11. Hwang D, Davidson J, Kraus S, Bullard H, Christie L, Franck L. Scm Family-centered Care Guidelines Supplement,: Work tools for Guideline Implementation. 2016;
12. Medicine NUSNL of. Medical Subject Headings 2018 [Internet]. 2018 [citado 15 de Janeiro de 2018]. Disponível em: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>
13. Institute TJB. Critical Appraisal-tools. 2017.
14. Fladger A, Leone K, Schnock K, Ravidran S, Dwyer C. Identifying Information Resources for Patients in the Intensive Care Unit and Their Families. 2017;37(6):10–7.
15. Anderson WG, Cimino JW, Emecoff NC, Ungar A, Shotsberger KJ, Pollice LA, et al. A multicenter study of key stakeholders' perspectives on communicating with surrogates about prognosis in intensive care units. *Ann Am Thorac Soc*. 2015;12(2):142–52.
16. Castro C, Botelho MA. The Experience Of The Persons With Critical Condition Hospitalized In An Intensive Care Unit. *J Nurs UFPE line, Recife*. 2017;11(9):3386–94.
17. Weyant RA, Clukey L, Roberts M, Henderson A. Show your stuff and watch your tone: Nurses' caring behaviors. *Am J Crit Care*. 2017;26(2):111–7.
18. Clark K, Milner KA, Beck M, Mason V. Measuring Family Satisfaction With Care Delivered in the Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*. 2016;36(6):e8–14.
19. Torke AM, Wocial LD, Johns SA, Sachs GA, Callahan CM, Bosslet GT, et al. The family navigator: A pilot intervention to support intensive care unit family surrogates. *Am J Crit Care*. 2016;25(6):498–507.
20. Wong P, Liamputtong P, Koch S, Rawson H. Families' experiences of their interactions with staff in an Australian int...: EBSCOhost. 2015; Disponível em: <http://0-web.a.ebscohost.com.fama.us.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=c>

- 1f1150a-1917-48b4-8b91-cd8b75476d12%40sessionmgr4010&hid=4112
21. Brooks LA, Manias E, Nicholson P. Communication And Decision-Making About End-Of-Life Care In The Intensive Care Unit. 2017;26(4):336–42.
 22. Chaves R, Sousa FG, Silva AC, Santos G, Fernandes H, Cutrim C. Importance Of The Family In The Care Process : Attitudes Of Nurses In The Context Of Intensive Therapy. 2017;11(12):4989–99.
 23. Ahluwalia SC, Schreibeis-Baum H, Thomas J, Reinke LF, Lorenz KA. Nurses As Intermediaries: How Critical Care Nurses Perceive Their Role In Family Meetings. 2016;25(1):3–9.
 24. Ellis EL, Gergen J, Wohlgemuth L, Nolan MT, Aslakson R. Empowering the «cheerers»: Role of surgical intensive care unit nurses in enhancing family resilience. Am J Crit Care. 2016;25(1):39–45.
 25. Saldaña A, Marcela D, Pinilla Alarcón M, Alvarado Romero H. Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. Investig Educ en Enferm [Internet]. 2015;33(1):102–111 10p. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=109819073&site=ehost-live&scope=site>

Apêndice V - Projeto de intervenção em serviço: Plano de Emergência Externa: atuação em situação de catástrofe

Planeamento do Projeto	
Autores: Sónia Azeitona Bilro/Sandra Silveira/Ana Mafalda Balsas	
Instituição: ULSNA, EPE - Hospital Santa Luzia de Elvas	Serviço: Urgência
Título do Projeto: Plano de Emergência Externa: atuação em situação de catástrofe	

Definição do Problema

Diagnóstico de situação
<p>Definição geral do problema</p> <p>O plano de atuação em situação de catástrofe não está atualizado e a equipa não tem formação recente nesta área.</p>
<p>Análise do problema</p> <p>O Hospital de Santa Luzia está localizado numa área geográfica onde existem fatores que podem influenciar a existência de uma catástrofe. São eles: hospital localizado numa zona transfronteiriça, localidade situada perto de uma autoestrada que liga Portugal a Espanha, cidade de Elvas recentemente classificada como património mundial, e na qual se tem desenvolvido espetáculos e manifestações culturais de grande envolvimento e atração de pessoas a este local. Para além destes fatores, o aumento do terrorismo a nível mundial e o risco de qualquer catástrofe natural poder acontecer, levam a que cada vez mais esta temática seja abordada.</p> <p>Como é imprevisível a existência de uma catástrofe, a equipa multidisciplinar do serviço de urgência tem que ter conhecimentos técnicos e científicos atualizados nesta área para poder atuar eficazmente, atendendo um maior número de vítimas possível, proporcionando-lhe o melhor atendimento utilizando o maior número de recursos.</p> <p>Após análise do plano existente, verificou-se que este não se encontra atualizado e que há necessidade de o atualizar.</p> <p>Também se verificou que os elementos da equipa de enfermagem não possuem formação atualizada nesta área.</p>

Para além disso, após auditoria externa do Grupo Português de Triagem relativamente à Triagem de Manchester em situação de Catástrofe, verificou-se que os kits de catástrofe não estavam adequados e que não existia treino em Triagem em Catástrofe e treino de atuação de acordo com o plano.

Enquadramento Teórico

No artigo 3.º da lei n.º 27/2006, de 3 de julho, que aprova a lei de bases da proteção civil, catástrofe é definida como “... acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.”

Esta definição surge no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica da ordem dos enfermeiros.

Este regulamento acrescenta ainda que “A emergência multivítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vítimas e proporcionar o melhor tratamento as vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis”

Para Bandeira (1995), o conceito de catástrofe surge quando existe uma agregação entre o fluxo intenso de vítimas, as destruições de ordem material e a desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer.

Para Silva e Henrique (1986), citado por Santos (2008) do ponto de vista médico, catástrofe é uma situação de procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados médicos de urgência esgotando todos os recursos disponíveis.

Tendo em conta estes conceitos e na nossa realidade da prática de cuidados, consideramos catástrofe quando algo acontece inesperadamente e que nos leva ao serviço de urgência uma procura súbita inesperada e excessiva de um número de vítimas desproporcional aos meios humanos e materiais disponíveis.

É para dar uma resposta eficaz a estas vítimas que surge este projeto de intervenção.

PLANEAMENTO DO PROJETO

Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Indicadores de Avaliação
1-Rever plano emergência externa do serviço de urgência do HSLE	<ul style="list-style-type: none"> - Nomeação grupo de trabalho; - Reunião com a equipa interveniente; - Mencionar as necessidades de alteração do plano; - Efetuar as alterações do plano; - Aprovação do Plano pelo Conselho de Administração. 	Plano de emergência externa atualizado.
2-Fazer formação a equipa multidisciplinar	-Desenvolver a formação de acordo com o plano sessão (Anexo I)	Standard \geq 85% do grupo formado.
3-Realizar exercícios de prática simulada de Triagem em Catástrofe	<ul style="list-style-type: none"> - Criar cenários de multivítimas de acordo com os diferentes graus de alerta; -Efetuar triagem de acordo com estes cenários. 	Standard \geq 85% dos enfermeiros participe no treino de triagem em Catástrofe.
4-Realizar exercícios de prática simulada de atuação de acordo com Plano	<ul style="list-style-type: none"> - Criar cenários de situações de catástrofe externa; - Fazer exercícios com a equipa para atuação de acordo com plano de Catástrofe. 	Standard \geq 85% da equipa participem no treino de atuação de acordo com o plano de catástrofe.
5-Realizar simulacro	<ul style="list-style-type: none"> - Contactar com Conselho de Administração e entidades envolventes para realização de Simulacro (Proteção Civil, Bombeiros, Camara Municipal, PSP, GNR) - Realizar reuniões para definição de estratégias. - Realizar simulacro 	Standard 25% da equipa multidisciplinar

Referências Bibliográficas

Bandeira, R. M. G. (1995). *Medicina de Catástrofe da exemplificação Histórica à Iatroética*. Dissertação de Doutoramento em Medicina de Catástrofe. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Professor Abel Salazar da Universidade do Porto (PDF)

Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. (2011). Ordem Enfermeiros

Silva, A. M. (2009) *Triagem de Prioridades Triagem de Manchester: dissertação de Mestrado em Medicina Catástrofe*. Porto. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade Porto (PDF)

Silva, F. Rocha; Henriques, J. (1986). *Manual de Medicina de Catástrofe*. Lisboa, Ed: INEM.

ANEXO I - Plano Da Sessão De Formação

<p>Local: Sala reuniões serviço urgência Título: Atuação da equipa multidisciplinar em situação de catástrofe de acordo com plano de emergência externa</p>	<p>Grupo: Equipa multidisciplinar Duração: 4H Preletores: Enf.º interlocutor risco, Enf.^a Chefe, Enf.^{as} auditoras internas da Triagem de Manchester, Diretor de Serviço</p>
--	--

Objetivos:

Geral: * Adquirir competências para atuação em situação de Catástrofe

Específicos:

- * Dar a conhecer o plano de prontidão hospitalar em situação catástrofe atualizado;
- * Atualizar conhecimentos no que respeita à triagem de Manchester em situação de catástrofe.
- * Identificar situações em que o plano deve ser ativado;

Conteúdos	Métodos/ Técnicas de Ensino	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
1-Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos preletores • Apresentação do tema e enquadramento teórico 	Expositivo	Computador/Multimédia	±10 Minutos Enf.º interlocutor risco
2- Desenvolvimento Apresentação do plano * Níveis de prontidão de resposta, definidos para o serviço. *Tipos de alerta de acordo com os níveis. *Funções dos principais intervenientes no desencadeamento dos alertas.	Expositivo Interativo	Computador/Multimédia Apresentação e discussão de casos práticos	50 Minutos
Normas de funcionamento do serviço de urgência em alerta.	Expositivo Interativo		20 Min.
Normas de funcionamento do serviço de urgência em alerta.	Expositivo Demonstrativo		60 Min
Triagem em situação catástrofe; Kit catástrofe Folha triagem	Expositivo Interativo		10 Min.

Encaminhamento interno de doentes. Análise de situações que possam ser reais de catástrofe para discussão em grupo			40 Min.
3- Conclusão <ul style="list-style-type: none">• Resumo da Temática• Esclarecimento de Dúvidas• Avaliação da sessão	Expositivo	Computador/Multimédia	±20 Minutos

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Meses	Abril 18				Maio 18				Junho 18				Outubro 18				Novembro 18				Dezembro 18				Janeiro 19				fev/março 19	
	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s		
Revisão do plano																														
Formação (5 grupos)																														
Exercícios de prática simulada																														
Avaliação e divulgação de resultados																														
Realização de simulacro																														

Apêndice VI – “*Check list*” de Kit Catástrofe e fotografia KIT

Hospital Santa Luzia de Elvas

SERVIÇO URGÊNCIA

KIT CATÁSTROFE - CHECK LIST*

DESIGNAÇÃO	QUANTIDADE	Verificação
Triagem Primária		
Folha de catástrofe	1	
Cartão triagem	1	
Pulseira de identificação preta	1	
Pulseira de identificação verde	1	
Pulseira de identificação vermelha	1	
Pulseira de identificação amarela	1	
Etiquetas autocolantes	6	
Pedidos exames		
Pedido análises	1	
Pedido RX	1	
Pedido Ecografias	1	
Pedido TAC	1	
Pedido ECG	1	
Tubo seco	1	
Tubo hemograma	1	
Tubo coagulação	1	
Espólio		
Envelope espólio de valores	1	
Saco plástico grande transparente	1	
Braçadeira para fechar	1	
Outros		
Certificado de óbito	1	

Todos os impressos estão numerados no interior de cada KIT (76-95)

Diretor Serviço

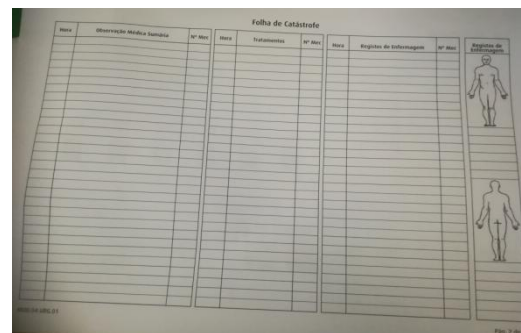
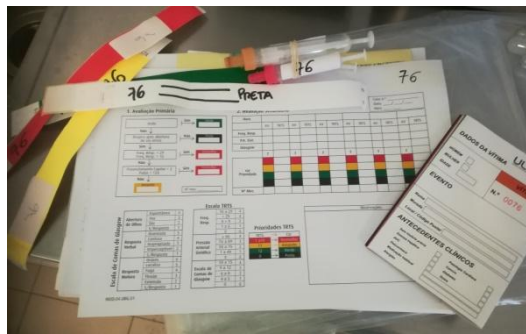
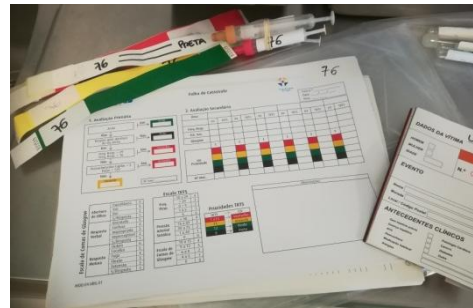
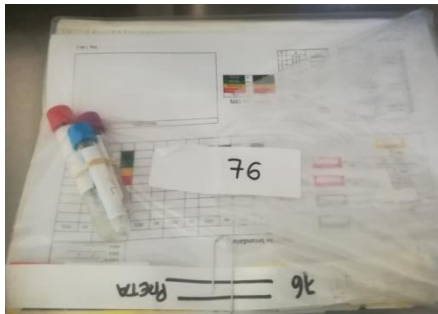
Enf.ª Chefe

Dr. Juan Alba

Enf.ª Catarina Aranha

*Elaborado com base nas indicações do GPT: Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto.

Fotografias do Kit Catástrofe



Apêndice VII-Projeto de intervenção em serviço: Higienização das Mãos no Serviço de Urgência

Planeamento do Projeto

Autores: Sónia Azeitona Bilro/ Sandra Silveira/ Ana Mafalda Balsas	
Instituição: ULSNA, EPE - Hospital Santa Luzia de Elvas	Serviço: Urgência
Título do Projeto: Higienização das Mãos no Serviço de Urgência	

Definição do Problema

Diagnóstico de situação

Definição geral do problema

A higienização das mãos dos profissionais do serviço de urgência não é efetuada de acordo com a norma da DGS, nem na sua técnica, nem nos momentos preconizados para a sua execução.

Análise do problema

Ao longo da prática diária, nota-se uma fraca adesão à higienização das mãos dos profissionais no serviço de urgência. Para obter dados concretos, durante a primeira semana de estágio foram realizadas 24 observações em 14 enfermeiros, 5 assistentes operacionais (AO's) e 5 médicos especialistas.

Para tal foi utilizada o formulário de observação da OMS, disponibilizado pela DGS inserido no programa: "*Medidas simples, salvam vidas*".

Não sendo esta uma amostra ainda significativa pois não engloba todos os profissionais e foi efetuada apenas uma observação por profissional, é-nos útil para fazer o diagnóstico da situação para este projeto de intervenção.

Foi realizado o cálculo, com o formulário de cálculo básico da DGS, com a fórmula:

$$\text{Adesão} = \frac{\text{n.º higienizações realizadas}}{\text{N.º ações requeridas}}$$

Verificamos que das 115 oportunidades existentes, apenas 61 foram efetuadas, o que corresponde a uma taxa de adesão de 53,04% no total das observações, nos 3 grupos profissionais.

Tendo em conta os critérios de avaliação da DGS, este é um resultado satisfatório. No entanto, ao efetuarmos a análise por grupo profissional, verificámos que:

Os enfermeiros apresentam uma taxa de adesão de 58,7%, os médicos apresentam uma taxa de adesão de 52 % e os AO's uma taxa de adesão de 35 %.

Tal como acontece nos serviços de internamento, os enfermeiros são o grupo profissional com maior adesão à técnica correta da higiene das mãos. No entanto, os AO's são o grupo com menor

adesão a esta prática no nosso serviço, ao contrário dos médicos que tem uma adesão que se situa muito perto dos enfermeiros.

Embora a análise dos resultados do total das observações se encontre satisfatória no global, os AO's são avaliados no critério razoável.

No entanto com estes números ainda nos encontramos abaixo da taxa global de adesão à higiene das mãos em 2015 nos serviços de urgência que aderiram ao programa nacional em Portugal. No total há uma taxa de adesão de 79,8%, sendo que os médicos tinham uma adesão de 74,3%, os enfermeiros de 84,9%, os assistentes operacionais de 66,4% e outros técnicos de 85,8%.(PPCIRA, D.N., 2016)

Para além das observações da higiene das mãos, um outro indicador definido pela OMS é a avaliação do consumo de SABA nos serviços.

Esta monitorização foi feita em todos os serviços da nossa unidade de saúde e no serviço de urgência em 2015 nota-se uma diminuição do consumo de SABA. (Newparth et al., 2015)

Consideramos como prováveis causas deste problema: um problema cultural, onde os profissionais não atribuem a devida importância à higienização das mãos, apesar das múltiplas campanhas, ouvindo ainda muitas vezes "... antigamente não era preciso tanta coisa...". Também o aumento do n.º de doentes que recorrem ao serviço de urgência, a falta de condições físicas e o reduzido número de profissionais contribui para a não adesão à Higiene das Mãos.

Alguns dispensadores de SABA estão colocados em locais pouco acessíveis a quem se desloca constantemente no serviço.

Não existe informação dirigida aos doentes e familiares e estes não são instruídos para a sua realização.

Perante os problemas parcelares identificados, consideramos que a prioridade é a sensibilização dos profissionais para a importância da técnica; colocar mais dispensadores de SABA, com cartazes informativos dirigidos aos utentes e famílias e a realização de ensinios.

A Comissão de Controlo de Infeção da nossa instituição, em 2013, editou um procedimento de qualidade sobre a higiene das mãos, resultante da norma da DGS que serve de orientação para a realização da higiene das mãos dos profissionais de saúde.

Da monitorização da higienização das mãos efetuada nos serviços de internamento, desde 2009, a melhoria dos resultados tem sido notória ao longo dos anos.(Newparth, Manuel; Rasquilha, 2015) O serviço de urgência é um serviço que, pela afluência de doentes com múltiplas patologias, é considerado como local ótimo para o desenvolvimento de microrganismos e consequentemente para o aumento da IACS, no entanto o nosso serviço não foi englobado na campanha nacional.

Será objetivo a curto prazo inserir o serviço de urgência na campanha Nacional, justificando este projeto.

Enquadramento Teórico

A segurança do doente tem-se assumido como componente chave da qualidade dos cuidados, tanto para os doentes, que se desejam sentir seguros, como para os profissionais, que pretendem prestar cuidados seguros, eficientes e efetivos. (DQS, DGS, 2017)

A IACS é um problema importante para a segurança do doente e a sua prevenção deve ser uma prioridade para as unidades de saúde, de forma a prestar cuidados mais seguros. (Who, 2009)

De acordo com o PNCI (2010) “estudos feitos já a partir de 1979, demonstram que a diminuição da transmissão de infeção hospitalar está ligada à frequente lavagem das mãos pelos profissionais de saúde”.

Para Wilson (2003), as mãos dos profissionais são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos de doente para doente, e estão frequentemente implicadas como via de transmissão de surtos de infeção. Este procedimento constitui uma ação simples, acessível, rápida e que continua a ser uma das principais medidas para reduzir as IACS's em todo o mundo.

Desde 2004 que a OMS, iniciou o desenvolvimento de programas, planos e estratégias de controlo de infeção associada aos cuidados de saúde, no programa “Clean Care is Safer Care

Inserido neste programa, a DGS aderiu à campanha da higienização das mãos em 2008.

Portugal regulamenta este procedimento na Circular Normativa da DGS N.º13 de 14 de Junho de 2010 – Orientação de Boa Prática para a Higiene das mãos nas Unidades de Saúde que determina que a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. “ Os profissionais de saúde devem proceder à higiene das mãos de acordo com o modelo conceptual proposto pela OMS, designado por os “Cinco Momentos” e devem assumir o compromisso de alertar doentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática, sendo da responsabilidade do órgão de gestão da unidade de saúde, fornecer os produtos em quantidade e qualidade, dispondo-os nos locais estratégicos e acessíveis a todos.” (DGS, 2010)

Os cinco momentos preconizados pela OMS para a higienização das mãos são: 1. Antes do contacto com o doente; 2. Antes de procedimentos limpos/assépticos; 3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos; 4. Após contato com o doente; 5. Após contato com o ambiente envolvente do doente. (DGS, 2010)

A monitorização dos cinco momentos de higiene das mãos por observação direta é uma prática padrão recomendada pela OMS e constitui uma medida crítica para a prevenção de infeções associadas à saúde. (Arias, Garcell, Ochoa, Arias, & Miranda, 2016)

Atualmente está em vigor o plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, criado pelo despacho n.º 1400A/ 2015, de 10 de fevereiro de 2015, que é coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde e constitui-se como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança. Visa atingir o objetivo estratégico: Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. Tem como metas para o final de 2020: 1) atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%; 2) Reduzir em 50% face a 2014, o

consumo de antimicrobianos; 3) Attingir uma taxa de MRSA de 20%; 4) Reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes.(DGS, 2015), sendo que a higiene das mãos está inserida na “Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI” da DGS.

PLANEAMENTO DO PROJETO

OBJETIVO GERAL			
Sensibilizar os enfermeiros e assistentes operacionais do serviço de urgência para a execução correta da técnica de higienização das mãos de forma a diminuir a IACS.			
OBJETIVOS Específicos			
<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a taxa de adesão dos enfermeiros à técnica de higienização das mãos em pelo menos 10%. - Aumentar a taxa de adesão dos AO's à técnica de higienização das mãos em pelo menos 20%. - Facilitar acesso dos doentes e familiares à informação sobre a higienização das mãos. 			
Identificação dos profissionais do serviço com quem vai articular a intervenção			
Enfermeira Chefe do Serviço; Enfermeira do GCL-PPCIRA do HSLE; Elo de Ligação do GCL-PPCIRA; Interlocutor da gestão do risco do serviço;			
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos Humanos	Ind. Avaliação
- Aumentar a taxa de adesão dos enfermeiros à técnica de higienização das mãos em pelo menos 10%.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar projeto à equipa de enfermagem; - Elaborar IT para enfermeiros de higienização das mãos no serviço de urgência; - Solicitar validação pela Enf.ª Chefe e pelos elementos da equipa de enfermagem; - Facilitar o acesso dos profissionais aos dispensadores de SABA; - Identificar locais para a colocação de mais dispensadores se necessário; - Solicitar a sua aquisição e montagem; - Realizar formação em serviço para enfermeiros a pelo menos 80% da equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dinam. do projeto -Enfermeira Chefe -Enf.ª do GCL-PPCIRA -Elo do serviço -Equipa de enfermagem 	Atingir uma taxa de adesão de pelo menos 68,7%
- Aumentar a taxa de adesão dos AO's à técnica de higienização das mãos em pelo menos 10%.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar projeto à equipa de AOs; - Elaborar IT para AOs, de higienização das mãos no serviço de urgência; - Solicitar validação pela Enf.ª Chefe; - Facilitar o acesso dos profissionais aos dispensadores de SABA; -Realizar formação em serviço para AO's a pelo menos 80% da equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dinam. do projeto -Enfermeira Chefe -Enfermeira do GCL-PPCIRA -Elo do serviço 	Atingir uma taxa de adesão de pelo menos 55%

		-Equipa AO's	
-Fornecer informação aos doentes e acompanhantes sobre importância da higienização das mãos	- Solicitar cartazes junto do GCL_PPCIRA; - Identificar locais de colocação; - Afixar cartazes dirigidos aos doentes, acompanhantes e visitas; - Realizar ensino aos doentes e família.	-Dinam. do projeto -Enfermeira chefe -Enfermeira do GCL-PPCIRA	Cartazes afixados nos na sala de espera, corredor, balcões de atendimento e SO.

Referências Bibliográficas

- Arias, A. V., Garcell, H. G., Ochoa, Y. R., Arias, K. F., & Miranda, F. R. (2016). Assessment of hand hygiene techniques using the World Health Organization's six steps. *Journal of Infection and Public Health*, 9(3), 366–369. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.11.006>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Obtido de <https://dre.pt/application/file/6645715>
- Newparth, Mamel; Rasquilha, P. (2015). Hospital Santa Luzia de Elvas RELATÓRIO DA Auditoria Às Precauções Básicas Análise Evolutiva Da Adesão À Higiene Das Mãos Dados de 2015.
- Portugal, M. da S. (2015). Despacho n.º 1400-A/2015. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 - Diário da República, 2.ª série*(28), 3882(2)-(10). Obtido de <https://dre.pt/application/file/66457154>
- PPCIRA, D. N. do. (2016). Relatório Auditoria Às precauções básicas de Controlo de Infecção e Monitorização da Higiene das Mãos Análise evolutiva 2014-2015.
- Saúde, D. G. de. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Circular Normativa Nº 13, 1*, 44.
- Who. (2009). on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. *World Health*, 30(1), 270. <https://doi.org/10.1086/600379>
- Wilson, J. (2003). *Controlo de Infecção na Prática Clínica*. 2ª Edição. Loures: Lusociência
- Sites
<https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/politica-nacional-para-a-qualidade-na-saude/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude-2015-2020.aspx> último acesso em 18/3/2017
<https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/politica-nacional-para-a-qualidade-na-saude/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx> ultimo acesso em 18/3/2017

Tabela 1 – Cronograma de atividades

Atividades	Abril 2018				Maio 2018				Junho 2018				Julho 2018			
	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s
Apresentar projeto à equipa de Enfermagem e AOs																
Elaborar IT para higienização das mãos enfermeiros																
Validação IT																
Elaborar IT para higienização das mãos Aos																
Validação IT																
Afixar cartazes																
Formação em serviço Enf. – G1																
Formação em serviço Enf. –G2																
Formação em serviço AO – G1																
Formação em serviço AO – G2																
Avaliação através da observação																
Análise de dados																
Divulgação resultados																

Font in: própria

Apêndice VIII - Grelha observação transição de cuidados de enfermagem mudança de turno (comunicação oral)

GRELHA OBSERVAÇÃO TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

MUDANÇAS DE TURNO (COMUNICAÇÃO ORAL)

1-Dia: ____/____/____

1.1 Turno: Noite

Manhã

Tarde

2 -Hora início: ____h ____m

2.1- Hora fim: ____h ____m

2.2 - Duração: ____m

3 – N.º Doentes SO: _____

3.1- N.º Doentes Urgência: _____

4- Interrupções da passagem de turno: _____

4.1-Motivo interrupção: _____

5- Passagem de turno efetuada de enfermeiro responsável para enfermeiro responsável?

5.1-SO: Sim

Não

5.2- Balcão: Sim

Não

6 – Comunicação não relevante para a prestação de cuidados e segurança do doente:

6.1 – Sobre doente: _____min

6.2 – Sobre serviço: _____min

6.3 -Sobre outro assunto de enfermagem: _____min

6.4 – Sobre assunto não relacionado com serviço, doente, enfermagem _____min

6.5 – Outro: _____ min. Qual? _____

7- Ruído de Fundo: : Sim

Não

8 - Transição de cuidados feita de acordo com ISBAR..... Urgência

Descrição	1			2			3			4			5			6		
	S	N	na	S	N	na	S	N	na	S	N	na	S	N	na	S	N	na
7.1 Identificação																		
7.1.1 Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;																		
7.1.2 Nome e função do Profissional de Saúde emissor;																		
7.1.3 Nome e função do Profissional de Saúde recetor																		
7.1.4 Serviço de origem/destinatário;																		
7.1.5 Identificação da pessoa significativa/cuidador informal																		
7.2 Situação Atual/Causa																		
7.2.1 Data e hora de admissão																		
7.2.2 Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde																		
7.2.3 Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou a realizar																		
7.3 Antecedentes/Anamnese																		
7.3.1 Antecedentes clínicos																		
7.3.2 Níveis de dependência																		
7.3.3 Diretivas antecipadas de vontade																		
7.3.4 Alergias conhecidas ou da sua ausência;																		
7.3.5 Hábitos relevantes																		
7.3.6 Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma																		
7.3.7 Técnicas invasivas realizadas																		
7.3.8 Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar																		
7.3.9 Identificação da situação social e da capacitação do cuidador																		
7.4 Avaliação																		
7.4.1 Problemas ativos																		
7.4.2 Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída																		
7.4.3 Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas																		
7.4.4 Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas																		
7.5 Recomendações																		
7.5.1 Indicação do plano de continuidade de cuidados																		
7.5.2 Informação sobre consultas e MCDT agendados																		
7.5.3 Identificação de necessidades do cuidador informal																		

Elaborada tendo por base a norma 001/2017 DGS: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde: ANEXO I (Técnica ISBAR)

9 - Transição de cuidados feita de acordo com ISBAR. SO

Descrição	1			2			3			4		
	S	N	na	S	N	na	S	N	na	S	N	na
8.1 Identificação												
8.1.1 Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;												
8.1.2 Nome e função do Profissional de Saúde emissor;												
8.1.3 Nome e função do Profissional de Saúde recetor												
8.1.4 Serviço de origem/destinatário;												
8.1.5 Identificação da pessoa significativa/cuidador informal												
8.2 Situação Atual/Causa												
8.2.1 Data e hora de admissão												
8.2.2 Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde												
8.2.3 Meios complementares de diagnóstico e terapêutica, realizados ou a realizar												
8.3 Antecedentes/Anamnese												
8.3.1 Antecedentes clínicos												
8.3.2 Níveis de dependência												
8.3.3 Diretivas antecipadas de vontade												
8.3.4 Alergias conhecidas ou da sua ausência;												
8.3.5 Hábitos relevantes												
8.3.6 Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma												
8.3.7 Técnicas invasivas realizadas												
8.3.8 Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar												
8.3.9 Identificação da situação social e da capacitação do cuidador												
8.4 Avaliação												
8.4.1 Problemas ativos												
8.4.2 Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída												
8.4.3 Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas												
8.4.4 Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas												
8.5 Recomendações												
8.5.1 Indicação do plano de continuidade de cuidados												
8.5.2 Informação sobre consultas e MCDT agendados												
8.5.3 Identificação de necessidades do cuidador informal												

Elaborada tendo por base a norma 001/2017 DGS: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde: ANEXO I (Técnica ISBAR)

Apêndice IX - Lista de Verificação das Notas de Alta de Enfermagem

Lista de Verificação das Notas de Alta de Enfermagem

1 - Numero episódio: _____

2 - Transferência: Urgência HSLE ----- Serviço Internamento HSLE

Urgência HSLE ----- Serviço internamento HDJMG

Urgência HSLE ----- Outros Hospitais

Urgência HSLE ----- C Saúde

3 - Tem carta de alta de enfermagem elaborada? Sim Não

4 - A carta de alta contém:

Descrição	Sim	Não	N/A
4.1 Identificação			
4.1.1 Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;			
4.1.2 Nome e função do Profissional de Saúde emissor;			
4.1.3 Nome e função do Profissional de Saúde recetor			
4.1.4 Serviço de origem/destinatário;			
4.1.5 Identificação da pessoa significativa/cuidador informal			
4.2 Situação Atual/Causa			
4.2.1 Data e hora de admissão			
4.2.2 Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde			
4.2.3 Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar			
4.3 Antecedentes/Anamnese			
4.3.1 Antecedentes clínicos			
4.3.2 Níveis de dependência			
4.3.3 Diretivas antecipadas de vontade			
4.3.4 Alergias conhecidas ou da sua ausência;			
4.3.5 Hábitos relevantes			
4.3.6 Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma			
4.3.7 Técnicas invasivas realizadas			
4.3.8 Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar			
4.3.9 Identificação da situação social e da capacitação do cuidador			
4.4 Avaliação			
4.4.1 Problemas ativos			
4.4.2 Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída			
4.4.3 Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas			
4.4.4 Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas			
4.5 Recomendações			
4.5.1 Indicação do plano de continuidade de cuidados			
4.5.2 Informação sobre consultas e MCDT agendados			
4.5.3 Identificação de necessidades do cuidador informal			

Elaborada tendo por base a norma 001/2017 DGS: Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde: ANEXO I (Técnica ISBAR)

Apêndice X - Diagrama Esparguete - diagnóstico



Apêndice XI - Questionário sobre a comunicação na transição de cuidados de enfermagem durante a mudança de turno no Serviço De Urgência

Questionário sobre a comunicação na transição de cuidados de enfermagem durante a mudança de turno no serviço de Urgência ⁽¹⁾

O presente questionário é um dos instrumentos utilizados para a recolha de dados e tem como objetivo perceber qual a opinião dos enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência, sobre a transição de cuidados de enfermagem, na mudança de turno.

Solícito, que leiam atentamente as questões, e que tentem responder a todas elas. As respostas são confidenciais e não existem respostas certas ou erradas.

PARTE I: Caracterização da amostra

22 - SEXO

1	Masculino	
2	Feminino	

2 - IDADE: _____ anos.

3- ANOS DE SERVIÇO COMO ENFERMEIRO: _____ anos.

4- ANOS DE SERVIÇO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: _____ anos

5- TIPO VINCULO À INTITUIÇÃO

1	Contrato trabalho funções públicas	
2	Contrato trabalho por tempo indeterminado	
3	Contrato substituição	
4	Contrato sem termo	
5	Outro	

6- GRAU ACADÉMICO

1	Bacharelato	
2	Licenciatura	
3	Mestrado	
4	Doutoramento	

(1) Questionário adaptado de TRANQUADA, M.F. (2013). A COMUNICAÇÃO DURANTE A TRANSIÇÃO DAS EQUIPAS DE ENFERMAGEM - Estudo de caso sobre as características da comunicação nas passagens de turno de enfermagem numa enfermaria cirúrgica de um Hospital Português. ISCTE. Lisboa

7- CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

1	Sim	
2	Não	

Se respondeu sim, Qual? _____

PARTE II: Opinião dos enfermeiros sobre a transição de cuidados na mudança de turno

A transição de cuidados na mudança de turno é fundamental para a segurança do doente. As questões que se seguem visam saber a sua opinião sobre a comunicação e a transição de cuidados na mudança de turno. Solicita-se que em cada frase expresse a sua opinião de acordo com a seguinte escala:

- 1-Concordo totalmente; 2 – Concordo parcialmente; 3 – Não concordo nem discordo;
4-Discordo parcialmente; 5- Discordo totalmente.

		Concordo total/ 1	Concordo parcial/ 2	Não conc. Nem disc. 3	Discordo parcial/ 4	Discordo total/ 5
1	Durante a mudança de turno a informação é transmitida de forma estruturada.					
2	A forma como a informação é transmitida é fácil de acompanhar.					
3	É proporcionada informação adequada sobre todos os doentes.					
4	A informação transmitida é subjetiva.					
5	É proporcionada informação suficiente para assumir a prestação de cuidados dos doentes.					
6	Durante a mudança de turno é transmitida informação irrelevante para o cuidado dos doentes.					
7	Durante a mudança de turno sinto que sou pressionado(a) para terminar rapidamente.					
8	Consigo manter-me concentrado na informação enquanto está a ser transmitida.					
9	Tenho oportunidade de discutir informações confidenciais referentes aos doentes.					
10	É possível obter a informação da mudança de turno através do processo do doente.					
11	Já tive de contactar o/a enfermeiro(a) anteriormente responsável pelos meus doentes, para obter mais informações sobre estes.					

12	É possível avaliar os doentes durante a mudança de turno.					
13	É importante poder avaliar o doente durante a mudança de turno.					
14	É benéfico realizar a mudança de turno junto do doente.					
15	Sinto que há informação importante que não é transmitida					
16	Tenho dificuldade em organizar a informação a transmitir, referente a doentes com historial de saúde mais complexo e/ou extenso					
17	A duração da mudança de turno é adequada.					
18	O espaço físico onde a mudança de turno é efetuada é adequado.					
19	O espaço físico onde a mudança de turno e efetuada proporciona conforto aos enfermeiros.					
20	O espaço físico onde a mudança de turno é efetuada tem luminosidade adequada.					
12	Durante a mudança de turno existe ruído que interfere com a transmissão de cuidados.					
22	A mudança de turno é sujeita a interrupções por outros eventos e/ou atividades do serviço.					
23	Durante a mudança de turno, os enfermeiros são interrompidos por outros profissionais.					
24	É importante reformular a estrutura da mudança de turno.					

Comentários e sugestões de mudança:

Obrigado pela colaboração!

Apêndice XII - Resultados detalhados sobre observação transição de cuidados de enfermagem mudanças de turno

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO DA MUDANÇA DE TURNO DO SO

Gráfico n.º I- Percentagem de transmissão de informação com identificação do doente.

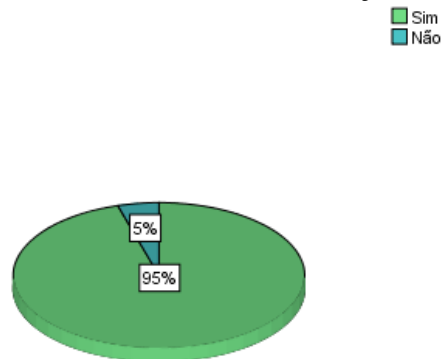


Gráfico n.º II- Percentagem de transmissão de informação com identificação do profissional emissor.

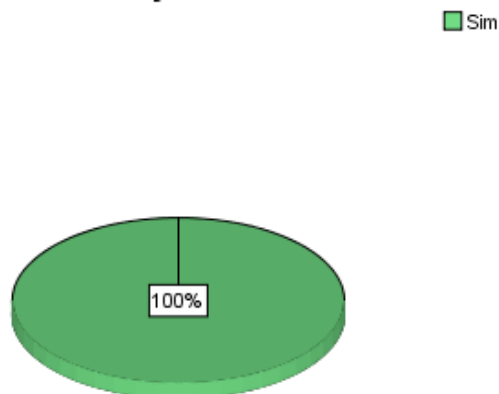


Gráfico n.º III- Percentagem de transmissão de informação com identificação do profissional recetor.

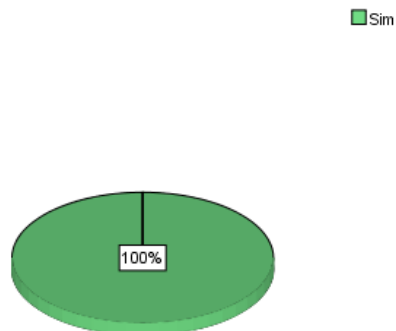


Gráfico n.º IV- Percentagem de transmissão de informação com serviço de origem/destinatário

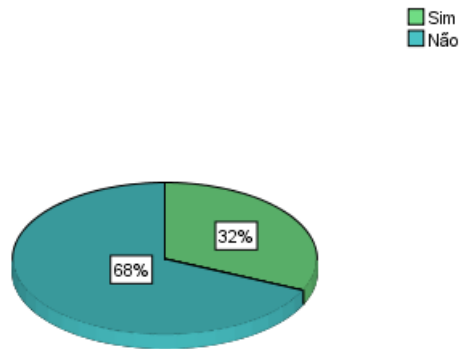


Gráfico n.º V- Percentagem de transmissão de informação com identificação do cuidador informal.

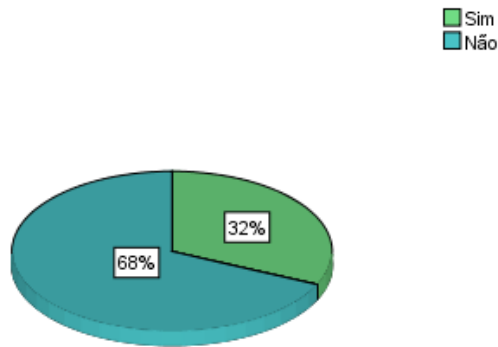


Gráfico n.º VI- Percentagem de transmissão de informação com descrição do motivo atual da necessidade de cuidados.

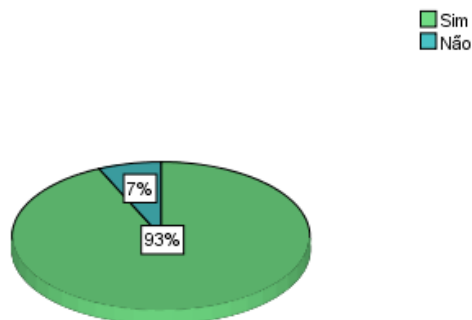


Gráfico n.º VII - Percentagem de transmissão de informação com identificação dos MCDT.

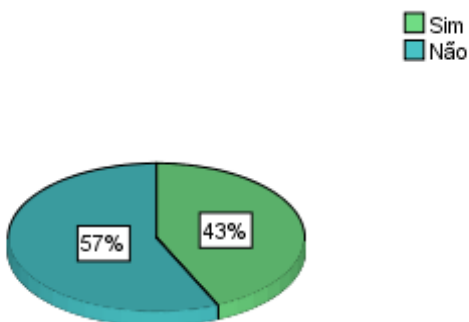


Gráfico n.º VIII- Percentagem de transmissão de informação com antecedentes clínicos

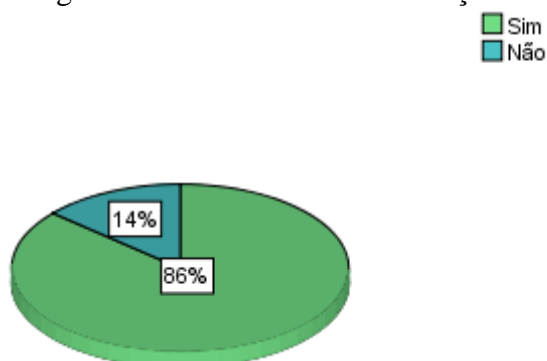


Gráfico n.º IX – Percentagem de transmissão de informação com identificação do nível de dependência

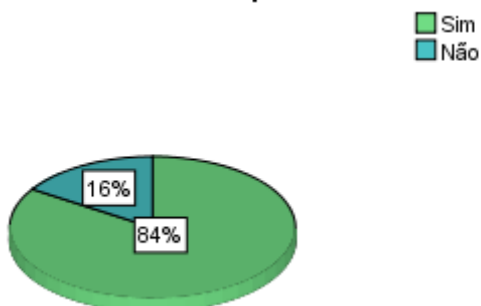


Gráfico n.º X- Percentagem notas de alta com identificação de Diretivas antecipadas de vontade.

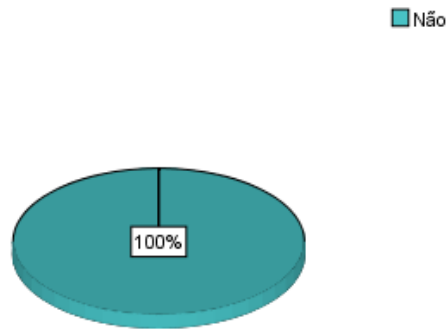


Gráfico n.º XI- Percentagem de transmissão de informação com identificação de alergias ou ausência.

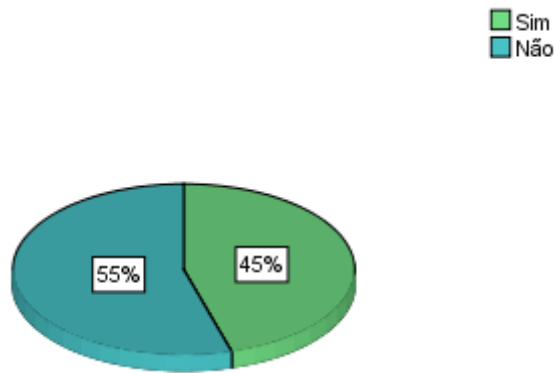


Gráfico n.º XII- Percentagem de transmissão de informação com identificação dos hábitos relevantes.

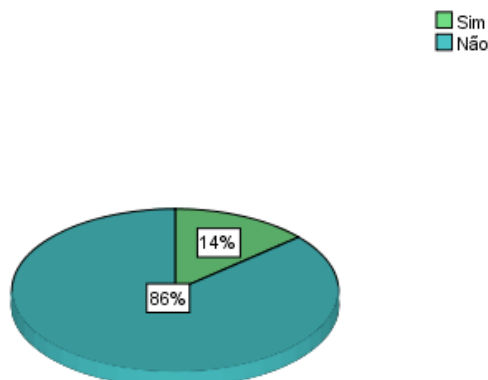


Gráfico n.º XIII- Percentagem de transmissão de informação com identificação da terapêutica ambulatória e adesão.

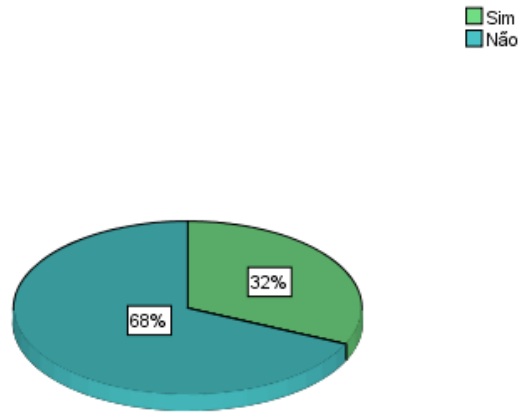


Gráfico n.º XIV- Percentagem de transmissão de informação com identificação das técnicas invasivas

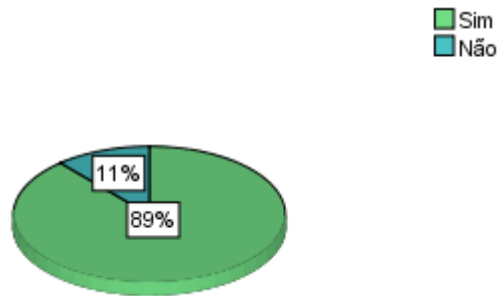


Gráfico n.º XV- Percentagem de transmissão de informação com identificação a presença ou risco de IACS.

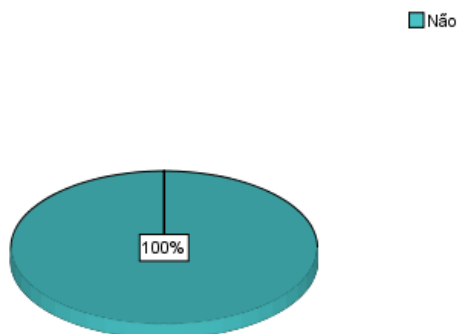


Gráfico n.º XVI- Percentagem de transmissão de informação com identificação da situação social do cuidador.

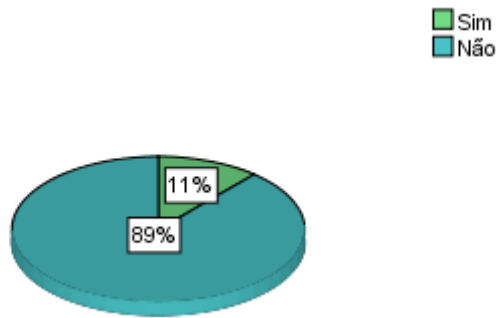


Gráfico n.º XVII- Percentagem de transmissão de informação com identificação dos problemas ativos.

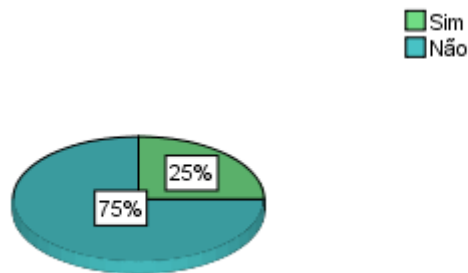


Gráfico n.º XVIII- Percentagem de transmissão de informação com identificação da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída

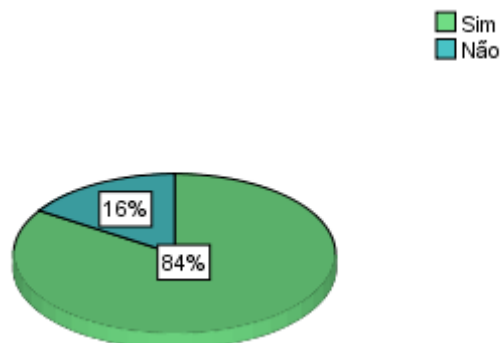


Gráfico n.º XIX - Percentagem de transmissão de informação com identificação das alterações do estado e avaliação da eficácia das medidas implementadas.

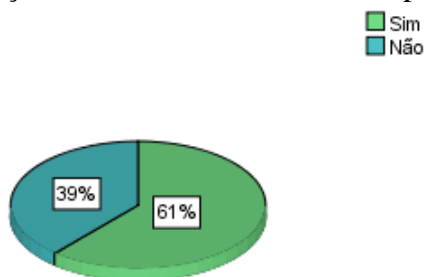


Gráfico n.º XX- Percentagem de transmissão de informação com identificação focos de atenção

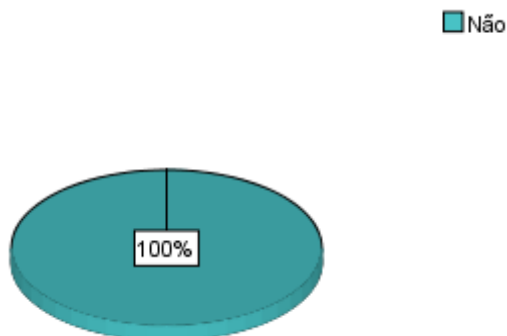


Gráfico n.º XXI- Percentagem de transmissão de informação com identificação do plano de continuidade de cuidados.

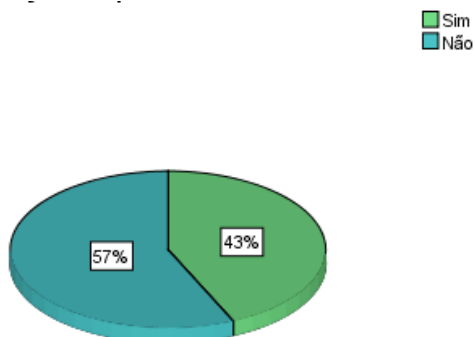


Gráfico n.º XXII - Percentagem de transmissão de informação com identificação dos MCDT agendados.

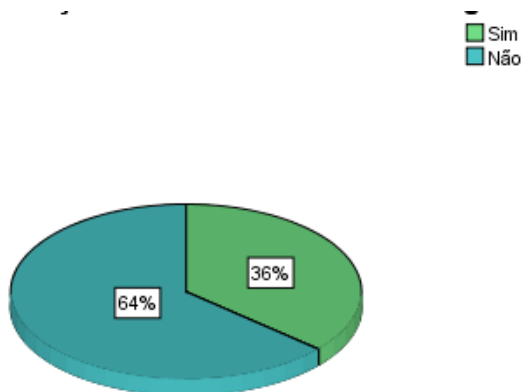
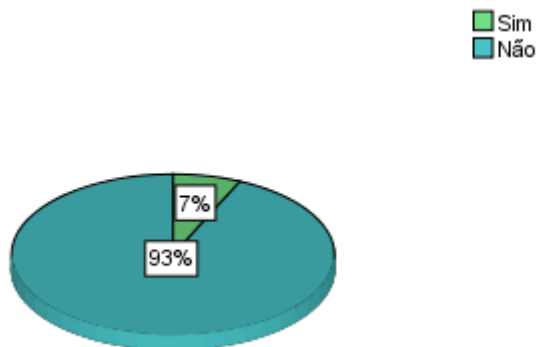


Gráfico n.º XXIII- Percentagem de transmissão de informação com identificação de necessidade de cuidador informal.



APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO DA MUDANÇA DE TURNO DO SU

Gráfico I- Percentagem de transmissão de informação com identificação do doente.

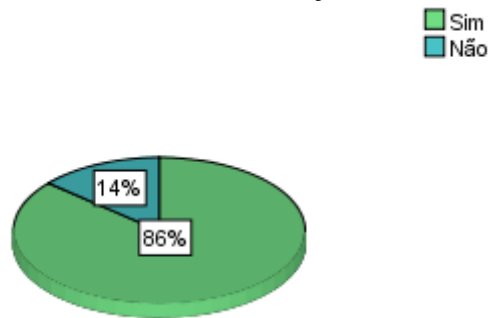


Gráfico II- Percentagem de transmissão de informação com identificação do profissional emissor.

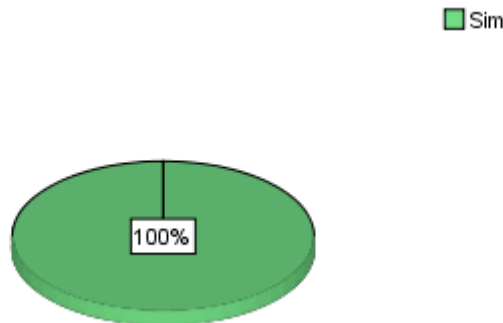


Gráfico III- Percentagem de transmissão de informação com identificação do profissional recetor.

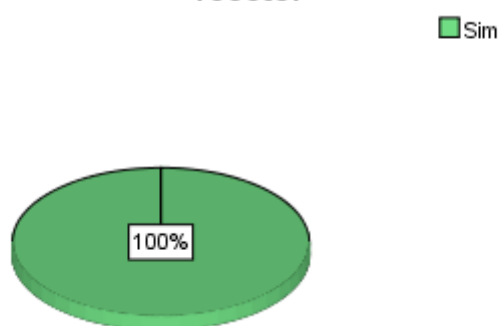


Gráfico IV- Percentagem de transmissão de informação com serviço de origem/destinatário

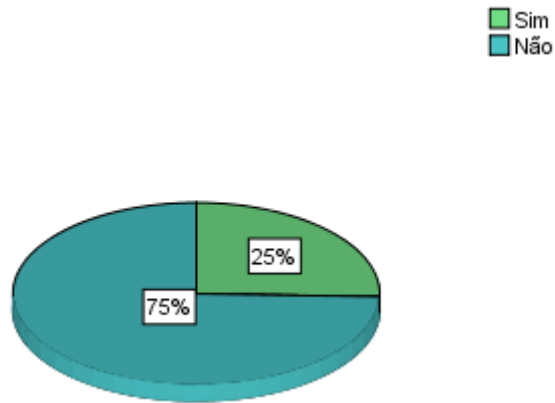


Gráfico V- Percentagem de transmissão de informação com identificação do cuidador informal.

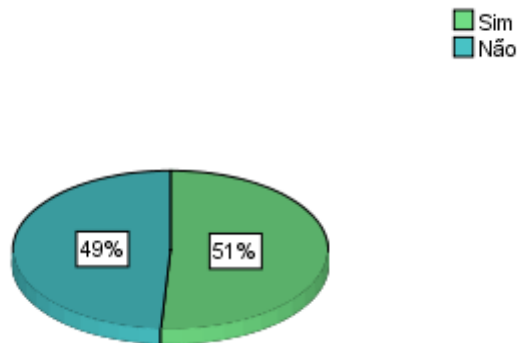


Gráfico VI- Percentagem de transmissão de informação com data e hora de admissão

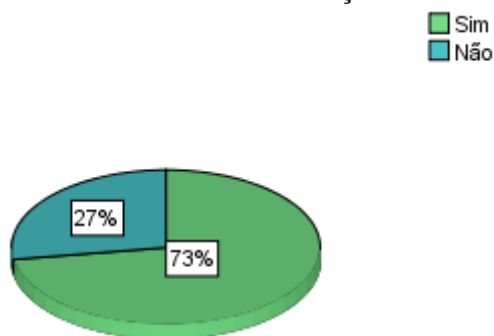


Gráfico VII- Percentagem de transmissão de informação com descrição do motivo atual da necessidade de cuidados.

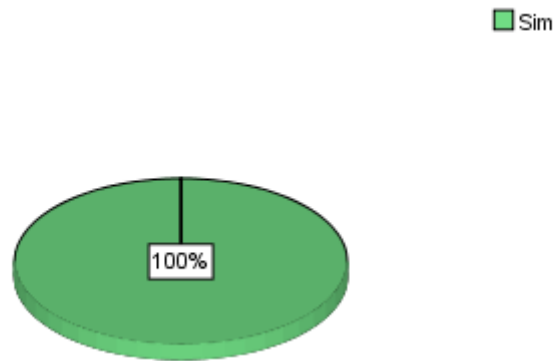


Gráfico VIII - Percentagem de transmissão de informação com identificação dos MCDT.

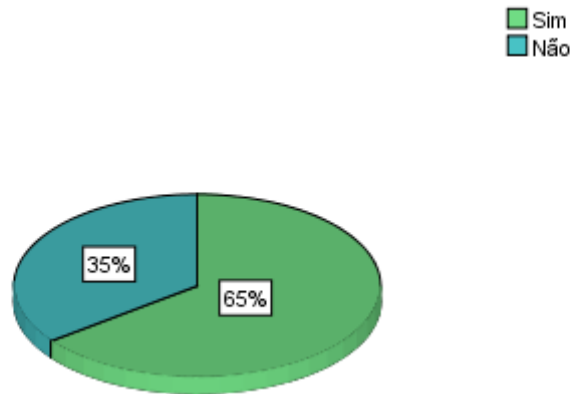


Gráfico IX- Percentagem de transmissão de informação com antecedentes clínicos

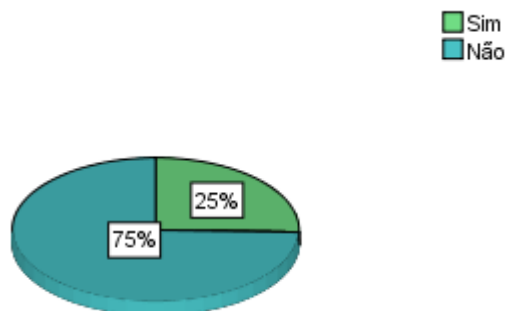


Gráfico X – Percentagem de transmissão de informação com identificação do nível de dependência

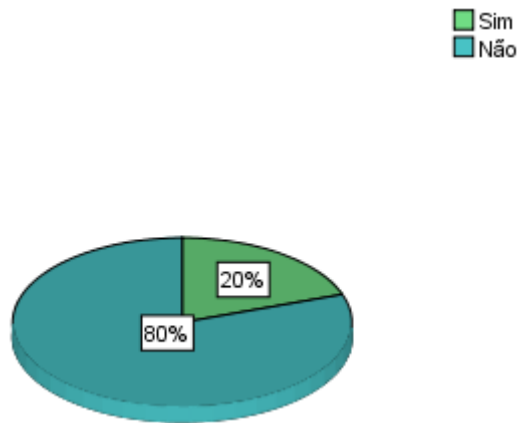


Gráfico XI- Percentagem notas de alta com identificação de Diretivas antecipadas de vontade.

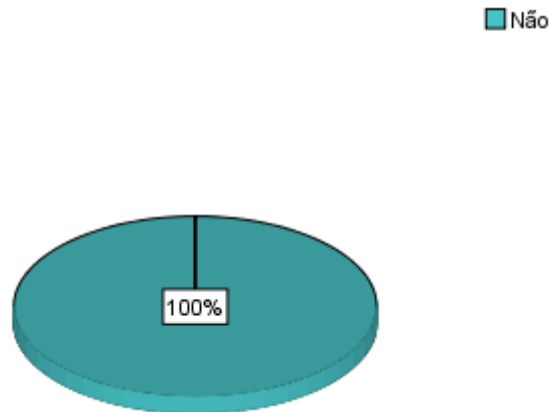


Gráfico XII- Percentagem de transmissão de informação com identificação de alergias ou ausência.

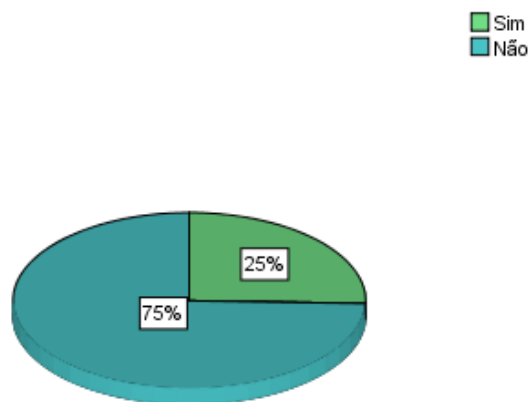


Gráfico XIII - Percentagem de transmissão de informação com identificação dos hábitos relevantes.

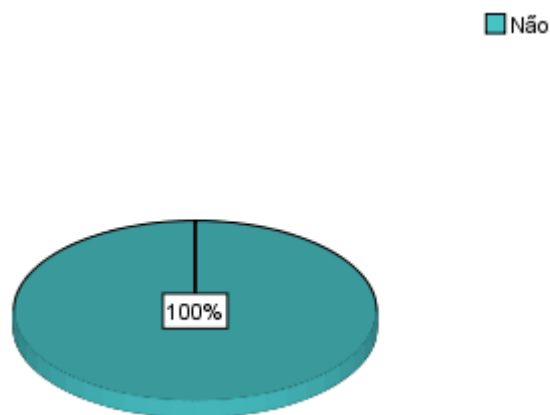


Gráfico XIV- Percentagem de transmissão de informação com identificação da terapêutica ambulatoria e adesão.

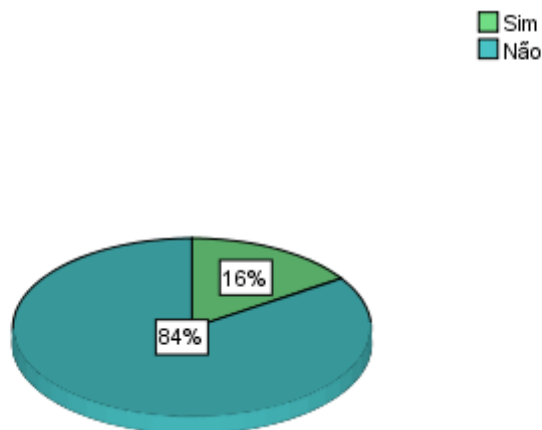


Gráfico XV- Percentagem de transmissão de informação com identificação das técnicas invasivas.

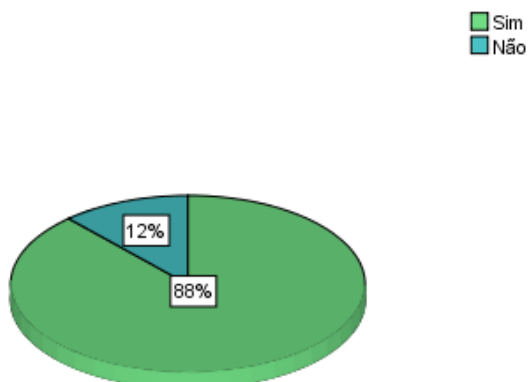


Gráfico XVI- Percentagem de transmissão de informação com identificação a presença ou risco de IACS.

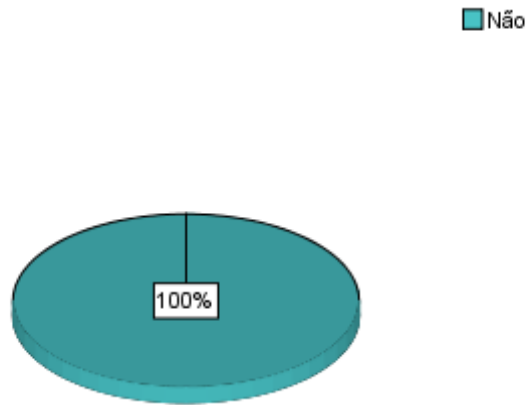


Gráfico XVII - Percentagem de transmissão de informação com identificação da situação social do cuidador.

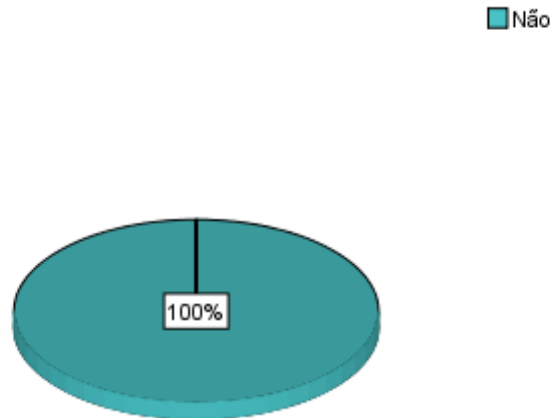


Gráfico XVIII- Percentagem de transmissão de informação com identificação dos problemas ativos.

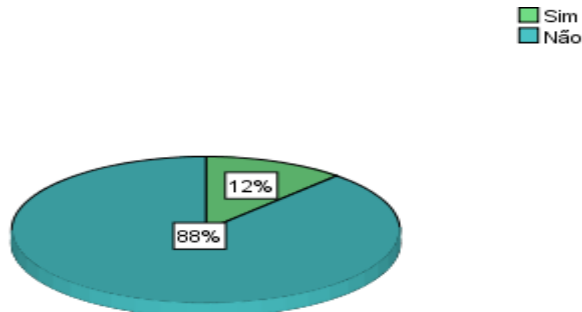


Gráfico XIX - Percentagem de transmissão de informação com identificação da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída

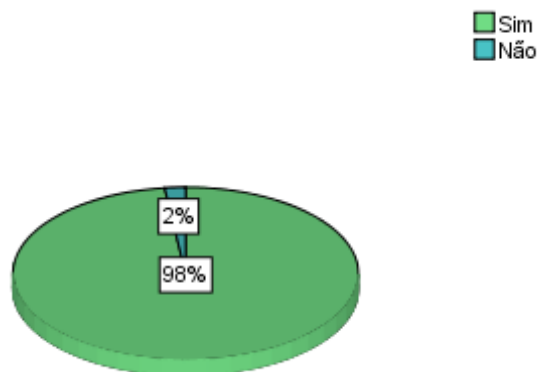


Gráfico XX- Percentagem de transmissão de informação com identificação das alterações do estado e avaliação da eficácia das medidas implementadas.

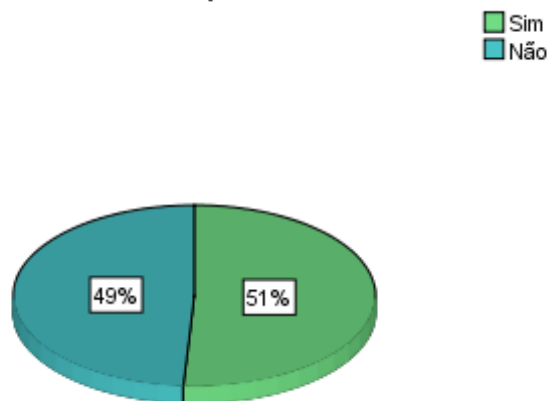


Gráfico XXI- Percentagem de transmissão de informação com identificação focos de atenção.

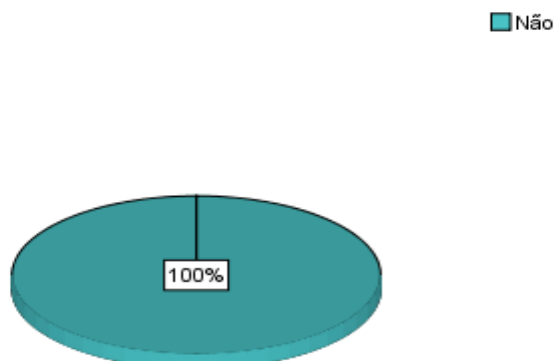


Gráfico XXII- Percentagem de transmissão de informação com identificação do plano de continuidade de cuidados.

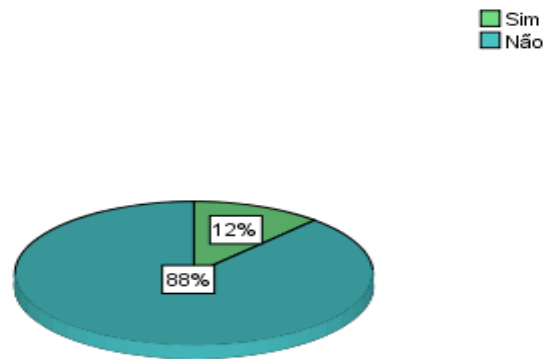


Gráfico XXIII- Percentagem de transmissão de informação com identificação dos MCDT agendados

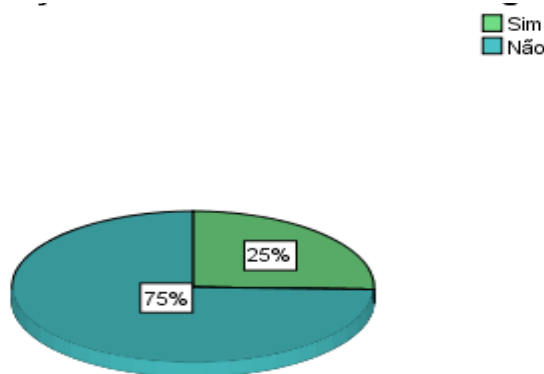
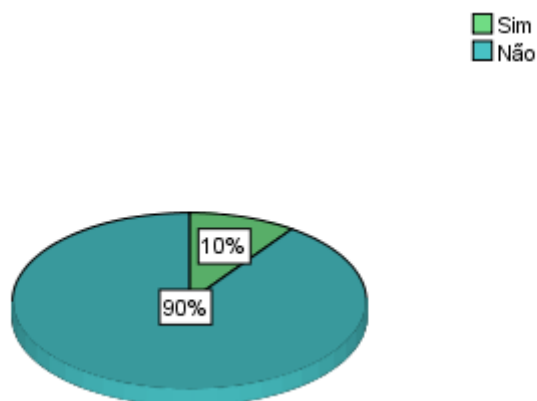


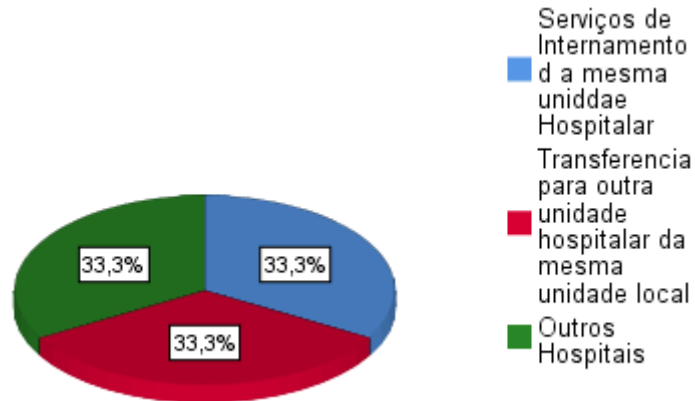
Gráfico XXIV- Percentagem de transmissão de informação com identificação de necessidade de cuidador informal.



Apêndice XIII - Resultados detalhados sobre verificação das Notas de Alta de Enfermagem

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS DA VERIFICAÇÃO DAS NOTAS DE ALTA

Gráfico n.º 1- Percentagem de doentes transferidos do serviço de urgência para serviço de internamento.



ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS NOTAS DE ALTA

Gráfico n.º 2- Percentagem notas de alta com identificação do doente.

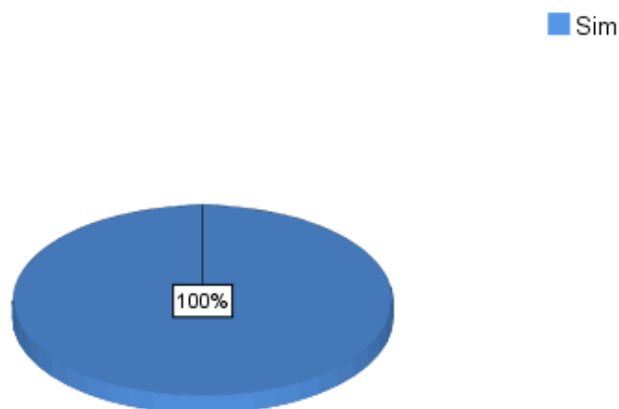


Gráfico n.º 3- Percentagem notas de alta com identificação do profissional emissor.

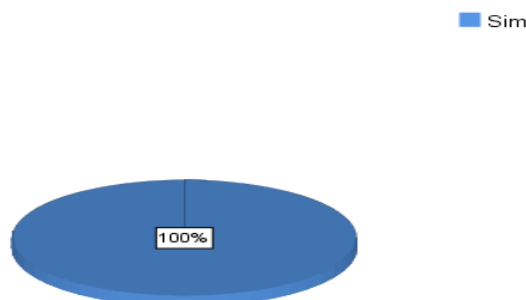


Gráfico n.º 4- Percentagem notas de alta com identificação do profissional recetor

■ Sim
■ Não

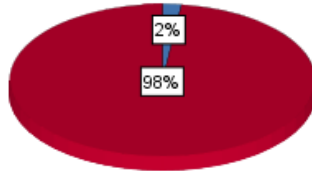


Gráfico n.º 5- Percentagem notas de alta com serviço de origem/destinatário

■ Sim
■ Não

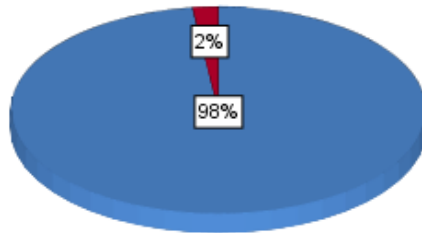


Gráfico n.º 6- Percentagem notas de alta com identificação do cuidador informal.

■ Sim
■ Não

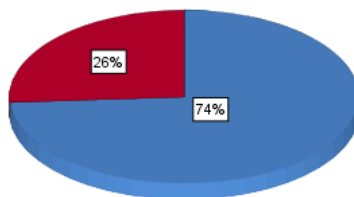


Gráfico n.º 7- Percentagem notas de alta com hora e data de admissão

■ Sim

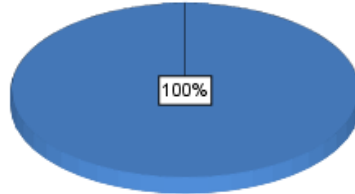


Gráfico n.º 8- Percentagem notas de alta com descrição do motivo atual da necessidade de cuidados.

■ Sim



Gráfico n.º 9 - Percentagem notas de alta com identificação dos MCDT.

■ Sim
■ Não

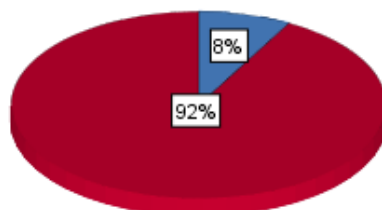


Gráfico n.º 10- Percentagem notas de alta com antecedentes clínicos

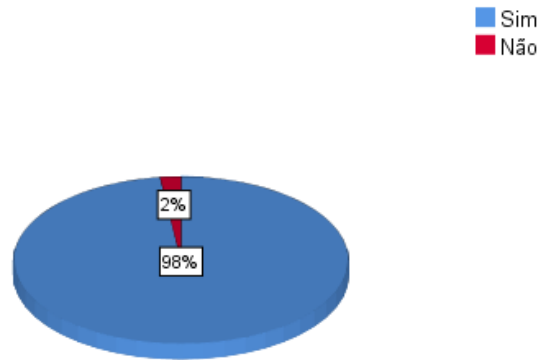


Gráfico n.º 11 - Percentagem notas de alta com identificação do nível de dependência

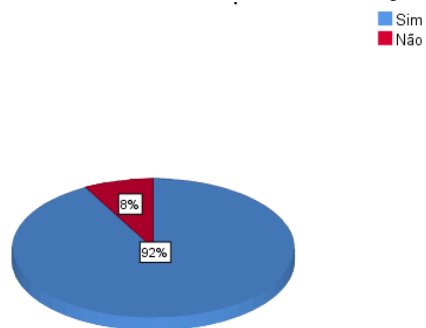


Gráfico n.º 12- Percentagem notas de alta com identificação de Diretivas antecipadas de vontade.

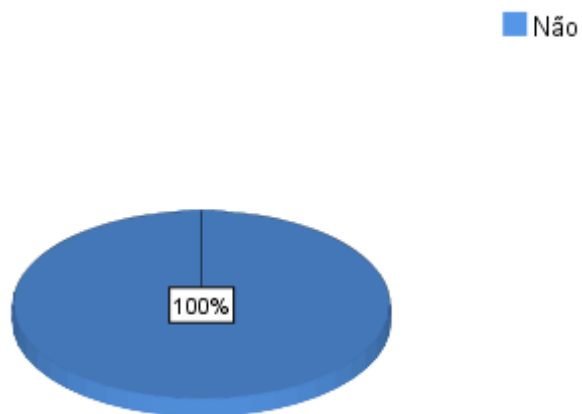


Gráfico n.º 13- Percentagem notas de alta com identificação de alergias ou ausência.

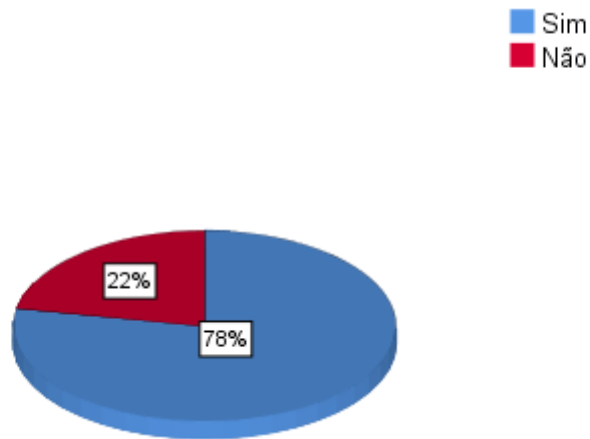


Gráfico n.º 14- Percentagem notas de alta com identificação dos hábitos relevantes.

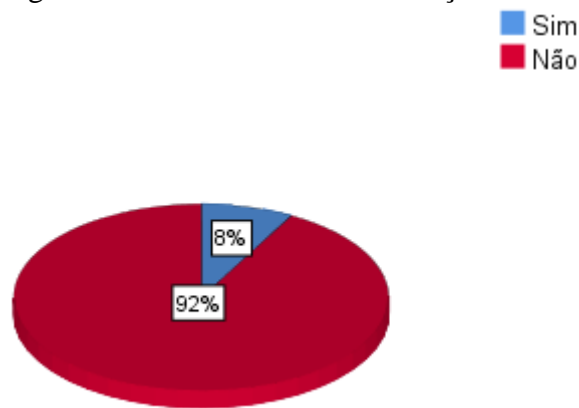


Gráfico n.º 15- Percentagem notas de alta com identificação da terapêutica ambulatória e adesão.

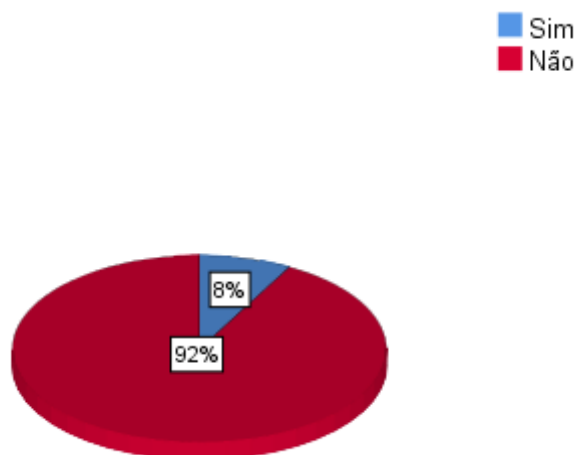


Gráfico n.º 16- Percentagem notas de alta com identificação das técnicas invasivas

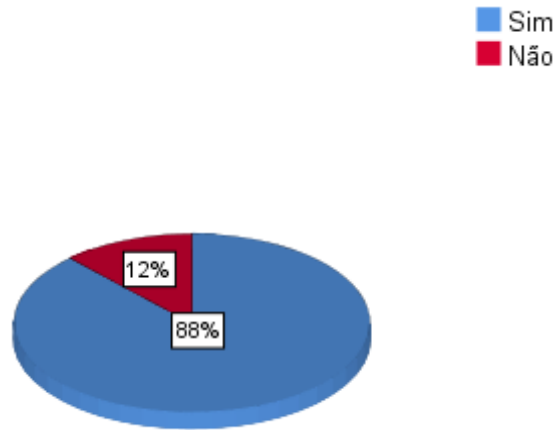


Gráfico n.º 17- Percentagem notas de alta com identificação a presença ou risco de IACS.

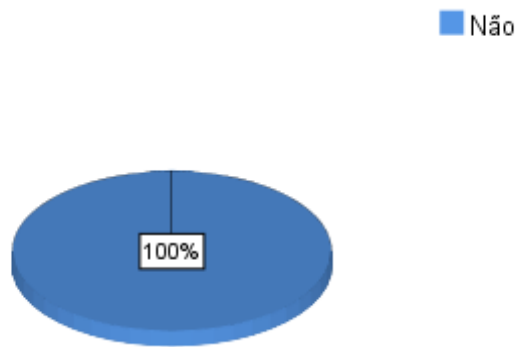


Gráfico n.º 18- Percentagem notas de alta com identificação da situação social do cuidador.

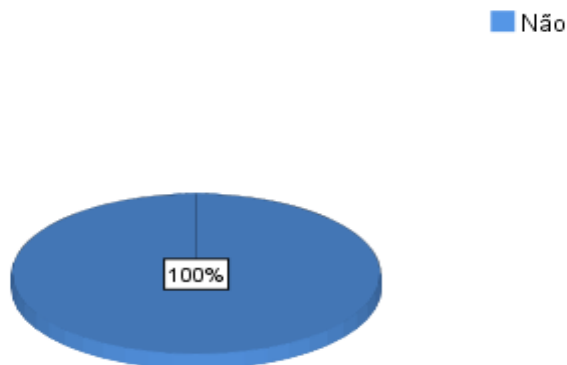


Gráfico n.º 19- Percentagem notas de alta com identificação dos problemas ativos.

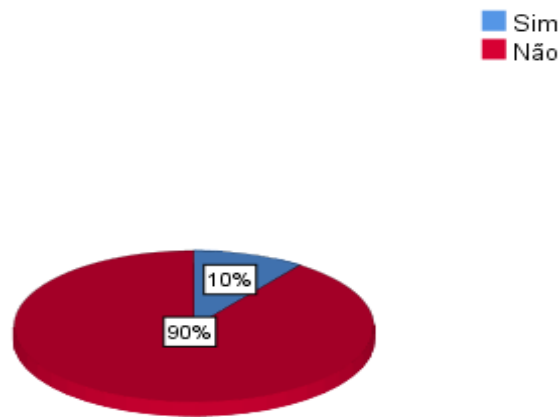


Gráfico n.º 20- Percentagem notas de alta com identificação da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída

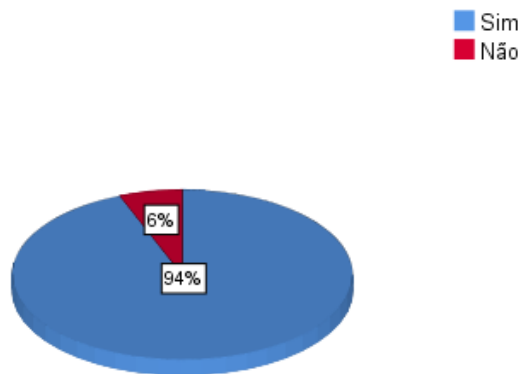


Gráfico n.º 21- Percentagem notas de alta com identificação das alterações do estado e avaliação da eficácia das medidas implementadas.

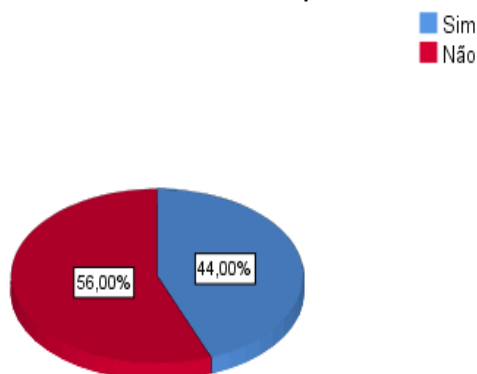


Gráfico n.º 22- Percentagem notas de alta com identificação focos de atenção

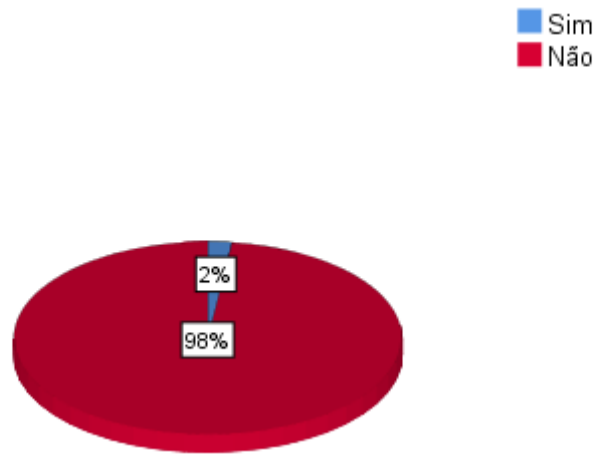


Gráfico n.º 23- Percentagem notas de alta com identificação do plano de continuidade de cuidados.

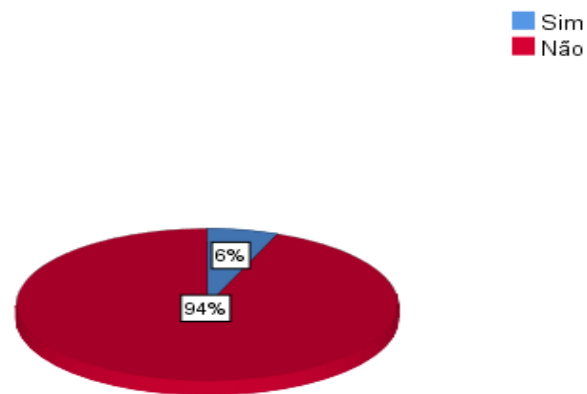


Gráfico n.º 24- Percentagem notas de alta com identificação dos MCDT agendados

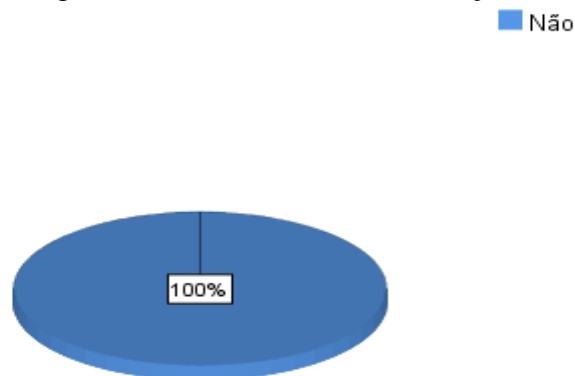
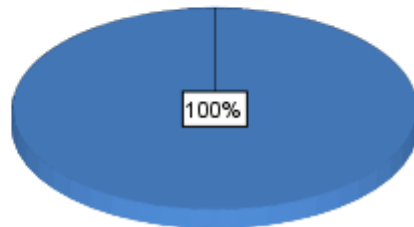



Gráfico n.º 25- Percentagem notas de alta com identificação de necessidade de cuidador informal.

■ Não se aplica



Apêndice XIV - Instrução de trabalho: Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem

	IT-04-URG Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem
---	--

1.OBJECTIVO

- Uniformizar procedimento na transição de cuidados de enfermagem na mudança de turno, contribuindo para o aumento da segurança do doente.
 - Uniformizar procedimento na transição de cuidados de enfermagem na transferência do doente para outro serviço hospitalar, contribuindo para o aumento da segurança do doente.
- Enquadra-se no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020: objetivo estratégico 2 – Aumentar a segurança da comunicação.

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
- Despacho n.º 2784/2013 *Diário da República*, 2.ª série — N.º 36 — 20 de fevereiro de 2013

2.2 Conceitos

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.

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

São exemplos, a transição intra/interinstituições.


São momentos vulneráveis/críticos da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvem um maior risco de erro na transferência de informação, como é o caso das mudanças de turno na mesma instituição.

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.

Comunicação eficaz entre profissionais de saúde: Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor.

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.2016	Página 1 de 4
-----------	------------------	---------------

	IT-04-URG Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem
---	--

2.3 Siglas

DGS – Direção geral da saúde


ISBAR - (Identify, Situation, Background, Assessment and Recommendation)

SO – Serviço de Observação

SU – Serviço de urgência

3. DESCRIÇÃO


	Quem?	Como?	Quando?	Onde?
Transição de cuidados na mudança de turno	De: enfermeiros responsáveis pelo posto Balcão/Reanimação e enfermeiro triagem Para: enfermeiros responsáveis pelo posto de trabalho Balcão/Reanimação	Utilização da técnica ISBAR Utilizando instrumento de bolso anexo com informação sobre conteúdos a serem transmitidos (Anexo i)	Final do turno (mudança de turno) Sempre que se verifique transferência de responsabilidade temporária da prestação de cuidados.	Gabinete da enfermeira Chefe. Doente crítico: junto do doente respeitando privacidade e confidencialidade
	De: enfermeiro responsável SO Para: enfermeiro responsável SO	Utilização da técnica ISBAR Utilizando folha de passagem de turno como guia para transmissão de informação (Anexo ii)	Final do turno (mudança de turno) Sempre que se verifique transferência de responsabilidade temporária da prestação de cuidados.	Sala do SO
	De enfermeiro Responsável Triagem Para Enfermeiro responsável Triagem	Transmissão de alguma informação necessária para assumir posto de triagem	Sempre que este posto tenha que ser assumido temporária ou definitivamente por outro enfermeiro.	Sala de Triagem

	IT-04-URG/ Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem
---	---

	Quem?	Como?	Quando?	Onde?
Transição de cuidados na transferência de doentes para outros serviços hospitalares	Enfermeiro Responsável pelo doente	Através de nota de alta de enfermagem: Doente do foro médico-cirúrgico; (Anexo iii) Doente do foro psiquiátrico; (Anexo iv) Doente transferida para ginecologia/obstetricia. (Anexo v) Criança transferida para Pediatria. (Anexo vi).	No momento da transferência do doente esteja este no SO ou urgência.	Processo clinico do doente Sistema ALERT Campo: Nota de Alta de Enfermagem

4. RESPONSABILIDADES

Ações	Responsabilidade
Transmissão de informações na transição de cuidados no balcão	Enfermeiros responsáveis pelo posto de trabalho BALCAO
Transmissão de informações na transição de cuidados no SO	Enfermeiro responsável pelo posto de trabalho SO
Transmissão de informações na transição de cuidados na triagem	Enfermeiro responsável pelo posto de trabalho TRIAGEM
Transmissão de informações na transição de cuidados do doente transferido para serviços hospitalares	Enfermeiro responsável pelo doente

	IT-04-URG Comunicação eficaz na transição de cuidados de enfermagem
---	--

5. REGISTOS

Identificação	Indexação	Responsável pelo Arquivo	Arquivo Vivo	Arquivo Morto
Sistema Informático	ALERT nota de alta de enfermagem: * Nota de alta de Enfermagem	Enfermeiro responsável	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: Direção Enfermagem
---	----------------	--------------	---------------------------------------

Anexo i



Transição de Cuidados SU



- Nome:
- Idade:.....
- Serviço origem: lar/domicílio/consulta
- Motivo atual da necessidade de cuidados : queixa
- ECD realizados:
- Antecedentes Pessoais :se relevantes p/ situação
- Níveis de dependência: se grau moderado/elevado
- Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)
- Alergias: Tem ou nega
- Hábitos do doente: relevante para a situação
- Terapêutica ambulatória e adesão: faz/não faz
- Técnicas invasivas realizadas:
- Presença de IACS?
- Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída
- Avaliação da eficácia das medidas implementadas: c/avaliação hemodinâmica
- Continuidade de cuidados:
- Pessoa significativa/cuidador:

De acordo com norma DGS 001/2017 de 8/2/2017
Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde

*Font in: <http://gestaodeempresas.net/wp-content/uploads/2011/05/comunica%C3%A7%C3%A3o.png>

Elaborado por: Sónia Azeitona Bilro, Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

Orientação: Prof. Dr. Maria Céu Marques

Supervisão: Enf.ª Sandra Sapatinha, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica





Mudança turno SO*

SO 1	<p>Nome: idade:</p> <p>Serviço origem:</p> <p>Cuidador: Contacto:</p> <p>Queixa:</p> <p>HD:</p> <p>ECD:</p>	<p>AP/ Hábitos relevantes:</p> <p>Grau dependência:</p> <p>Alergias:</p> <p>Terapêutica ambulatória/ adesão:</p> <p>Tecn. Inv.:</p> <p>DAV</p> <p>IACS</p>	<p>Perfusões:</p> <p>Avaliação</p> <p>TA-</p> <p>P-</p> <p>SO2</p> <p>T timp.-</p> <p>BM-</p>	<p>Continuidade Cuidados:</p> <p>MCDT pedidos:</p>
SO 2	<p>Nome: idade:</p> <p>Serviço origem:</p> <p>Cuidador: Contacto:</p> <p>Queixa:</p> <p>HD:</p> <p>ECD:</p>	<p>AP/ Hábitos relevantes:</p> <p>Grau dependência:</p> <p>Alergias:</p> <p>Terapêutica ambulatória/ adesão:</p> <p>Tecn. Inv.:</p> <p>DAV</p> <p>IACS</p>	<p>Perfusões:</p> <p>Avaliação</p> <p>TA-</p> <p>P-</p> <p>SO2</p> <p>T timp.-</p> <p>BM-</p>	<p>Continuidade Cuidados:</p> <p>MCDT pedidos:</p>
SO 3	<p>Nome: idade:</p> <p>Serviço origem:</p> <p>Cuidador: Contacto:</p> <p>Queixa:</p> <p>HD:</p> <p>ECD:</p>	<p>AP/ Hábitos relevantes:</p> <p>Grau dependência:</p> <p>Alergias:</p> <p>Terapêutica ambulatória/ adesão:</p> <p>Tecn. Inv.:</p> <p>DAV</p> <p>IACS</p>	<p>Perfusões:</p> <p>Avaliação</p> <p>TA-</p> <p>P-</p> <p>SO2</p> <p>T timp.-</p> <p>BM-</p>	<p>Continuidade Cuidados:</p> <p>MCDT pedidos:</p>
SO 4	<p>Nome: idade:</p> <p>Serviço origem:</p> <p>Cuidador: Contacto:</p> <p>Queixa:</p> <p>HD:</p> <p>ECD:</p>	<p>AP/ Hábitos relevantes:</p> <p>Grau dependência:</p> <p>Alergias:</p> <p>Terapêutica ambulatória/ adesão:</p> <p>Tecn. Inv.:</p> <p>DAV</p> <p>IACS</p>	<p>Perfusões:</p> <p>Avaliação</p> <p>TA-</p> <p>P-</p> <p>SO2</p> <p>T timp.-</p> <p>BM-</p>	<p>Continuidade Cuidados:</p> <p>MCDT pedidos:</p>

* Norma DGS 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados

Anexo iii

Informação na transição de Cuidados de Enfermagem: Doente Médico-cirúrgico/ Doente Crítico

Doente que recorre ao Serviço de Urgência, vindo do _____
por _____.

Exames complementares realizados: ECG: ___ RX ___ Análises: ___
Hemocultura ___ Urocultura ___
Gasometria ___ Eco _____ TAC _____

É transferido para o serviço de _____ com o diagnóstico de _____

Antecedentes pessoais: _____

Hábitos relevantes: _____

Terapêutica no domicílio: Sim ___ Não ___ Cumpre regime terapêutico: Sim ___ Não ___

Alergias: Não ___ Sim ___ Quais? _____

DAV: Não ___ Sim ___ Quais? _____

Técnicas Invasivas:

Tem cateter venoso periférico n.º ___ no _____ onde tem em curso _____

Tem sonda nasogástrica n.º ___ , colocada em ___/___/___, em drenagem passiva,
funcionante de líquido _____

IACS: _____

Medidas farmacológicas e não farmacológicas implementadas e avaliação:

Medicação administrada	Via administração	Horas
_____	_____	_____

Medidas não farmacológicas: _____

Avaliação: _____

1 - MEMÓRIA/ CONSCIENCIA

O doente apresenta-se calmo, consciente, orientado, sedado, escala glasgow.

2- AUTO-CUIDADOS

É dependente em grau reduzido/moderado/elevado nos autocuidados (higiene, atividade física, comer/beber, ir ao sanitário)

3 - RESPIRAÇÃO

SO₂: _____%

Tem oxigênio por _____ a _____l/m

Tem tubo orotraqueal n.º _____, ao nível _____, com ventilação assistida.

4 - CIRCULAÇÃO

Hemodinamicamente estável, taquicardia, Bradicardia, hipotensão...

TA: _____/_____ mmHg P: _____ bpm Temp. timpânica: _____ °C

Glicemia capilar: _____ mg/dl

5-ELIMINAÇÃO

Autocuidado sem alterações a nível vesical e intestinal.

Está algaliado com foley n.º _____ desde ____/____/____. A urina é _____

6 - TEGUMENTOS

Apresenta pele íntegra.

Tem ferida cirúrgica/ Úlcera de Pressão de grau _____ no _____. Feito penso com _____

Continuidade cuidados: _____

Feito espólio. _____

Entregue à família: roupa: Sim _____ Não _____ Valores: Não _____ Sim _____ O quê?

Nome familiar: _____ Parentesco: _____ Contato: _____

Anexo iv

Transição de cuidados de Enfermagem: Doente transferido para Psiquiatria

Doente que recorre ao Serviço de urgência, vindo do _____ por _____.

Exames complementares realizados: ECG: ___ RX ___ Análises: ___

É transferido para o serviço de _____ com o diagnóstico de _____, acompanhado por _____ parentesco: _____

Antecedentes pessoais: _____

Terapêutica no domicílio: Sim ___ Não ___ Cumpre regime terapêutico: Sim ___ Não ___

Alergias: Não ___ Sim ___ Quais? _____

Hábitos relevantes _____

DAV: Não ___ Sim ___ Quais? _____

Técnicas Invasivas:

Tem cateter venoso periférico n.º ___ no _____ onde tem em curso _____

Tem SNG n.º ___, colocada em ___/___/___, em drenagem passiva, funcionante de líquido _____

Medidas farmacológicas e não farmacológicas implementadas e avaliação:

Medicação administrada:	Via administração	Horas
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medidas não farmacológicas: _____

Avaliação: _____

1 - MEMÓRIA/ CONSCIENCIA

O doente apresenta-se calmo, consciente, orientado, ansioso, com agustia marcada, manifestado por _____

2- AUTO-CUIDADOS

É dependente em grau reduzido/moderado/elevado nos auto-cuidados (higiene, atividade física, comer/beber, ir ao sanitário)

3 - RESPIRAÇÃO

Tem oxigênio por _____ a ___l/m

4 - CIRCULAÇÃO

Hemodinamicamente estável, taquicardia, Bradicardia, hipotensão...

TA: ___/___ mmHg P: _____ bpm Temp. timpânica: ___°C

Glicémia capilar: ___mg/dl

5-ELIMINAÇÃO

Autocuidado sem alterações a nível vesical e intestinal.

Está algaliado com foley n.º ___ desde ___/___/___ . A urina é _____

6 - TEGUMENTOS

Apresenta pele íntegra.

Tem ferida cirúrgica/ Úlcera de Pressão de grau ___ no _____. Feito penso com _____

Feito espólio. ___

Entregue à família: roupa: Sim ___ Não ___ Valores: Não ___ Sim ___ O quê?

Nome familiar: _____ Parentesco: _____ Contato: _____

Anexo v

Transição de cuidados de Enfermagem: Mulher transferida para Ginecologia/Obstetria

Doente que recorre ao Serviço de urgência, vindo do _____ por _____

Se grávida: Tempo de gestação _____ semanas

Gesta _____ Para _____

Hemorragia Vaginal: Não _____ Sim _____

Contrações: Não: _____ Sim: _____ Intervalo de contrações _____ / _____ min

Rutura de Bolsa: Não: _____ Sim: _____ Tempo: _____

Gravidez Viglada: Sim: _____ Não: _____

Exames complementares realizados: ECG: _____ RX: _____ Analises: _____

É transferido para o serviço de _____ a acompanhado por _____

Antecedentes pessoais: _____

Terapêutica no domicílio: Sim _____ Não _____ Cumpre regime terapêutico: Sim _____ Não _____

Alergias: Não _____ Sim _____ Quais? _____

Técnicas Invasivas:

Tem cateter venoso periférico n.º _____ no _____ onde tem em curso _____

Medidas farmacológicas e não farmacológicas implementadas e avaliação:

Medicação administrada: _____ Via administração _____ Horas _____

Medidas não farmacológicas: _____

Avaliação: _____

1 - RESPIRAÇÃO

Tem oxigénio por _____ a _____ l/m; SO₂: _____ %;

2 - CIRCULAÇÃO

TA- _____ / _____ mmhg; P: _____ bpm; Glicémia: _____ mg/dl; T timp.: _____ °C

Entregue à família: roupa: Não _____ Sim _____

Valores: Não _____ Sim _____ O quê? _____

Nome familiar: _____ Parentesco: _____ Contato: _____

Anexo vi

Transição de cuidados de enfermagem: Criança transferida para Pediatria

Criança trazida ao Serviço de urgência, por _____ acompanhada por _____.

Exames complementares realizados: ECG: ___ RX ___ Análises: ___

É transferido para o serviço de Pediatria do Hospital _____ com o diagnóstico de _____

Antecedentes pessoais: _____

Terapêutica no domicílio: Sim ___ Não ___

Alergias: Não ___ Sim ___ Quais? _____

Técnicas invasivas:

Tem cateter venoso periférico n.º ___ no _____ onde tem em curso _____

Tem sonda nasogástrica n.º ___, colocada em ___/___/___, em drenagem passiva, funcionando de líquido _____

Medidas farmacológicas e não farmacológicas implementadas e avaliação:

Medicação administrada	Via administração	Horas
------------------------	-------------------	-------

Medidas não farmacológicas: _____

Avaliação: _____

1 - MEMÓRIA/ CONSCIENCIA

Criança calma, chorosa, apática, reativa....

2 - RESPIRAÇÃO

Tem oxigênio por _____ a ___ l/m SO₂: ___%

3 - CIRCULAÇÃO

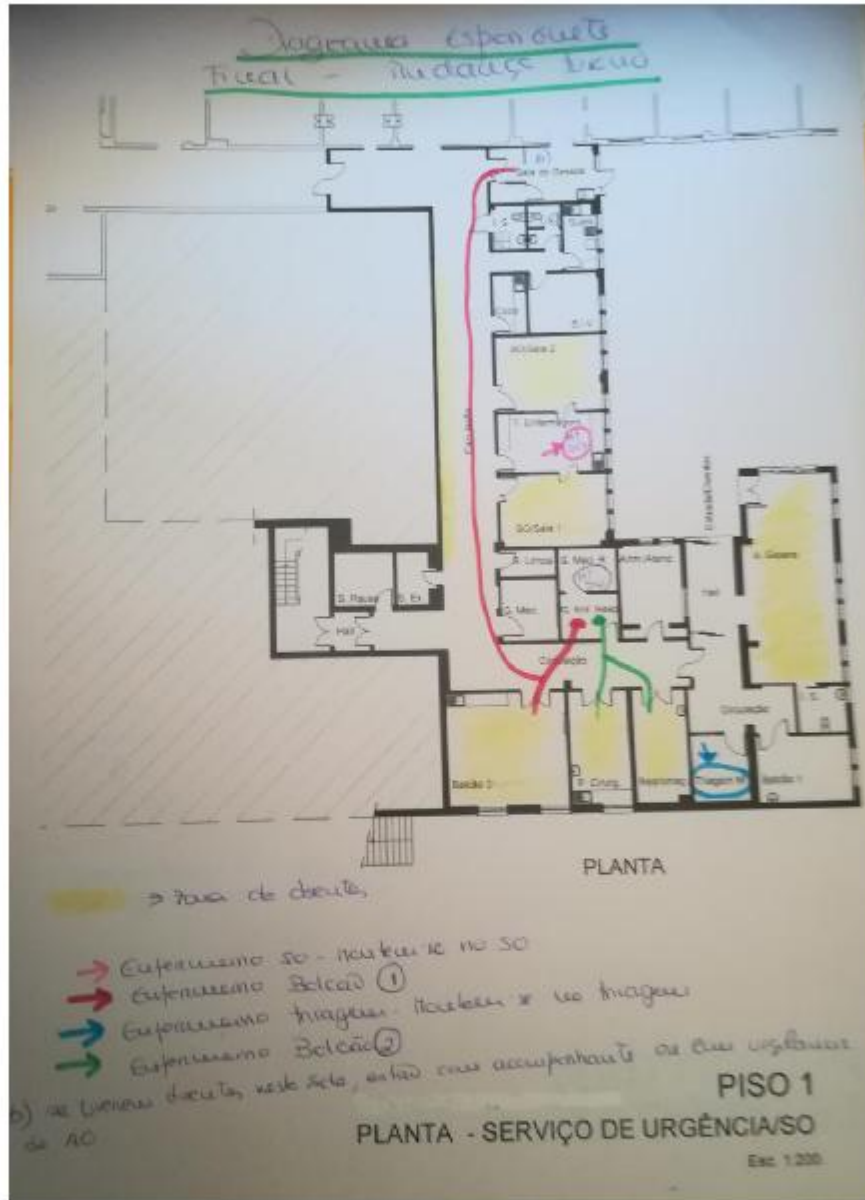
Temp. timpânica: ___°C

TA: ___/___ mmhg P: ___ bpm Glicémia: ___ mg/dl

4 - TEGUMENTOS

Apresenta pele íntegra.

Apêndice XV - Diagrama de Esparguete Final



ANEXOS

Anexo I - Lista de material da sala de triagem



LISTAGEM DE EQUIPAMENTO DISPONIVEL NA SALA DE TRIAGEM DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- MONITOR DE PRESSÃO ARTERIAL NÃO INVASIVA
- OXIMETRO DE PULSO
- MÁQUINA DE GLICEMIA CAPILAR
- TERMÓMETRO DIGITAL

OUTROS:

- MARCADORES DE FELTRO
- IMPRESSOS DE REGISTO DIÁRIO
- KIT PARA SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

Anexo II - Plano de autoauditoria de identificação inequívoca de doentes e grelha de auditoria

Quartel Trinitas
27/01/2018

Ano: 2018 Programa de Auto-avaliações do Serviço de Urgência -

Área a Auditar:
Sistema Gestão da Qualidade- ISO 9001:2008
Acondicionamento de Fármacos
Controlo de Infecção
Identificação de Doentes

Sigla
SCQ Organização de Carros e Malas de Emergência
AF Notas de Alta e Passagem de turno
CCI Ulceras de Pressão
ID Normas e Orientações Clínicas

Sigla
CME Triagem Manchester
NAPT Prescrição de Antibióticos
UP Queixas de Utentes
NOC Consentimento Informado
Norma 14 Impl. Tabela de funcionalidades

Sigla
TM
PA
QU
CI
N14

Planeamento	Serviço a Auditar	Local	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	obs.
URG Helvas	Elvas				ID					ID					a)
URG Helvas	Elvas				CCI							CCI			b)
URG Helvas	Elvas														c)

- a) Equipa Auditora: Enf.^a
- b) Equipa Auditora: Enf.^a
- c) Equipa Auditora: Enf.^a

Dentro do horário de trabalho: SIM__X__ Não__
 Dentro do horário de trabalho: SIM__X__ Não__
 Dentro do horário de trabalho: SIM__X__ Não__

Será efetuado um relatório no final de cada auto-avaliação, bem como as sugestões de melhoria a implementar.

Lista de Verificação-Identificação Inequívoca de doentes
Auditoria interna -Ano -- Hospital de



Serviço \ Processo	Nº de Processo/Serviço					
Data:						
Auditor:						
1. Documentação						
O documento (Orientação da DGS n.º 18/2011, de 23 de Maio) e o PQ .01.ULSNA e IT.02.ULSNA estão impressos, disponíveis em local conhecido pelos profissionais						
A documentação sobre identificação do doente (PQ-01 da ULSNA e orientação da DGS n.º 18/2011) foi divulgada em serviço no último ano.						
Os profissionais envolvidos na prestação de cuidados (Enf e AT, e TDT) conhecem o PQ-01 da ULSNA						
2. Pulseira						
A pulseira está colocada						
A pulseira está em bom estado						
A pulseira é colocada no braço dominante do doente						
A pulseira está legível						
A pulseira contém elementos necessários à correta identificação (nome em						
A pulseira contém elementos necessários à correta identificação (n.º processo clínico)						
A pulseira contém elementos necessários à correta identificação (data de nascimento no formato correcto)						
3. Procedimento						
Os serviços administrativos iniciam o contacto com o doente como é confirmada a identificação inequívoca do doente (CC, BI, etc.)						
Os profissionais têm conhecimento dos dez princípios da identificação do doente baseados na Orientação da DGS n.º 18/2011, de 23 de Maio						
É confirmada a identidade do doente antes de qualquer ato						
Se não for prático/possível colocar a pulseira no braço dominante como proceder (cabe ao profissional encontrar a melhor solução)						
Medidas a tomar se o doente recusa o uso da pulseira (cabe ao profissional informá-lo do risco a que se expõe) onde colocar.						
Como identificar um doente cuja identidade não seja possível determinar (Nome: Desconhecido n.º Processo único provisório)						
Se a pulseira ficar danificada que medidas deverá tomar (substituída logo que possível)						

0 - Se não está conforme

1- Está conforme

NA - Não se Aplica

Anexo III - Nomeação de Enf.^a responsável para a gestão de Stock

RESPONSABILIDADES - QUADRO RESUMO (MDP) –

SERVIÇO	RESPONSÁVEL FORMAÇÃO SERVIÇO	ENF. INTERLOCUTOR GESTÃO DO RISCO	ENF. INTERLOCUTOR DOS PADRÕES DE QUALIDADE	ELEMENTO DINAMIZADOR DO QCL- PPCIRA	RESPONSÁVEL CARRO DE URGÊNCIA	ENF. AUDITORES TRIAGEM MANEJSTER	ENF. RESPONSÁVEL OPERACIONAL MÉDICO SV	ENF RESPONSÁVEL POR GESTÃO DE STOCKS (MEDICAMENTOS E LOGÍSTICA)	ENF. INTERLOCUTOR AO SERVIÇO DE IMUNOHEMATOLOGIA HEMOVIGILANCIA
URGÊNCIA		SÔNIA AZEITONA				SÔNIA AZEITONA		SÔNIA AZEITONA	

ATUALIZADO
em 14-03-2018
Enfa. Catarina Azeitha
Chefe



Anexo IV - Certificado de participação nas III Jornadas da Urgência do Hospital Dr. José Maria Grande

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que **Sónia Cristina Soares Azeitona Bilro** participou nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, com a duração de 12 horas, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande.

Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pel'A Organização



Aminda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP



Raul Cordeiro

Anexo V - Certificado de apresentação de póster nas III Jornadas da Urgência do Hospital Dr. José Maria Grande e Póster apresentado

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos se certifica que **Sónia Bilro** apresentou o *poster* com o título “*Sistema de triagem de Manchester – eficácia na prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico*” integrado nas III Jornadas da Urgência, que decorreram nos dias 23 e 24 de Novembro de 2017, organizadas pelo Serviço de Urgência do Hospital Doutor José Maria Grande, tendo sido classificado com o 1º lugar, após avaliação da Comissão Científica.

Portalegre, 24 de Novembro de 2017

Pel'A Organização



Aminda Pedro

O Presidente do CTC da ESSP/IPP



Raul Cordeiro

Sistema de Triage de Manchester Eficácia na Prática de Enfermagem na Abordagem do Doente Crítico

Ana Mafalda Balsa¹, Sandra Maria Silveira², Sónia Azeiteiro Bilro³
Doutor João Mendes⁴, Prof. António Freitas⁵

Docentes Prof.



Resumo: O Sistema de Triage de Manchester (STM) permite priorizar os doentes de acordo com a gravidade no serviço de urgência. Com este estudo pretendemos perceber qual a eficácia do STM para a prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico. Após realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, concluímos que os doentes classificados no grau de risco mais elevado são os que necessitam de atendimento mais diferenciado. É competência do enfermeiro especialista prestar de cuidados ao doente crítico. Assim, o STM é eficaz e permite a identificação rápida destes doentes e uma gestão adequada de recursos.
Palavras chave: Sistema Triage de Manchester, enfermagem, doente crítico.

Introdução

O Sistema de Triage de Manchester, é um instrumento de apoio à gestão do risco clínico no serviço de urgência, gerindo o fluxo de doentes com segurança e garantindo o atendimento imediato aos que dele necessitam. Identifica critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, que indicam a gravidade clínica com que o doente deve ser atendido e tempo alvo recomendado até à observação médica.

A aplicação do STM é atribuída aos enfermeiros, que, de acordo com os fluxogramas, identifica a prioridade clínica, de forma a preservar os valores de saúde;¹ Proteger vidas humanas e saúde;² Utilizar os recursos de forma eficiente;³ Manter equidade.⁴(Wulp, 2010)

Quanto maior o grau de prioridade atribuída, maior a gravidade do doente.

É competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (PSC) cuidar da pessoa a viver com processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica. A PSC 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." (DR, 2011)

Ao enfermeiro especialista é reconhecida competência para prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, identificando pontos de instabilidade e respondendo de forma pronta e antecipatória. (OE, 2011)

Metodologia

Tendo em conta o método de pesquisa de prática baseada na evidência, efetuamos uma revisão da literatura que nos permitisse responder a questão: Qual a eficácia do sistema de Triage de Manchester para a prática de enfermagem na abordagem ao doente crítico?

Foi utilizado o motor de busca na Internet EBSCOhost, bases de dados: MEDLINE e CINAHL Plus, site da Direção Geral de Saúde e site do Grupo Português de Triage, Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Foram englobados na pesquisa todos os estudos quantitativos, qualitativos e mistos, publicados entre 2014 e 2017, que possuissem texto integral e cujos participantes fossem doentes que recorrem aos serviços de saúde e sejam submetidos a Triage de Manchester.



Figura 1 - Fluxograma do STM

Autores
1. Faleiros da UIC, IFF, mestranda em Enfermagem Médica, Delégada à Pessoa em Situação Crítica, de Mestrado em docação 2016/2018, Foz de Iguaçu, Portugal, Contato eletrônico: faleiros@uic.ucp.edu
2. Faleiros da UIC, IFF, mestranda em Enfermagem Médica, Delégada à Pessoa em Situação Crítica, de Mestrado em docação 2016/2018, Foz de Iguaçu, Portugal, Contato eletrônico: faleiros@uic.ucp.edu
3. Faleiros da UIC, IFF, mestranda em Enfermagem Médica, Delégada à Pessoa em Situação Crítica, de Mestrado em docação 2016/2018, Foz de Iguaçu, Portugal, Contato eletrônico: faleiros@uic.ucp.edu
4. Faleiros da UIC, IFF, mestranda em Enfermagem Médica, Delégada à Pessoa em Situação Crítica, de Mestrado em docação 2016/2018, Foz de Iguaçu, Portugal, Contato eletrônico: faleiros@uic.ucp.edu
5. Faleiros da UIC, IFF, mestranda em Enfermagem Médica, Delégada à Pessoa em Situação Crítica, de Mestrado em docação 2016/2018, Foz de Iguaçu, Portugal, Contato eletrônico: faleiros@uic.ucp.edu

Resultados

Os 4 estudos analisados mostram que a validade do STM é considerada no nível moderado e bom. A classificação de risco atribuída pelos enfermeiros aquando da triagem corresponde na maior parte dos casos à gravidade dos doentes que dão entrada no serviço de urgência.

Segundo Zachariasse et al. (2017) o local onde é validado o sistema de triagem é importante, uma vez que a organização dos sistemas de saúde é diferente de país para país, e as características dos doentes que recorrem ao SU são diferentes.

Segundo Guedes et al., (2015) e Griffl et al. (2014), o STM mostrou ser um bom preditor para a gravidade clínica, uma vez que: houve correspondência da classificação de risco com a gravidade; os doentes com alta prioridade clínica ficam internados e o tempo de internamento é maior; os doentes com alta prioridade são os que tem mais percentagem de óbito.

Diniz, Paula, Souza, Couto, & Chiana, (2014) referem que o STM é eficaz para prever a evolução dos doentes em serviços de urgência, o que permite adotá-lo como ferramenta importante para gestão do risco clínico.

No entanto todos os estudos referem que há uma pequena sobrevalorização de atribuição de risco elevado em todas as unidades. Referem ainda que a maioria dos doentes a quem é atribuída a prioridade pouco urgente, são doentes que deviam recorrer aos cuidados de saúde primários, existindo uma necessidade de reestruturação do SNS e educação à população.

Conclusão

Após a análise dos estudos estes revelam que o STM é eficaz para priorizar os doentes de acordo com o nível de gravidade.

O STM permite: priorizar os doentes graves, protegendo a vida humana; gerir recursos, adequando-os às necessidades dos doentes; estabelecer diretrizes sendo a tomada de decisão baseada em padrões.

Os doentes classificados como emergente ou muito urgente, são doentes aos quais corresponde maior grau de gravidade, com maior taxa de internamento e também com maior taxa de óbito.

Assim, a aplicação do STM é eficaz, é uma ferramenta importante para a gestão do risco clínico e contribui positivamente para a prática diária do enfermeiro na abordagem ao doente crítico.

É competência do enfermeiro especialista prestar cuidados a estes doentes. Executar cuidados técnicos de alta complexidade, demonstrar conhecimentos adequados em SAV, diagnosticar precocemente complicações, planejar, executar e avaliar intervenções para as minimizar, fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, assistir a pessoa e família nas suas perturbações emocionais, gerir a comunicação interpessoal com a pessoa/ família e gerir o estabelecimento da relação terapêutica.

Bibliografia

1. Diniz, A. S., Paula, A., Sousa, C. C., De, C. C., & Chiana, M. (2014). De man de triagem de risco em saúde da pessoa em situação crítica, serviço de urgência de Manchester, Reino Unido. *Portugalia de Enfermagem*. <https://doi.org/10.47353/1904-7840.2014.0000000000000000>
2. Guedes, C., Caldeira, R., Cruz, F., Bugalho, M., Freitas, R., Vitor, R., & Aguiar, S. (2015). The effectiveness of the Manchester triage system and its quality criteria: Post assessment of validity and reliability. *Portugalia de Enfermagem*. <https://doi.org/10.47353/1904-7840.2015.0000000000000000>
3. Cruz, R. M., Almeida, C. A., & Chiana, T. C. M. (2017). The effect of the Manchester Triage System on the use of resources in the emergency department. *Portugalia de Enfermagem*. <https://doi.org/10.47353/1904-7840.2017.0000000000000000>
4. Zachariasse, C. M., Sjöberg, M., Bred, P. F. M., Åberg, C. F., Petters, A., Lind, P., & Lund, M. A. (2017). Validity of the Manchester Triage System in emergency care: a prospective observational study. *Portugalia de Enfermagem*. <https://doi.org/10.47353/1904-7840.2017.0000000000000000>
5. Wulp, J. van der. (2010). Reliability and validity of emergency assessment: Manchester triage system. *Portugalia de Enfermagem*.

Anexo VI - Certificado de frequência do curso de Formador e Auditor do Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência.

**CURSO
DE
FORMADOR E AUDITOR DO SISTEMA DE
TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA**

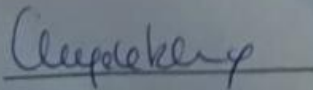
CERTIFICADO

Sónia Cristina Soares Azeitona Bílro

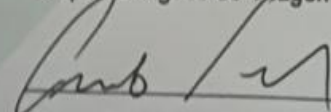
Frequentou com aproveitamento o Curso de Formadores e Auditores do Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência (*Manchester Triage Group Protocol*), realizado no CHMT - Hospital de Torres Novas, pelo Grupo Português de Triagem a 13 de Dezembro de 2017, com a duração total de 7 horas.

Amadora, 15 de Dezembro de 2017

O Coordenador do Curso


Angela Valença

Grupo Português de Triagem


Paulo Teles Freitas

CURSO de FORMAÇÃO de FORMADORES e AUDITORES

em

TRIAGEM DE PRIORIDADES NA URGÊNCIA

09:30 – Entrega de Documentação

10:00 – Aspectos Pedagógicos referentes ao Curso

10:10 – Conteúdo de cada sessão do Curso

10:45 – Café

11:00 – “Workshop” I – Apresentação de tema

- Introdução à Triagem
- Avaliação da Dor
- Workshops – Casos Clínicos
- Catástrofe

13:00 – Almoço

14:00 – Organização de um Curso

- Conhecimento dos audiovisuais a utilizar
- Dossier Pedagógico – Manual do Formador
- “Road Book” para a organização de um Curso

15:00 – Organização e logística no Serviço de Urgência

15:30 – Café

15:45 – “Workshop” II – Auditoria

- Princípios de Auditoria
- Discussão de 5 casos

16:45 – Avaliação – Auditoria de 10 casos

17:30 – Avaliação do Curso pelos formandos

18:00 – Encerramento

Anexo VII - Certificado de participação no V encontro de Enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica.



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

Sónia Cristina Soares Azeitona Bilro,

membro nº **36710** desta Ordem, esteve presente no **V Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos dias 19 e 20 de Janeiro de 2018**, com a duração total de **7 horas**, em Évora, no Auditório do Colégio do Espírito Santo da Universidade de Évora.

Évora, 20 de Janeiro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco



Programa

Dia 19 de Janeiro

09:00 Abertura de secretariado

09:30 Workshops:

1 - Técnicas Dialíticas (Diálise e Diálise Peritoneal) no seu Contexto Prático

Palestrante: Cármen Nogueira, Enfermeira Especialista Dialise e Cuidados de Enfermagem na Unidade de Hemodiálise

2 - Resgate em Oxigenação por Membrana Extra – Cómpora (ECMO) de Origem ao Centro de Referência – Uma Prática Especializada

Palestrantes: Fernando Miranda, ECMO no Hospital de São João e Paulo Oliveira, ECMO no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC)

3 - Abordagem e Monitorização da Via Aérea no Doente Crítico

Palestrantes: António Sousa, FEPMC do Hospital Filipe I Reis e outros?

12:30 Almoço livre

14:00 Conferência: Processo de Desenvolvimento e Valorização Profissional para Prática Especializada

Palestrante: Lúcia Barreira, Vice-Presidente do Conselho Executivo da OE

14:45 Sessão solene de abertura

• Ana Rita Cavaco, Presidente da OE

• Ana Costa Henriques, Rectora da Universidade de Évora

• Catarina Sobral, Presidente da OE e do CHUC

• Sérgio Branco, Presidente do Conselho Directivo Regional da Secção Regional do Sul da OE

• Carlos Filipe de Sá, Presidente de Câmara Municipal de Évora

• Roberto Pereira Silva, Presidente da Comissão de Organização e Desenvolvimento Regional do Alentejo (COOR Alentejo)

15:45 Coffee break

16:00 Mesa redonda: Comunicação de Más Notícias na Prática Especializada

Moderador: Ana Fonseca, Presidente do Conselho de Enfermagem (CE) da OE

• Memória Cerebral: O Rosto Que Já Não Existe

Palestrante: Cristina Lopes, Boca Operada do Serviço de Urgência do Hospital de São João

• Doente Pallativo e Família: Gestão de Expectativas

Palestrante: Mariana Estêvão Santos, Unidade de Cuidados Continuados Palliativos do Hospital de São João

• Morte Inesperada: Comunicação de Más Notícias em contexto de Urgência

Palestrante: Rita Fonseca, Unidade de Urgência/Enfermagem do CHUC

• A Vivência na Comunicação de Más Notícias: Testemunho de doente
Palestrante: João Gil Fernandes Mendes, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora

17:00 Passeio turístico pedonal pela cidade de Évora e prova de vinhos com Apresentação do EBOOK – Livro de Resumos do IV Encontro de EEPC

20:00 Jantar convívio

Jantar tipicamente Alentejano ao sabor do Santo Alentejano Património Imaterial da Humanidade

Dia 20 de Janeiro

08:30 Abertura de secretariado

09:00 Painel de Pósteres e Comunicações Livres:

A Parilha da Excelência da Prática Clínica Especializada

Moderadores de Comunicações Livres: Maria Anjos Prado, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus (ESEJ.D) e Sílvia Almeida, Secretária da MCEEMC da OE

Moderadores de Pósteres: Catarina Lucão, Presidente da MCEEMC da OE e Helena Paixão, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional (CER) da Secção Regional do Norte (SR Norte) da OE

10:00 Coffee break

10:15 Mesa Redonda: Projectos de Referência na Parilha da Prática Clínica Especializada

Moderador: João Gonçalves, Presidente do Conselho de Enfermagem Regional (CER) da Secção Regional do Centro (SR Centro) da OE

Projectos:

- Beja+: Cuidados Palliativos na Comunidade

Palestrantes: Catarina Flores, ACES Baixo Alentejo – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

- Acompanhamento de Doentes com Insuficiência Cardíaca

Palestrante: Joana Pereira de Sousa, Unidade de Tratamento de Insuficiência Cardíaca Avançada do Serviço de Cardiologia do CHUC

- Enfermagem Peripostetória

Palestrante: Helena Maravilha Costa, Unidade de Cuidados de Ambulatório do CHUC

- Transporte Aéreo do Doente Crítico na Região Autónoma dos Açores

Palestrante: Lúcia Meças, Unidade de Evacuações da Região Autónoma dos Açores

- Monitorização da Dor como 5º Sinal Vital no Contexto da Prática Especializada num Centro Multidisciplinar de Dor

Palestrantes: Dulce Guerreiro, Centro Multidisciplinar da Dor, Hospital Garcia de Orta, EPE – Alameda

12:30 Sessão de encerramento e entrega de prémios

13:00 Almoço livre

14:30 Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (Reservado aos membros, de acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

Destinatários do Encontro:

Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros, Estudantes de Enfermagem e Docentes de Enfermagem.

www.odenenfermeiros.pt

Anexo VIII - Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 1 8 0 5 4

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Paulo Infante e Prof.ª Doutora Maria de Fátima Jorge, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "Efeito Transformador do Pensamento Lean na Transição de Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência" da investigadora **Sónia Cristina Soares Azeitona Bilro** (mestranda) e Prof.ª Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo IX - Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de saúde e autorização do estudo

ULSNA+

ULSNA-EFE
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº 201806811(400)
15/01/18
Sandra Oliveira

INFORMAÇÃO

Nº 4/ 2018, de 12 janeiro

De: Maria Luiza Lopes Comissão de Ética

Para: Sr. Enfermeira Diretor Dr. Artur Lopes

C/C

ASSUNTO: "Efeito transformador do pensamento Lean na Transição de Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência".

T.C.
Nolfigue

2018 01.22

MARIA LUIZA LOPES
COMISSÃO DE ÉTICA E FIDELIDADE

2018/01/17

PARECER
Ao Sr. Diretor de
CA
45/1/2018
Artur Lopes
Enfermeiro Diretor

DESPACHO/DELIBERAÇÃO
O estudo apresentado
do trabalho de investigação
fez. A investigação
foi aprovada
pelo Sr. Diretor de
CA
ULSNA onde está
o resultado do seu
trabalho

A Sra. Enf.ª Sónia Cristina Soares Azeltona Biló, a exercer funções no Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luíza 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: "Efeito transformador do pensamento Lean na transição de Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência."

Junta a documentação sobre o estudo, rumpre então proceder à sua análise e informar o seguinte.

1- Enquadramento do estudo

O presente projeto de intervenção insere-se no âmbito do 1º Mestrado em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, nos termos do Aviso n.º 5622/2016.

A linha de investigação escolhida pela requerente, assenta na necessidade de aumentar a segurança da comunicação entre profissionais, constituindo um desiderato expresso pela Direção Geral da Saúde, o qual divulgou no início do ano de 2017 a norma Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde com o objetivo de assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação que possam causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado, potencializando os incidentes, com dano para o doente

2- Objetivos

2.1- Objetivo geral

- Otimizar a transição de cuidados de enfermagem do doente crítico no serviço de urgência, com recurso à metodologia Lean.

CES
301
[Assinatura]



INFORMAÇÃO
N.º 4/2017, de 12 de Janeiro

2.2- Objetivos específicos

- Aumentar a eficácia da transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência nos momentos definidos.
- Aumentar a eficácia da transição de cuidados de enfermagem quando o doente é transferido para outra instituição/serviço.
- Promover a motivação/satisfação dos enfermeiros na utilização de estratégias definidas para o processo de transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência.

3- População alvo

Equipa de enfermagem do serviço de urgência do HSLE, que aceitem participar no projeto.

4- Tipo de Projeto

O projeto é do tipo interventivo e observacional.

5- Metodologia, Instrumentos e Técnica de Recolha de Dados

A recolha de dados é efetuada através de observação não estruturada dos momentos de transição e cuidados. Será ainda aplicado um questionário para caracterização da amostra e opinião sobre a comunicação na transição de cuidados, passagens de turno e transferência de doentes para outros serviços e ainda uma grelha de observação estruturada nos momentos de comunicação oral na transição de cuidados de enfermagem, onde se fará a análise dos conteúdos transmitidos, local de transmissão, tempo despendido e auditoria às cartas de alta de enfermagem no primeiro semestre de 2017 de doentes triados com cor vermelha e laranja quando sejam transferidos para outra instituição/serviço.

6- Tratamento de dados

O tratamento de dados far-se-á de acordo com a metodologia Lean e serão definidas estratégias de melhoria.

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 pelo que aqui nos escusamos a repetir, contribuindo para uma melhoria na segurança da comunicação entre profissionais nos momentos de transição.

Quanto às questões éticas e legais encontram-se salvaguardadas, embora sejam menores no presente caso. É distribuído um questionário, ao qual aderem voluntariamente os profissionais, preenchendo-o ou não.

Por outro lado, não são tratados dados de doentes, mas apenas dados sobre a forma como se efetua a comunicação nos momentos de transição, pelo que não é necessária a autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Não obstante, a requerente junta ainda o consentimento informado, bem como o questionário não nos tendo suscitado qualquer questão ético legal.



INFORMAÇÃO
N.º 4/2017, de 12 de Janeiro

Nesta sequência, a Comissão de Ética, delibera emitir parecer favorável e, conseqüentemente, propõe que seja autorizado a realização do projeto, subordinado ao tema: "Efeito transformador do pensamento Lean na transição de Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência."

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:

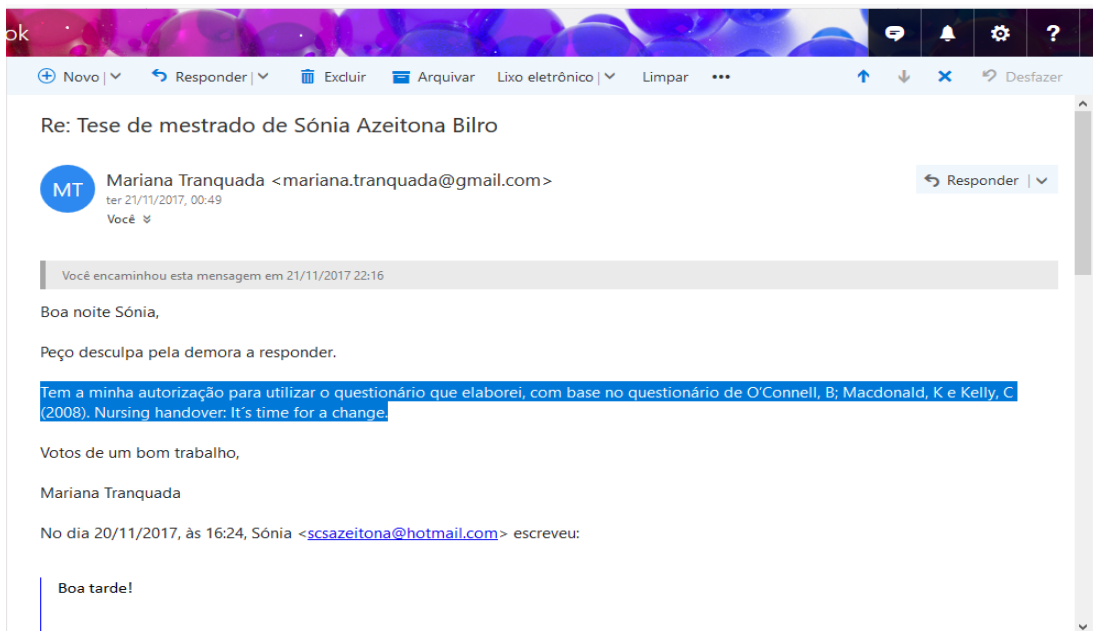
- À requerente, Sr.ª Enf.ª Sónia Cristina Soares Azeritona Bittu;
- Ao Sr. Diretor do Serviço de Urgência, Dr. Juan Alha Gil;
- À Sr.ª Enf.ª Chefe do Serviço de Urgência, Catarina Aranha;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

A Comissão de Ética para a Saúde da III SNA, L.P.E.

Anexo: Protocolo do projeto com documentação anexa.

Anexo X - Autorização de utilização do questionário pela autora do mesmo



Sou enfermeira a desempenhar funções no serviço de urgência da ULSNA, EPE (Hospital de Santa Luzia de Elvas) e estou a frequentar o 3.º semestre do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A pessoa em Situação Crítica, na Universidade de Évora em Associação com os Institutos Politécnicos de Portalegre, Beja, Setúbal e Castelo Branco.

O meu projeto de intervenção para o relatório final tem como título "Efeito Transformador do Pensamento Lean na Transição de Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência."

Com este projeto tenho como objetivo geral otimizar a transição de cuidados do doente crítico, no serviço de urgência, com recurso à metodologia Lean.

Pretendo fazer uma análise atual dos momentos de transição de cuidados. Para essa análise, elaborei uma grelha de observação dos momentos da transição de cuidados de acordo com a norma da DGS, publicada em janeiro de 2017 e pretendo fazer um questionário aos profissionais de saúde.

Ao pesquisar os trabalhos elaborados nesta área, encontrei a tese da qual a colega é autora e ao ler, verifiquei que tinha elaborado um questionário com base no questionário de O'Connell, B; Macdonald, K e Kelly, C (2008). Nursing handover: It's time for a change. Contemporary Nurse, 30 (1). 2-11.e que este poderia ser um elemento de recolha de dados para o meu trabalho!

Assim, pretendia **solicitar autorização** para utilização do referido questionário, como um dos métodos de recolha de dados do meu projeto de intervenção.

Da minha parte todos os aspetos éticos serão acautelados e todas as referencias serão devidamente efetuadas.

A utilização de um questionário já elaborado e testado seria facilitador. Este é apenas um dos instrumentos que pretendo utilizar, pois a metodologia Lean utiliza diversos instrumentos e diversos métodos.

Agradeço desde já a disponibilidade,

Atenciosamente,

Sónia Azeitona Bilro

Anexo XI - Consentimento informado de participação no estudo

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, ministrado pela Universidade de Évora, em associação com os Institutos Politécnicos de Setúbal, Portalegre, Beja e Castelo Branco, encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção no Serviço que tem como título: *Efeito Transformador do Pensamento Lean na Transição de Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência*, com a orientação da Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Mendes Pinto Marques.

O referido estudo tem como objetivo geral: otimizar a transição de cuidados do doente crítico no serviço de urgência, com recurso à metodologia Lean. Perante a observação não estruturada dos momentos de transição de cuidados e após conversa informal com a enfermeira chefe e enfermeira supervisora, pretende fazer uma análise atual do processo de transição de cuidados de enfermagem no serviço de urgência, recorrendo à metodologia Lean. Os dados serão recolhidos através de observação das passagens de turno, através de questionários e através da verificação das cartas de alta. A amostra será constituída pelos enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência do HSLE.

Após recolha dos dados, estes serão analisados de acordo com a metodologia Lean e serão definidas estratégias de melhoria, envolvendo toda a equipa. Essas estratégias serão depois sintetizadas e será criada uma instrução de trabalho que será divulgada em formação em serviço. Após formação esta será aplicada no serviço. Segue-se uma avaliação da implementação e a reformulação se necessário.

Os dados serão confidenciais, não sendo identificado em qualquer instrumento de recolha de dados a pessoa a quem se refere e serão utilizados exclusivamente para o presente estudo.

Agradece desde já a sua disponibilidade,

Sónia Cristina Soares Azeitona Bilro

Enfermeira do Serviço de Urgência do HSLE, ULSNA, EPE, Contacto: tlm: 966167687; e-mail: scsazeitona@hotmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima designada. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar a participação neste estudo, sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____