



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de
Portalegre



II Mestrado em Enfermagem
TRABALHO FINAL DE CURSO

CERTIFICAÇÃO DE IDONEIDADE FORMATIVA DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE SÃO BERNARDO

Trabalho Final de Curso apresentado ao Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde, para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem no ramo da Gestão de Unidades de Saúde

Ana Rita dos Santos Cachão

Orientado por:

Professor Doutor Adriano Pedro

Junho

2016



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de
Portalegre



II Mestrado em Enfermagem
TRABALHO FINAL DE CURSO

CERTIFICAÇÃO DE IDONEIDADE FORMATIVA DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HOSPITAL DE SÃO BERNARDO

Trabalho Final de Curso apresentado ao Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde, para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem no ramo da Gestão de Unidades de Saúde

Ana Rita dos Santos Cachão

Orientado por:

Professor Doutor Adriano Pedro

Junho

2016

*A educação é a ferramenta mais
poderosa que podemos usar para mudar o
mundo*

Nelson Mandela

Agradecimento

Agradeço de forma geral a todos os que tornaram possível a realização deste trabalho, que me permitiram ir ao encontro de diferentes saberes, com a sua disponibilidade inesgotável, seu apoio e encorajamento.

Aos Professores da Escola Superior de Saúde de Portalegre pela sua disponibilidade, e estímulo para desenvolver o meu percurso académico.

Ao Professor Doutor Adriano Pedro pela sua orientação, supervisão e disponibilidade.

À minha Enfermeira Chefe Violante Nunes pela sua disponibilidade e compreensão.
Ao Centro Hospitalar de Setúbal por todo o apoio e valorização do meu desenvolvimento profissional.

À minha família pelas palavras de carinho, amizade e encorajamento.

A todos um sincero e sentido obrigado.

Resumo

Na formação inicial de Enfermagem os ensinamentos clínicos são um momento de consolidação de saberes teóricos e simultaneamente um momento de aquisição de saberes práticos em contexto real de trabalho. Este momento de formação é supervisionado por Enfermeiros da prática clínica que assumem um importante papel no processo de formação dos estudantes de enfermagem.

Para consolidar este processo de ensino/aprendizagem a Ordem dos Enfermeiros desenvolveu um extenso trabalho que visa a certificação de Enfermeiros Supervisores, em que propõe que os Licenciados em Enfermagem, realizem um período de Exercício Profissional Tutelado, acompanhados por esse mesmo Enfermeiro Supervisor.

Para que esse período ocorra é necessário a convergência de dois fatores, um é a existência de um Enfermeiro Supervisor certificado pela Ordem dos Enfermeiros, outro é a certificação do serviço onde esse exercício profissional tutelado decorra, num espaço onde exista Certificação de Serviço com Idoneidade Formativa certificada pela Ordem dos Enfermeiros. Para que tal aconteça é necessário que o supervisor e o serviço cumpram os critérios preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.

Este trabalho surge com o objetivo de certificar o Serviço de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo como unidade de saúde com Idoneidade Formativa certificada pela Ordem dos Enfermeiros para o Exercício Profissional Tutelado, naquele que é inerente ao Modelo de Desenvolvimento Profissional proposto pela Ordem dos Enfermeiros.

Abstract

The initial training of nursing clinical teaching is a time of consolidation of academic knowledge and simultaneously a moment of acquisition of practical skills in a real work environment. This time of training is supervised by nurses in clinical practice that play an important role in the training of nursing students process.

To consolidate this process of teaching/learning the Nursing Council developed an extensive work aimed at Supervisors Nurses certification, and propose that the Licensed Nursing, undertake a period of Exercise Tutored Professional, accompanied by the same nurse supervisor.

For this period occurs is necessary convergence of two factors, one is the existence of a Nurse Supervisor Certified by the Nursing Council, the other is the certification of service where that tutored professional practice arises in a space where there is service certification with the reputation Formative certified by the Nursing Council. For this to happen it is necessary that the supervisor and the service meet the criteria established by the Nursing Council.

This work appears in order to make the Internal Medicine Service of the Hospital de São Bernardo as a health unit with Formative Reputation certified by the Nursing Council for the Professional Practice Tutored in what is inherent in the Professional Development Model proposed by the Nursing Council.

Abreviaturas e siglas

Art.º - Artigo

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPT – Desenvolvimento Profissional Tutelado

DE – Direção de Enfermagem

DL – Decreto-Lei

EI – Estrutura de Idoneidades

EPE- Entidade Pública Empresarial

EPT - Exercício Profissional Tutelado

ESEP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

HOSO – Hospital Ortopédico Sant’iago do Outão HSB – Hospital de São Bernardo

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional OE – Ordem dos Enfermeiros

Nº - Número

PTE – Prática Tutelada em Enfermagem

Srª Enfa – Senhora Enfermeira

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina

Índice

f

0.INTRODUÇÃO	8
1.MODELO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.....	11
1.1 IDONEIDADE FORMATIVA.....	12
1.1.1 Regulamento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica ...	13
1.2 SUPERVISÃO CLÍNICA DA PRÁTICA TUTELADA EM ENFERMAGEM.....	21
1.2.1 Regulamento de Certificação de Competências do Supervisor Clínico	22
2.HOSPITAL DE SÃO BERNARDO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA	25
3.ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO - PROCESSO DE CANDIDATURA DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A SERVIÇO COM IDONEIDADE FORMATIVA.....	32
4.CONCLUSÃO	42
5.BIBLIOGRAFIA.....	44
6.ANEXOS	47
Anexo I	48
Anexo II	93
Anexo III	152
Anexo IV	178
Anexo V	205
Anexo VI.....	215
Anexo VII.....	255
Anexo VIII.....	410

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no contexto do II Curso de Mestrado em Enfermagem, no ramo da Gestão de Unidades de Saúde lecionado pela Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre. Ele representa as atividades desenvolvidas durante um período de estágio que decorreu no Serviço de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo em Setúbal, no âmbito do 3º semestre do curso, sob o tema *Acreditação de Idoneidade Formativa em Enfermagem do Serviço de Medicina Interna*. Este projeto encontra-se em fase inicial de acordo com as novas diretrizes da Ordem dos Enfermeiros, e com a última alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros publicado em 16 de setembro de 2015 pelo decreto-lei nº 156/2015 está suspenso, não podendo desta forma ser aplicado *in loco*. No entanto todo o processo que conduziu à acreditação está concluído, e o serviço foi acreditado com critérios de excelência estando portanto disponível para a sua implementação.

Os cursos de licenciatura em enfermagem regeram-se ao longo dos tempos por um contacto precoce com a prática clínica, desta forma os ensinamentos clínicos representam um contacto inicial com o exercício profissional iniciando-se assim o processo de socialização profissional (Arco, 2005) que proporciona a consolidação e a aquisição de novos conhecimentos, assim como permite desenvolver um saber contextualizado (Carvalho, 2003).

Com a proposta da existência de um período de exercício profissional tutelado, os estudantes de enfermagem mantêm os períodos de ensinamentos clínicos supracitados e após concluírem a sua licenciatura estão obrigados a um período de exercício profissional tutelado. Este período trata-se de um requisito obrigatório para a obtenção do título de enfermeiro e tem de ser cumprido num contexto de prática clínica com idoneidade formativa acreditada pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Neste sentido os contextos são acreditados pela OE e carecem de um conjunto de características favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Estas

características são validadas e reconhecidas pela OE e emergem de um conjunto de indicadores inscritos num referencial: o referencial de acreditação da idoneidade formativa. Este referencial funciona como uma diretriz e está estruturado de acordo com o Enunciado Descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, documento este estruturante da profissão.

Neste enunciado consta a “organização dos cuidados de enfermagem” que se transpõe para o referencial supracitado em sete dimensões sendo elas:

- 0.** Quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem;
- 1.** Sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- 2.** Sistemas de informação em enfermagem organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão;
- 3.** Satisfação profissional dos enfermeiros;
- 4.** Dotações seguras em enfermagem;
- 5.** Política de formação contínua de enfermeiros;
- 6.** Metodologias de organização dos cuidados de enfermagem.

Neste processo também é necessário a supervisão clínica, esta tem de ser feita através de enfermeiros que, no próprio contexto de prática clínica, demonstrem interesse e motivação para acompanhar os licenciados em enfermagem durante o período de Exercício Profissional Tutelado (EPT). Para que tal suceda é necessário que este profissional dê início a um processo junto da OE que conduz à certificação de competências de supervisor clínico. Todo este processo está definido no regulamento de certificação de competências de supervisor clínico em prática tutelada em enfermagem, e trata-se de um processo formal de acompanhamento da prática profissional e visa fomentar a tomada de decisão autónoma valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados de enfermagem através de processos de reflexão e análise da prática clínica.

A Estrutura de Idoneidades é constituída por enfermeiros, um coordenador e peritos, cujo trabalho visa a certificação dos contextos de prática clínica. Para que isso aconteça esta equipa analisa os dois processos acima referidos. Por um lado, analisam as candidaturas dos enfermeiros dos contextos candidatos a supervisores, que culmina numa proposta de certificação de competências de supervisor clínico de PTE. Por outro lado, verificam a existência e o cumprimento dos indicadores do referencial de acreditação de idoneidade formativa. Estes indicadores do referencial têm de estar presentes nos contextos de prática clínica e têm de ser observados e/ou verificados no momento da auditoria que a estrutura de idoneidades realiza para reconhecimento e validação dos indicadores para posterior proposta de acreditação.

Este trabalho representa todo o percurso feito pelo Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal Entidade Pública Empresarial (E.P.E.). junto da OE e da Estrutura de Idoneidades para a sua certificação de contexto com idoneidade formativa.

1.MODELO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

O Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) foi sendo estruturado ao longo dos anos e assenta em alicerces delineados pelo Conselho de Enfermagem da OE. Esses alicerces são explanados no Caderno Temático nº1 da OE intitulado “Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências”.

A Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro aprovada na Assembleia da Republica a 23 de Julho de 2009, altera o Estatuto da OE no seu artigo 7º, onde configura um novo Sistema de Certificação de Competências, contemplando um período de Exercício Profissional Tutelado (EPT) para a atribuição do título de Enfermeiro, e a ponderação de um processo para a certificação de competências numa determinada área clínica, para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista, que decorre em iguais contornos num período de prática tutelada, denominada por Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT). Em 16 setembro de 2015 ocorreu nova alteração do estatuto da OE que veio pôr em causa todo este processo mantendo-se o acesso à carreira de enfermagem a ser feito através da licenciatura em enfermagem.

O MDP, a ser aplicado, envolveria um período de Prática Tutelada em Enfermagem (PTE) que compreende dois períodos distintos, que são o EPT e o DPT, para efeitos de atribuição de título de Enfermeiro e de Enfermeiro Especialista respetivamente. Estes dois períodos distintos acontecem num quadro de “Modelo de Supervisão Clínica” num contexto com Idoneidade Formativa Acreditada pela OE, validando as competências e a sua respetiva certificação, para EPT e para DPT.

A implementação do MDP implica a sua conceptualização pelo Conselho de Enfermagem da OE, e nela a sua regulamentarização e a identificação de aspetos de natureza jurisdicional, apresentando o Conselho de Enfermagem as respetivas soluções.

Nestes termos o MDP comporta um período de EPT caracterizando-se este por “um período de indução e transição para a prática profissional suportando a gradual assunção

da responsabilidade e intervenção autónoma, de forma segura para o profissional e para os clientes”, que tem como objetivo “a transição dos licenciados a enfermeiros responsáveis por cuidados gerais” (Caderno Temático OE, janeiro 2010). Por outro lado, o MDP comporta um período de DPT com a finalidade da especialização em enfermagem, sendo este definido como um período de socialização a um novo perfil de competências (Especialista), suportando a gradual assunção da responsabilidade e intervenção autónoma, de forma segura para o profissional e para os clientes.

O MDP nos contextos de EPT e DPT desenvolvem-se de acordo com um Modelo de Supervisão Clínica em contexto de prática clínica, e carece de decorrer num serviço com Idoneidade Formativa reconhecida e acreditada pela OE onde, entre outros critérios, se inclui a existência de supervisores clínicos certificados pela OE.

1.1 IDONEIDADE FORMATIVA

Este conceito surge da necessidade de alicerçar a PTE em locais onde a qualidade destes processos seja garantidos. Desta forma surge a necessidade da acreditação dos contextos de prática clínica pela OE, ou seja, o contexto clínico é acreditado de acordo com o cumprimento de diversos critérios, onde se inclui a existência de um supervisor clínico também ele acreditado pela OE.

As condições de Idoneidade Formativa expressam ambientes favoráveis à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, favoráveis a um harmonioso desenvolvimento profissional, sobreponíveis aos referenciais da profissão. Este processo deve ser potenciador da socialização dos profissionais com o exercício profissional, conducentes a uma cultura de desenvolvimento profissional.

A OE preconiza que para a atribuição de Idoneidade Formativa dos Contextos é importante a construção de um referencial que integre a perspetiva da formação e das aprendizagens em contexto de trabalho. Desta forma devem ser alicerçados os contextos de acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, do Enquadramento Conceptual, e dos Enunciados Descritivos da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Surge com esta base um referencial único e transversal aos contextos para o seu reconhecimento de contexto com Idoneidade Formativa.

O Referencial de Reconhecimento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica organiza-se então em diferentes “Dimensões” e estas em diferentes “Critérios” e estes por sua vez em diferentes “Indicadores”.

É competência do Conselho de Enfermagem proceder à definição dos critérios para a determinação da idoneidade e capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de

saúde, no âmbito do exercício profissional de enfermagem. (Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro).

Os Padrões de Qualidade preconizados pela OE estabelecem os critérios para o reconhecimento da Idoneidade Formativa dos contextos de prática clínica. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem são, portanto, o alicerce para o EPT e/ou o DPT.

A determinação da Idoneidade Formativa dos contextos tem por base um referencial único que tem por ponto de partida os Enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem sendo o enunciado relativo à “organização dos cuidados de enfermagem” o eixo organizador a considerar neste processo de acreditação dos contextos.

Importa salientar que este processo de acreditação se aplica às unidades prestadoras de cuidados e não a departamentos ou instituições, considerando-se a existência de critérios obrigatórios e critérios de excelência. Os critérios são comuns para a verificação da Idoneidade Formativa de todos os contextos, para o EPT e para o DPT pelo que foram aprovados nos termos do decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de setembro sob proposta do Conselho de Enfermagem e do Conselho Diretivo, aprovada em Assembleia Geral que aprovou os regulamentos expostos em Diário da república, 2ª série – Nº 47 – 8 de março de 2011.

1.1.1 Regulamento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica

O regulamento estabelece os princípios, a estrutura e os processos de acreditação da Idoneidade Formativa dos contextos de prática clínica e da certificação de competências do Supervisor Clínico em PTE, no âmbito da certificação de competências da OE, independentemente de se tratar do EPT ou do DPT.

Os contextos de prática clínica necessitam de possuir um conjunto de características favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem assim como à Supervisão Clínica na PTE.

A PTE necessita sempre da verificação da Idoneidade Formativa dos contextos de prática clínica, sendo que a capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde para a PTE traduz-se no número máximo de supervisores que podem frequentar os ciclos formativos de EPT ou de DPT num determinado contexto de prática cuja idoneidade formativa tenha sido acreditada.

Todo este processo estrutura-se numa candidatura, no reconhecimento, na acreditação e na renovação da acreditação, sendo que esta acreditação é da responsabilidade da Estrutura de Idoneidades e da Comissão de Certificação de

Competências de acordo com o regulamento próprio para a acreditação.

A Estrutura de Idoneidades trata-se de uma estrutura profissionalizada da OE, constituída por um Coordenador Nacional da Estrutura, nomeado pelo Conselho Diretivo, sob proposta do Conselho de Enfermagem, e cinco núcleos regionais a funcionar junto das secções regionais. Estes núcleos regionais são compostos por peritos nomeados pelo Conselho Diretivo sob proposta do Conselho de Enfermagem.

Compete à Estrutura de Idoneidades instruir os processos de candidatura à acreditação da Idoneidade Formativa dos contextos de prática clínica para PTE, bem como conduzir o processo de reconhecimento da Idoneidade Formativa. Estes fazem a “Proposta de Acreditação” à Comissão de Certificação de Competências para a Acreditação da Idoneidade Formativa dos contextos de prática clínica.

A Estrutura de Idoneidades instrui o processo de renovação da acreditação da Idoneidade Formativa dos contextos, acompanha os contextos de prática clínica com Acreditação da Idoneidade Formativa, e também verifica as condições para a manutenção da sua Idoneidade.

A esta estrutura compete ainda propor e definir o “Plano Orientador para o desenvolvimento da Idoneidade Formativa”, específico para cada contexto de prática clínica, que não tenha a Idoneidade Formativa acreditada e que o solicite. Esta estrutura assegura também assessoria técnica ao desenvolvimento da Idoneidade Formativa dos contextos de prática clínica.

É-lhe também conferido o poder de instruir os processos de candidatura e de seleção dos candidatos a Supervisores Clínicos de EPT e/ou de DPT. Compete-lhes organizar a formação específica em Supervisão Clínica de PTE e a formação contínua no âmbito da bolsa de supervisores. Estes têm de elaborar e apresentar a proposta de Certificação de Supervisor Clínico de EPT e/ou de DPT à Comissão de Certificação de Competências, emitir os respetivos certificados (EPT e DPT), organizar e gerir a bolsa de supervisores. Podem também ser instrutores dos processos de recertificação de Supervisor Clínico da PTE.

A Estrutura de Idoneidades tem de manter o registo da capacidade formativa para EPT e DPT por área de especialidade atualizado e tem de definir os instrumentos e processos necessários à sua atividade e submetê-los à aprovação da Comissão de Certificação de Competências.

É seu dever prestar todas as informações que lhe sejam solicitadas à Comissão de Certificação de Competências e/ou de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

A candidatura à Acreditação da Idoneidade Formativa dos contextos de prática clínica é um processo que se inicia com a apresentação de um requerimento disponibilizado pela

própria estrutura com a identificação do contexto, de forma singular, ou seja, enquanto unidade de cuidados, e com a identificação da instituição prestadora de cuidados de saúde.

Nesta candidatura tem de se fazer referência aos fins da acreditação, se para EPT e/ou para DPT, sendo que no último caso deve ser referenciada a respetiva área de especialização em enfermagem. Aqui também deve constar a caracterização do contexto de prática clínica no que concerne a cada dimensão e indicadores previstos no “Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica”.

É obrigatório que o formulário de candidatura seja acompanhado da Carta de Motivos, assinada pela chefia de enfermagem do contexto de prática clínica a que se refere a candidatura, e por uma declaração de concordância assinada pelo órgão da instituição prestadora de cuidados de saúde na qual o contexto de prática clínica se integra.

O processo de reconhecimento de Idoneidade Formativa consiste na avaliação e verificação das condições estabelecidas no “Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica” no próprio contexto. É responsabilidade da Estrutura de Idoneidades conduzir as auditorias ao contexto de prática clínica e garantir o cumprimento de todas as formalidades necessárias. Todo este processo finda com o “Relatório de Reconhecimento”. Este relatório deve integrar a “Proposta de Acreditação” e ser enviado à Comissão de Certificação de Competências do Conselho de Enfermagem da OE.

Todo o processo de acreditação compreende a análise da “Proposta da Acreditação” apresentada na Estrutura de Idoneidades. A competência da deliberação de atribuição da acreditação cabe à Comissão de Certificação de Competências do Conselho de Enfermagem da OE, sendo que a deliberação assume a forma de “Acreditação” ou “Não Acreditação”. Esta deliberação de acreditação tem de especificar qual a modalidade de acreditação e no caso do DPT tem de especificar a área ou áreas de especialização em enfermagem.

A acreditação de Idoneidade Formativa configura-se nas modalidades de “Acreditação com critérios obrigatórios” ou na “Acreditação com Critérios de Excelência” em função da natureza dos critérios existentes no contexto candidato.

Caso seja deliberado pela estrutura a “Não Acreditação”, pode a Estrutura de Idoneidades, mediante solicitação do contexto de prática clínica candidato, elaborar e fornecer um “Plano Orientador para o desenvolvimento da Idoneidade Formativa” podendo o mesmo ser utilizado numa eventual acessoria técnica.

A acreditação de Idoneidade Formativa do contexto tem a validade de três anos a contar da data da notificação da deliberação. Cabe ao contexto de prática clínica requerer

à “Comissão de Certificação de Competências” através da Estrutura de Idoneidades a renovação da acreditação durante o terceiro ano de validade, sendo que esta solicitação origina automaticamente um novo processo de reconhecimento.

Durante esse período de três anos caso se verifique alterações das condições do contexto de prática clínica estas devem ser comunicadas, sendo que esta comunicação pressupõe uma auditoria ao contexto, a elaboração de um relatório sendo que o mesmo é submetido à Comissão de Certificação de Competências para efeitos de deliberação sobre a manutenção da acreditação.

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros tem de elaborar e rever o “Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica”, organizando-se em consonância com o enunciado descritivo da “Organização dos Cuidados de Enfermagem” previsto nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela OE.

Todo o referencial de avaliação aplica-se ao reconhecimento da Idoneidade Formativa de todos os contextos de prática clínica independente da sua natureza ser pública ou privada. São **dimensões** deste referencial:

1. o quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem;
2. o sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
3. os sistemas de informação e registos de enfermagem, organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão;
4. a satisfação profissional dos enfermeiros;
5. as dotações seguras em enfermagem;
6. a política de formação contínua de enfermeiros;
7. as metodologias de organização de cuidados de enfermagem.

Os **critérios** do referencial para a PTE implicam:

1. Existência de um enquadramento conceptual de referência para a prática tutelada em enfermagem:
 - Que esse quadro de referência contemple o enquadramento conceptual definido pela OE e considere os enunciados descritivos como indiciadores de prioridades;
 - Que esse quadro de referências plasme o código deontológico dos enfermeiros, incorporando-o no padrão de qualidade do serviço de enfermagem da instituição;
 - Que esse quadro seja enriquecido com o suporte de uma filosofia de cuidar associada a modelos teóricos de enfermagem.

2. Existência de um plano anual de atividades em enfermagem:
 - Participação dos Enfermeiros na elaboração do plano de atividades;
 - Evidência de explicitação de intenções, metas e indicadores relativos a diagnósticos e/ou intervenções dos enfermeiros;
 - Relatórios de atividades disponíveis.
3. Sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros
 - Existência de um sistema/dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (definidos pela OE);
 - Existência de sistemas de avaliação de qualidade institucional: Auditorias ao processo de cuidados de enfermagem, avaliação da satisfação de clientes, e avaliação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem;
 - Existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correção dos desvios, caso se verifiquem;
 - Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto e de uma carta de risco;
 - Existência de sistemas de registo de eventos-sentinela;
 - Existência de procedimentos de segurança documentados e atualizados sobre:
 - Controle e monitorização de infeção associada aos cuidados de saúde;
 - Triagem de resíduos;
 - Existência de instalações adequadas à prática de Cuidados de Enfermagem com qualidade e segurança (espaços, iluminação, limpeza, circuitos de lixo e sujos)
 - Evidência da adequação dos equipamentos e demais recursos materiais às necessidades do Serviço para a prestação de Cuidados de Enfermagem com qualidade e segurança;
 - Evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços:
 - Evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos;
 - Existência de um sistema de gestão de stocks (Farmácia, consumo clínico, roupa, higiene pessoal e limpeza, papelaria, outros).
 - Evidência de proatividade na gestão das reclamações associadas aos

cuidados de enfermagem.

4. Sistema de Informação em Enfermagem, organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão em enfermagem

- Existência de um Sistema de Informação em Enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente:
 - Explicitação do processo de tomada de decisão em todas as suas etapas;
 - Utilização da linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).
- Sistema de Informação em Enfermagem que respeitem os princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais definidos pela OE para a sua certificação;
- Sistema de Informação em Enfermagem que incorporem o resumo mínimo de dados e Core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde (na versão mais atualizada)

5. Satisfação profissional dos enfermeiros

- Existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros;
- Evidência de elevados níveis de satisfação dos enfermeiros;
- Evidência da valorização dos resultados de satisfação dos enfermeiros para efeitos de gestão da qualidade/gestão de Recursos Humanos.

6. Dotações seguras em enfermagem

- É considerado e adequado um número de Enfermeiros às necessidades de cuidados de enfermagem;
 - Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem;
 - Adequação do número de Enfermeiros em função dos resultados da avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.
- Evidência de estabilidade na equipa de enfermagem:
 - Índice de rotatividade anual inferior a 15%
- Existência de um modelo de organização das escalas de trabalho que

cumpra as disposições legais;

- Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE:
 - Que no cálculo de dotações supervisor e supervisionado sejam contabilizados na proporção definida por lei.

7. Política de formação contínua de enfermeiros

- A existência de uma política de formação contínua de enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
- Existência de Enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço em cada unidade:
 - Com competências específicas de formador gestor de formação.
- Existência de um Plano Anual de Formação e relatórios correspondentes:
 - Que vá de encontro às necessidades identificadas nos e pelos enfermeiros;
 - Que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados;
 - Que considere a formação interna do serviço.
- Existência de critérios explícitos para a seleção de Enfermeiros enquanto formadores e enquanto formandos;
- Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos Enfermeiros (ex.: acesso à internet, biblioteca; estudos relevantes e atuais);
- Evidência de parcerias para a formação e investigação em Enfermagem;
- Evidência de participação de Enfermeiros do serviço em projetos/grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a Enfermagem;
- Existência de planos de integração de Enfermeiros no serviço;
- Existência de dispositivos de formação regulares e sistemáticos, promotores de prática reflexiva: “análise das práticas”, “estudos de caso”, “Supervisão Clínica”;
- Evidência de que os Supervisores Clínicos estão inseridos na bolsa de supervisores regional e envolvidos nos processos de formação contínua de supervisores.

8. Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem

- Evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem promotora de qualidade;
- Evidência de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidência científica;
- Opção por métodos de organização do trabalho que assegurem uma

prestação de cuidados global, responsável e segura;

- Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisionado.

A definição dos critérios e dos indicadores para DPT compete ao Conselho de Enfermagem que especifica para cada área de especialização em enfermagem após parecer do respetivo colégio da especialidade. Os critérios e os indicadores de Idoneidade formativa para DPT acrescem aos estabelecidos para EPT.

O referencial de avaliação prevê “Critérios Obrigatórios” para a acreditação dos contextos e “Critérios de Excelência” que elevam as condições de idoneidade formativa dos mesmos.

Este referencial aplica-se de forma progressiva de acordo com três etapas correspondentes a um triénio. Esta aplicação do referencial de avaliação é estabelecida pelo Conselho de Enfermagem sendo que este define as condições de aplicação para cada etapa.

1.2 SUPERVISÃO CLÍNICA DA PRÁTICA TUTELADA EM ENFERMAGEM

A Idoneidade Formativa dos contextos integra um quadro de Modelo de Supervisão Clínica definida pelo Conselho de Enfermagem da OE, sendo que os contextos de PTE integram obrigatoriamente a existência de supervisores certificados pela OE.

O processo de certificação de competências do Supervisor Clínico é da responsabilidade da Comissão de Certificação de Competências do Conselho de Enfermagem sob proposta da Estrutura de Idoneidades. Esta certificação de Supervisor abrange a seleção do candidato segundo critérios de perfil de acordo com o Conselho de Enfermagem e com critérios específicos de acordo com a respetiva área de especialização. Para obter a certificação os candidatos devem possuir formação específica em Supervisão Clínica de PTE. Esta formação específica implica a sua validação por parte destes órgãos.

Em linhas gerais o Supervisor Clínico tem de ser capaz de proporcionar aprendizagens e de promover o desenvolvimento do supervisionado, garantindo uma transição socioprofissional segura. É-lhe delegado ser capaz de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados quer no contexto de EPT ou de DPT, promovendo uma relação de colaboração e de suporte com o supervisionado.

O processo de certificação de supervisor clínico surge com a candidatura espontânea e voluntária do supervisor formalizando-se através de requerimento apresentado junto da Estrutura de Idoneidades. Este formulário de candidatura tem de ser acompanhado por uma carta de motivos e por uma declaração de contagem de tempo profissional especificando os contextos de prática clínica e os períodos de exercício em cada um deles.

Após ter sido feita esta candidatura, compete à Estrutura de Idoneidades da OE fazer a instrução do processo de seleção, organizar a formação específica em supervisão clínica de PTE para os candidatos selecionados, validando a sua competência neste

domínio e elaborar a proposta para a certificação de competências do candidato a supervisor. Este último, após a sua certificação, tem direito a integrar uma bolsa de supervisores clínicos regionais e ao averbamento da certificação na sua cédula profissional com a designação de “Supervisor Clínico de EPT e/ou DPT”.

Esta certificação tem uma validade de seis anos a contar da data da notificação, sendo que no último ano da sua vigência deve ser solicitada por parte do supervisor a sua recertificação. Esta recertificação é feita de acordo com os critérios e procedimentos definidos pelo Conselho de Enfermagem.

Quando termina a validade da certificação ou quando não é renovada a certificação, o Enfermeiro fica impossibilitado de supervisionar a PTE, e é obrigatória a sua saída da bolsa regional de supervisores, sendo que este tem o dever de atualizar o seu averbamento na cédula profissional.

O Regulamento da Idoneidade Formativa dos contextos de prática Clínica foi aprovado na Assembleia Geral da OE em 29 de maio de 2010, e publicado em Diário da República, 2ª série, de 8 de março.

1.2.1 Regulamento de Certificação de Competências do Supervisor Clínico

A OE estabeleceu o Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica onde explana a regulamentação de todo o processo de certificação de competências do Supervisor Clínico para a PTE.

Todo este processo tem por base garantir que estes supervisores apresentam características comuns de acordo com os critérios de perfil definidos pelo Conselho de Enfermagem, e específicos, relativos à respetiva área de especialização em enfermagem, preconizados pelos respetivos colégios de especialidade.

O processo de Certificação do Supervisor Clínico em PTE compreende as seguintes fases:

- a) **Candidatura**, que é feita individualmente e de forma espontânea pelo candidato, sendo feita na plataforma informática da OE e formalizada através de requerimento próprio, sendo necessário ao enfermeiro um exercício profissional contínuo de pelo menos cinco anos no contexto de prática clínica atual. A candidatura deve ser acompanhada por uma “Carta de Motivação”;
- b) **Seriação de candidatos admitidos**, sendo que os critérios de admissão e seriação constam da Matriz de Admissão e Seriação dos Candidatos a Supervisores Clínicos de PTE. Destes critérios resulta uma pontuação que

determina a posição do candidato na bolsa de Candidatos. Esta seriação/ordenação de candidatos é notificada aos mesmos.

- c) **Convocatória para formação específica em Supervisão Clínica de PTE**, que é feita pela Estrutura de Idoneidades segundo critérios estabelecidos pela Comissão de Acreditação e Certificação através de documento próprio, sendo que o candidato se compromete a frequentar a mesma;
- d) **Formação específica em Supervisão Clínica de PTE**, que visa o desenvolvimento de competências no âmbito da Supervisão Clínica propriamente dita, mas sempre considerando os percursos formativos prévios do candidato. A organização da formação específica é da responsabilidade da Estrutura de Idoneidades sendo que a OE pode estabelecer protocolos com instituições de ensino superior em enfermagem. Quando é certificada a formação específica, o candidato passa a integrar a Bolsa Regional de Supervisores Clínicos de PTE da região correspondente ao seu domicílio profissional e aguarda a convocatória para a primeira experiência como Supervisor Clínico de PTE;
- e) **Primeira experiência de PTE**, que se desenvolve após a aceitação da respetiva convocatória por parte do candidato e visa a consolidação e desenvolvimento das competências de Supervisor Clínico de PTE bem como a sua validação. Durante este processo existe um acompanhamento de proximidade entre um Supervisor Clínico de PTE certificado em articulação com a Estrutura de Idoneidades. Esta a primeira experiência de Supervisor Clínico de PTE culmina com a validação de competências do domínio da supervisão clínica de PTE;
- f) **Validação de competências de supervisor clínico de PTE**, sendo que desta validação fazem parte a análise dos instrumentos definidos para a primeira experiência de Supervisor Clínico de PTE, e análise do relatório a elaborar pelo Supervisor Clínico de PTE, certificado por quem acompanha o candidato durante a primeira experiência como Supervisor Clínico de PTE. Ao disposto, e para o DPT, acresce ainda a realização de uma entrevista ao candidato com pelo menos um representante do colégio da especialidade e um membro da Estrutura de Idoneidades;
- g) **Certificação de competências de Supervisor Clínico de PTE**, sendo que a Estrutura de Idoneidades executa a decisão da Comissão de Acreditação e Certificação sob proposta da Estrutura de Idoneidades. Caso o parecer seja desfavorável a Estrutura de Idoneidades organiza uma reunião conjunta com o candidato para definição da sua situação, caso seja favorável é despoletado o processo de averbamento da Certificação de Supervisor na cédula profissional, sendo esta válida por seis anos;

- h) **Recertificação de competências de supervisor Clínico de PTE**, este processo é também feito através da plataforma eletrónica, em formulário próprio. Para ele ser conduzido é necessário ter pelo menos um ano de experiência de supervisão nos últimos seis anos sem registos de ocorrências negativas, e ter participado na formação contínua no âmbito da Bolsa Regional de Supervisores Clínicos de PTE. A Estrutura de Idoneidades elabora uma proposta de recertificação de competências do supervisor Clínico de PTE e submete-a à deliberação da Comissão de Acreditação e Certificação.

2. HOSPITAL DE SÃO BERNARDO - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) trata-se de uma Entidade Pública Empresarial constituída pelo Hospital de São Bernardo (HSB) e pelo Hospital Ortopédico Sant'ago do Outão (HOSO) situado no Distrito de Setúbal, Concelho de Setúbal.

O CHS reconhece como princípio determinante para a qualidade dos Cuidados de Enfermagem a adoção de todos os documentos legislativos e padrões orientadores do exercício profissional realçando o respeito pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e pelo princípio integrante do Código Deontológico do Enfermeiro, espelhando isso na sua postura e numa atitude de compromisso na proteção e defesa da pessoa.

O trabalho desenvolvido na instituição é baseado em parcerias e numa gestão participada que resulta na excelência do exercício profissional dos enfermeiros do CHS acrescentando valor quando se alcançam ganhos em saúde e com a promoção da visibilidade da Enfermagem junto da população e dos órgãos decisores.

A Direção de Enfermagem (DE) assegura a concretização de um percurso de excelência no qual todos os enfermeiros desenvolvem competências num espaço reflexivo sobre as práticas e propício a uma prática cuidativa existindo um compromisso ao nível das dotações seguras, práticas seguras, ambientes seguros e conhecimentos seguros.

A DE define como objetivos principais para a atividade de Enfermagem no CHS:

- Prestar Cuidados de Enfermagem individualizados, globais, culturalmente sensíveis, de qualidade, eficazes e eficientes, ajudando a pessoa/família a transitar nos processos de vida;
- Promover um ambiente humanizado, onde o ato de cuidar se encontra alicerçado na dignificação dos valores e direitos humanos;
- Desenvolver e consolidar uma prática clínica assente numa metodologia de trabalho e suportada por instrumentos orientadores de boas práticas;

- Valorizar a continuidade de cuidados a partir da sistematização dos registos e da passagem de informação e do fortalecimento da comunicação intra e interinstitucional;
- Reconhecer a reflexão crítica, a comunicação eficaz, a supervisão clínica, a avaliação de desempenho e a formação contínua e em serviço enquanto promotores de desenvolvimento pessoal e profissional;
- Colaborar em atividades de ensino pré e pós-graduado, nomeadamente orientação de estudantes;
- Fomentar e colaborar em projetos de investigação na sua área de intervenção. Na prossecução destes objetivos são definidas as seguintes estratégias:
- A definição de indicadores do grupo profissional de enfermagem;
- A otimização das tecnologias de informação no apoio à tomada de decisão clínica em enfermagem e nos registos de enfermagem;
- A promoção das condições para a implementação do Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem;
- A continuidade do Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, pela dinamização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, a nível institucional e por serviço, baseados na definição e monitorização de indicadores de enfermagem, ao nível de estrutura, processo e resultado;
- A implementação e consolidação do uso de orientações de boas práticas nos cuidados de enfermagem, facilitando o *benchmarking* e promovendo a qualidade dos cuidados;
- A promoção dos processos de acolhimento institucional e integração de novos enfermeiros;
- A promoção da comunicação eficaz e da liderança em enfermagem;
- A valorização da avaliação de desempenho e a satisfação dos enfermeiros em relação à sua prática profissional;
- A valorização da formação contínua e em serviço, enquanto promotoras do desenvolvimento pessoal e profissional;
- A colaboração no ensino pré e pós-graduado, alicerçado em parcerias com instituições de ensino;
- O incentivo à investigação em enfermagem;
- A valorização dos registos de enfermagem e da passagem de informação;
- A defesa do desenvolvimento de competências em supervisão clínica de enfermagem;

- O incentivo à apropriação dos conceitos “supervisão clínica” e “supervisor” em contextos tão variados como: Programa de integração de novos profissionais, na partilha de boas práticas em supervisão clínica e na avaliação de desempenho;
- O reconhecimento da metodologia de avaliação de desempenho enquanto promotora da comunicação, da objetividade da avaliação, da identificação de necessidades de formação e do incremento das relações interpessoais.

Face ao exposto o CHS tem como visão ser reconhecido como Hospital de referência. O Serviço de Medicina Interna é um serviço central num Hospital Geral como é o caso do CHS, sendo esta uma especialidade vital para o Centro Hospitalar.

Este serviço trata-se de uma unidade com meios físicos e técnicos, constituído por uma equipa pluridisciplinar de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos. A sua missão assenta na “Promoção da Saúde na comunidade, prestando cuidados de saúde diferenciados com respeito pela dignidade dos doentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.”

O Serviço de Medicina Interna do CHS, está localizado no Hospital de São Bernardo e faz parte do Departamento de Medicina. É constituído por quatro unidades funcionais: a Unidade Silva Duarte, a Unidade Fonseca Ferreira, a Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM I) e um Hospital de Dia. Coordena ainda o Grupo de Apoio de Medicina Interna no Hospital de Sant’Iago do Outão, assim como a Unidade de Cuidados Intermédios naquele Hospital (UCIM II-HOSO).

Fisicamente distribui-se pelos 3º e 4º pisos da ala nascente do Hospital de São Bernardo, que sofreram obras de beneficiação recentes, ficando com capacidade de internamento de 23 camas em cada piso, das quais quatro em quartos individuais, a que se somam sete camas de cuidados intermédios, perfazendo um total de 51 camas, com boas condições de hotelaria para os utentes e de trabalho dos profissionais. Dispõe ainda de área técnica, salas de trabalho e de reuniões, além de refeitórios em ambos os pisos. O Hospital de dia de Medicina recebe doentes de ambulatório com capacidade para ficarem alocados em 6 cadeirões e 2 macas. Dispõe de 2 gabinetes médicos e de um secretariado próprio à semelhança de cada piso do internamento.

No desenvolvimento da sua atividade, o Serviço de Medicina Interna rege-se, tal como o CHS onde se insere, pelo desenvolvimento da sua atividade segundo os seguintes princípios:

- Humanização
- Respeito pela confidencialidade e dignidade individual de cada doente

- Promoção da Saúde na comunidade
- Atualização face aos avanços da investigação e da ciência
- Excelência técnico-profissional
- Ética profissional
- Promoção da multidisciplinaridade
- Respeito pelo Ambiente

O Serviço de Medicina Interna pretende prestar cuidados clínicos e de enfermagem diferenciados na busca do diagnóstico, no tratamento do doente e na prevenção da agudização de situações crónicas.

São aspetos fundamentais desta atividade:

- Aproximar os cuidados prestados pelo Serviço às necessidades da população que serve;
- Implementar ações de organização que aumentem a possibilidade de acesso atempado a cuidados de qualidade, humanizados e diferenciados;
- Prestação de cuidados de saúde em ambulatório como forma alternativa e complementar do internamento – consulta externa, hospital de dia, cuidados continuados e cuidados paliativos;
- Formação científica como meio de implementar a cultura institucional, assente num processo de valorização contínua dos seus profissionais/colaboradores;
- Fomentar a colaboração com todos os outros serviços de ação médica do CHS;
- Promover uma eficaz comunicação e articulação com os cuidados de saúde primários e outras unidades de saúde exteriores;
- Racionalizar e maximizar a utilização dos recursos existentes, simplificando os procedimentos administrativos e melhorando os circuitos internos e externos de funcionamento;
- Promover níveis acrescidos de realização e satisfação dos profissionais, através de uma adequada racionalização das tarefas, melhoria da acessibilidade dos utentes e eficácia dos serviços;
- Implementar estratégias que visem promover a melhoria sistemática da qualidade dos cuidados prestados e avaliação regular das mesmas;

O Diretor de Serviço é nomeado pelo Conselho de Administração do CHS, sob proposta da Direção Clínica. É da sua competência as tarefas definidas no artigo 16º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Setúbal, assim como as nomeações dos Coordenadores das diversas unidades funcionais do Serviço de Medicina Interna e dos responsáveis da Consulta Externa, da Formação e dos Grupos de Trabalho constituídos pela sua diferenciação em áreas específicas.

O Enfermeiro Chefe atua funcionalmente e em parceria com o Diretor de Serviço na resolução de todos os assuntos de gestão operacional e estratégica do Serviço, e ainda nas situações que impliquem a coordenação intersectorial para a concretização dos objetivos estratégicos definidos no Plano do Serviço.

O Serviço dispõe de um quadro de profissionais adequado às atividades de todos os sectores – médico, enfermagem, assistentes operacionais e assistentes técnicos, que asseguram a sua atividade permanente, 24h por dia, de acordo com os respetivos conteúdos funcionais, já regulamentados.

Para todos é exigido:

- O conhecimento e cumprimento do Regulamento Interno do CHS, EPE e do Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna;
- Obrigação de segredo profissional no exercício das suas funções;
- A garantia da qualidade no acolhimento, atendimento e prestação de cuidados de saúde a todos os utentes;
- O respeito pelo utente e familiares e a garantia pela sua comodidade e bem-estar no espaço físico do Serviço;
- A obrigatoriedade de racionalizar e maximizar a utilização dos recursos existentes, simplificando os procedimentos administrativos e melhorando os circuitos internos de funcionamento.

Todos os profissionais admitidos no Serviço estão obrigados ao cumprimento do Plano de Integração de acordo com o modelo definido.

É constituído pelos Enfermeiros Chefes, Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros Graduados e Enfermeiros que integram as equipas de trabalho das diferentes unidades funcionais.

- Compete ao Enfermeiro Chefe o cumprimento integral do conteúdo funcional descrito no art.8º do D.L. nº 437/91 de 8 de novembro, com a nova redação dada pelo D.L. nº 412/98 de 30 de dezembro, as funções descritas no art.º 18º do Regulamento Interno do CHS e ainda as que integram o documento anexo-Descrição de Funções dos Enfermeiros no Serviço de Medicina Interna.
- Ao Enfermeiro Especialista e ao Enfermeiro de Cuidados Gerais compete o cumprimento das funções descritas no mesmo documento, em anexo.

O Pessoal de Enfermagem pode pontualmente integrar grupos de alunos de Enfermagem, a quem compete o cumprimento de um conjunto de ações que concorrem para a satisfação de objetivos académicos impostos pelas Escolas Superiores de

Enfermagem, que se centram na aquisição de saberes e competências no domínio da prática clínica, formação e gestão de cuidados de enfermagem sob responsabilidade do Orientador/Tutor e/ou Professor.

Consideram-se importantes para a manutenção e melhoria da Qualidade da atividade do Serviço de Medicina Interna, as seguintes atividades:

- Reuniões gerais do Serviço;
- Visita e reuniões clínicas;
- Concretização dos Planos de Formação definidos anualmente para o Serviço, como consta do Plano de Ação;
- Colaboração na formação de outros profissionais do CHS;
- Manutenção e desenvolvimento dos protocolos de parceria com os estabelecimentos de Ensino Superior;
- Elaboração e publicação de trabalhos científicos.

O Serviço de Medicina Interna está empenhado na melhoria contínua da qualidade adotando os seguintes objetivos e indicadores:

- Otimização na resolução dos “casos sociais”, reduzindo as sinalizações tardias ao Serviço Social e monitorizando a taxa de sinalização nos primeiros três dias de internamento;
- Cumprir o Plano de Formação Global para todos os profissionais, avaliando continuamente a taxa de adesão às ações formativas;
- Rever e elaborar procedimentos e protocolos de terapêutica e boas práticas;
- Taxa de incidência de infeção nosocomial;
- Promover a vigilância epidemiológica de agentes infecciosos multirresistentes – taxa de registo;
- Consulta de Medicina Interna - Auditoria aos processos clínicos de óbito – taxa de processos revistos;
- Garantir o registo de quedas, úlceras de pressão e imobilizações físicas;
- Avaliar o índice de satisfação dos utentes no internamento – inquérito de satisfação;
- Implementação do projeto “Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”;
- Redução do número de transfusões em Hospital de Dia – nº de transfusões/ano;
- Implementação do cartão/guia do utente em Hospital de Dia;
- Avaliar a satisfação dos utentes do Hospital de Dia – inquérito de satisfação;
- Alargar a referenciação para ensino de doentes diabéticos – número de doentes admitidos para ensino/ano;
- Reduzir as transferências de doentes para o Serviço de Urgência – taxa de doentes

transferidos;

- Monitorizar os índices de gravidade nos doentes com mais de 24 horas na UCIM;
- Monitorizar a carga de trabalho de enfermagem;
- Rever procedimentos de boas práticas nos cuidados ao doente crítico – taxa de revisão de procedimentos.
- Mortalidade no Serviço de Medicina Interna;
- Tempo médio de internamento;
- Taxa de reinternamentos às 72 horas;
- Incidência de complicações iatrogénicas.

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO - PROCESSO DE CANDIDATURA DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA A SERVIÇO COM IDONEIDADE FORMATIVA

Durante o período de estágio integrado no plano de estudos do II Curso de Mestrado em Enfermagem, ramo da Gestão de Unidades de Saúde, foram diversas as atividades desenvolvidas que culminaram na acreditação do serviço de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo como serviço com Idoneidade Formativa com critérios de excelência. Estas atividades foram dinamizadas por mim e pela minha chefia de enfermagem na figura da Sr.^a Enf.^a Violante Nunes.

Durante este período analisámos as diretrizes que a OE preconizava quanto ao processo de candidatura e formalização da mesma. Posto este processo, e uma vez verificados os requisitos, foi tempo de reunir a documentação necessária para avançar com o processo visando a acreditação do serviço de medicina para a PTE.

A Idoneidade Formativa dos contextos necessita de um alicerce que assente na construção de um referencial que integre a perspetiva da formação e das aprendizagens em contexto de trabalho. Desta forma, a base traduz-se num referencial único e transversal aos contextos de prática clínica para o reconhecimento de Idoneidade Formativa. Este referencial assenta em consonância com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem preconizados pela OE.

A regulamentação deste referencial traduz-se no decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril alterado e republicado pela lei nº111/2009 de 16 de setembro. Esta regulamentação não se encontra atualmente em vigor, mas resulta de um trabalho intenso desenvolvido pela OE tendo em vista a sua plena aplicação prática.

O referencial para o reconhecimento da Idoneidade Formativa dos contextos de prática clínica organiza-se em diferentes **Dimensões** e estas por sua vez em **Crítérios** e estes últimos, em diferentes **Indicadores**.

O Exercício Profissional de Enfermagem necessita de ser assente num quadro de

referência que contemple o enquadramento conceptual definido pela OE, e tem de considerar os enunciados descritivos como indicadores de prioridade. Esse quadro de referências deve refletir o código deontológico dos enfermeiros, incorporando-o nos padrões de qualidade do serviço de enfermagem da instituição e que esse quadro seja enriquecido com o suporte de uma filosofia de cuidar associada a modelos teóricos de enfermagem.

Todo o trabalho desenvolvido durante o período de estágio relacionou-se com o processo de candidatura do Serviço de Medicina Interna a serviço com Idoneidade Formativa. Esse processo passou num primeiro momento pela verificação informal da reunião de condições do serviço para que tal processo pudesse seguir os seus trâmites formais.

Após proposta à chefia do Serviço de Medicina Interna e à DE do CHS procedeu-se às diligências necessárias para a candidatura do mesmo, sendo elas a Carta de Motivos e a Declaração de Concordância da Direção de Enfermagem do CHS, EPE à Candidatura do Serviço de Medicina Interna para Acreditação de Contexto com Idoneidade Formativa.

Concretizada esta primeira etapa formal fomos verificar o cumprimento do Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica por parte do Serviço de Medicina Interna.

O Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem preconiza os seguintes critérios e indicadores para a **Dimensão I**:

- ✓ Existência de um enquadramento conceptual de referência para o Exercício Profissional da Enfermagem, com os seguintes indicadores:
 - Que o quadro de referências contemple os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos.
 - Que o quadro de referências plasme o código deontológico dos enfermeiros
 - Que o quadro seja enriquecido com o suporte de uma filosofia de cuidar associada a modelos teóricos de enfermagem.
- ✓ Existência de um Plano Anual de Atividades em Enfermagem:
 - Participação dos Enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de atividades;
 - Evidência de explicitação de intensões, metas e indicadores relativos a diagnósticos e ou intervenções dos enfermeiros;
 - Relatórios de atividades disponíveis.

Reunimos a documentação necessária para atingir os requisitos solicitados para a

Dimensão I que remetem para o Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem por parte do serviço inerente, cujo critério defende a existência de um enquadramento conceptual de referência para o Exercício Profissional da Enfermagem cujo indicador contempla que nele estejam intrínsecos os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos. Este critério é atingido pela norma que se encontra disponível no anexo I do presente trabalho, onde é explanada a política preconizada pelo CHS para todos os Enfermeiros a exercer funções no mesmo.

Neste documento é descrito de forma detalhada as estratégias para atingir as políticas preconizadas. Com a aplicação desta norma são atingidos os objetivos que se prendem com os indicadores da primeira dimensão que nos remetem para o quadro de referências que contempla o enquadramento conceptual, os enunciados descritivos, o código deontológico e a filosofia do cuidar associada a um modelo teórico de enfermagem, que no caso do serviço de medicina interna utiliza a linguagem CIPE.

Ainda na nossa atividade de verificação informal da existência no serviço de elementos que vão ao encontro com os preconizados na **Dimensão I**, no que respeita ao critério que contempla a existência de um plano anual de atividades em enfermagem, com indicadores em que os enfermeiros participem na elaboração desse mesmo plano, explicitando as suas intenções, metas e indicadores relativos a diagnósticos/necessidades de intervenção dos enfermeiros no serviço, bem como a elaboração e apresentação do mesmo relatório dessas mesmas atividades, o mesmo foi atingido com a criação de grupos de trabalho e conseqüente elaboração de projetos de intervenção.

Estes grupos de trabalho, onde me incluo, deram um importante contributo ao serviço pois dinamizaram projetos de grande importância para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Foram constituídos 6 grupos de trabalho que desenvolveram os seguintes projetos:

- Adesão ao regime terapêutico na pessoa com diabetes;
- Vigilância ativa no controlo do MRSA (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*);
- Formar para reabilitar;
- A dor – registar para melhorar;
- Prevenção de quedas no utente internado;
- Úlceras por pressão pela segurança dos clientes.

Estes projetos encontram-se a ser desenvolvidos e podem ser consultados no anexo VII, onde estão especificados as metas e os indicadores relativos aos mesmos.

A criação e dinamização destes grupos de trabalho foram um aspeto fulcral no desenvolvimento do presente trabalho pois trouxeram mais valias importantes para o

serviço, não só para a obtenção desta certificação, mas como meio de fortalecimento da equipa, da sua afirmação na instituição, da visibilidade dos cuidados de enfermagem e como “pedra inicial” para a aplicação do novo modelo de avaliação de desempenho, o SIADAP (Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho de Administração Pública). Este foi, talvez, o cunho pessoal mais importante de todo este trabalho.

Concluimos de forma informal que o serviço reunia condições para atingir os critérios solicitados para a **Dimensão I**. Avançámos com a mesma intenção para a **Dimensão II**.

O Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem preconiza os seguintes critérios e indicadores para a **Dimensão II**, que nos remete para o sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros:

- ✓ Existência de dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;
 - Formação realizada a pelo menos 75% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;
 - Evidência de designação de elemento dinamizador dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;
 - Em curso, pelo menos um projeto de melhoria dos cuidados de enfermagem.
- ✓ Existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correção dos desvios, caso se verifiquem.
 - Existência de sistemas de registo de eventos-sentinela;
 - Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional (Normas ISO; Joint Commission; King’s Found);
 - Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto e de uma carta de risco clínico e ambiental;
 - Evidência de proatividade na gestão das reclamações associadas aos cuidados de enfermagem.
- ✓ Existência de procedimentos de segurança documentados e atualizados.
 - Controle e monitorização de infeção associada aos cuidados de saúde;
 - Triagem de resíduos;
 - Manutenção preventiva (sistema elétrico; água; saneamento, elevadores, estrutura do edifício);
 - Armazenamento dos stocks.

A **Dimensão II** remete-nos para o sistema de melhoria contínua da qualidade do

exercício profissional cuja dimensão tem como critério a existência de dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Este critério tem por indicadores formação realizada a pelo menos 75% dos enfermeiros relativa aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem sendo que esta formação foi conduzida pela Sr.^a Enf.^a Chefe Violante Nunes, que é elemento dinamizador dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE. Também este critério tem por indicador a existência de pelo menos um projeto de melhoria dos cuidados de enfermagem sendo que tal como foi explanado na **Dimensão II** existem 6 projetos de melhoria em curso.

Ainda na **Dimensão II** verifica-se o critério de existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correção dos desvios caso se verifiquem. Este critério tem por indicadores a existência de sistema de registo de eventos-sentinelas, a existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional (Normas ISO; Joint Commission; King's Found), a existência de um responsável pela gestão do risco no contexto clínico e de uma carta de risco clínico e ambiental, a evidência de proatividade na gestão das reclamações associadas aos cuidados de enfermagem. Todos estes indicadores deste critério podem ser verificados no anexo II sendo que o Centro Hospitalar foi acreditado em 17 de abril de 2013 pelo CHKS-Healthcare Accreditation and Quality Unit.

Ainda nesta dimensão o critério que contempla a existência de procedimentos de segurança documentados e atualizados que incluem o controlo e monitorização de infeção associada aos cuidados de saúde, triagem de resíduos, manutenção preventiva e armazenamento dos stocks pode verificar-se que é cumprida pela existência e cumprimento do anexo II. O serviço de Medicina Interna articula-se com os serviços farmacêuticos e de aprovisionamento *on-line* sendo que todo este material é acondicionado em local próprio e está implementado o sistema de *picking* para o mesmo. A **Dimensão II** encontra-se cumprida pelo serviço de Medicina Interna justificada pelo anexo II.

O Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem preconiza os seguintes critérios e indicadores para a **Dimensão III**, que nos remete para o Sistema de Informação em Enfermagem organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão, que contempla os seguintes critérios e indicadores:

- ✓ Existência de um Sistema de Informação em Enfermagem;
 - Que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;

- Que explicita o processo de tomada de decisão;
- ✓ Que utilize linguagem classificada – CIPE
- ✓ Sistema de Informação em Enfermagem de acordo com as diretrizes da OE para a sua certificação.
 - Que respeitem os princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos-funcionais.
 - Que incorporem o resumo mínimo de dados e Core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde (na versão mais atualizada)

No Serviço de Medicina Interna a Dimensão III é satisfeita pela existência do suporte informático *SClinic* de acordo com a linguagem CIPE, que é reconhecida por todos os enfermeiros detendo estes profissionais formação na aplicação informática. Tal como nas outras dimensões esta é suportada por documentos que se encontram disponíveis no anexo III, estando satisfeita esta dimensão.

O Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem preconiza os seguintes critérios e indicadores para a **Dimensão IV**, que nos remete para a Satisfação Profissional dos Enfermeiros, que contempla os seguintes critérios e indicadores:

- ✓ Existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros;
 - Estabelecida forma regular de avaliação da satisfação dos enfermeiros;
 - Evidência de elevados níveis de satisfação dos enfermeiros;
- ✓ Evidência da valorização dos resultados de satisfação dos enfermeiros.
 - Evidência de medidas ou estratégias resultantes da avaliação para efeitos de gestão da qualidade/gestão de Recursos Humanos.

A satisfação profissional dos enfermeiros remete-nos para a **Dimensão IV** que contempla como critério a existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros. O CHS aplica, anualmente um inquérito satisfação profissional fazendo posteriormente a análise dos dados. A instituição apresenta políticas conducentes à gestão de recursos humanos que se encontram disponíveis no anexo IV.

O Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem preconiza os seguintes critérios e indicadores para a **Dimensão V**, que nos remete para as Dotações Seguras em enfermagem que contempla os seguintes critérios e indicadores:

- ✓ Adequação do número de Enfermeiros às necessidades de cuidados de enfermagem;
 - Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem;
 - Adequação do número de Enfermeiros em função dos resultados da avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.
- ✓ Evidência de estabilidade na equipa de enfermagem;
 - Índice de rotatividade anual inferior a 15%.
- ✓ Escalas de trabalho adequadas;
 - Existência de um modelo de organização das escalas de trabalho que cumpra as disposições legais.
- ✓ Ter recursos humanos para PTE;
 - Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE;
 - Respeito pelo rácio supervisor supervisionado - número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica.

A **Dimensão V** considera as dotações seguras em enfermagem. Aqui, nesta tão importante dimensão, encontra-se disponível no anexo V o cálculo para as dotações seguras no serviço de Medicina Interna, bem como o regulamento dos horários, e os horários respetivos referentes às 4 valências deste serviço, com as escalas de trabalho. Reúne-se a adequação do número de enfermeiros face às necessidades de cuidados de enfermagem no serviço com evidência de estabilidade da equipa com um índice de rotatividade inferior a 15% ao ano, tal como preconiza a estrutura de idoneidades no critério de estabilidade na equipa inserido nesta dimensão.

Assume-se também o compromisso de honra pela chefia do serviço à Estrutura de Idoneidades da manutenção do rácio.

Ainda nesta dimensão é preconizado que o serviço detenha recursos humanos para a

Prática Tutelada em Enfermagem na figura de pelo menos 2 Supervisores Clínicos certificados pela OE com respeito ao rácio “um supervisor/um supervisionado”. Tal situação é verificada por 3 enfermeiros, sendo eu uma das enfermeiras que se candidatou a supervisora clínica, encontrando-se outros 3 em fase de conclusão do processo. Verificamos, portanto, de forma informal que estavam reunidas as condições para atingir os requisitos desta dimensão.

O Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem preconiza os seguintes critérios e indicadores para a **Dimensão VI**, que nos remete para a Política de formação contínua de enfermeiros, que contempla os seguintes critérios e indicadores:

- ✓ Existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade;
 - Existência de Enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço;
 - Existência de um Plano Anual de Formação que vá de encontro das necessidades identificadas nos e pelos enfermeiros;
 - Existência de Relatório de Formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados;
 - Existência de critérios explícitos para a seleção de Enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente);
 - Evidência de participação de Enfermeiros do serviço em projetos/grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a Enfermagem;
 - Existência de dispositivos de formação promotores de prática reflexiva regulares e sistemáticos: “análise das práticas”; “estudos de caso”; “Supervisão Clínica”;
 - Evidência de que os Supervisores Clínicos estão inseridos na bolsa de supervisores regional e envolvidos nos processos de formação contínua de supervisores.
- ✓ Existência de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço;
 - Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos Enfermeiros (ex.: acesso à internet, biblioteca; estudos relevantes e atuais);
 - Evidência de parcerias para a formação e investigação em Enfermagem;

➤ Existência de planos de integração de Enfermeiros no serviço.

O enfoque desta Dimensão prende-se com a existência de práticas de formação contínua promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade. Assume como critério a existência de um enfermeiro responsável pela coordenação da formação em serviço que no caso do serviço de Medicina Interna é assegurado pela Sr.^a Enf.^a Susana Ribeiro, enfermeira especialista em reabilitação. Ainda neste critério prevê-se a existência de um plano anual de formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros. Tal é exposto no anexo VI com o documento onde é apresentado um diagnóstico de necessidades formativas em enfermagem de 2015. Também neste anexo é apresentado as políticas de formação da instituição.

Neste critério existe como indicador a evidência de participação de enfermeiros do serviço em grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a enfermagem, e aqui mais uma vez saliento os grupos de trabalho que se encontram a desenvolver as atividades referidas na **Dimensão I**, anexo VII, que são de considerada relevância para o serviço, e para a prestação de cuidados.

A evidência de supervisores clínicos inseridos na bolsa regional de supervisores e que os mesmos se encontram envolvidos no processo de formação contínua de supervisores, encontra-se a aguardar as indicações e orientações da OE.

Ainda nesta dimensão preconiza-se a existência de meios de recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço, aqui assume-se como indicador a existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros sendo que se verifica no serviço de Medicina Interna o fácil acesso à internet, e a possibilidade de consulta na biblioteca do centro hospitalar.

O serviço de Medicina Interna apresenta um plano de integração de enfermeiros tal como é solicitado num dos indicadores desta dimensão.

Verificámos de forma informal que o serviço reunia os requisitos para esta dimensão.

O Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem preconiza os seguintes critérios e indicadores para a **Dimensão VII**, que nos remete para as Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem, que contempla os seguintes critérios e indicadores:

- ✓ Evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de Enfermagem promotora de qualidade;
 - Evidência de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem;

- Opção por métodos de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura;
- Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisionado.

A **Dimensão VII** preconiza a existência de metodologias de organização de cuidados de enfermagem promotoras de qualidade de acordo com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade da OE, tendo por indicadores também a aplicação de métodos de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados segura, e que o método aplicado permita a proximidade da relação de cooperação entre supervisor e supervisionado. Neste sentido são apresentados no anexo VII o mapa diário de distribuição de trabalho de enfermagem, o procedimento para a distribuição desse mesmo trabalho, e a descrição de funções dos enfermeiros no Serviço de Medicina Interna.

Após esta verificação informal do cumprimento dos requisitos para as dimensões preconizadas, reunimos os documentos e procedemos para o avanço formal da candidatura.

Procedeu-se ao contacto formal com a Estrutura de Idoneidades através da plataforma *On Line*. Formalizou-se a candidatura.

Oficializada a candidatura a Estrutura de Idoneidades procedeu a uma auditoria ao contexto, na figura de dois Enfermeiros, sendo um deles o perito da Estrutura de Idoneidades e gestor do processo, e o outro perito da Estrutura de Idoneidades. Esta equipa procedeu a uma auditoria do Serviço de Medicina Interna, verificou as condições físicas e as questões burocráticas do processo, para a avaliação das condições preconizadas no Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Esta equipa permaneceu cerca de 8 horas no serviço para proceder à verificação/avaliação do contexto.

Posteriormente a Estrutura de Idoneidades elaborou um relatório de reconhecimento de Idoneidade Formativa do contexto e propôs a sua acreditação, sendo que esta foi deliberada a 13 de julho de 2015 pela Estrutura de IdoneidadesI, reunindo o Serviço de Medicina Interna critérios de excelência para a PTE, anexo VIII.

4. CONCLUSÃO

O presente trabalho representa as atividades desenvolvidas durante o estágio integrado no II Curso de Mestrado em Enfermagem, ramo da Gestão das Unidades de Saúde. Com a elaboração do mesmo foi possível atingir o objetivo inicial que se prendia com a obtenção de Acreditação de Idoneidade Formativa do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal, para o EPT em Enfermagem, que se verificou em 13 de julho de 2015 com critérios de excelência pela OE.

Importa destacar que para a obtenção desta certificação foi realizado um trabalho de campo que importa enaltecer. Para que tal certificação fosse possível a OE verificou a existência e o cumprimento dos requisitos anteriormente descritos o que coloca o Serviço de Medicina Interna na linha da frente no que respeita ao cumprimento dos padrões de qualidade preconizados pela OE.

Para se chegar até aqui não bastou a verificação *per si* dos requisitos, houve um trabalho de campo que se realizou para que os mesmos fossem cumpridos, foi o caso da formação de grupos de trabalho que foram criados para se desenvolverem atividades face a problemas identificados na prestação de cuidados de enfermagem no Serviço de Medicina Interna. A dinamização destes grupos de trabalho também ajudou a envolver todos os enfermeiros do serviço neste processo de certificação, o que é importante no processo de gestão de um serviço, quer a nível da gestão de recursos humanos, quer a nível do cumprimento das orientações preconizadas pela OE. Deu-se assim importância às relações interpessoais no serviço e fomentou-se a relevância dos cuidados de enfermagem na classe profissional e no espelhar do seu trabalho diário aos demais profissionais na instituição, pois os mesmos trabalhos desenvolvidos foram apresentados nas últimas jornadas de Medicina Interna no CHS.

Ainda no seguimento deste processo foi necessário reunir a documentação obrigatória para este pedido de certificação ter início, desde o pedido inicial à administração hospitalar do CHS, como à reunião e elaboração de normas do serviço e/ou

institucionais, algumas já existentes, outras a necessitarem de serem revistas/retificadas, e outras ainda com necessidade de serem criadas e implementadas na instituição.

Como aspeto negativo na realização deste trabalho importa referir a demora na sua redação o que se prendeu com motivos pessoais. Dessa demora resultou um problema de *timing* que se prendeu com uma alteração à lei e que suspende a implementação do EPT. De qualquer das formas este trabalho existe e importa exhibir todo o trabalho desenvolvido no serviço até à sua certificação pela OE. Se a qualquer momento for retomado o MDP o Serviço de Medicina Interna já deu os primeiros passos como espelha este trabalho.

A implementação do MDP, na nossa reflexão, apresenta aspetos positivos e negativos que importam expor. Por um lado, o EPT fomenta um crescimento profissional quebrando o abismo entre num dia ser-se estudante e no outro ser-se profissional em funções. O exercício profissional permite ao licenciado em enfermagem um período de amadurecimento profissional fomentando a tomada de decisão e o estabelecimento gradual na profissão, sob um olhar atento de retaguarda de um enfermeiro supervisor, também ele devidamente certificado pela OE. Pode sem dúvida este período ser facilitador e promotor da tomada de decisão autónoma valorizando a segurança dos cuidados de enfermagem.

Este período também pode proporcionar processos de reflexão e análise da prática clínica sendo por isso um período de amadurecimento profissional *per si* e indutor da prática profissional segura e responsável.

A verificação *in loco* e a certificação das unidades de saúde com Idoneidade Formativa também permite à OE ter um conhecimento real das condições de trabalho e permite que estas unidades se rejam pelas diretrizes dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem por esta preconizados.

Como aspetos negativos do MDP no que respeita ao EPT, salientamos o facto deste período atrasar o ingresso na profissão, e o facto de que quem não o realizar ficar impossibilitado do exercício profissional em Portugal o que podemos incorrer no risco de formar profissionais para a emigração, sendo que esta é uma realidade preocupante nos dias que correm, muito embora existam serviços com carência de enfermeiros.

Por outro lado, existe também o risco da inexistência de unidades de saúde com certificação de Idoneidade Formativa em número suficiente, a par do número de Supervisores Clínicos certificados pela OE, para darem resposta ao EPT, o que pode limitar o acesso à profissão.

De uma forma global pensamos que o presente trabalho trouxe consigo benefícios para a instituição, para o serviço e para a enfermagem enquanto profissão, pelo que isso traz consigo um sentimento de satisfação profissional.

5. BIBLIOGRAFIA

Alarcão, I. e Tavares, J. (2007). *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

Arco, A.R. (2005). *A dialéctica teoria/prática - um paradigma na formação em enfermagem*. Revista Sinais Vitais, 62, 10-13.

Base de dados do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (2013-2016)

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos orientadores clínicos*. Loures: Lusociência.

Garrido, A.F. (2005). Supervisão Clínica em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 12, 27-34.

DIÁRIO DA RÉPUBLICA (2015) – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Decreto-lei nº104/98. Segunda Série, nº 156. Lisboa.

DIÁRIO DA RÉPUBLICA (2015) – Segunda Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros à Lei nº2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Decreto-lei nº156/2015. Primeira Série, nº 181. Lisboa.

DIÁRIO DA RÉPUBLICA (2014) – Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica– Regulamento nº515/2014. Segunda Série, nº 221. Lisboa.

DIÁRIO DA RÉPUBLICA (2014) – Regulamento de Certificação de Competências do Supervisor Clínico – Regulamento nº558/2014. Segunda Série, nº 245. Lisboa.

DIÁRIO DA RÉPUBLICA (2014) – Regulamento de candidatura a Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Regulamento nº515. Segunda Série, nº 221. Lisboa.

DIÁRIO DA RÉPUBLICA (2014). Regulamento de candidatura à Certificação de Competências do Supervisor Clínico de Prática Tutelada em Enfermagem. Regulamento nº558. Segunda Série, nº 245. Lisboa

DIÁRIO DA RÉPUBLICA (2011). Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica – Regulamento nº167/2011. Segunda Série, Nº 47. Lisboa.

DIÁRIO DA RÉPUBLICA (2009). Regime legal da Carreira de Enfermagem. Decreto-Lei nº248. Primeira Série, nº 184. Lisboa.

DIÁRIO DA RÉPUBLICA (2009). Caderno temático – Modelo de Desenvolvimento Profissional. Decreto-Lei nº104/98, Nº111. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015). *Plataforma de Acreditação dos Contextos de Prática Clínica*. Lisboa.

Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/ei/Paginas/default.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015). *Plataforma de Certificação de Supervisores Clínicos*. Lisboa. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/ei/Paginas/default.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2013) – *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem Regional. Secção Sul da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). Caderno Temático nº1 – Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. Lisboa.

Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). *Regulamento de Certificação de Competências do Supervisor Clínico*. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Paginas/SupervisaoClinicadePTE.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). *Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. Lisboa.

Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/principiosenformadoresMDP.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) – *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, Divulgar.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos*. Lisboa 2002 Divulgar.

Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (1996) – *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)*.

Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_siete.pdf

PORTAL DA SAÚDE (2014) – *Adaptações na Carreira Especial de Enfermagem – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP)*. Disponível em:

http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2011/6/portaria_242_2011.htm?wbc_purpose=basic

6.ANEXOS

ANEXO I - Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem no CHS, E.P.E., Serviço de Medicina Interna.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Política de Enfermagem</i></p>	Data de entrada em vigor	23/06/2005
		Revisão C	22/12/2011
		Próxima revisão:	22/12/2014
		Cód. Documento	ENF

ASSUNTO: Política de Enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

DESTINATÁRIOS: Todos os Enfermeiros do Centro Hospitalar de Setúbal.

OBJETIVOS: Definir as estratégias de coordenação técnica da atividade de enfermagem no Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

DESTINATÁRIOS:

Os profissionais de enfermagem constituem um importante pilar nos serviços de saúde sendo determinante o empenhamento desta classe profissional na prossecução dos objetivos institucionais. Desta forma é premente que os enfermeiros, nos diferentes contextos multidisciplinares onde se inserem, integrem na sua prática diária os princípios de qualidade e procura da excelência da sua área de intervenção, processo que terá repercussões igualmente positivas no desenvolvimento da enfermagem, enquanto disciplina e profissão.

MISSÃO:

A Direcção de Enfermagem assume como missão a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem no CHS, promovendo a sua melhoria contínua.

Reconhece como princípio determinante para a qualidade dos cuidados de enfermagem a adoção de todos os documentos legislativos e padrões orientadores do exercício profissional, realçando os seguintes aspetos:

- O respeito pela Declaração Universal dos Direitos Humanos e pelos princípios integrantes do Código Deontológico que rege o exercício de cada profissional de saúde, nomeadamente o Código Deontológico do Enfermeiro, refletido em posturas e atitudes de compromisso na proteção e defesa da pessoa;
- O respeito pela conceção de saúde, doença e morte e pelos projetos de vida/saúde da pessoa / família num processo baseado em dinâmicas de adesão e motivação e que integre diferentes soluções e potencie recursos;
- O direito da pessoa em ser implicada nos cuidados de enfermagem, que advêm de uma tomada de decisão conjunta, baseada nas perceções de bem-estar, qualidade de vida, autonomia na gestão/adesão ao regime terapêutico e promoção da saúde;

- O direito da pessoa à privacidade e confidencialidade das informações obtidas no decorrer do processo de assistência em saúde;
- O direito da pessoa a intervenções de enfermagem com base em conhecimentos técnicos e científicos atualizados e adequados, incrementados pela valorização da prática baseada na evidência;
- O respeito pelos preceitos éticos Universais, referentes à preservação da dignidade humana, beneficência, não maleficência e justiça da Pessoa e do profissional;
- O reconhecimento e defesa do valor do trabalho em equipa interdisciplinar e multidisciplinar e da aplicação de metodologias de organização do trabalho, enquanto veículos promotores da eficiência e eficácia dos cuidados prestados;
- O compromisso de cada enfermeiro para com o seu desenvolvimento pessoal e profissional e reconhecimento da necessidade acrescida de aprimorar competências aquando do acompanhamento de alunos e novos profissionais;

VISÃO

Que o trabalho desenvolvido baseado em parcerias e numa gestão participada, resulte na excelência do exercício profissional dos enfermeiros no CHS, alinhado com o empenhado em demonstrar o valor acrescentado dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde e com a promoção da visibilidade da Enfermagem junto da população e órgãos decisores.

OBJETIVOS

A Direcção de Enfermagem reconhece que para a concretização de um percurso ao nível excelência, no qual todos os enfermeiros desenvolvem competências num espaço reflexivo sobre as práticas e propício a uma prática cuidativa, existe a indispensabilidade de garantir:

- Dotações seguras
- Práticas seguras
- Ambientes seguros
- Conhecimentos seguros

A Direcção Enfermagem define como objetivos principais para a atividade de enfermagem no CHS:

- Prestar cuidados de enfermagem individualizados, globais, culturalmente sensíveis, de qualidade, eficazes e eficientes, ajudando a pessoa/família a transitar nos processos de vida;
- Promover um ambiente humanizado, onde o ato de cuidar se encontra alicerçado na dignificação dos valores e direitos humanos;
- Desenvolver e consolidar uma prática clínica assente numa metodologia de trabalho e suportada por instrumentos orientadores de boas práticas;
- Valorizar a continuidade de cuidados a partir da sistematização dos registos e da passagem de informação e do fortalecimento da comunicação intra e interinstitucional;

- Reconhecer a reflexão crítica, a comunicação eficaz, a supervisão clínica, a avaliação de desempenho e a formação contínua e em serviço enquanto promotores de desenvolvimento pessoal e profissional;
- Colaborar em atividades de ensino pré e pós-graduado, nomeadamente orientação de estudantes
- Fomentar e colaborar em projetos de investigação na sua área de intervenção.

Na prossecução destes objetivos são definidas as seguintes estratégias:

- A definição de indicadores do grupo profissional de enfermagem;
- A otimização das tecnologias de informação no apoio à tomada de decisão clínica em enfermagem e nos registos de enfermagem;
- A promoção das condições para a implementação do Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem;
- A continuidade ao Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, pela dinamização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, a nível institucional e de cada serviço, baseados na definição e monitorização de indicadores de enfermagem, ao nível de estrutura, processo e resultado;
- A implementação e consolidação do uso de orientações de boas práticas nos cuidados de enfermagem, facilitando o benchmarking e promovendo a qualidade dos cuidados
- A promoção dos processos de acolhimento institucional e integração de novos enfermeiros;
- A promoção da comunicação eficaz e da liderança em enfermagem;
- A valorização da avaliação de desempenho e a satisfação dos enfermeiros em relação à sua prática profissional;
- A valorização da formação contínua e em serviço, enquanto promotoras do desenvolvimento pessoal e profissional;
- A colaboração no ensino pré e pós-graduado, alicerçando parcerias com instituições de ensino;
- O incentivo à investigação em enfermagem;
- A valorização dos registos de enfermagem e da passagem de informação;
- A defesa da formação/desenvolvimento de competências em supervisão clínica de enfermagem;
- O incentivo à apropriação dos conceitos “supervisão clínica” e “supervisor” em contextos tão variados como: Programa de integração de novos profissionais (institucional e de cada serviço), na partilha de boas práticas em supervisão clínica e na avaliação de desempenho;
- O reconhecimento da metodologia de avaliação de desempenho enquanto promotora da comunicação, da objetividade da avaliação, da identificação de necessidades de formação e do incremento das relações interpessoais.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL:

A Direção de Enfermagem compreende o Enfermeiro Diretor e quatro adjuntos, contando ainda, numa lógica de gestão participativa, com o Conselho de Enfermagem, constituído por todos os enfermeiros com funções de coordenação.

Estratégia de implementação

Procedimentos que operacionalizam a política:

Procedimento	Responsável	Crítérios do Manual 2010 a que responde
Registos Informatizados de Enfermagem	DE	2.38; 6.15; 68.18; 68.19; 68.22; 68.25; 68.33
Supervisão Clínica em Enfermagem	DE	2.57; 6.12
Passagem de Informação em Enfermagem	DE	8.5; 8.6; 8.7
Avaliação de Desempenho dos Enfermeiros	DE	6.13; 18.37-18.46
Fardamento de Enfermagem	CCI	31.25

Bibliografia

- CHKS. Caspe Healthcare Knowledge Systems. **Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde / Normas para Acreditação**. 3.ª Ed. Versão 01, Abril 2010; critérios 06.01 e 06.02.
- Declaração Universal dos Direitos Humanos** [Em linha]. (1978). [consult. 20.12.2011]. Disponível em: <http://dre.pt/comum/html/legis/dudh.html>
- DECRETO-LEI nº 161/96. **D.R. I Série-A**. 205 (96.09.04) 2959-2962 (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro)
- DECRETO-LEI nº 233/05. **D.R. I Série-A**. 249 (05.12.29) 7331 (Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima)
- DECRETO-LEI nº 247/09. **D.R. I Série**. 184 (09.09.22) 6758-6761 (Regime Legal da Carreira de Enfermagem)
- DECRETO-LEI nº 248/09. **D.R. I Série**. 184 (09.09.22) 6761-6765 (Regime da Carreira Especial de Enfermagem)
- LEI nº 111/09. **D.R. I Série**. 180 (09.09.16) 6547-6549 (Código Deontológico do Enfermeiro)
- ORDEM ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem. **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 16p.
- ORDEM ENFERMEIROS. **Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem**. [Em linha]. (2007). [consult. 20.12.2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/SIE.aspx>
- ORDEM ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem. **Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para operacionalização dos Sistema de Certificação de Competências** [Em linha]. (2010). [consult. 20.12.2011]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf>.
- REGULAMENTO nº 167/11. **D.R. 2 Série**. 47 (11.03.08) 11114-11120 (Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica)

Elaboração:	Revisão:	Ratificação:

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Regulamento do Hospital de Dia de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão B	19/10/1011
		Próxima revisão:	19/10/2014
		Cód. Documento:	REG.MEDI.01

A - Introdução

O papel exercido pelos Hospitais no âmbito da prestação de cuidados de saúde alterou-se bastante nas duas últimas décadas. As características distintivas da prática médica actual resultam não apenas da evolução científico-tecnológica da prática assistencial, mas também da incorporação de novos elementos de gestão e de uma alteração da relação do utente com a instituição. Neste contexto têm exigido, o financiador e o utilizador, que o Hospital se constitua uma organização com uma estrutura dinâmica, acessível, facilitadora do atendimento integrado do doente, prestadora de uma medicina moderna e com custo-eficácia. É nesta perspectiva que surgiram e se justificam os Hospitais de Dia das diferentes especialidades: prestando cuidados médicos em ambiente adequado, propõem-se a assegurar o acompanhamento técnico especializado a doentes não agudos, evitando os custos, para o Hospital e para o doente, da hospitalização.

O Hospital de Dia de Medicina está, desde julho de 2003, integrado nesta nova estrutura de serviços tendo como objectivo satisfazer as necessidades de determinados doentes do foro médico.

B – Abreviaturas

HD – Hospital de Dia

HDM – Hospital de Dia de Medicina

C – Referências

CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação, 3.ª Edição, Versão 01 (abril 2010); Critérios 46.05, 46.12, 46.18, 46.21, 46.22, 46.23, 46.24 (2010)

D – Conceitos

Segundo a Circular Normativa nº 2 de 16/02/2007 do Ministério da Saúde, entende-se por Hospital de Dia “um serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância num período inferior a 24 horas”.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Regulamento do Hospital de Dia de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão B	19/10/1011
		Próxima revisão:	19/10/2014
		Cód. Documento:	REG.MEDI.01

É uma estrutura organizacional com um espaço físico próprio onde se concentram meios técnicos e humanos qualificados que fornecem cuidados de saúde diferenciados, de modo programado, a doentes de ambulatório que não requerem estadia durante a noite.

E - Missão

O Hospital de Dia tem como missão prestar cuidados a doentes de forma programada, em alternativa ao internamento, com ganhos na qualidade assistencial.

F - Objectivos Gerais do Hospital de Dia de Medicina

O principal objectivo do HD é oferecer aos doentes um atendimento especializado e tecnicamente qualificado em regime de ambulatório, em alternativa ao tratamento hospitalar em internamento.

Este objectivo geral pode subdividir-se nos seguintes objectivos específicos:

1- Adaptar a assistência hospitalar às necessidades do utente de modo a:

- facilitar o acesso rápido de doentes externos a cuidados especializados
- permitir altas hospitalares precoces, dando seguimento imediato aos cuidados até à estabilização clínica ou à alta definitiva
- permitir a obtenção de ganhos em saúde aos utentes nas suas dimensões física, psicológica e social

2 – Realização de tratamentos:

- o Hospital de Dia de Medicina permite a administração de produtos biológicos e fármacos por via parentérica de forma segura e controlada
- facilitar o acompanhamento de doentes seleccionados sob terapêutica crónica com fármacos que impliquem a avaliação clínico-laboratorial e consequente adaptação de dose de modo regular

3 – Realização de explorações diagnósticas e outros procedimentos:

- permite a execução de explorações diagnósticas especiais, apenas sob anestesia local, como são exemplos punções medulares, mielogramas, biopsias pleurais, toracocenteses ou testes cutâneos em ambiente adequado, em doentes referenciados.
- realização de actos médicos de diagnóstico (história clínica e exames auxiliares de diagnóstico) em alguns doentes agudos, seleccionados pela necessidade de investigação clínica ou tratamento urgentes, mas sem necessidade absoluta de internamento.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Regulamento do Hospital de Dia de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão B	19/10/1011
		Próxima revisão:	19/10/2014
		Cód. Documento:	REG.MEDI.01

- manter as vias e os meios necessários à administração terapêutica de fármacos endovenosos.

4 – Promover a educação em saúde

- Prestar informação geral sobre doenças, sintomas, complicações e tratamentos, de modo a promover a adesão aos tratamentos
- Informação sobre educação em saúde com ênfase nos aspectos de prevenção da doença e promoção da saúde.

G – Estruturas

1 – Localização e estruturas

O HDM está presentemente instalado no piso 3 do Serviço de Medicina, em contiguidade com a enfermaria, ocupando uma área de 100 m². Tem um acesso através do serviço e outro directamente do exterior. Inclui um gabinete de consulta, uma sala de técnicas, uma sala de administração de terapêutica com 7 cadeirões e 1 maca, secretariado e instalações sanitárias.

2 – Equipamento

O Hospital de Dia de Medicina dispõe dos seguintes equipamentos:

- no gabinete de consulta: secretária, cadeiras, catre, megatoscópio, dinamap, armários de arrumos de material, computador e impressora para informatização do processo clínico e arquivo de processos clínicos;
- na sala de técnicas: bancada de trabalho, mesa de apoio, cadeiras, maca com rodas, armários para arrumos;
- na sala de administração de terapêutica: 7 cadeirões e 1 maca, rampas de oxigénio e aspiração, monitor / dinamap, bomba infusora, carro de urgências, mesas de refeição, biombos/ cortinas, suportes de soros, cadeira de rodas, televisor / aparelhagem de som;
- posto de trabalho parasecretariado.

H – Recursos Humanos/Organograma

O Hospital de Dia está integrado na funcionalidade do Serviço de Medicina, não possuindo “staff” médico próprio.

Possui um Coordenador Médico nomeado pelo Director de Serviço cujas funções são:

- garantir a atribuição de um médico responsável pelo atendimento de cada doente;

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Regulamento do Hospital de Dia de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão B	19/10/1011
		Próxima revisão:	19/10/2014
		Cód. Documento:	REG.MEDI.01

- zelar pela aplicação de protocolos e normas de orientação clínica em vigor no Hospital de Dia;
- avaliar indicadores de produção e proceder à avaliação contínua de indicadores de qualidade.

A coordenação da actividade assistencial de enfermagem é assegurada pela Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina.

1- Pessoal médico

O trabalho médico é desenvolvido no Hospital de Dia pelos diferentes profissionais do serviço em acumulação de funções com as tarefas da enfermagem.

Dando continuidade à prática corrente, de boa aceitação por todos os envolvidos no processo, qualquer médico do Serviço de Medicina pode utilizar os recursos do HDM para estudo e tratamento dos doentes à sua responsabilidade; permitindo-se assim a simplificação de processos e a manutenção da relação do doente com o seu médico, num ambiente vantajoso facultado pelo HDM.

A equipa médica deve garantir:

- a) atendimento médico continuado durante o período de funcionamento do HDM;
- b) intervenção em caso de situação clínica urgente nos doentes sob tratamento programado no HDM;
- c) atendimento não programado aos doentes do HDM com agudização da sua doença crónica;

Desempenharão a tarefa em regime de presença física ou de chamada conforme decisão ulterior. Deverão estes médicos articular-se entre si de modo a garantirem assistência médica durante todo o período de funcionamento do HDM.

2 - Pessoal de Enfermagem

Actualmente o HDM é assegurado por dois enfermeiros em exclusividade de funções,

3 – Pessoal Auxiliar de Acção Médica, Administrativo e Outros apoios logísticos.

Os profissionais envolvidos, (médicos, auxiliares e administrativos) executam as suas tarefas em acumulação com as funções prestadas na enfermagem de Medicina, estando integrados na estrutura orgânica do Serviço.

Sempre que solicitados, outros técnicos, nomeadamente dietista, assistente social, farmacêutico, psiquiatra de ligação ou outros especialistas, deverão dar apoio, tal como regulamentado para os doentes em regime de internamento, em situações específicas resultantes das necessidades próprias de cada doente.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispóvão Santiago do Outão</p>	<p><i>Regulamento do Hospital de Dia de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão B	19/10/1011
		Próxima revisão:	19/10/2014
		Cód. Documento:	REG.MEDI.01

O serviço de copa será assegurado pela Unidade de Internamento onde o Hospital de Dia está integrado

O Serviço de Limpeza é assegurado pela Empresa de Limpeza contratada pelo CHS. O Serviço de Manutenção do equipamento é da responsabilidade do Serviço de Instalações e Equipamento.

I - Horário de Funcionamento

O Hospital de Dia funciona actualmente de 2ª a 6ª feira, entre as 8 e as 16 horas.

Com carácter perfeitamente excepcional, é possível fora do horário de funcionamento do HDM, a continuidade da administração de terapêuticas parentéricas diárias ou de administração mais frequente, que será, nestes casos, assegurada pela enfermagem da Enfermaria do Serviço de Medicina. Obriga-se contudo a equipa do HDM a comunicar atempadamente ao Enfermeiro-Chefe ou seu representante, as prescrições e horários de administração de modo a encontrar a melhor solução em cada um dos casos..

J – Circuito do Doente em HDM

1 - Formas de Admissão ao Hospital de Dia

Os doentes admitidos no HDM poderão ter as seguintes proveniências:

- das enfermarias dos Serviços de Medicina ou de outros serviços, por indicação do médico assistente
- directamente do Serviço de Urgência ou da Consulta Externa, por indicação de um dos médicos do Serviço de Medicina
- de qualquer outro Serviço hospitalar ou de ambulatório após contacto e aceitação por um dos médicos responsáveis pelo atendimento em Hospital de Dia
(em todas as situações são responsáveis pelo atendimento médico dos doentes, os médicos que procederam à referencia, ou, por acordo de ambos, os médicos coordenadores do HDM).

2 - Critérios de Admissão

Os doentes admitidos em HDM deverão possuir os seguintes critérios sociais e clínicos

Critérios sociais mínimos:

- Compreensão e consentimento para terapêutica ou técnica proposta nas condições oferecidas;
- Ter meio de transporte assegurado para o domicílio;

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Regulamento do Hospital de Dia de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão B	19/10/1011
		Próxima revisão:	19/10/2014
		Cód. Documento:	REG.MEDI.01

- Ter a companhia de um adulto responsável
- Ter telefone próprio ou ter acesso ao telefone se for necessário;
- Ter condições mínimas de conforto no local onde vai pernoitar;
- A área de residência ou local onde vai pernoitar deve estar a distância aceitável de veículo automóvel de uma Urgência Hospitalar tendo em vista eventuais complicações tardias do tratamento ou procedimento técnico efectuado.

Critérios clínicos do utente:

- Apresentar uma situação clínica estável e, ou de baixo risco de deterioração súbita;
- Ter viabilidade de administração, em Hospital de Dia, da terapêutica mais adequada à situação clínica.

Contra-indicações para avaliação em ambulatório:

- A não existência de critérios sociais mínimos referidos;
- Contra-indicações relativas à situação clínica do doente;
- Inexistência de exames complementares pré-definidos para cada procedimento.

3 – Sessão no HDM

As sessões de Hospital de Dia poderão ser agendadas por meio de requisição interna, por contacto directo ou telefónico com um dos elementos responsáveis pelo HD: enfermeira responsável ou médico coordenador.

Actividade da responsabilidade do Administrativo:

- Recepção do doente e familiares;
- Registo do doente em HDM;
- Organização do processo clínico de HDM;
- Obtenção de processo clínico do Arquivo Central;
- Certificação do registo adequado de todos os actos clínicos praticados;
- Assegurar deslocação dos doentes (quando solicitado) ao HDM;
- Encerramento administrativo do Processo do doente.

Actividade da responsabilidade do Enfermeiro

- Zelar pela manutenção da higiene e da conformidade das instalações;
- Acolher os doentes e acompanhantes e fornecimento do Guia de acolhimento;
- Verificar a conformidade do processo clínico de HDM;
- Coordenar as actividades diárias com os diferentes médicos envolvidos;

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Regulamento do Hospital de Dia de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão B	19/10/1011
		Próxima revisão:	19/10/2014
		Cód. Documento:	REG.MEDI.01

- Esclarecer as dúvidas dos doentes quanto aos procedimentos a realizar, e que sejam do âmbito da sua competência.
- Obter consentimento informado do doente para a realização de alguns exames, prestar informação sobre possíveis complicações e modo correcto de procedimento;
- Preparar o material necessário à realização do procedimento e colaboração na sua execução;
- Realizar a colheita de produtos biológicos (por ex. sangue) para análise, efectuando a respectiva identificação e envio dos produtos biológicos para os diferentes laboratórios;
- Vigiar o aparecimento de complicações decorrentes de actos médicos invasivos;
- Administrar terapêuticas parentéricas ou de produtos biológicos e vigiar o aparecimento de intercorrências;
- Avaliar os resultados laboratoriais dos doentes sob terapêuticas protocoladas, e assegurar indicações sobre correcções terapêuticas a efectuar;
- Efectuar os registos de enfermagem no processo clínico de HD;
- Determinar o fim de sessão de HD nos doentes sob procedimentos de enfermagem;
- Palnar o agendamento de sessões de HD;
- Prestar informação sobre educação em saúde com ênfase nos aspectos de prevenção da doença e promoção da saúde.

Actividade da responsabilidade do Médico:

Cabe ao médico responsável pela admissão do doente:

- Registrar uma história clínica (mesmo que sucinta) e enumerar os problemas clínicos do doente
- Obter consentimento informado do doente para a realização de actos médicos de diagnóstico ou tratamento e prestar informação sobre possíveis complicações;
- Solicitar / efectuar os exames de diagnóstico necessários ao esclarecimento da situação clínica
- Prescrever um plano de diagnóstico ou de tratamento no HDM
- Prescrever terapêutica para ambulatório, caso esteja indicado, sob forma de receituário. (Não existe fornecimento directo de medicamentos)
- Determinar o fim de sessão de HDM (autorização de saída do doente)
- Efectuar informação clínica de alta

Actividades da responsabilidade de outros Técnicos:

Outros técnicos, nomeadamente dietista, assistente social, farmacêutico, psiquiatra de ligação ou outros especialistas, deverão dar apoio, tal como regulamentado para os doentes em regime de internamento, em situações específicas resultantes das necessidades próprias de cada doente.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispéutico Santiago do Outão</p>	<p><i>Regulamento do Hospital de Dia de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão B	19/10/1011
		Próxima revisão:	19/10/2014
		Cód. Documento:	REG.MEDI.01

4 - Critérios de alta

O doente terá alta do HDM sempre que:

- o problema clínico que motivou a admissão estiver resolvido ou estabilizado;
- seja adequado o seguimento em Consulta Externa;
- o agravamento clínico justifique o internamento.

O internamento está sempre assegurado em caso de complicações decorrentes dos actos médicos de diagnóstico ou terapêutico, seja nas Enfermarias do próprio Serviço ou no Serviço de Urgência Geral.

L - Processo clínico

Faz-se uso do processo clínico informatizado “SAM” que está em utilização no Centro Hospitalar de Setúbal.

Nele constam:

- Identificação do doente
- Identificação e contactos telefónicos de familiares / acompanhantes
- Identificação e contacto telefónico do Centro de Saúde e do médico assistente
- Identificação do médico responsável
- Data de admissão e data de alta
- Registos médicos
- Registos de enfermagem
- Registos terapêuticos
- Registos de procedimentos efectuados

O processo clínico (aqueles ainda registados em papel) ficará guardado nas instalações do Hospital de Dia em arquivo fechado enquanto durar o acompanhamento após o que será enviado para o Arquivo Central.

O doente será portador de uma informação clínica sucinta, mas actualizada sobre os seus problemas clínicos assim como da terapêutica em curso no Hospital de Dia.

Na data de alta, ao doente será fornecida uma informação clínica (Nota de Alta) tal como os doentes de enfermaria. Este documento inclui o número de telefone para contacto directo em caso de dúvidas ou complicações tardias da técnica ou tratamento realizado em HDM.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Regulamento do Hospital de Dia de Medicina Interna do Hospital de São Bernardo</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão B	19/10/1011
		Próxima revisão:	19/10/2014
		Cód. Documento:	REG.MEDI.01

M - Exames complementares de diagnóstico

Os doentes sob acompanhamento clínico em regime de Hospital de Dia terão acesso aos exames complementares de diagnóstico realizados no Hospital, ou realizados noutros Hospitais ou Clínicas, nos mesmos moldes que os doentes em regime de internamento.

N – Indicadores de Melhoria Contínua de Qualidade

Será implementado um processo de avaliação contínua de qualidade pela monitorização dos diversos parâmetros, como sejam:

- Avaliação de processos clínicos correctamente preenchidos utilizando a grelha GACRC (2 / mês);
- Avaliação do movimento de doentes, do tipo de procedimentos efectuados e da adequação das patologias aos propósitos da utilização do HD (anual);
- Cumprimento de protocolos e normas de orientação clínica em vigor no Hospital e no Serviço de Medicina Interna;
- Realização e revisão de protocolos e normas de orientação para algumas situações comuns no HD (3/ano);
- Avaliação dos registos das complicações e iatrogenias decorrentes de actos praticados no HD;
- Levantamento de Riscos e gestão de Registo de Incidentes locais;
- Avaliação do tempo médio de espera no Hospital de Dia (anual);
- Implementação de inquéritos de satisfação dos doentes.

Elaboração	Revisão	Ratificação

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão</p>	<p><i>Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão A	22/09/2009
		Próxima revisão:	22/09/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.02

1. INTRODUÇÃO

A Medicina Interna é a especialidade central num Hospital Geral como o Centro Hospitalar de Setúbal. O Internista é o elemento vital e responsável por uma multiplicidade de tarefas que, além do exercício quotidiano da actividade assistencial, participa na formação dos colegas mais novos, a que se soma a capacidade de articulação com todas as especialidades, em prol da melhor orientação e tratamento dos doentes, assumindo ainda papel importante de consultadoria a outros Serviços. É o médico gestor do doente, traduzindo a sua capacidade de integração de conhecimentos e a visão abrangente do doente como um todo.

O Serviço de Medicina Interna, além de ser uma Unidade com meios físicos e técnicos, é ainda constituído por uma equipa pluridisciplinar, de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes técnicos.

2. VISÃO E MISSÃO

O Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, tem como visão ser reconhecido como um Serviço de Referência no tratamento dos doentes, no desenvolvimento de técnicas eficientes e terapêuticas inovadoras, assim como na excelência da prática médica e de enfermagem. Pretende diferenciar-se pela fácil acessibilidade, pela competência na organização assistencial, pela ética profissional e pelo compromisso com o doente e atenção às necessidades dos seus familiares. Pretende ainda desenvolver actividades complementares como as do ensino pré e pós-graduado e de investigação.

Tem como Missão:

“Promoção da Saúde na comunidade onde está inserido, prestando cuidados de saúde diferenciados, com respeito pela dignidade dos doentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.”

3. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, está localizado no Hospital de São Bernardo e faz parte do Departamento de Medicina.

O Serviço de Medicina Interna é constituído por quatro unidades funcionais:

1. Unidade Silva Duarte
2. Unidade Fonseca Ferreira
3. Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM I)
4. Hospital de Dia

Coordena ainda o Grupo de Apoio de Medicina Interna no Hospital de **Sant'Iago** do Outão, assim como a Unidade de Cuidados Intermédios naquele Hospital (UCIM II-HOSO).

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Seráfico do Oufão</p>	<p><i>Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão A	22/09/2009
		Próxima revisão:	22/09/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.02

Fisicamente distribui-se pelos 3º e 4º pisos da ala nascente do Hospital de São Bernardo, que sofreram obras de beneficiação, ficando com capacidade de internamento de 23 camas em cada piso, das quais quatro em quartos individuais, a que se somam sete camas de cuidados intermédios, perfazendo um total de 51 camas, disponíveis brevemente, importantes na melhoria das condições de hotelaria dos doentes e de trabalho dos profissionais. Dispõe ainda de área técnica, salas de trabalho e de reuniões, além de refeitórios nos dois pisos. A UCIM II-HOSO tem seis camas, coordenadas pelo Serviço de Medicina Interna, obrigando à presença diária e ininterrupta de Internistas.

O Hospital de Dia e as Unidades de Cuidados Intermédios possuem regulamentos próprios.

4. PRINCÍPIOS

No desenvolvimento da sua actividade, o Serviço de Medicina Interna rege-se, tal como o Centro Hospitalar de Setúbal, onde se insere, pelo desenvolvimento da sua actividade segundo os seguintes princípios:

- Humanização e não discriminação
- Respeito pela confidencialidade e dignidade individual de cada doente
- Promoção da Saúde na comunidade
- Actualização face aos avanços da investigação e da ciência
- Excelência técnicoprofissional
- Ética profissional
- Promoção da multidisciplinaridade
- Respeito pelo Ambiente

5. OBJECTIVOS

O Serviço de Medicina Interna pretende prestar cuidados clínicos diferenciados na busca do diagnóstico, no tratamento do doente e na prevenção da agudização de situações crónicas.

São aspectos fundamentais desta actividade:

- Aproximar os cuidados prestados pelo Serviço às necessidades da população que serve;
- Implementar acções de organização que aumentem a possibilidade de acesso atempado a cuidados de qualidade, humanizados e diferenciados;
- Prestação de cuidados de saúde em ambulatório como forma alternativa e complementar do internamento – consulta externa, hospital de dia, cuidados continuados e cuidados paliativos;
- Formação científica como meio de implementar a cultura institucional, assente num processo de valorização contínua dos seus profissionais/colaboradores;
- Fomentar a colaboração com todos os outros serviços de acção médica do CHS, EPE;

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Seráfico do Oufão</p>	<p><i>Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão A	22/09/2009
		Próxima revisão:	22/09/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.02

Promover uma eficaz comunicação e articulação com os cuidados de saúde primários e outras unidades de saúde exteriores;

Racionalizar e maximizar a utilização dos recursos existentes, simplificando os procedimentos administrativos e melhorando os circuitos internos e externos de funcionamento;

Promover níveis acrescidos de realização e satisfação dos profissionais, através de uma adequada racionalização das tarefas, melhoria da acessibilidade dos utentes e eficácia dos serviços;

Implementar estratégias que visem promover a melhoria sistemática da qualidade dos cuidados prestados e avaliação regular das mesmas;

6. DIRECÇÃO

O Director de Serviço é nomeado pelo Conselho de Administração do CHS, EPE, sob proposta da Direcção Clínica.

São da sua competência as tarefas definidas no artigo 16º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, assim como as nomeações dos Coordenadores das diversas unidades funcionais do Serviço de Medicina Interna e dos responsáveis da Consulta Externa, da Formação e dos Grupos de Trabalho constituídos pela sua diferenciação em áreas específicas.

O Enfermeiro Chefe actua funcionalmente e em parceria com o Director de Serviço na resolução de todos os assuntos de gestão operacional e estratégica do Serviço, e ainda nas situações que impliquem a coordenação intersectorial para a concretização dos objectivos estratégicos definidos no Plano do Serviço.

7. RECURSOS HUMANOS

O Serviço deve dispor de um quadro de profissionais adequado às actividades de todos os sectores – médico, enfermagem, assistentes operacionais e assistentes técnicos, que asseguram a sua actividade permanente, 24h por dia, de acordo com os respectivos conteúdos funcionais, já regulamentados.

Para todos é exigido:

O conhecimento e cumprimento do Regulamento Interno do C.H.S., EPE e do Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna;

Obrigações de segredo profissional no exercício das suas funções;

A garantia da qualidade no acolhimento, atendimento e prestação de cuidados de saúde a todos os utentes;

O respeito pelo utente e familiares e a garantia pela sua comodidade e bem-estar no espaço físico do Serviço;

A obrigatoriedade de racionalizar e maximizar a utilização dos recursos existentes, simplificando os procedimentos administrativos e melhorando os circuitos internos de funcionamento.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Seráfico do Oufão</p>	<p><i>Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão A	22/09/2009
		Próxima revisão:	22/09/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.02

Todos os profissionais admitidos no Serviço estão obrigados ao cumprimento do Plano de Integração de acordo com o modelo definido.

7.1. Pessoal Médico

É constituído, além do Director, pelos Coordenadores das diversas Unidades, Assistentes Hospitalares, Internos de Medicina Interna e/ou outras Especialidades, que ali se encontrem colocados.

Aos Coordenadores de Unidade, compete:

- Aceitar as funções delegadas pelo Director de Serviço, a quem devem lealdade e solidariedade;
- Colaborar com o Director na organização do Serviço e na observância das normas emitidas pelas entidades competentes;
- Participar activamente na elaboração do Plano de Acção do Serviço;
- Colaborar na elaboração do Regulamento Interno e posteriores alterações e adendas;
- Coordenar a actividade da Unidade e por ela ser responsável quanto à prontidão dos cuidados de saúde prestados, assim como pela utilização eficiente dos recursos disponíveis;
- Colaborar com o Director na gestão do pessoal médico para alcançar os objectivos definidos pelo Serviço de Medicina Interna;
- Colaborar com o Director no sentido de que sejam respeitadas e cumpridas as normas e regulamentos em vigor sobre todo o pessoal médico;
- Zelar pelo registo atempado e adequado de todos os cuidados médicos;
- Reportar ao Director de Serviço a falta de meios técnicos e humanos que impeçam a excelência na prestação dos cuidados médicos;
- Implementar um sistema atempado de altas, assim como as auditar, tal como os processos de óbito, fazendo chegar ao Director de Serviço e ao Gestor de Risco os processos de morte inesperada para análise;
- Propor ao Director de Serviço auditorias clínicas internas;
- Avaliar sistematicamente a produtividade e eficiência dos cuidados médicos, reportando-os periodicamente ao Director de Serviço, elaborando anualmente um relatório referente à sua unidade de onde conste a avaliação do desempenho e dos resultados que se constituam como contribuição para os planos de acção;
- Colaborar na aplicação de programas de controlo de qualidade;

Responsabilizar-se junto do Director, pela concretização dos compromissos assumidos pelo Serviço.

Aos Assistentes Hospitalares compete cumprir as funções descritas em documento anexo-Descrição de Funções do Assistente Hospitalar de Medicina Interna.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Seráfico do Oútilho</p>	<p><i>Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão A	22/09/2009
		Próxima revisão:	22/09/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.02

Aos Internos compete as funções descritas em documento anexo -Descrição de Funções dos Internos de Medicina Interna.

7.2. Pessoal de Enfermagem

É constituído pelos Enfermeiros Chefes, Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros Graduados e Enfermeiros que integram as equipas de trabalho das diferentes unidades funcionais.

- Compete ao Enfermeiro Chefe o cumprimento integral do conteúdo funcional descrito no art.8º do D.L. nº 437/91 de 8 de novembro, com a nova redacção dada pelo D.L. nº 412/98 de 30 de dezembro, as funções descritas no art. 18º do Regulamento Interno do C.H.S. E.P.E. e ainda as que integram o documento anexo -Descrição de Funções dos Enfermeiros no Serviço de Medicina Interna.
- Ao Enfermeiro Especialista e ao Enfermeiro de Cuidados Gerais compete o cumprimento das funções descritas no mesmo documento, em anexo.

O Pessoal de Enfermagem pode pontualmente integrar grupos de alunos de Enfermagem, a quem compete o cumprimento de um conjunto de acções que concorrem para a satisfação de objectivos académicos impostos pelas Escolas Superiores de Enfermagem, que se centram na aquisição de saberes e competências no domínio da prática clínica, formação e gestão de cuidados de enfermagem sob responsabilidade do Orientador/Tutor e/ou Professor.

7.3. Assistentes Operacionais

Este grupo profissional é constituído por todos os assistentes operacionais que integram as diferentes unidades funcionais do Serviço e compete-lhes cumprir as funções descritas no documento anexo - Descrição de Funções dos Auxiliares de Acção Médica no Serviço de Medicina Interna.

7.4. Assistentes Técnicos

Este grupo profissional é constituído por todos os assistentes técnicos que desempenham funções nas diferentes unidades funcionais do Serviço e compete-lhes cumprir as funções descritas no documento anexo – Descrição de Funções dos Pessoal Administrativo no Serviço de Medicina Interna.

8. ACTIVIDADES DO SERVIÇO

8.1. Actividade Médica

A actividade médica diária distribui-se pelas unidades de internamento, consulta externa, hospital de dia, urgência interna, urgência geral, e consultadoria a outros serviços.

A. ENFERMIARIAS

O Internamento na Enfermaria de Medicina Interna destina-se a doentes da área da clínica médica que necessitem ou beneficiem de investigação diagnóstica, de terapêutica, de vigilância ou reabilitação, em meio hospitalar.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Seráfico do Oufão</p>	<p><i>Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão A	22/09/2009
		Próxima revisão:	22/09/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.02

O trabalho médico regular distribui-se pelos dias úteis, entre as 8 horas e as 20 horas e dele fazem parte:

- Realização de nota de entrada, história clínica, exame objectivo, consulta de processos clínicos anteriores;
- Formulação de hipóteses diagnósticas com identificação dos problemas e priorização das situações urgentes, estabelecendo um plano de investigação que inclui o pedido de exames complementares de diagnóstico (ECD) pertinentes;
- Prescrição terapêutica;
- Seguimento com reavaliação clínica diária, observação dos resultados dos ECDs já realizados, redefinição diagnóstica e reajuste terapêutico, anotando todas as ocorrências no Diário Clínico;
- Decisão da transferência de doentes internados no Serviço de Medicina Interna, para outros Serviços do CHS ou outros Hospitais;
- Informação aos familiares, com garantia de atendimento de qualidade e salvaguardando o segredo profissional, da situação clínica do doente e da sua evolução ao longo do período de internamento;
- Elaboração de notas de transferência, relatórios médicos e informações clínicas;
- Realização de nota de alta com a informação clínica necessária para o doente e o seu médico de família e eventual orientação para a consulta de Medicina Interna ou outras especialidades;
- Organização e participação nas visitas clínicas da Unidade e do Serviço;
- Cumprimento do Procedimento de Comunicação de Óbito;
- Realização de técnicas de diagnóstico e terapêutica da área da Medicina Interna;
- Elaboração e cumprimento dos Protocolos de Diagnóstico e Terapêutica adoptados no Serviço de Medicina Interna.

B. UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

A actividade médica na UCIM está descrita no seu Regulamento Interno, em anexo.

C. HOSPITAL DE DIA

A actividade médica no Hospital de Dia está descrita no Regulamento do Hospital de Dia, em anexo.

D. URGÊNCIA INTERNA

O Serviço de Medicina Interna assegura a assistência aos doentes internados no seu Serviço e noutros serviços do CHS em situações urgentes da área médica, no período nocturno das 20 às 8 horas, nos dias úteis e durante 24 horas nos sábados, domingos e feriados. Durante o período de Urgência Interna cabe ao médico de serviço:

- Responder a todos os pedidos de observação de urgência nas enfermarias do Serviço ou

de outros Serviços do HSB, quando solicitado;

- Avaliar os doentes que sejam transferidos naquele dia para o Serviço e para a UCIM e os já internados, sempre que houver justificação;

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Serafino do Outeiro</p>	<p><i>Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão A	22/09/2009
		Próxima revisão:	22/09/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.02

- Registrar as observações e decisões em diário clínico, de acordo com o respectivo Regulamento Interno do CHS;
- Avaliar exames complementares de diagnóstico efectuados durante a tarde, e que tenham sido referenciados pelo médico assistente como urgentes;
- Anotar as ocorrências no processo clínico;
- Transmitir os problemas clínicos pertinentes ao médico assistente do doente ou ao médico do turno seguinte.

E. CONSULTA EXTERNA

É realizada por um especialista de Medicina Interna pelo menos uma vez por semana e destina-se a:

- acompanhar os doentes com alta hospitalar que necessitem de cuidados especializados ou que ainda tenham problemas pendentes, mas que possam aguardar a sua resolução em ambulatório.
- Consultar doentes referenciados de outros Serviços, da Medicina Geral e Familiar, do Serviço de Urgência e de outras consultas.

Além da consulta de Medicina Interna o Serviço é também responsável por outras consultas diferenciadas, nomeadamente:

- Hematologia
- Hipertensão arterial e Risco Vascular Osteoporose e Doenças Osteo-metabólica
- Doenças Auto-Imunes
- Insuficiência cardíaca Diabetes

Os médicos do Serviço de Medicina Interna estão obrigados a cumprir o Regulamento da Consulta Externa.

F. SERVIÇO DE URGÊNCIA

A Medicina Interna tem e continuará a ter um papel particularmente importante e uma enorme responsabilidade no trabalho desenvolvido no Serviço de Urgência.

Todos os médicos do Serviço de Medicina Interna asseguram um período de 12 horas semanais no Serviço de Urgência, de acordo como o horário legalmente estabelecido, obrigando-se ainda a cumprir 12 horas extraordinárias em caso de necessidade.

A todos os médicos do Serviço de Medicina Interna, cabe o cumprimento do Regulamento do Serviço de Urgência.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Seráfico do Oufão</p>	<p><i>Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão A	22/09/2009
		Próxima revisão:	22/09/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.02

G. CONSULTADORIA A OUTROSSERVIÇOS

No âmbito da sua área de intervenção, o Serviço de Medicina Interna presta consultadoria a todos os Serviços do Hospital, sempre que solicitado, numa actividade que se acredita ser de grande utilidade para os doentes internados.

O Responsável do Serviço ou o médico assistente do doente contacta um dos médicos do Serviço de Medicina Interna ou solicita o apoio da Medicina Interna através de impresso próprio (modelo anexo) de onde constam a identificação do doente, motivo do seu internamento, antecedentes pessoais relevantes, diagnósticos conhecidos, terapêutica em curso e o motivo do pedido. Cabe ao assistente técnico o registo destas solicitações como consulta interna, no programa informático em uso no Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

O Serviço de Medicina Interna compromete-se nos dias úteis, a observar e orientar o tratamento do doente nas 24 horas seguintes ao pedido. Durante os fins-de-semana e dias equivalentes, o médico de serviço à Urgência Interna responderá pelos pedidos urgentes.

8.2. Actividade de Enfermagem

A actividade diária de enfermagem distribui-se pelo internamento em enfermaria, unidades de cuidados intermédios e ainda a prestação de cuidados a doentes assistidos em Hospital de Dia.

9. FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

9.1. Processo de admissão de doentes no internamento

Serão admitidos nas unidades de Internamento do Serviço de Medicina Interna os doentes provenientes de:

- a) Serviço de Urgência
- b) Consulta Externa
- c) Outros serviços, após acordo do Director de Serviço ou seu substituto
- d) Outras Instituições, após acordo do Director de Serviço ou substituto
- e) Do domicílio, após convocatória do médico assistente

Todo o doente admitido no Serviço de Medicina Interna só o poderá ser sob a responsabilidade de um médico do Serviço com categoria igual ou superior a Assistente.

A todo o doente internado ou aos seus familiares deverá ser fornecido o Guia de Acolhimento do Serviço de Medicina Interna, que contém toda a informação adequada sobre o Hospital e o Serviço (documento anexo).

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Seráfico do Oufão</p>	<p><i>Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão A	22/09/2009
		Próxima revisão:	22/09/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.02

9.1.1. Procedimento Médico

Na primeira observação efectuada o médico assistente deverá elaborar a **Nota de Entrada**, onde deverão constar os seguintes elementos:

- História e observação clínica concisas, mas esclarecedoras dos problemas clínicos que sejam identificados:
- Motivo de internamento
- Antecedentes pessoais relevantes
- Medicação de ambulatório em curso
- Exame objectivo
- Referência a alterações relevantes dos ECD ou informação clínica que acompanhem o doente Lista de problemas activos a vigiar, sob a forma de tópicos
- Referência sumária a ECD solicitados

9.1.2. Procedimento de Enfermagem

No momento da admissão de um doente, e sempre que a sua situação clínica o permita, compete a enfermeiro que efectua o acolhimento:

- Apresentar-se, dizendo o seu nome de forma clara.
- Validar, junto do doente o nome pelo qual gosta de ser chamado.
- Apresentar o doente aos restantes doentes do quarto em que vai ficar alojado.
- Mostrar ao doente todo o espaço físico onde vai permanecer, nomeadamente as áreas de higiene e sanitários.
- Explicar ao doente e à família, duma forma sucinta, as rotinas de funcionamento do serviço (constituição da equipa multidisciplinar, horário das visitas, horário das refeições, horário de atendimento médico, utilização de objectos pessoais)
- Disponibilizar-se para esclarecer duvidas que possam existir.
- Oferecer o Guia de Acolhimento do Serviço, como forma de complementar a informação anterior.
- Preencher a lista de verificação da admissão do doente, conforme norma institucionalmente definida.

9.2. Processo de Evolução do Doente no Internamento

9.2.1. Procedimento Médico

O diário clínico de doentes em seguimento nas enfermarias deve conter informação sucinta e clinicamente relevante, de preferência sob a forma de tópicos:

- Evolução sintomática,
- Sintomas novos

- Evolução dos sinais clínicos previamente alterados e registo de novas constatações, quando existam;
- Evolução analítica ou radiológica ou de outros ECD, quando indicado Impressão clínica e plano consequente;
- Data, hora, assinatura e número de cédula profissional de quem realizou o registo;
- No caso de chamada em Urgência Interna, deverão ser registados: Data e hora E Motivo da chamada;
- Dados relevantes de anamnese, observação clínica e ECD se aplicável Orientação diagnóstica e terapêutica consequente;
- Evolução, se aplicável;
- Assinatura e número de cédula profissional a encerrarem o episódio.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Seráfico do Outeiro</p>	<p><i>Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão A	22/09/2009
		Próxima revisão:	22/09/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.02

9.2.2. Registo de Evolução de Enfermagem

O registo de evolução de enfermagem deve ser elaborado em todos os turnos, cabendo a cada enfermeiro realizar os registos correspondentes aos doentes de quem assumiu a responsabilidade de cuidar, em cada turno.

De cada registo deve constar a data e a hora em que foi efectuado. Deve ser assinado de forma legível e complementado com o número de cédula profissional do enfermeiro que o realizou.

9.3.3. Registos de Terapêutica

O registo da prescrição terapêutica é feito electronicamente através do Sistema Integrado de Gestão do Medicamento (SIGM) ou em impresso próprio, caso não seja possível, e é da responsabilidade dos médicos assistentes.

Assim:

A terapêutica instituída noutros serviços, como por exemplo na Urgência, deverá ser transcrita para o SGIM ou folha de terapêutica do Serviço de internamento

Sempre que o doente regresse de outros Serviços que prescrevam terapêutica para ser mantida na enfermaria, deverá ser actualizada a prescrição informatizada ou a folha terapêutica respectiva.

Sempre que possível a terapêutica a instituir deve respeitar o Formulário Nacional Hospitalar, de acordo com a prática corrente nos Hospitais do SNS.

O registo de administração de terapêutica deve ser efectuado pelo enfermeiro responsável por cada doente, após a realização da respectiva administração.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Serafino do Outeiro</p>	<p><i>Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão A	22/09/2009
		Próxima revisão:	22/09/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.02

9.4. Elaboração de Nota de Alta/ Transferência Médica e de Enfermagem

Sempre que um doente tenha alta do Serviço de Medicina Interna ou seja transferido para outro hospital (ou para outro Serviço do CHS, EPE), deverá ser acompanhado das notas de alta/ transferência, médica e de enfermagem. Destas notas deverá ser efectuada cópia para arquivo interno.

9.5. Elaboração de Informação Clínica para Consultas de Especialidades ou para ECD Especiais

Os doentes que sejam enviados a Consultas ou para realização de ECD fora do hospital, deverão ser acompanhados de informação adequada:

9.6. Óbito

Nesta situação será sempre verificado o óbito pelo médico de serviço que no entanto só procederá ao preenchimento do certificado de óbito caso tenha sido um dos médicos assistentes nas últimas 48h. Aos fins-de-semana e feriados o médico de Urgência Interna verifica e certifica o óbito. Deve ser cumprido o “Procedimento em caso de óbito Hospitalar”.

O Serviço deve possuir um livro de registo de óbitos.

10. Formação e Desenvolvimento

Consideram-se importantes para a manutenção e melhoria da Qualidade da actividade do Serviço de Medicina Interna, as seguintes actividades:

- Reuniões gerais do Serviço. Visita e reuniões clínicas.
- Concretização dos Planos de Formação definidos anualmente para o Serviço, como consta do Plano de Acção.
- Colaboração na formação de outros profissionais do CHS.
- Manutenção e desenvolvimento dos protocolos de parceria com os estabelecimentos de Ensino Superior.
- Elaboração e publicação de trabalhos científicos.

11. MELHORIA DA QUALIDADE

O Serviço de Medicina Interna está empenhado na melhoria contínua da qualidade adoptando os seguintes objectivos e indicadores:

- Optimização na resolução dos “casos sociais”, reduzindo as sinalizações tardias ao Serviço Social e monitorizando a taxa de sinalização nos primeiros três dias de internamento;
- Cumprir o Plano de Formação Global para todos os profissionais, avaliando continuamente a taxa de adesão às acções formativas;
- Rever e elaborar procedimentos e protocolos de terapêutica e boas práticas;
- Taxa de incidência de infecção nosocomial;
- Promover a vigilância epidemiológica de agentes infecciosos multirresistentes – taxa de registo; Consulta de Medicina Interna após alta – taxa de marcação;

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Seráfico do Ouífo</p>	<p><i>Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/10/2009
		Revisão A	22/09/2009
		Próxima revisão:	22/09/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.02

- Auditoria aos processos clínicos de óbito – taxa de processos revistos;
- Garantir o registo de quedas, úlceras de pressão e imobilizações físicas;
- Avaliar o índice de satisfação dos utentes no internamento – inquérito de satisfação;
- Implementação do projecto “Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”;
- Redução do número de transfusões em Hospital de Dia – nº de transfusões/ano;
- Implementação do cartão/guia do utente em Hospital de Dia;
- Avaliar a satisfação dos utentes do Hospital de Dia – inquérito de satisfação;
- Alargar a referenciação para ensino de doentes diabéticos – nº de doentes admitidos para ensino/ano;
- Reduzir as transferências de doentes para o Serviço de Urgência – taxa de doentes transferidos;
- Monitorizar os índices de gravidade nos doentes com mais de 24 horas na UCIM – índice de prognóstico médico - SAPS 2;
- Monitorizar a carga de trabalho de enfermagem – TISS 28 na UCIM
- Rever procedimentos de boas práticas nos cuidados ao doente crítico – taxa de revisão de procedimentos.
- Mortalidade no Serviço de Medicina Interna;
- Tempo médio de internamento;
- Taxa de reinternamentos às 72 horas;
- Incidência de complicações iatrogénicas.

12. Metodologia da Avaliação do Desempenho

O Serviço de Medicina Interna, através dos seus responsáveis, se encarregará de fazer cumprir as normas de avaliação de desempenho que vierem a ser aprovadas e que estiverem oficialmente estabelecidas segundo a respectiva legislação.

<p>Elaboração:</p>	<p>Revisão:</p>	<p>Ratificação:</p>
---------------------------	------------------------	----------------------------

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispínico Santiago do Outão</p>	<p>REGULAMENTO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS HSB</p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	28/10/2009
		Revisão A	13/10/2009
		Próxima revisão:	13/10/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.03

A. INTRODUÇÃO

Assistimos nos últimos anos, nas enfermarias de Medicina, a uma mudança no tipo de doentes e na abordagem terapêutica dos mesmos. O aparecimento de novas patologias, como por exemplo a infecção VIH, o envelhecimento generalizado da população e a maior agressividade no tratamento dos doentes, com a consequente iatrogenia, levou a um aumento da gravidade dos doentes internados. Este facto implica uma modificação de gestos e atitudes com necessidade de monitorização básica e actos diagnósticos e terapêuticos mais invasivos.

B. SIGLAS

AO – Assistente Operacional
 CHS – Centro Hospitalar de Setúbal
 DGS - Direcção Geral da Saúde
 HSB – Hospital de São Bernardo
 INE – Instituto Nacional de Estatística
 IQIP - International Quality Indicator Project
 UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
 UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios

C. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

As práticas e conhecimento que hoje se reconhecem como contributos da Medicina Intensiva são aplicados em diferentes áreas, com missões, metodologias e objectivos distintos.

Neste conceito (definição do INE/DGS), incluem-se:

- Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) – locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de doentes instáveis com disfunções de órgão e em risco de falência de funções vitais; conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados para os doentes que, embora não estando em estado grave, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia.

D. CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS ONDE SE PRATICAM CUIDADOS INTERMÉDIOS

A classificação adoptada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva refere dois níveis de Cuidados Intermédios, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respectiva unidade hospitalar.

Nível I – Visa basicamente, a monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros Serviços/Unidades de nível superior.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispínico Santiago do Outão</p>	<p>REGULAMENTO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS HSB</p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	28/10/2009
		Revisão A	13/10/2009
		Próxima revisão:	13/10/2012
		Cód. Documento:	REG.MED1.03

Nível II – Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular...), pelo que se deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica.

E. CARACTERIZAÇÃO E REGULAMENTO

1. DEFINIÇÃO

A Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) do HSB está integrada no Serviço de Medicina Interna e corresponde a uma unidade médica de nível II.

2. MISSÃO

A UCIM tem por missão o definido em Unidades de Cuidados Intermédios (pág. 1). Assim, presta assistência a doentes médicos, com situação instável e/ou requerendo monitorização hemodinâmica.

3. ESTRUTURAS

3.1. LOCALIZAÇÃO

Actualmente, com uma área de 60 m² na zona central do piso 3 do edifício antigo do HSB tem, no entanto, projecto aprovado de remodelação com transferência para uma área própria de aproximadamente 180 m² com sede no piso 4 do mesmo edifício.

Esta área integrada no Serviço de Medicina Interna, tem acesso através do mesmo e acesso directo do exterior.

Inclui sete unidades de doentes, sendo uma destinada a doentes com necessidade de isolamento de contacto.

As áreas de apoio actuais são comuns à Enfermaria do Serviço de Medicina Interna, mas posteriormente serão específicas da Unidade, incluindo zona de apoio médico e enfermagem, zona de banho assistido, zona de sujos e limpos, assim como zona de armazenamento de material, equipamento, medicamentos, roupas e material de secretariado.

3.2. EQUIPAMENTO

Cada **Unidade de Doente** é composta por:

- Rampa de gases e vácuo de acordo com a legislação em vigor;

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispiniano Santiago do Outão</p>	<p>REGULAMENTO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS HSB</p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	28/10/2009
		Revisão A	13/10/2009
		Próxima revisão:	13/10/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.03

- Cama articulada com grades e comando eléctrico, equipada com colchão anti-escara;
- Monitor cardíaco com medição de pressão arterial não invasiva e oxímetro digital;
- Ambu;
- Duas seringas infusoras com os respectivos suportes;
- Mesa de apoio e cadeirão individualizado;

Para além deste equipamento a UCIM possui material comum a toda a unidade, tal como:

- Carro de emergência com desfibrilhador, laringoscópio e bala de oxigénio de transporte;
- Ventilador portátil de transporte tipo EXlog;
- Ventilador modo não invasivo tipo BiPAP vision;
- Monitor cardíaco com modo de registo de pressão arterial invasiva;
- Bombas infusoras de alimentação entérica;
- Electrocardiógrafo;
- Negatoscópio;
- Biombo e Foco de luz;
- Cadeira para duche assistido;
- Cadeira de rodas;
- Aparelhos de ar condicionado e um sistema ventax para renovação de ar contínuo;
- Posto de trabalho médico e de enfermagem;
- Carro de arquivo de Processos Clínicos e Exames complementares dos doentes.

Aquando da abertura do novo espaço projectado para a UCIM, todo este material será objecto de revisão e adequação a esse espaço e ao futuro número de camas (7).

4. RECURSOS HUMANOS / ORGANOGRAMA (*vide anexo*)

A UCIM está integrada no Serviço de Medicina Interna, possuindo um staff próprio, composto por uma equipa médica fixa e um responsável de enfermagem, sendo que a restante equipa de enfermagem segue a rotação do Serviço de Medicina, dando cumprimento ao Regulamento do mesmo Serviço.

4.1. PESSOAL MÉDICO

A equipa fixa é composta por 2 médicos Assistentes Hospitalares de Medicina Interna, um deles como Coordenador da Unidade. Nos períodos nocturnos e fins-de-semana o trabalho é assegurado pelo médico de Urgência Interna.

Ao **coordenador médico** compete:

- Orientar e dirigir o funcionamento da Unidade, no aspecto científico e técnico;
- Estabelecer as normas de funcionamento;
- Desenvolver um Plano Anual de Auditoria Interna

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispínico Santiago do Outão</p>	<p>REGULAMENTO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS HSB</p>	Data de entrada em vigor:	28/10/2009
	<p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Revisão A	13/10/2009
		Próxima revisão:	13/10/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.03

- Avaliar os Indicadores de Produção;
- Programar a Formação dos profissionais e os Estágios dos Internos do Internato Complementar;
- Fomentar a divulgação, em congressos, da actividade realizada na UCIM e a participação dos seus profissionais, como formadores, em Cursos de Pós-Graduação e Formações em Serviço;
- Realizar o Plano de Acção anual e sua discussão no Conselho de Administração.

Aos **médicos residentes** compete desenvolver:

- Actividade assistencial;
- Colaborar igualmente na gestão e organização da unidade;
- Proceder à elaboração e actualização de protocolos, organização do ficheiro informático dos doentes e realização de trabalhos com carácter investigacional;
- Formação de médicos em estágio.

Desenvolvem a sua actividade entre as 8h e as 17h diariamente, sendo que em dois dias da semana asseguram até às 20h. Nos restantes dias a actividade entre as 17h e as 20h é assegurada pelos médicos de prolongamento à enfermaria. A partir das 20hs nos dias úteis e nas 24 hs de sábados, domingos e feriados a actividade é assegurada pelo médico de Urgência Interna.

A Unidade recebe Internos do Internato Complementar para estágio nesta área de intervenção médica. Os médicos cumprem programa de integração do Serviço.

4.2. PESSOAL ENFERMAGEM

O pessoal de enfermagem e auxiliar de acção médica está integrado no Serviço de Medicina Interna, mas tem uma escala própria para a Unidade e quando nela escalados não partilham actividade com a Enfermaria.

A carga de trabalho prevista para a Unidade prevê a necessidade de pelo menos um enfermeiro para cada quatro camas.

Os enfermeiros cumprem programa de integração do Serviço, que prevê a necessidade de formação e treino na área da medicina intensiva.

O **Enfermeiro Chefe** participa directamente na gestão da Unidade e é responsável pela elaboração das escalas e planos de distribuição do trabalho dos enfermeiros.

O **Enfermeiro Coordenador**, tem tarefas específicas como a definição do plano de cuidados aplicado aos doentes internados na Unidade, a organização da farmácia, material e equipamentos.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispínico Santiago do Outão</p>	<p>REGULAMENTO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS HSB</p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	28/10/2009
		Revisão A	13/10/2009
		Próxima revisão:	13/10/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.03

4.3. PESSOAL AUXILIAR DE ACÇÃO MÉDICA

A presença de um Auxiliar de Acção Médica é estritamente necessária, cumprindo tarefas de apoio ao trabalho de enfermagem, devendo ser escalados rotativamente, cumprindo os mesmos turnos que os enfermeiros.

4.4. PESSOAL ADMINISTRATIVO

O Secretariado é um ponto fundamental do trabalho da Unidade. Compete-lhe o papel de organização dos processos clínicos, o contacto com os familiares dos doentes e com todo o pessoal externo à Unidade.

De preferência deve estar habilitado ao registo de dados informáticos dos doentes.

È responsável por repor o material de papelaria e armazém, necessário ao funcionamento logístico da UCIM.

Dada a existência de 3 administrativas no Serviço de Medicina Interna, uma delas deverá ser responsável por esta actividade.

4.5. LIMPEZA DA UNIDADE E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTO

O Serviço de Limpeza é assegurado pela Empresa de Limpeza contratada pelo CHS, cumprindo o Plano de Limpeza institucional e o local.

O Serviço de Manutenção do equipamento é da responsabilidade do Serviço de Instalações e Equipamento do CHS, com calendarização definida em Plano institucional. São arquivados os comprovativos da sua realização.

Em caso de avarias dar-se-á cumprimento ao “Procedimento em caso de avarias de equipamento”.

5. PERCURSO DO DOENTE

5.1. ADMISSÃO

A UCIM é um local de eleição para doentes com instabilidade fisiológica moderada a severa, requerendo suporte técnico diferenciado sem necessitar de suporte artificial de vida. A UCIM está reservada para aqueles que, embora requerendo menos cuidados que os internados na UCI, têm necessidade de monitorização e terapêuticas que não estão disponíveis nas enfermarias normais.

A UCIM, como Unidade Step Down, reduz custos, reduz a demora média nas **UCI's**, sem aumentar a demora média hospitalar. Tem impacto positivo no prognóstico do doente e melhora a satisfação doente/família, proporcionando um ambiente mais calmo que a UCI.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Sebastião Hospital Crispínio Santiago do Outão</p>	<p>REGULAMENTO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS HSB</p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	28/10/2009
		Revisão A	13/10/2009
		Próxima revisão:	13/10/2012
		Cód. Documento:	REG.MED1.03

5.1.1. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Doentes instáveis, originários do Serviço de Urgência ou do Internamento, com disfunção de órgão e em risco de falência de funções vitais;

- Aparelho Cardio-Vascular
 - Qualquer arritmia hemodinamicamente estável;
 - Insuficiência Cardíaca ligeira a moderada sem choque;
 - Urgência Hipertensiva sem disfunção terminal de órgãos;
- Aparelho Respiratório
 - Após desmame da ventilação mecânica:
 - Início de Ventilação Não Invasiva em doentes com insuficiência respiratória aguda e crónica;
 - Vigilância apertada em doentes com patologia pulmonar hipoxemiante;
- Aparelho Neurológico
 - AVC estabelecido requerendo vigilância do estado de consciência (coma);
 - Doenças do neurónio motor;
- Intoxicações
 - Doentes que necessitam vigilância neurológica, pulmonar e cardíaca após ingestão de drogas;
- Aparelho Digestivo
 - Hemorragia Digestiva Alta responsiva à fluidoterapia;
 - Falência hepática aguda com sinais vitais estáveis;
- Sistema Endócrino
 - Cetoacidose Diabética requerendo perfusão de insulina endovenosa;
 - Estado hiperosmolar com resolução do coma;
 - Tireotoxicose, Mixedema;
- Outras
 - Estados pós-operatórios complicados de patologia médica necessitando vigilância de funções de órgão vitais;
 - Tratamento apropriado e precoce de Sepsis sem choque;
 - Insuficiência Renal Aguda sob terapêutica dialítica de substituição, mas com estabilidade hemodinâmica;
 - Doentes necessitando de controlo de fluidos apertado;
 - Alterações Electrolíticas (p.e. Hipercalcemia, D. Addison)
 - ; Delirium Tremens.

- Doentes transferidos de Unidades de Cuidados Intensivos após estabilização respiratória, neurológica e hemodinâmica. (Step down Unit).

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispiniano Santiago do Outão</p>	<p>REGULAMENTO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS HSB</p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	28/10/2009
		Revisão A	13/10/2009
		Próxima revisão:	13/10/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.03

5.1.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Doentes sob ventilação mecânica invasiva (excepto enquanto aguarda transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos);

Enfarto agudo do miocárdio complicado (deve ser referenciado à Unidade de Cuidados Coronários do CHS);

Estado epiléptico / Outras lesões neurológicas graves; Traumatismo crânio – encefálico isolado;

Cuidados paliativos.

Não devem ser admitidos doentes sem indicação e/ou benefício para internamento na Unidade, tais como doentes com situações clínicas intratáveis ou em fase terminal de doença crónica.

5.1.3. FORMA DE ADMISSÃO À UCIM

Existindo um doente que preencha os critérios de admissão definidos anteriormente, deverá ser contactado o elemento médico da Unidade, propondo a sua transferência. Se aceite, e existindo vaga, a admissão deverá ser imediata, cumpridos que estejam outros pressupostos como sejam o doente ser portador de informação caracterizando a sua situação clínica.

Na ausência de vaga imediata na UCIM o doente com indicação para admissão na mesma aguardará, no local onde esteja a ser tratado, o momento de admissão, o qual se tentará que seja concretizado no mais curto espaço de tempo.

Em caso de **admissão de urgência**, após as 17h ou aos feriados e fins-de-semana, deve ser contactado o médico de apoio à Unidade (de prolongamento ou de Urgência interna) para que tenha conhecimento da transferência e lhe sejam transmitidas as informações clínicas relevantes. Deverá cumprir os critérios de admissão estabelecidos.

5.1.4. AVALIAÇÃO CLÍNICA NA ADMISSÃO

O médico é responsável por:

1. História Clínica, Exame Objectivo e sumário dos problemas do doente;
2. Registar o nome do médico de família do doente e medicação de ambulatório;
3. Requisitar os Exames Complementares de diagnóstico necessários;
4. Prescrever terapêutica (deve envolver o enfermeiro e especificar as ordens terapêuticas, não esquecendo que o hospital tem um sistema de horas de administração pré-definido, devendo ser explícita a ordem de iniciar, escrevendo AGORA, e depois a periodicidade pretendida);
5. Utilizar protocolos de diagnóstico e terapêutica da Unidade (caso a sua existência para a situação em causa);

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispiniano Santiago do Outão</p>	<p>REGULAMENTO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS HSB</p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	28/10/2009
		Revisão A	13/10/2009
		Próxima revisão:	13/10/2012
		Cód. Documento:	REG.MED1.03

6. Efectuar as técnicas auxiliares de diagnóstico e terapêutica necessárias à situação clínica do doente;
7. Ter cuidado com dietas zero prolongadas (p.e. doentes diabéticos) e outras situações específicas.
8. Preencher a Lista de Verificação da Admissão.

O enfermeiro é responsável por:

1. Apresentar-se dizendo o seu nome, de forma clara e sempre que a situação do doente o permitir;
2. Validar junto do doente qual o nome pelo qual gosta de ser chamado;
3. Realizar nota de admissão donde conste a observação, registo de parâmetros vitais e/ou outros parâmetros monitorizados;
4. Proceder ao registo e administração da terapêutica prescrita pelo médico;
5. Cumprir os procedimentos de enfermagem definidos para a UCIM;
6. Disponibilizar-se para esclarecer junto do doente ou família, as dúvidas que ainda possam persistir;
7. Oferecer o Guia de Acolhimento da UCIM;
8. Preencher a lista de verificação da admissão, conforme institucionalmente definido.

5.2. ESTADIA

5.2.1. ACTIVIDADE MÉDICA DIÁRIA NA UCIM

A actividade diária do Médico Residente consiste em:

- Avaliação clínica, com atenção às queixas dos doentes e realização de exame objectivo completo;
- Avaliação dos registos de sinais vitais e alterações dos mesmos em relação ao dia anterior;
- Avaliação do diário de enfermagem;
- Avaliação dos resultados de exames complementares previamente requisitados; Elaboração do diário clínico, com registo dos sintomas, sinais, resultados de exames complementares de diagnóstico e elaboração de lista de problemas e plano;
- Requisição de novos exames complementares de diagnóstico;
- Realização de técnicas de diagnóstico e terapêutica necessárias de acordo com a situação clínica em causa, nomeadamente, gasimetria arterial, cateterização venosa central e de linha arterial, toracocentese e biópsia pleural, paracentese, punção lombar, mielograma e biópsia óssea, ventilação não invasiva e reanimação cardiorrespiratória;

- Prescrição terapêutica em folha informatizada própria da UCIM, expressando oralmente indicações à equipa de enfermagem;
- Articulação com o Serviço Social com sinalização precoce de situações potencialmente problemáticas;
- Articulação com o Serviço de Medicina Física e Reabilitação para garantir cuidados de cinesiterapia respiratória e fisioterapia;
- Solicitação de consultoria a outras especialidades quando necessário;
- Registo dos índices de gravidade em processo informático próprio;
- Todos os procedimentos referentes à admissão e transferência/alta, já descritos anteriormente;
- Prestação de informação à família;
- Contactar o médico de prolongamento ou de Urgência Interna e fazer um breve resumo da situação clínica dos doentes.

O Médico Residente tem ainda atenção especial:

- aos cuidados para evitar as infecções nosocomiais;
- à identificação completa do processo clínico e assinatura de todos os registos e prescrições.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Sebastião Hospital Crispínico Santiago do Outão</p>	<p>REGULAMENTO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS HSB</p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	28/10/2009
		Revisão A	13/10/2009
		Próxima revisão:	13/10/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.03

5.2.1.1. ENFERMAGEM

- Acolher o utente / família de forma personalizada;
- Planear os cuidados de enfermagem e validá-los com o utente / família;
- Executar os cuidados de enfermagem planeados, respeitando os princípios éticos deontológicos e técnicos da profissão, envolvendo o utente e a família;
- Registar e transmitir as observações e actividades realizadas na prestação de cuidados;
- Interessar-se pelo serviço, apresentando sugestões de melhoria do funcionamento do serviço, e intervindo activamente para a dinamização da equipa;
- Informar o Enfermeiro Chefe ou quem o substitua das avarias do equipamento e do desgaste do material;
- Colaborar na verificação dos prazos e validade dos medicamentos e material de consumo clínico;
- Ser o elo de ligação utente / família / equipa multidisciplinar;
- Colaborar na formação realizada na unidade de cuidados, incluindo a orientação de alunos na prática de ensino clínico;
- Colaborar na integração / formação dos Enfermeiros recém admitidos;
- Colaborar nos projectos de desenvolvimento institucional e do serviço.

A Equipa de Enfermagem pode pontualmente integrar grupos de alunos de Enfermagem, a quem compete o cumprimento de um conjunto de acções que concorrem para a satisfação de objectivos académicos impostos pelas Escolas Superiores de Enfermagem, e que se centram na aquisição de saberes e competências no domínio da prática clínica, formação e gestão de cuidados de enfermagem.

Não lhes é reconhecida autonomia para o exercício da prática clínica, pelo que todas as actividades por eles desempenhadas são da responsabilidade do Orientador/Tutor e /ou Professor.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispínico Santiago do Outão</p>	<p>REGULAMENTO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS HSB</p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	28/10/2009
		Revisão A	13/10/2009
		Próxima revisão:	13/10/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.03

5.2.1.2. AAM

Colaborar, com o médico e enfermeiro, em todas as tarefas para as quais for solicitado, de acordo com estipulado na sua descrição de funções.

5.2.2. PROCESSO CLÍNICO

É semelhante ao do doente internado na enfermaria, dando cumprimento ao estabelecido para a Instituição.

Na capa do processo deve constar a identificação completa do doente, incluindo o contacto do médico de família, o nome do médico responsável pelo doente e o contacto do familiar mais próximo.

Deve sempre incluir as seguintes folhas de registo:

Nota de Entrada (com Motivo de Internamento, Doença Actual, Antecedentes relevantes e data e hora do internamento):

Sinais vitais;

Diário de Enfermagem com data e identificação do enfermeiro (Nome e nº

Ordem) Diário clínico com data e identificação do médico (Nome e nº Ordem)

Terapêutica diária (esta folha permanece na prancheta da respectiva cama e só é arquivada no processo no dia seguinte);

Exames Complementares.

O processo deve acompanhar o doente na realização de Exames e/ou Consultas no Hospital, sendo seu portador o AAM, ou no exterior sempre que for acompanhado de enfermeiro.

5.3. ALTA

5.3.1. CRITÉRIOS DE ALTA/TRANSFERÊNCIA

Para Enfermaria: Estabilização clínica, não sendo necessária monitorização intensiva.

Para Unidades de Cuidados mais diferenciados:

1. Necessidade de suporte avançado de vida (transferir para a UCI do HSB ou, caso não haja vagas, para outra UCI). Excepcionalmente poderá ser transferido para o Serviço de Urgência por não se prever vagas disponíveis a curto prazo.
2. Necessidade de técnicas médicas de diagnóstico ou terapêutica inexistentes no Hospital São Bernardo.

Directamente para o Domicílio:

1. Em doentes que não obtiveram transferência para a enfermaria, em tempo útil;
2. Em doentes sob Ventilação não Invasiva.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispiniano Santiago do Outão</p>	<p>REGULAMENTO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS HSB</p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	28/10/2009
		Revisão A	13/10/2009
		Próxima revisão:	13/10/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.03

5.4.1. FORMA DE TRANSFERÊNCIA DA UCIM

Em caso de transferência por agravamento clínico o doente deve ser sempre acompanhado de Médico, Enfermeiro e AAM;

No caso de transferência para outros Serviços, com o doente estabilizado, o acompanhamento será feito por Enfermeiro e AAM;

O doente deve possuir nota de transferência médica e de enfermagem, que deve incluir resumo clínico, exames e terapêuticas realizadas;

Se a transferência for inter-hospitalar, deverá ser feita fotocópia do processo clínico e dos exames considerados úteis;

Em caso de Alta para o domicílio o doente deverá ser portador de Nota de Alta;

No caso de óbito deve ser feita Nota de Óbito e proceder conforme o estipulado no “Procedimento em caso de óbito hospitalar”.

Após a saída do doente deve completar-se, sempre, o registo informático dos Índices de Gravidade, com a data de alta, destino e diagnóstico final.

6. INFORMAÇÃO À FAMÍLIA / VISITAS

As visitas são limitadas aos familiares directos e nunca por períodos muito longos. O horário pode ser diversificado dentro de normas estabelecidas.

A informação aos familiares será dada pelo pessoal médico em horário a estipular e a afixar em local visível.

Será entregue aos familiares um folheto explicativo sobre as características e organização da Unidade.

7. ARTICULAÇÃO DA UCIM COM OUTROS SERVIÇOS DOCHS

À articulação é essencial para o funcionamento da Unidade. Ela existe preferencialmente com Serviços de apoio fundamentais (Fisiatria, Patologia Clínica, Imagiologia, Farmácia), devendo ser criados protocolos de colaboração que permitam uma maior eficácia na prestação dos vários serviços.

As diversas Especialidades Médicas deverão ser chamadas em termos de consultoria, havendo preferência para que seja o mesmo médico de cada especialidade a prestá-la. Para tal, será feita diligência junto dos Directores de Serviço para nomearem um dos seus colaboradores para esse efeito.

8. AVALIAÇÃO CONTÍNUA DE QUALIDADE

A avaliação contínua de qualidade é uma prática da Unidade, que se pretende monitorizar com a implementação dos seguintes indicadores:

Realização e Revisão de Protocolos e Normas de Orientação Clínica (3/ano);

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispiniano Santiago do Outão</p>	<p>REGULAMENTO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS HSB</p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	28/10/2009
		Revisão A	13/10/2009
		Próxima revisão:	13/10/2012
		Cód. Documento:	REG.MEDI.03

Avaliação dos Índices de Gravidade Clínica (SAPS 2) e de Carga de Trabalho de Enfermagem (TISS28) (anual);

Mortalidade na Unidade / Hospitalar (anual);

Tempo médio de internamento (anual);

Taxa de reinternamento até às 48 horas (anual);

Incidência de infecções nosocomiais- Integrado nos Programas de Vigilância da CCI;

Incidência de complicações iatrogénica – Registo do IQIP dos Indicadores Escaras de Decúbito e Imobilizações;

Aplicação do Plano Anual de Auditorias Internas do Serviço na UCIM, consoante calendarização definida. Inclui Processo Clínico, Organização do Serviço, Circuito do Medicamento, Segurança do Doente e Avaliação dos Óbitos;

Avaliação dos custos (anual).

Anualmente é feito um **relatório** com a avaliação do desempenho e dos resultados de saúde, que são a base para definir os objectivos para o Plano de Acção do ano seguinte.

F. BIBLIOGRAFIA

Manual de Acreditação HQS – critérios 18.1;18.2;18.3;18.4;18.5;19.1;19.10;47.8;47.18

“Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento” – Direcção Geral da Saúde, 2003

European Society of Intensive Care Medicine – Reports, Guidelines and recommendations – special edition of the ESICM revue, Springer, 1996

Society of Critical Care Medicine – Guidelines on Admission and Discharge for Adult Intermediate Care Units, Março 1998

Elaboração	Revisão	Ratificação

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Leonardo Hospital Ortopédico Jorjão do Couto</p>	<p>REGULAMENTO DA URGÊNCIA INTERNA HSB</p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	15/02/2012
		Revisão B	30/12/2011
		Próxima revisão:	30/12/2014
		Cód. Documento:	REG.MEDI.05

SIGLAS

UIMI – Urgência Interna de Medicina Interna

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Medicina Interna

SMI – Serviço de Medicina Interna

EEMI – Equipa de Emergência Interna

Referências

CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação, 3.ª Edição, Versão 01 (abril 2010); Critérios 7.19, 7.23 e 7.24.

A. INTRODUÇÃO

A UIMI foi criada com o objetivo de prestar cuidados médicos de forma continuada a doentes internados no SMI. Pode também ser chamada para atender situações médicas de urgência noutros serviços.

Assistimos nos últimos anos, nas enfermarias de Medicina, a uma mudança no tipo de doentes e na abordagem terapêutica dos mesmos. O aparecimento de novas patologias, o envelhecimento da população e a maior agressividade no tratamento dos doentes, com a conseqüente iatrogenia, levou a um aumento da gravidade dos doentes internados.

A criação da Unidade UCIM em 2000 veio sustentar ainda mais a atividade da UIMI.

B. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Define-se como atividade de UIMI, a prestação de cuidados médicos urgentes a doentes internados no SMI e noutros serviços, fora do horário ordinário, todos os dias do ano. A UIMI é da responsabilidade do SMI.

C. CARACTERIZAÇÃO E REGULAMENTO

1. RECURSOS HUMANOS

A gestão e coordenação da UIMI é da responsabilidade do SMI e realizada por médicos do SMI ou de outras especialidades médicas que para tal estejam habilitados.

Ao **Coordenador da UIMI**, nomeado pelo Diretor de Serviço de Medicina Interna, compete:

- Organização das escalas mensais
- Avaliação da atividade da UIMI

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.F.E. Hospital de São Leonardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p>REGULAMENTO DA URGÊNCIA INTERNA HSB</p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	15/02/2012
		Revisão B	30/12/2011
		Próxima revisão:	30/12/2014
		Cód. Documento:	REG.MEDI.05

- Articulação com o Diretor de Serviço
- Avaliação sumária do doente à entrada na enfermaria:
- avaliação de doentes internados com agravamento da situação clínica;
- solicitação sempre que justificada, de exames complementares de diagnóstico para esclarecimento das situações agudas;
- orientação terapêutica dos problemas identificados;
- vigilância de doentes instáveis;
- realização de procedimentos/técnicas sempre que necessário;
- encaminhamento de doentes instáveis para níveis de cuidados superiores (UCIM ou UCI);
- avaliação dos doentes entrados na UCIM, fora do horário normal dos médicos desta unidade;
- observação dos doentes da UCIM aos sábados, domingos e feriados;
- comunicar as intercorrências aos responsáveis dos doentes observados se considerar necessário;
- comunicar intercorrências e plano ao colega de UIMI seguinte quando se trata de sábado ou domingo;
- ativação da Equipa de Emergência Médica Interna (EEMI) sempre que preencha critérios e considere necessário.

2.2. Noutro Serviços:

- Avaliação de doentes com situações urgentes, no âmbito de patologia médica;
- O médico de UIMI deverá ser ativado por colega de outra especialidade ou diretamente pelo enfermeiro do Serviço;
- Excluem-se desta avaliação os doentes que preencham critérios para ativação da EEMI;
- O médico de UIMI, em caso de óbito noutro Serviço, deverá proceder de acordo com o procedimento de óbito em vigor.

O médico de UI é portador de um telefone de urgência (**Ext. 2507**) e **deverá ser ativado** por:

- ↳ Enfermeiro(a) do SMI
- Médicos de outro serviço
- Enfermeiro(a) de outro serviço (quando já não existe médico de presença nesse serviço)

Tendo em conta o horário dos médicos do SMI, o médico de UIMI exerce a sua atividade nos seguintes **horários**:

- De 2ª a 5ª feira - das 20hs até às 08hs do dia seguinte

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico João de Deus	REGULAMENTO DA URGÊNCIA INTERNA HSB <i>Serviço de Medicina Interna</i>	Data de entrada em vigor:	15/02/2012
		Revisão B	30/12/2011
		Próxima revisão:	30/12/2014
		Cód. Documento:	REG.MEDI.05

- 6ªfeira – das 17hs até às 9hs do dia seguinte
- Sábados – das 9hs até às 9hs do dia seguinte
- Domingos – das 9hs até às 8hs do dia seguinte

3. ARTICULAÇÃO DA UIMI COM A EEMI

No caso de doentes internados no SMI, deverá ser sempre ativado o médico de UIMI.

Caberá ao médico de UIMI, após avaliação do doente, ativar a EEMI se e quando considerar necessário.

4. ESCALAS

A escala é realizada pelo coordenador da UIMI.

É apresentada uma escala mensal que será afixada e colocada na pasta departamental do SMI.

Elaboração	Revisão	Ratificação

ANEXO II - Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros do CHS, E.P.E., Serviço de Medicina Interna.

Certificação de Idoneidade Formativa do Serviço de Medicina Interna

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Santiago do Duão

SERVIÇO DE GESTÃO DA FORMAÇÃO

FOLHA DE SUMÁRIO/PRESENÇAS

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Designação Curso/Ação: Padões de Qualidade Cuidados Enfermagem | Sist. Refor. G1

Modalidade de Formação (assinalar com X): Inicial Contínua Em Serviço Outra

POPH Candidatura n.º: _____ Tipologia n.º Curso n.º: _____ /Ação n.º _____

Data: 08/05/13

2. SUMÁRIO

N.º Mec.	Nome (Completo/Letras Maiúsculas)	H. Teóricas	Categ. Prof.
		H. Práticas	
Horário	Sumário	Rubrica	
das <u>09:00</u> às <u>11:30</u>	<u>Padões Qualidade de Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual e Execução Descritiva - aplicação de conceitos</u>		
		H. Teóricas	Categ. Prof.
		H. Práticas	
Horário	Sumário	Rubrica	
das <u>11:30</u> às <u>13:00</u>	<u>CIPE - Estrutura e unidade base de utilização</u>		
		H. Teóricas	Categ. Prof.
		H. Práticas	
Horário	Sumário	Rubrica	
das <u>14:00</u> às <u>17:00</u>	<u>SAPE - Revisão da metodologia de estrutura de conteúdos p/ utilizadores</u>		
		H. Teóricas	Categ. Prof.
		H. Práticas	
Horário	Sumário	Rubrica	
das : : às : :			

3. REGISTO DE PRESENÇAS

N.º	N.º Mec.	Nome (Completo/Letras Maiúsculas)	Categ. Prof.	Serviço	Rubrica
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

MPR/IM/CE/MCA/SGF-2012

O Coordenador Curso/Ação _____ Recebido SGF: 14/2/14
Rubrica [assinatura]

FOLHA DE SUMÁRIO/PRESENÇAS

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Designação Curso/Ação: Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem - S.I. Enfermagem

Modalidade de Formação (assinalar com X): Inicial Contínua Em Serviço Outra _____

POPH Candidatura n.º: _____ Tipologia n.º: Curso n.º: _____ /Ação n.º _____

Data: 22/5/13

2. SUMÁRIO

N.º Mec.	Nome (Completo/Letras Maiúsculas)	H. Teóricas	Categ. Prof.
Horário	Sumário	H. Práticas	Rubrica
das <u>09:00</u> às <u>11:30</u>	<u>Padrões Qualidade de Cuidados de Enfermagem - Aquisição conceitual e conceitos descritivos - Associação de conceitos</u>		
das <u>11:30</u> às <u>13:00</u>	<u>C.I.P.E - Estrutura e metodologia de utilização</u>		
das <u>14:00</u> às <u>17:00</u>	<u>SAPE - Revisão da metodologia para a estrutura de reunião já em utilização</u>		
das _____ às _____	_____		

3. REGISTO DE PRESENÇAS

N.º	N.º Mec.	Nome (Completo/Letras Maiúsculas)	Categ. Prof.	Serviço	Rubrica
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

FOLHA DE SUMÁRIO/PRESENÇAS

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Designação Curso/Ação: Padrões de qualidade de cuidados de Enfermagem - Sist. Teóric. Bife
 Modalidade de Formação (assinalar com X): Inicial Contínua Em Serviço Outra
 POPH Candidatura n.º: _____ Tipologia n.º Curso n.º: _____ /Ação n.º _____
 Data: 05/06/13

2. SUMÁRIO

N.º Mec.	Nome (Completo/Letras Maiúsculas)	H. Teóricas	Categ. Prof.
Horário	Sumário	H. Práticas	Rubrica
das <u>09:00</u> às <u>11:30</u>	<u>Padrões Qualidade de Cuidados Enfermagem</u> <u>- "O conhecimento Conceptual & Enunciado de</u> <u>teor - aplicação de concên</u>		<u>nlmty</u>
das <u>11:30</u> às <u>13:00</u>	<u>CIPE - Estrutura e metodologia de utilização</u>		<u>nlmty</u>
das <u>14:00</u> às <u>17:00</u>	<u>SAPE - Revisão da autologia para a estrutura de</u> <u>teor para utilizadores</u>		<u>nlmty</u>
das _____ às _____			

3. REGISTO DE PRESENÇAS

N.º	N.º Mec.	Nome (Completo/Letras Maiúsculas)	Categ. Prof.	Serviço	Rubrica
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

O Coordenador Curso/Ação _____ Recebido SGF: 14/2/14
 Rubrica [assinatura]

3. REGISTO DE PRESENÇAS (cont.)					
DESIGNAÇÃO DA FORMAÇÃO					
N.º	N.º Mec.	Nome (Completo/Letras Maiúsculas)	Categ. Prof.	Serviço	Rubrica
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					

O Coordenador Curso/Ação



GIARC

Centro Hospitalar de Setúbal

ALERTA – 01/2012

IDENTIFICAR E REDUZIR OS RISCOS NA UTILIZAÇÃO DE SOLUÇÕES DE CLORETO DE POTÁSSIO

Fundamentação:

1. Reduzir o risco de sobredosagem acidental por administração intravenosa de potássio, decorrente da utilização de soluções com cloreto de potássio (Solução de cloreto de potássio de concentrações 7,45% (0,745g em 10 ml)
7,5% (0,75g em 10 ml)
Solução de fosfato monopotássico em ampolas).

A solução de cloreto de potássio concentrado pode ser fatal se dada inadequadamente. O cloreto de potássio concentrado foi uma das drogas mais frequentemente implicadas em incidentes fatais, erros de medicação e dos profissionais.

O cloreto de potássio é amplamente utilizado e administrado por via intravenosa em soluções diluídas no tratamento de níveis baixos de potássio (hipocaliemia) em doentes em estado grave.

Doentes com níveis baixos de potássio podem exigir potássio intravenoso em infusão rápida. Um atraso na administração desta terapia pode comprometer o atendimento ao doente e risco cardíaco. Alguns doentes em Unidades de cuidados críticos/intensivos podem exigir potássio sob a forma de solução concentrada num volume muito pequeno.

As ampolas Cloreto de potássio concentrado podem ser muito semelhantes às de Cloreto de sódio, Cloreto de cálcio, Gluconato de cálcio, Fosfato de Monopotássio, Água destilada para injeção e outros medicamentos injetáveis.



AÇÕES:

1. O armazenamento e manipulação de cloreto de potássio concentrado e outras soluções de cloreto de potássio concentrado deve ser efetuado de acordo com os procedimentos SMD.01 e SMD.02

1.1 Devem estar restritos aos departamentos de farmácia e às áreas de cuidados críticos onde são necessárias soluções concentradas para uso urgente. O cloreto de potássio concentrado e outras soluções de potássio devem ser retirados das existências de rotina em enfermarias e departamentos clínicos.

1.2 As soluções de cloreto de potássio concentrado devem ser armazenadas em armário trancado separado longe de soluções comuns de diluição, como solução de cloreto de sódio.

1.3 As soluções de cloreto de potássio concentrado não devem ser transferidas entre áreas clínicas. Todos os fornecimentos devem ser feitos diretamente a partir do Serviço de Farmácia. Deve-se registrar a requisição, fornecimento, receção e administração de cloreto de potássio e a diluição efetuada.

2. A prescrição de soluções contendo soluções de potássio devem ser efetuadas nas concentrações que estão atualmente disponíveis comercialmente.

3. Verificação do uso de soluções de potássio nas áreas

clínicas 3.1 Um segundo clínico deve sempre verificar:

Que se trata do produto correto, diluição de dosagem, e rotulagem durante a preparação e, novamente,

Antes da administração intravenosa de soluções preparadas a partir de cloreto de potássio concentrado.

Administração de Sangue no CHS

Fundamentação:

O GIARC tem recebido (com relevância para o último mês) vários **Relatos de Incidente** que envolvem a administração de componentes sanguíneos e que resultaram na **inutilização de unidades de sangue**.

O Manual de Políticas e Procedimentos do CHS contém Procedimentos e Normas de Orientação Clínica que apoiam a decisão dos profissionais no momento da Prescrição, Administração e na suspeita de Reação Adversa à Transfusão.

Num momento de especial carência de sangue nas Instituições de Saúde, o GIARC apela a todos os Diretores de Serviço, Enfermeiros Chefes, Gestores de Risco Clínico, Médicos, Enfermeiros e restantes profissionais, para o rigoroso cumprimento dos Procedimentos instituídos, divulgando a disponibilidade do Serviço de Imunohemoterapia (IHEM) no apoio aos Serviços, no decurso de todo o processo transfusional.

Alertamos em especial para os seguintes passos:

Os componentes sanguíneos devem ser administrados **de imediato** após receção dos mesmos no Serviço onde o doente se encontra;

Antes da colocação do sistema apropriado para administração do componente sanguíneo, devem ser confirmados: o pedido, a identificação do doente e a existência de condições mínimas de administração (sinais vitais adequados e acesso venoso de calibre adequado);

Após a administração, devem ser devolvidos ao IHEM os respetivos comprovativos de administração;

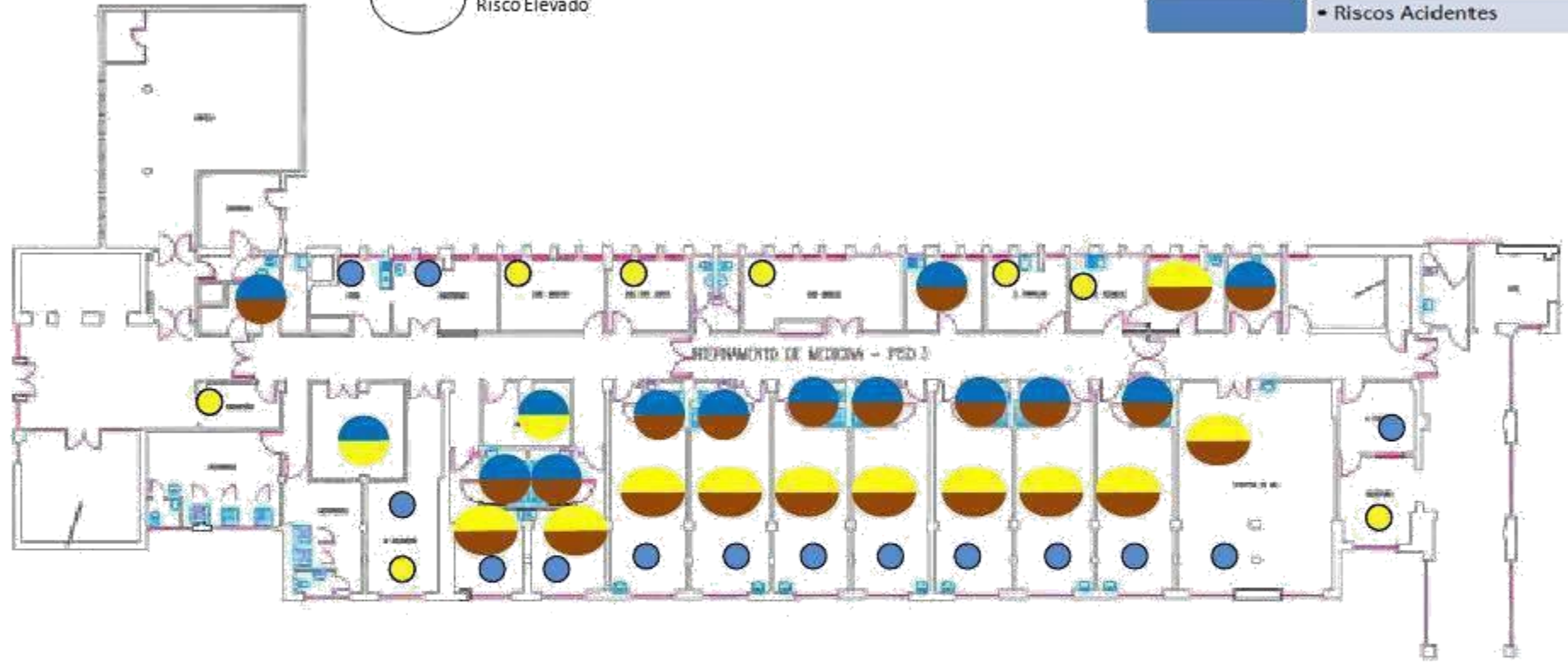
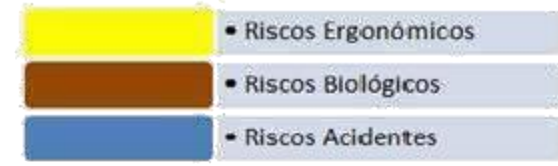
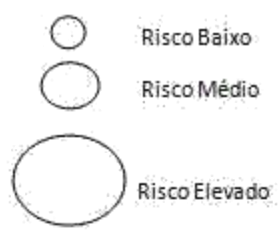
Perante uma reação/suspeita de reação adversa deve ser seguido rigorosamente o procedimento GRI.01- Procedimento para lidar com reações adversas a transfusões;

Perante qualquer dúvida deve ser **sempre** contactado o IHEM.




O GIARC sugere a consulta/divulgação dos seguintes documentos:




- Uso Apropriado de Sangue - **NOC.CHS.35**
- Procedimento para Recolha, Etiquetagem, Armazenamento, Preservação, Transporte e administração de Sangue e Produtos Sanguíneos - **PS.IHEM.04**
- Procedimento para Obtenção de Comprovativo de Administração de Sangue e Componentes Sanguíneos - **PS.IHEM.03**
- Procedimento para lidar com reações adversas a transfusões - **GRI.01**

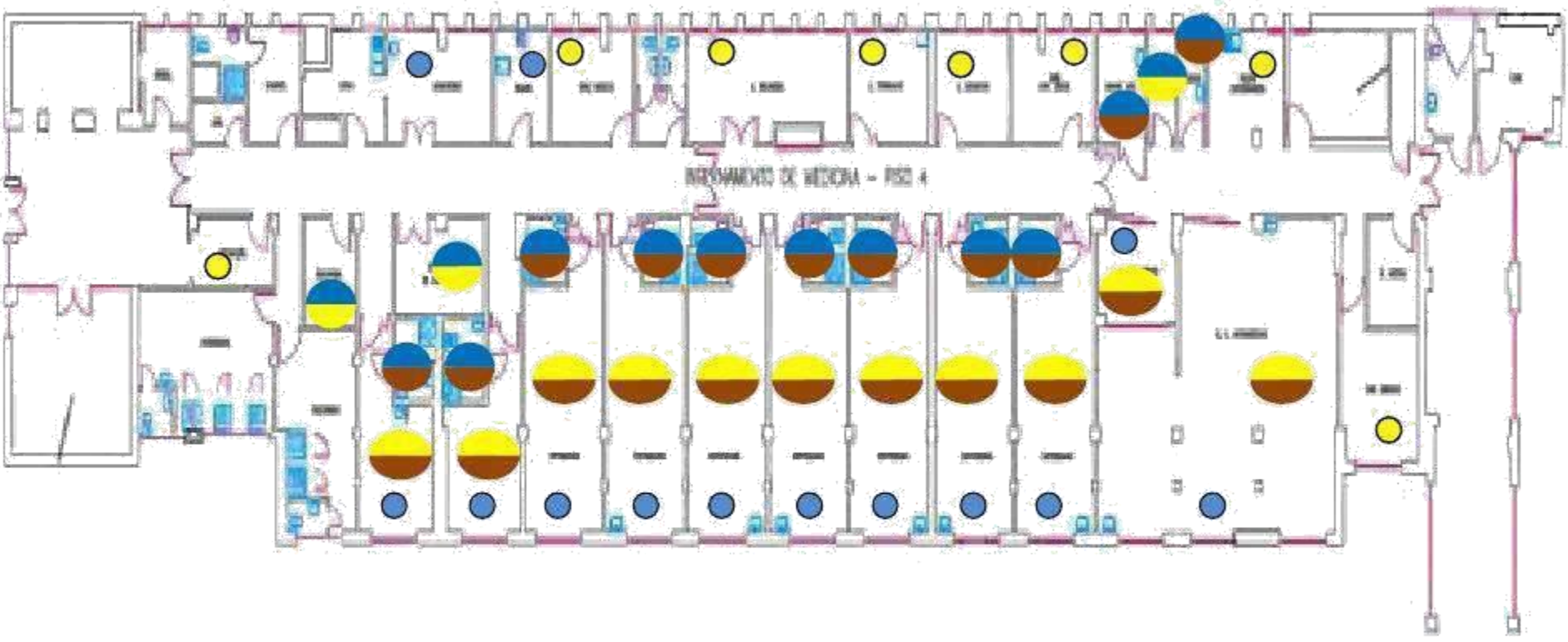
CARTA DE RISCO AMBIENTAL- MEDICINA INTERNA – PISO 3




CARTA DE RISCO AMBIENTAL- MEDICINA INTERNA – PISO 4

-  Risco Baixo
-  Risco Médio
-  Risco Elevado

-  Riscos Ergonómicos
-  Riscos Biológicos
-  Riscos Acidentes



	Procedimento para Aquisição de Fornecimentos Aprovisionamento	Data de entrada em vigor:	30/09/05
		Revisão A	13/05/05
		Próxima revisão:	13/05/08
		Cód. Documento:	CVB.02

1. Objectivo

Assegurar o regular fornecimento de bens e serviços, de acordo com o estipulado na lei, tendo como finalidade uma boa prestação de cuidados de saúde, com padrões de qualidade adequados às necessidades dos utentes e à natureza do Hospital, havendo, contudo, a ter em conta uma rigorosa política de contenção de custos.

2. Campo de aplicação

Este procedimento, aplica-se ao Serviço de Aprovisionamento, e todos os serviços do Hospital, havendo, contudo, necessidade de sensibilizar os serviços que requisitam bens ou serviços, que devem indicar as características dos bens adquiridos, o mais pormenorizadamente possível.

Siglas, abreviaturas e definições

Referências

Critério 17.20 Manual Internacional de Acreditação de Hospitais (HQS)
Política de Compra e Venda de Bens e Serviços do HOSO
Decreto- Lei nº 197/99 de 08 de Junho
Decreto- Lei nº 59/99 de 02 de Março

5. Responsabilidades

Do chefe do serviço de aprovisionamento, pela garantia do seu cumprimento.
Conselho de Administração, pela sua divulgação.


6. Procedimento

Encontra-se em anexo o fluxograma das compras, - Ajustes Directos, (e sua descrição), devidamente homologado pelo Conselho de Administração, em 03-02-2005, onde estão expressos os níveis de responsabilidade

6.1. Sempre que se manifeste a necessidade justificada da aquisição de qualquer produto ou equipamento o serviço elabora nota de serviço solicitando o pretendido ao Serviço de Aprovisionamento.

O Serviço de Aprovisionamento faz uma primeira análise, sendo registado no sistema Informático com a atribuição de um número interno, codificado segundo cada serviço.

O Serviço de Aprovisionamento providencia no sentido de obter o custo do mesmo, solicitando o orçamento aos fornecedores.

	<p><i>Procedimento para Aquisição de Fornecimentos Aprovisionamento</i></p>	Data de entrada em vigor:	30/09/05
		Revisão A	13/05/05
		Próxima revisão:	13/05/08
		Cód. Documento:	CVB.02

O pedido e o respectivo custo (anexo orçamento e informação do serviço utilizador), é enviado ao Presidente do Conselho de Administração para o mesmo analisar e autorizar a sua cabimentação.

Caso seja autorizado é iniciado o procedimento com a inserção do processo no sistema Informático, elaborando o Mapa de Encargos, sendo esta enviado ao Serviço de Contabilidade para cabimento.

A Contabilidade após elaborar o cabimento, envia o mesmo para o Serviço de Aprovisionamento, sendo o processo enviado ao Presidente do Conselho de Administração para autorizar a despesa.

Se o valor for superior a 750 euros o processo é autorizado pelo Conselho de Administração.

Após o processo estar autorizado é enviado para o sector da emissão de Notas de Encomenda onde esta é emitida em quatro vias (1 branca, 1 amarela, 1 rosa e 1 azul)

Todas as notas de encomenda vão a assinar ao Presidente do Conselho de Administração

O original, é enviado ao fornecedor.

A cópia amarela, aguarda a factura à qual se junta, sendo enviada posteriormente ao Serviço de Contabilidade.

A cópia rosa, vai para o armazém onde aguarda a mercadoria.

A cópia azul, é arquivada no Serviço de Aprovisionamento por ordem numérica, a qual poderá servir para qualquer esclarecimento.

Quando o material é recepcionado o mesmo é conferido com a cópia rosa, e a guia de remessa sendo entregue no serviço a que se destina, e assinada a cópia rosa.

O armazém envia ao serviço de stocks a cópia rosa e a guia de remessa, valorizada para este serviço proceder à introdução no sistema informático.


Quando o fornecedor envia a factura, esta é registada, no serviço de Aprovisionamento, sendo o original enviado ao Serviço de Contabilidade, juntamente com a cópia amarela da nota de encomenda.

Ao duplicado da factura junta-se a guia de remessa e a cópia da nota de encomenda cor de rosa, sendo este conjunto enviado para a gestão de stocks, para conferência e lançamento.

Após conferência e lançamento no sistema informático, dos referidos documentos é emitido mapa, o qual é enviado ao Serviço de Contabilidade.

7. Anexos

Fluxograma das compra e nota de encomenda em quadruplicado.

	<p><i>Procedimento para Aquisição de Fornecimentos Aprovisionamento</i></p>	Data de entrada em vigor:	30/09/05
		Revisão A	13/05/05
		Próxima revisão:	13/05/08
		Cód. Documento:	CVB.02

Elaboração	Revisão	Ratificação

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p>DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES Gestor de Risco Clínico</p>	Data de entrada em vigor:	14/04/2010
		Revisão A	25/02/2010
		Próxima revisão:	25/02/2013
		Cód. Documento:	DF.GIARC.01

1. Conteúdo Funcional do Posto de Trabalho

Promover um levantamento de Riscos regular. Incentivar o Relato de Incidentes.

Articulação directa com o GIARC, facilitando a divulgação, no seu Serviço, dos resultados dos Indicadores monitorizados no CHS; participar nas reuniões regulares com todos os Gestores de Risco Clínico Local para partilha de resultados e transferência interpares de experiências e conhecimento.

Recolher resultados de indicadores específicos desenvolvidos localmente pelo Serviço e partilhar essa informação com o GIARC.

Implementação de Planos de Acção, com melhoria nos cuidados ao doente e na prestação de serviços.

2. Referências

Manual Internacional de Acreditação de Hospitais HQS (agosto 2003), critério 19.10.

Programa de Acreditação Internacional (Segunda Edição – Versão 1) (CHKS) (agosto 2006) critério 23.9.

3. Habilitações Académicas e Profissionais

Formação interna na área da Gestão do Risco Clínico.

4. Dependência Hierárquica e Funcional

Depende do Responsável do Serviço a que pertence e articula-se funcionalmente com todas as entidades com responsabilidade na área da gestão do risco clínico, nomeadamente com o GIARC, com a Comissão de Gestão do Risco, Comissão de Controlo de Infecção e o Serviço de Saúde Ocupacional.

Elaboração:	Verificação:	Ratificação:
--------------------	---------------------	---------------------

Folha de Análise e Acompanhamento de Relato de Incidente Clínico

GIARC

Nº de Relato: 237/15 e 238/15 <u>Data do Relato:</u> 25-03-2015 e 27/03/2015 <u>Recebido no GIARC a:</u> 25-03-2015 e 27/03/2015 <u>Serviço que Relata:</u> Cardiologia e Cuidados Intensivos Local da Ocorrência: Cardiologia e Cuidados Intensivos	Tipo de incidente: (Segundo Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente) Dispositivo/Equipamento Médico	Análise concluída a: 01-04-2015
		Acompanhamento ACP n.º053/15

Análise do Relato: “Investigação estruturada com o objetivo de identificar a causa do problema e as ações necessárias para eliminá-lo”

1º Passo – Apresentação do Caso. O que aconteceu?

Identificar o âmbito do incidente e colher informação; Descrição cronológica não interpretativa dos factos

RIC 237/15

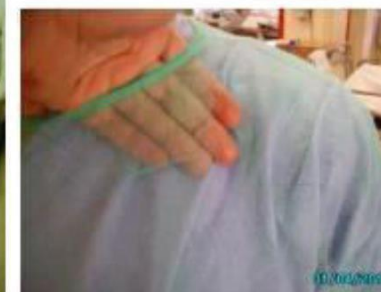
Utilização de batas descartáveis transparentes, na preparação para exames de Hemodinâmica e eletrofisiologia, que expõem fisicamente o doente, não só perante a equipa multidisciplinar, mas também nas salas de espera e durante o transporte do doente. (anexa-se imagem).

RIC 238/15

1 - As novas batas de proteção que estão indicadas para o uso nos doentes em isolamento protetor e de contato, são muito finas e porosas, ficando em risco a manutenção de um isolamento adequado.

2 - Durante a prestação de cuidados, verificou-se que ao cair algum líquido sobre as

batas, estas ensopam de imediato, ficando os líquidos em contato com a pele do profissional.



Folha Análise e Acompanhamento de Relato de Incidente Clínico

GIARC

2º Passo – Verificação e Identificação de problemas nos cuidados. Como aconteceu?

Enumeração dos **Problemas** encontrados

(Na ausência de problemas detetados a análise fica completa).

1. Dispositivo (bata descartável) inapropriado para a função.

3º Passo – Causas e Delineação de Medidas Corretivas. Porquê?

Para cada problema deve ser analisada a causa e os seus fatores precipitantes (institucional ou organizacional, relacionado com o ambiente, com a equipa, com o indivíduo ou com o doente?)

Quais foram os intervenientes e como atuaram perante a situação? (Cronograma de Entrevistas)

Análise de barreiras já existentes que evitem o tipo de incidente e medidas corretivas imediatas implementadas pelos intervenientes.

	Causas	Fatores Precipitantes	Barreiras Existentes
Problema 1	O dispositivo em utilização (batas descartáveis), não garante os seguintes requisitos técnicos: <ul style="list-style-type: none"> • Proteção mínima do profissional de saúde; Proteção do doente; Proteção da intimidade do Doente 	Institucional (do fabricante)	CIF.06 - Procedimento sobre Precauções de Isolamento

4º Passo – Resumo e proposta de Plano de Ação. Que alterações devem ser feitas?

Que lições foram retiradas dos passos anteriores?

Que ações devem ser tomadas?

(Problema evitável? - **Ação Preventiva**

Redução de Incidentes? **Ação Protetora**)

Informação de retorno aos intervenientes

Tendo em consideração **os riscos para os profissionais e a quebra do direito à privacidade dos Doentes**, sugere-se o seguinte plano de ação;

	Plano de Ação	Responsável pela Execução do Plano de Ação	Data de Execução
Problema 1	<p>Notificação do Fornecedor/Fabricante dos incidentes verificados.</p> <p>Substituição imediato deste DM (bata descartável) por outro DM que cumpra com os requisitos técnicos exigidos, para proteção dos</p>	O Diretor do SGAL	Imediata

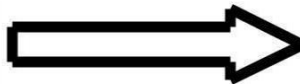
FORMULÁRIO DE RELATO DE INCIDENTE

Campo para Utilização Exclusiva GIARC/CGR

N.º de registo: Aberta Ação Corretiva/Preventiva: Não Sim ACP n.º

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Indique o Tipo de Relato



Clínico

Não Clínico

Data do Incidente	Hora do Incidente	Serviço/Local onde ocorreu o Incidente?
___/___/___	___ h: ___ m	

Tipo de incidente: (indique no verso o tipo de incidente)

VSFF 

Descrição do incidente (clara e sucinta – Indique o nº processo clínico do doente envolvido):
Queda do Doente – Preencha também o verso do formulário

Pessoas afetadas

Houve pessoas afetadas? Não Sim (especifique em seguida)

Doente Profissional Outro (qual?).....

Doente Profissional Outro

Foi necessário prestar assistência/tratamento? Não Sim (especifique em seguida)

Que Ações Corretivas/Plano de Ação propõe para evitar a repetição do incidente?

Plano de Ação (Discutido com Diretor/Responsável do Serviço e GRC/GRG)	Responsável	Data de Execução

----- ✕ ----- ✕ - Secção a eliminar pela CGR/GIARC após conclusão do processo de análise - - ✕ ----- ✕ ----- ✕

Preenchido por (profissional que relatou incidente):

Nome: _____ Categoria: _____ Serviço _____
(legível)

O Diretor/Responsável de Serviço ¹ (ass.):

O Gestor de Risco Clínico/Gestor de Risco Geral (ass.):

Data: / /

Data: / /

¹

O relato deve ser assinado pelo Diretor/Responsável de Serviço e/ou GRC/GRG onde ocorreu o incidente

NOTA: Em caso de dúvida utilize a opção “*Outro tipo de incidente*”

Incidente Clínico – (Segundo a Classificação Internacional de Segurança do Doente)

Assinale uma opção:

Acidentes do Doente

Queda do Doente – Score **MORSE** antes da queda: _____ **N.º Processo Clínico:** _____

Local da Queda: Cama; Maca; Cadeira; Instalações sanitárias; Em deambulação; Outra A queda foi presenciada por um Profissional? Sim; Não

Úlcera por Pressão (Adquirida neste Internamento. **N.º do Processo Clínico:** _____)

Categoria da UP: -Cat.1; -Cat.2; -Cat.3; -Cat.4;

Score de Braden na Admissão: -Alto Risco (<12); Médio Risco (13-14); Baixo Risco (15-23);

Score Nutricional: -Score NSR 2002 ≥ 3 ; -Score NSR 2002 <3;

Comorbilidades: _____

Prevenção: -Av. Risco; -Av. Pele; -Nutrição; -Reposicionamentos; -Superfícies de apoio **Constrangimentos** à implementação das medidas corretivas: _____

Administração Clínica

Comportamento

Dieta/Alimentação

Dispositivo/Equipamento médico (Lote: _____, Ref.^a _____ e n.º de código interno do CHS _____). **Enviar ao GIARC o DM que deu origem ao relato.)**

Documentação

Infecção associada aos cuidados de saúde

Infraestrutura/Edifício/Instalações

Medicação/Fluidos IV

Oxigénio/Gás/Vapor

Processo/Procedimento clínico

Recursos/Gestão organizacional

Sangue/Hemoderivados

Outro tipo de incidente

Incidente Não Clínico

Assinale uma opção:

Acidente Prof. – Exposição Sangue/Fluidos orgân.

Acidente Prof. – Lesão/Queda

Acidente Prof. – Manuseamento de Cargas

Nota: Os Acidentes em trabalho dos Profissionais, devem ser notificados aos Recursos Humanos e Saúde Ocupacional em impresso próprio (ver procedimento **SOC.07**)

Dieta/alimentação

Corte total de energia

Desaparecimento de doente

Equipamentos

Furto/vandalismo

Higiene/Limpeza

Incêndio/explosão

Infestação (Insetos/Rastejantes)

Infraestruturas/edifícios/instalações

Inundação

Lesão/Queda de Visitantes

Produtos químicos

Resíduos

Roupas hospitalar/fardamento

Segurança

Violência física/verbal

Outro tipo de incidente

<p>Centro Hospitalar de Selúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de identificação e participação de avarias de equipamentos</i></p>	Data de entrada	15/06/05
		em vigor:	
		Revisão B	14/06/07
		Próxima revisão:	14/07/10
		Cód. Documento:	GPM.03

1. Objectivo

Garantir a existência de procedimentos para:

- Identificação e participação de avarias de equipamentos;
- Intervenção imediata em casos de avarias urgentes;
- Reparar deficiências e avarias durante e fora das horas normais de atendimento geral;
- Definir as medidas a tomar nos casos em que ocorram danos nos equipamentos principais;
- Garantir que os equipamentos não são utilizados até serem reparados.

2. Campo de aplicação

Este procedimento aplica-se a todos os funcionários do CHS.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CA – Conselho de Administração

HSB – Hospital de São Bernardo

HOSO – Hospital Ortopédico Santiago do Outão

HQS – Health Quality Service

SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos

Avaria – Cessação da capacidade de um bem para realizar a sua função específica.

Disponibilidade – Probabilidade que um equipamento tem de assegurar a função para que foi produzido, num dado instante.

Fiabilidade – Probabilidade de um equipamento exercer as funções específicas para que foi

<p>Centro Hospitalar de Selúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de identificação e participação de avarias de equipamentos</i></p>	Data de entrada	15/06/05
		em vigor:	
		Revisão B	14/06/07
		Próxima revisão:	14/07/10
		Cód. Documento:	GPM.03

projectado, por um período de tempo determinado.

Manutenção – Conjunto das acções que têm por fim executar as operações necessárias para que os equipamentos sejam mantidos ou restabelecidos num estado especificado ou com possibilidade de assegurar um serviço determinado, por um custo global mínimo.

<p>Centro Hospitalar de Selúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de identificação e participação de avarias de equipamentos</i></p>	Data de entrada	15/06/05
		em vigor:	
		Revisão B	14/06/07
		Próxima revisão:	14/07/10
		Cód. Documento:	GPM.03

Manutenção Preventiva – Manutenção efectuada segundo critérios pré-determinados com a intenção de reduzir a probabilidade de avaria de um bem ou a degradação de um serviço prestado.

Manutenção Preventiva Sistemática – Manutenção preventiva efectuada segundo um calendário estabelecido em função das unidades de uso.

4. Referências

Manual Internacional de Acreditação de Hospitais (HQS) (agosto de 2003) critério 22.24, 23.6 e 47.14. Política de Gestão do Património.

5. Responsabilidades

O CA, pela divulgação junto dos serviços do CHS.

O SIE, em simultâneo com o CA, devem sensibilizar os diversos serviços do CHS, de forma a que estes cumpram os procedimentos implementados, referentes à identificação e participação de avarias de equipamentos.

O SIE tem a responsabilidade de exigir que todo o equipamento / material danificado ou avariado se faça acompanhar de uma “Requisição aos Serviços Técnicos”, para que se possa proceder à sua reparação (Anexo 1).

O CA, através do Serviço de Aprovisionamento, deve proporcionar aos funcionários meios técnicos e materiais para proceder à resolução das anomalias verificadas.

6. Procedimento

6.1 – Equipamentos reparados pelo SIE

HSB:

Aquando da detecção de uma qualquer avaria ou anomalia, o funcionário ao identificar o equipamento como

“AVARIADO”, deve de imediato, informar o responsável do seu serviço.

Posteriormente, é preenchida e entregue ao SIE, no secretariado das Oficinas, uma requisição de reparação mod.165B. juntamente com o equipamento (caso seja necessário). No preenchimento da requisiçã

<p>Centro Hospitalar de Selúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de identificação e participação de avarias de equipamentos</i></p>	Data de entrada	15/06/05
		em vigor:	
		Revisão B	14/06/07
		Próxima revisão:	14/07/10
		Cód. Documento:	GPM.03

constar a marca, o modelo, o n.º de série e o n.º de inventário do equipamento (em conformidade com a circular informativa 10/06 de 17 de janeiro de 2006). Na requisição deverá ainda constar o tipo/causa da avaria detectada.

Em determinadas situações devido às características físicas do equipamento, este mantém-se no local indo apenas a requisição para o SIE. No final de cada reparação efectuada pelo funcionário do SIE, o responsável do serviço que efectua a requisição tem de assinar a requisição de modo a validar o trabalho realizado.

É de referir que, em relação às requisições, o original e duas cópias ficam com o SIE e o Serviço fica com uma cópia.

HOSO:

Aquando da detecção de uma qualquer avaria ou anomalia, o funcionário identifica o equipamento como “AVARIADO”, a fim de evitar que o mesmo seja utilizado, e informa o responsável do seu serviço.

Posteriormente, é preenchida e entregue ao SIE uma requisição juntamente com o equipamento. Em determinadas situações devido às características físicas do equipamento, este mantém-se no local indo apenas a requisição para o SIE. No final de cada reparação efectuada pelo funcionário do SIE, o responsável do serviço que efectua a requisição tem de assinar a requisição de modo a validar o trabalho realizado.

É de referir que, em relação às requisições, o original tem como destinatário o Responsável do SIE, uma cópia é para o operário e fica uma cópia no serviço requisitante.

6.2 – Equipamentos reparados por firmas exteriores

Relativamente a equipamentos que tenham contrato assistência técnica, o SIE ao ter conhecimento da avaria através de uma Requisição de Trabalho do CHS ou por observação própria, procede de imediato ao contacto com a firma responsável pela reparação para que essa proceda às acções de manutenção necessárias para o bom funcionamento do equipamento.

Aquando de um acidente/incidente que origine danos num determinado equipamento, cujo funcionamento seja fundamental nesse mesmo serviço ou unidade, a sua reparação torna-se prioritária. Assim, o SIE deve proceder em conformidade, consoante os pontos 6.1 e 6.2, solicitando, se necessário, meios técnicos exteriores para as situações em que não existe um contrato de manutenção e quando não existem meios internos suficientes para a reparação do equipamento em causa.

Resíduos não perigosos – Grupo I e II

Grupo I – resíduos equiparados a urbanos, não apresentam exigências especiais no seu tratamento:

- e) resíduos provenientes de serviços gerais (como salas de reuniões, gabinetes, salas de convívio, instalações sanitárias, higiene pessoal, vestiários etc...);
- resíduos provenientes de serviços de apoio (como oficinas, jardins, armazéns e outros);
- embalagens e invólucros comuns (como papel, cartão, mangas mistas e outros de natureza idêntica);
- resíduos provenientes da hotelaria, resultantes da confecção e restos alimentares, não incluídos no grupo III.

Grupo II – resíduos hospitalares não perigosos, não sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos:

- f) material ortopédico – talas, gessos e ligaduras gessadas não contaminados e sem vestígios de sangue;
- embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico ou comum, com excepção dos incluídos no grupo III ou IV;
- fraldas e resguardos descartáveis, papéis protectores de marquesas ou macas não contaminados e sem vestígios de sangue;
- material de protecção individual – máscaras, manguitos, aventais, luvas, botas, toucas – utilizados nos serviços gerais e de apoio, com excepção do utilizado na recolha de resíduos;
- frascos de soros não contaminados, com excepção dos do grupo IV.

Colocar em saco preto – grupos I e II;

Resíduos perigosos – Grupo III e IV

Grupo III – resíduos hospitalares de risco biológico, resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, susceptíveis de incineração ou de outro pré tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduos urbanos:

todos os resíduos provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecto contagiosos ou suspeitos, de unidades de hemodiálise, salas de tratamentos, blocos operatórios, salas de autópsia e de anatomia patológica, patologia clínica e de laboratórios de investigação, com excepção dos do grupo IV;

todo o material utilizado em diálise;
peças anatómicas não identificáveis;
resíduos provenientes da administração de sangue e seus derivados;
sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com excepção dos do grupo IV;
sacos colectores de fluídos orgânicos e respectivos sistemas;
material ortopédico - talas, gessos e ligaduras gessadas contaminadas ou com vestígios de sangue, material de prótese retirados a doentes;
fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
material de protecção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (como luvas, máscaras, aventais e outros).

Colocar em saco branco – grupo III;

Grupo IV – resíduos hospitalares específicos, resíduos de vários tipos de incineração obrigatória:

peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas;
cadáveres de animais de experiência laboratorial;
materiais cortantes e perfurantes - agulhas, cateteres, bisturis e todo o material invasivo;
produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica;
citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.

Colocar em:

saco vermelho – grupo IV;
contentor imperfurável cor amarelo – grupo IV, alínea c)
contentor vermelho – grupo IV, alínea a)
Grupo IV, alínea d) de acordo com procedimento GRE.01

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital Ortopédico **Sant'Iago** do Outão

Serviço de

Data/...../..... Hora/.....

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital Ortopédico **Sant'Iago** do Outão

Serviço de

Data/...../..... Hora/.....

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital Ortopédico **Sant'Iago** do Outão

Serviço de

Data/...../..... Hora/.....

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital Ortopédico **Sant'Iago** do Outão

Serviço de

Data/...../..... Hora/.....

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital Ortopédico **Sant'Iago** do Outão
Serviço de

Data/...../..... Hora/.....

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital Ortopédico **Sant'Iago** do Outão

Serviço de

Data/...../..... Hora/.....

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital Ortopédico **Sant'Iago** do Outão

Serviço de

Data/...../..... Hora/.....

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital Ortopédico **Sant'Iago** do Outão

Serviço de

Data/...../..... Hora/.....

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital Ortopédico **Sant'Iago** do Outão

Serviço de

Data/...../..... Hora/.....

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital Ortopédico **Sant'Iago** do Outão

Serviço de

Data/...../..... Hora/.....

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>FICHA DE AUDITORIA DE RESÍDUOS – 2</p>	<p>Enf. Chefe/Resp. _____</p> <p>Data: ____/____/____.</p>
--	--	--

1 – Central de Recolha		
	Sim	Não
Existe local distinto para recolha de resíduos do grupo I, II e III, IV		
Os habitáculos dos resíduos estão fechados à chave?		
A recolha é efectuada durante o horário estabelecido?		
Os resíduos do grupos I e II são recolhidos todos os dias úteis pela CMS?		
Os resíduos do grupo III e IV são recolhidos;	HSB – diariamente	
	HOSO – 3x/sem	
O espaço dispõe de condições de limpeza?		

2 – Contendorização			
	Boa	Má	Central/Operadora
Higienização dos contentores			Onde são higienizados?
Contentores identificados com o grupo de resíduos a que pertencem?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Obs.			

3 - Sinalização /Identificação	
	Sim Não
Existe sinalização afixada sobre os grupos de resíduos?	

4 - Transporte			
	Sim	Não	Obs.
O transporte dos resíduos é efectuada pelos operadores contratados?			

5 - Valorização			
	Sim	Não	Obs.
Papel e cartão			
Pilhas e baterias			
Lâmpadas fluorescentes			
Películas de Raio X (HSB)			
Soluções de revelação de Raio X (HSB)			
Equipamentos eléctricos e electrónicos			

6 - Sugestões do Serviço/Unidade:



GRUPO IV – *Resíduos hospitalares específicos: são resíduos de vários tipos de incineração obrigatória.*

- ✓ Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas, até publicação de legislação específica;
- ✓ Materiais cortantes e perfurantes: agulhas, cateteres e todo o material invasivo (após recolhidos em contentores impermeáveis);
- ✓ Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica;
- ✓ Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.



O Actual sistema de classificação de Resíduos Hospitalares existe desde 1996 através do Despacho n.º 242/96.

A necessidade da sua aplicação, através de uma triagem rigorosa, reflecte-se no facto de os resíduos serem tratados por terceiros, fora do hospital, estando este facto regulamentado por legislação específica.

O não cumprimento relativamente à separação dos resíduos, coloca problemas graves ao hospital.

É assim fundamental que todos se envolvam activamente na correcta separação e eliminação dos resíduos que produzimos.

TODOS SOMOS RESPONSÁVEIS

Qualquer dúvida sobre a aplicação desta informação pode ser esclarecida junto da Comissão de Controlo de Infecção.

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

FOLHETO INFORMATIVO

SEPARAÇÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES

LIXO
UM PROBLEMA DE TODOS

Comissão Controlo Infecção

2012



GRUPO I – *Resíduos equiparados a Urbanos (saco Preto): são aqueles que não apresentam exigências especiais no seu tratamento.*

- Resíduos provenientes de serviços gerais (como gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários, etc.);
- Resíduos provenientes de serviços de apoio (como oficinas, jardins, armazéns e outros);
- Embalagens e invólucros comuns (como papel, cartão, mangas mistas e outros de idêntica natureza);
- Resíduos provenientes da hotelaria, resultantes da confecção e restos de alimentos servidos a doentes, não incluídos no grupo III.



GRUPO II – *Resíduos hospitalares não perigosos (saco Preto): são aqueles que não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos.*

- Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas não contaminados e sem vestígios de sangue;
- Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;

- Material de protecção individual utilizado nos serviços gerais de apoio, com excepção do utilizado na recolha de resíduos;
- Embalagens vazias de medicamentos ou de produtos de uso clínico ou comum, com excepção dos incluídos no grupo III e no grupo IV;
- Frascos de soros não contaminados, com excepção dos do grupo IV.

GRUPO III – *Resíduos hospitalares de risco biológico (saco Branco Opaco): são resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação.*



- Todos os resíduos provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecciosos ou suspeitos, de unidades de hemodiálise, de blocos operatórios, de salas de tratamento, de salas de autópsia e de anatomia patológica, de patologia clínica e de laboratórios de investigação, com excepção dos do grupo IV;
- Todo o material utilizado em diálise;
- Peças anatómicas não identificáveis;
- Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados;

- Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com excepção dos do grupo IV;
- Sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas;
- Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas contaminadas ou com vestígios de sangue; material de prótese retirado a doentes;
- Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
- Material de protecção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (como luvas, máscaras, aventais e outros).

A informação contribui para a melhoria dos procedimentos

SR. UTENTE, DEITE AQUI O SEU LIXO

SACO PRETO

Papel
Embalagens vazias
Garrafas de água
Restos de alimentos
Flores



SACO BRANCO

Lenços de assoar e
expectorar
Lenços ou compressas
com sangue
Fraldas ou resguardos
com sangue



Se tiver
duvidas
contacte um
profissional
do serviço

Por favor respeite esta informação
Obrigado

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento para Eliminação de Resíduos em Segurança</i></p>	Data de entrada em vigor:	01/09/2006
		Versão 03	13/11/2012
		Próxima revisão:	13/11/2015
		Cód. Documento:	GRE.02

1. Objetivo

Estabelecer um sistema de gestão de resíduos em segurança, desde o local de origem até à sua eliminação final.

2. Campo de aplicação

Todos os funcionários e fornecedores de bens ou serviços, do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS).

3. Siglas, abreviaturas e definições

AMI – Assistência Médica Internacional
 APA – Agência Portuguesa do Ambiente
 CA – Conselho de Administração
 CCI – Comissão de Controlo de Infecção
 CGR – Comissão de Gestão do Risco
 CHS – Centro Hospitalar de Setúbal
 CMS – Câmara Municipal de Setúbal
 ETAR – Estação de Tratamento de Águas Residuais
 HOSO – Hospital Ortopédico **Sant’Iago** do Outão
 HSB – Hospital de São Bernardo
 PERH – Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares
RSU’s – Resíduos Sólidos Urbanos
 SGAL – Serviço de Gestão de Aprovisionamento e Logística
 SIE – Serviço de Gestão de Instalação e Equipamentos

Resíduos Hospitalares – são os resíduos produzidos em unidades de prestação de cuidados de saúde, incluindo as actividades médicas de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, em seres humanos ou animais, e ainda as actividades de investigação relacionadas.

Classificações dos Resíduos Hospitalares – de acordo com o Despacho nº 242/96 de 13 de agosto, os resíduos hospitalares podem ser divididos em perigosos e não perigosos, estando discriminados da seguinte forma:

Resíduos não perigosos – Grupo I e II

Grupo I – resíduos equiparados a urbanos, não apresentam exigências especiais no seu tratamento:

Resíduos provenientes de serviços gerais (como salas de reuniões, gabinetes, salas de convívio, instalações sanitárias, higiene pessoal, vestiários, etc.);

Resíduos provenientes de serviços de apoio (como oficinas, jardins, armazéns e outros);

Embalagens e invólucros comuns (como papel, cartão, mangas mistas e outros de natureza idêntica);

Resíduos provenientes da hotelaria, resultantes da confecção e restos alimentares, não incluídos no grupo III.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Couto</p>	<p><i>Procedimento para Eliminação de Resíduos em Segurança</i></p>	Data de entrada em vigor:	01/09/2006
		Versão 03	13/11/2012
		Próxima revisão:	13/11/2015
		Cód. Documento:	GRE.02

Grupo II – resíduos hospitalares não perigosos, não sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos:

Material ortopédico – talas, gessos e ligaduras gessadas não contaminados e sem vestígios de sangue;

Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico ou comum, com excepção dos incluídos no grupo III ou IV;

Fraldas e resguardos descartáveis, papéis protectores de marquesas ou macas não contaminadas e sem vestígios de sangue;

Material de protecção individual – máscaras, manguitos, aventais, luvas, botas, toucas – utilizados nos serviços gerais e de apoio, com excepção do utilizado na recolha de resíduos;

Frascos de soros não contaminados, com excepção dos do grupo IV.

Resíduos perigosos – Grupo III e IV

Grupo III – resíduos hospitalares de risco biológico, resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, susceptíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduos urbanos:

Todos os resíduos provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecto - contagiosos ou suspeitos, de unidades de hemodiálise, salas de tratamentos, blocos operatórios, salas de autópsia e de anatomia patológica, patologia clínica e de laboratórios de investigação, com excepção dos do grupo IV;

Todo o material utilizado em diálise;

Peças anatómicas não identificáveis;

Resíduos provenientes da administração de sangue e seus derivados;

Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com excepção dos do grupo IV;

Sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas;

Matéria ortopédico - talas, gessos e ligaduras gessadas contaminadas ou com vestígios de sangue, material de prótese retirados a doentes;

Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;

Material de protecção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (como luvas, máscaras, aventais e outros).

Grupo IV – resíduos hospitalares específicos, resíduos de vários tipos de incineração obrigatória:

Materiais cortantes e perfurantes - agulhas, cateteres, bisturis e todo o material invasivo;

Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica;

Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Couto</p>	<p><i>Procedimento para Eliminação de Resíduos em Segurança</i></p>	Data de entrada em vigor:	01/09/2006
		Versão 03	13/11/2012
		Próxima revisão:	13/11/2015
		Cód. Documento:	GRE.02

Definições de acordo com o Decreto – Lei nº 239/97 de 9 de setembro:

Produção – é o início do processo, onde são originados os resíduos.

Triagem – é o acto de separação de resíduos, de acordo com o grupo a que pertencem.

Recolha – a operação de apanha de resíduos, com vista ao seu transporte.

Transporte – a operação de transferir os resíduos de um local para outro.

Armazenagem – a deposição temporária e controlada, por prazo não indeterminado, de resíduos antes do seu tratamento, valorização ou eliminação.

Valorização – as operações que visem o reaproveitamento dos resíduos, sendo estes passíveis de serem reciclados e serem transformados em novos materiais.

Tratamento - quaisquer processos manuais, mecânicos, físicos, químicos ou biológicos que alterem as características dos resíduos, por forma a reduzir o seu volume ou perigosidade, bem como facilitar a sua movimentação, valorização ou eliminação.

Eliminação – as operações que visem dar um destino final adequado aos resíduos, identificadas em portaria do Ministro do Ambiente.

Incineração - o tratamento de resíduos por via térmica, com ou sem recuperação do calor produzido por combustão.

4. Referências

Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde Normas para a Acreditação, 3.ª Edição, Versão 01, 2010; critérios 15.7, 15.8, 15.9, 15.10;
Política de Gestão de Resíduos do CHS GRE.

Despacho nº 242/96 de 13 de agosto – Classifica os resíduos hospitalares em quatro grupos e define os princípios para a sua gestão (triagem, acondicionamento, transporte, tratamento dos resíduos, etc.)

Portaria nº 174/97 de 10 de março – Define as condições necessárias às operações de gestão dos resíduos hospitalares e licenciamento das unidades de tratamento.

Portaria nº 178/97 de 11 de março – Define o modelo de mapa de registo de resíduos hospitalares, que cada unidade de saúde tem que preencher e enviar anualmente à DGS (Direcção Geral de Saúde);

Decreto – Lei nº 239/97 de 9 de setembro – Estabelece as regras de gestão de resíduos; Portaria nº 335/97 de 16 de maio – Transporte de resíduos;

Despacho nº 761/99 de 31 de agosto – PERH (Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares).

Responsabilidades

O CA pela divulgação a todos os intervenientes.

A CGR pela monitorização e vigilância do seu cumprimento.

Os Directores/ Enf. Chefes/Responsáveis de Serviço/Responsáveis de Sector, pela garantia de cumprimento, junto dos profissionais dos serviços.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Coutão</p>	<p><i>Procedimento para Eliminação de Resíduos em Segurança</i></p>	Data de entrada em vigor:	01/09/2006
		Versão 03	13/11/2012
		Próxima revisão:	13/11/2015
		Cód. Documento:	GRE.02

Os Serviços Gerais pela produção das etiquetas e sua distribuição pelos serviços.

Os Operadores externos garantindo que a sua actividade está de acordo com o regulamentado.

6. Procedimento

A gestão de resíduos visa um conjunto de operações de recolha, transporte, armazenagem, tratamento, valorização e eliminação de resíduos, incluindo a monitorização dos locais de descarga após o encerramento das respectivas instalações, bem como o planeamento dessas operações.

A produção de resíduos determina o início do processo e constitui, no limite, a fase mais crucial de todo o processo de gestão de resíduos, uma vez que é da responsabilidade de todos os profissionais, sem excepção, zelar pela correcta triagem dos resíduos.

6.1. Produção de resíduos

Os Serviços devem possuir informação sob a forma de material informativo (cartazes, folhetos) para profissionais e utentes, sobre a correcta separação de resíduos.

Os resíduos produzidos nos serviços devem ser separados, de acordo, com o grupo a que pertencem, sendo colocados em sacos de plástico ou contentores, de acordo com o grau de perigosidade e da seguinte forma:

Saco preto – grupos I e II;

Saco branco – grupo III;

Saco vermelho – grupo

IV;

Saco transparente – papel e cartão;

Contentor impermeável, devidamente homologado para a eliminação de materiais cortantes e perfurantes;

No HSB

Os sacos transparentes as braçadeiras e os contentores para cortantes e perfurantes são requisitados pelo Enfermeiro Responsável de cada Serviço, ao SGAL consoante as necessidades identificadas para cada Serviço.

Os restantes sacos são fornecidos directamente pelo SGAL á empresa de limpeza que assegura a sua colocação e substituição em todos os serviços.

A produção das etiquetas é da responsabilidade dos Serviços Gerais, os quais darão resposta às necessidades enunciadas pelos diferentes Serviços do Hospital.

No HOSO os sacos são requisitados ao SGAL e os contentores ao SGAL/HOSO. As etiquetas são produzidas internamente pelos próprios serviços.

Os contentores para cortantes e perfurantes só devem ser preenchidos até 2/3 da sua capacidade, devem ser fechados correctamente e colocados posteriormente em saco vermelho.

Os sacos só devem ser preenchidos até 2/3 da sua capacidade, devem ser fechados com braçadeira

de plástico e colocada etiqueta de identificação do Hospital, do serviço produtor e a data em que foi produzido (conforme exemplo em anexo).

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento para Eliminação de Resíduos em Segurança</i></p>	Data de entrada em vigor:	01/09/2006
		Versão 03	13/11/2012
		Próxima revisão:	13/11/2015
		Cód. Documento:	GRE.02

Só após a etiquetagem dos sacos se procederá ao seu acondicionamento em contentores próprios para o efeito, os quais terão diferenciação cromática de acordo com o tipo de resíduo a que se destinam. O código de cores é o seguinte:

Contentor verde – grupos I e

II; Contentor amarelo – grupo

III;

Contentor vermelho – grupo IV (medicamentos fora de validade ver procedimento GRE.01).

Estes contentores são fornecidos pelo operador.

6.2. Recolha

Os sacos devem ser acondicionados nos contentores respectivos, nas salas de sujus designadas para tal.

Essas salas devem possuir sinalética identificativa dos diferentes grupos de resíduos adequada e fornecida pelo operador, a porta de acesso ao local deve permanecer fechada, sendo apenas utilizada pelo pessoal dos serviços, pelo funcionário que faz a recolha, pelos funcionários que fazem a limpeza e sempre que necessário pelos elementos da CGR ou da CCI.

No HSB:

Todo o processo de recolha está a cargo da empresa que presta serviços de higiene e limpeza.

A recolha nos Serviços é efectuada duas vezes por dia - uma recolha de manhã e outra de tarde - salvo em casos excepcionais que exijam recolhas adicionais, garantindo assim, uma renovação suficiente de sacos de plásticos destinados à colocação dos diferentes tipos de resíduos.

A periodicidade de recolha dos contentores de resíduos de todos os grupos para o Ecoponto é diária, sendo repostos já higienizados pelo operador.

No HOSO:

A recolha nos locais de produção para os contentores está a cargo dos funcionários de cada serviço, substituindo os sacos sempre que necessário, de acordo com as respectivas necessidades.

O processo de recolha dos serviços para os locais de armazenamento, está a cargo de um funcionário destacado para o efeito.

A recolha é efectuada duas vezes por dia – nos dias úteis uma recolha entre as 8 e as 11 horas e outra entre as 14 e as 16 horas, em todos os serviços e uma recolha adicional dos resíduos do Bloco Operatório entre as 20 e as 21 horas. Aos fins-de-semana e feriados existe uma recolha entre as 8 e as 10 horas e outra entre as 11 e as 12 horas, em todos os serviços de internamento.

Armazenamento

No HSB:

Após a fase de acondicionamento, os funcionários da equipa de limpeza destacados para o efeito devem transportar os contentores de resíduos da seguinte forma:

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Couto</p>	<p><i>Procedimento para Eliminação de Resíduos em Segurança</i></p>	Data de entrada em vigor:	01/09/2006
		Versão 03	13/11/2012
		Próxima revisão:	13/11/2015
		Cód. Documento:	GRE.02

Contentores verdes – transportados para o compactador de resíduos sólidos urbanos e equiparados

Contentores amarelos e vermelhos – transportados para o Eco ponto, onde permanecem, durante um período máximo de 24h, para posterior recolha e transporte por parte do operador de resíduos.

A periodicidade de recolha dos contentores do Eco ponto é diária, sendo repostos higienizados e no mesmo número dos recolhidos.

Por obrigação contratual o operador de resíduos garante a resistência, estanquicidade e bom estado de conservação dos contentores de resíduos.

No HOSO:

O funcionário responsável pela recolha dos resíduos transporta os contentores para os locais de armazenamento, da seguinte forma:

Contentores verdes – coloca os sacos nos contentores da CMS, no local de armazenamento de resíduos urbanos e equiparados (grupos I e II);

Contentores amarelos e vermelhos – coloca os contentores no local de armazenamento de resíduos biológicos (grupo III e IV), onde permanecem até ser efectuada recolha pelo operador. O local de armazenamento dos resíduos do grupo I e II deve ter acesso reservado. A recolha destes grupos de resíduos está a cargo da CMS e são efectuadas todos os dias úteis, no período da manhã.

A higienização dos contentores está a cargo da CMS e a limpeza do local de armazenagem destes resíduos está a cargo da firma que presta os serviços de limpeza, devendo ser efectuada todos os dias úteis, após a recolha pela CMS.

O local de armazenamento dos resíduos dos grupos III e IV, deve ter acesso reservado e deve ser só utilizado pelo funcionário que faz a recolha dos resíduos, pelo funcionário da firma de limpeza e sempre que necessário pelos elementos da CGR ou a CCI.

A periodicidade de recolha dos contentores dos grupos III e IV, por parte do operador contratado pelo CHS é efectuada três vezes por semana, às 2^{as}, 4^{as} e 6^{as} feiras, no período da manhã, sendo os contentores repostos, já higienizados em número igual aos recolhidos.

6.3. Registo

A produção de resíduos deve ser alvo de registo contínuo na unidade de saúde, de acordo com o Despacho nº 242/96, de 13 de agosto; o Decreto-lei nº 239/97, de 9 de setembro e Portaria nº 178/97, de 11 de março.

No registo devem constar: Quantidades produzidas, origem, destino e operação de tratamento efectuada. Este registo deverá ser enviado, anualmente, pelo Gestor da Área dos Resíduos Hospitalares, para a Agência Portuguesa de Ambiente, através de plataforma Web, até 31 de janeiro do ano imediato a que se reportem os respectivos dados.

6.4. Transporte

O transporte de resíduos subdivide-se em duas fases – transporte desde o local de produção até ao local de armazenamento - Eco ponto e transporte deste local até ao destino final.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Couto</p>	<p><i>Procedimento para Eliminação de Resíduos em Segurança</i></p>	Data de entrada em vigor:	01/09/2006
		Versão 03	13/11/2012
		Próxima revisão:	13/11/2015
		Cód. Documento:	GRE.02

A 1ª fase, já foi abordada em pontos anteriores (recolha e armazenagem), estando definida a forma de proceder.

Na 2ª fase de transporte, os resíduos devem ser transportados pelos operadores, devidamente autorizados e certificados para o efeito. Conforme o tipo de resíduo a transportar é obrigatória a existência de uma guia de acompanhamento de resíduos – modelo A, no caso de resíduos hospitalares não perigosos e modelo B (modelo 1429) conforme Portaria 335/97, no caso de resíduos hospitalares perigosos.

6.5. Valorização

Deverá ser dada especial atenção aos materiais que poderão ser valorizados, sendo necessário uma triagem adequada desses materiais, nos locais de produção:

Papel e cartão:

No HSB – serão acondicionados em sacos transparentes junto aos contentores de resíduos para posterior colocação, por parte da equipa de recolha, em contentor adequado para o efeito, disponibilizado pelo operador contratado pela CMS;

No HOSO – serão acondicionados em sacos transparentes, junto aos contentores de resíduos, para posterior colocação, pelo funcionário responsável pela recolha, no ecoponto situado junto à entrada do Hospital, disponibilizado pelo operador contratado pela CMS.

Pilhas e baterias – foi celebrado para todo o CHS um protocolo com o operador especializado, que define o hospital como coparceiro dessa entidade. As pilhas, baterias e acumuladores serão colocados em recipientes próprios (Mini pilhão nos serviços e no Pilhão na oficina eléctrica), que são fornecidos pelo operador, para posterior recolha por essa entidade. A centralização dos Pilhões é efectuada na oficina eléctrica.

Lâmpadas Fluorescentes - serão colocadas em recipiente próprio, sendo enviadas para uma entidade que esteja devidamente autorizada a proceder ao seu tratamento.

Metais ferrosos e não ferrosos – no seguimento de operações de desmontagem de equipamentos ou abatimento de equipamentos obsoletos, deverão ser garantidos os encaminhamentos dos materiais ferrosos e não ferrosos para o/os operadores que estejam devidamente autorizados para proceder ao seu tratamento. A responsabilidade destas acções ficará a cargo do SIE.

Tinteiros e Tonners – serão entregues no SGAL quando vazios e encaminhados para o operador especializado.

Resíduos Especiais

Para além dos resíduos já enunciados anteriormente, importa referenciar e definir o modo de eliminação dos seguintes:

Resíduos Líquidos Perigosos – São recolhidos no local por um profissional da firma de recolha contratada, de acordo com as necessidades de cada serviço; os jerricans devem ter etiqueta de identificação com o tipo de resíduo líquido que contem. São transportados para o Ecoponto e

colocados dentro da bacia de retenção, para posterior encaminhamento pelo operador.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento para Eliminação de Resíduos em Segurança</i></p>	Data de entrada em vigor:	01/09/2006
		Versão 03	13/11/2012
		Próxima revisão:	13/11/2015
		Cód. Documento:	GRE.02

Películas de Raio X – serão recolhidas por operador autorizado, para posterior tratamento e valorização. O operador procede à recolha periódica e valorização deste tipo de resíduo.

Equipamento elétrico e eletrónico – este tipo de resíduo será encaminhado para o operador contratado para o efeito.

Resíduos radioativos – deverão ser encaminhados para tratamento adequado, para o Instituto Tecnológico e Nuclear. Proceder-se-á à sua recolha quando o serviço produtor e o SGAL o requisitar.

Óleos Usados - São eliminados e encaminhados para o destino final pelas próprias entidades contratadas.

6.8 Tratamento e destino final

Todos os contratos, protocolos ou prestações de serviços que sejam celebrados com terceiros com vista ao tratamento e encaminhamento para destino final dos diferentes tipos de resíduos, devem ter, como premissa base, a necessidade de se garantir que os procedimentos são adequados e previstos na lei.

Esta premissa tem como fundamento, o facto de o produtor, o transportador e o operador responderem solidariamente por todo o processo de gestão de resíduos sendo, portanto, fundamental garantir que todos os passos são dados de acordo com o regulamentado.

6.9 Reporte Anual de Informação de Produção de Resíduos

De acordo com o disposto nos normativos legais em vigor, o CHS regista na plataforma electrónica disponibilizada pela APA (SIRAPA) todos os valores referentes à produção de resíduos, categorizados de acordo com o disposto na Lista Europeia de Resíduos, bem como o encaminhamento dos mesmos para os respectivos operadores.

7. Anexos

Anexo 1 – Classificação dos resíduos hospitalares

Anexo 2 – Exemplar de etiquetas de identificação do serviço

Anexo 3 – Ficha de Auditoria de Resíduos

Anexo 4 – Folheto Informativo para profissionais

Anexo 5 – Cartaz informativo para utentes

Elaboração

Revisão

Ratificação

Classificação dos resíduos hospitalares
(segundo o Despacho nº242/96)

Resíduos não perigosos – Grupo I e II

Grupo I – resíduos equiparados a urbanos, não apresentam exigências especiais no seu tratamento:

- e) resíduos provenientes de serviços gerais (como salas de reuniões, gabinetes, salas de convívio, instalações sanitárias, higiene pessoal, vestiários etc...);
resíduos provenientes de serviços de apoio (como oficinas, jardins, armazéns e outros);
embalagens e invólucros comuns (como papel, cartão, mangas mistas e outros de natureza idêntica);
resíduos provenientes da hotelaria, resultantes da confecção e restos alimentares, não incluídos no grupo III.

Grupo II – resíduos hospitalares não perigosos, não sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos:

- f) material ortopédico – talas, gessos e ligaduras gessadas não contaminados e sem vestígios de sangue;
embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico ou comum, com excepção dos incluídos no grupo III ou IV;
fraldas e resguardos descartáveis, papéis protectores de marquesas ou macas não contaminados e sem vestígios de sangue;
material de protecção individual – máscaras, manguitos, aventais, luvas, botas, toucas – utilizados nos serviços gerais e de apoio, com excepção do utilizado na recolha de resíduos;
frascos de soros não contaminados, com excepção dos do grupo IV.

Colocar em saco preto – grupos I e II;

Resíduos perigosos – Grupo III e IV

Grupo III – resíduos hospitalares de risco biológico, resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, susceptíveis de incineração ou de outro pré tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduos urbanos:

todos os resíduos provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecto contagiosos ou suspeitos, de unidades de hemodiálise, salas de tratamentos, blocos operatórios, salas de autópsia e de anatomia patológica, patologia clínica e de laboratórios de investigação, com excepção dos do grupo IV;

todo o material utilizado em diálise;
peças anatómicas não identificáveis;
resíduos provenientes da administração de sangue e seus derivados;
sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com excepção dos do grupo IV;
sacos colectores de fluídos orgânicos e respectivos sistemas;
material ortopédico - talas, gessos e ligaduras gessadas contaminadas ou com vestígios de sangue, material de prótese retirados a doentes;
fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
material de protecção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (como luvas, máscaras, aventais e outros).

Colocar em saco branco – grupo III;

Grupo IV – resíduos hospitalares específicos, resíduos de vários tipos de incineração obrigatória:

peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas;
cadáveres de animais de experiência laboratorial;
materiais cortantes e perfurantes - agulhas, cateteres, bisturis e todo o material invasivo;
produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica;
citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.

Colocar em:

saco vermelho – grupo IV;
contentor imperfurável cor amarelo – grupo IV, alínea c)
contentor vermelho – grupo IV, alínea a)
Grupo IV, alínea d) de acordo com procedimento GRE.01

Anexo 1 – Procedimento de eliminação de resíduos em segurança (GRE.02 – Versão - 3)

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital Ortopédico **Sant'Iago** do Outão

Serviço de

Data/...../..... Hora/.....

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital Ortopédico **Sant'Iago** do Outão

Serviço de

Data/...../..... Hora/.....

Anexo 2 – Procedimento eliminação de resíduos em segurança (GRE.02 – Versão - 3)

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	FICHA DE AUDITORIA DE RESÍDUOS – 2	Enf. Chefe/Resp. _____ Data: ___/___/___
--	---	---

1 – Central de Recolha		
	Sim	Não
Existe local distinto para recolha de resíduos do grupo I, II e III, IV		
Os habitáculos dos resíduos estão fechados à chave?		
A recolha é efectuada durante o horário estabelecido?		
Os resíduos do grupos I e II são recolhidos todos os dias úteis pela CMS?		
Os resíduos do grupo III e IV são recolhidos;	HSB – diariamente	
	HOSO – 3x/sem	
O espaço dispõe de condições de limpeza?		

2 – Contendorização			
	Boa	Má	Central/Operadora
Higienização dos contentores			Onde são higienizados?
Contentores identificados com o grupo de resíduos a que pertencem?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Obs.			

3 - Sinalização /Identificação	
	Sim Não
Existe sinalização afixada sobre os grupos de resíduos?	

4 - Transporte			
	Sim	Não	Obs.
O transporte dos resíduos é efectuada pelos operadores contratados?			

5 - Valorização			
	Sim	Não	Obs.
Papel e cartão			
Pilhas e baterias			
Lâmpadas fluorescentes			
Películas de Raio X (HSB)			
Soluções de revelação de Raio X (HSB)			
Equipamentos eléctricos e electrónicos			

6 - Sugestões do Serviço/Unidade:



GRUPO IV – *Resíduos hospitalares específicos: são resíduos de vários tipos de incineração obrigatória.*

- ✓ Peças anatómicas identificáveis, fetos e placentas, até publicação de legislação específica;
- ✓ Materiais cortantes e perfurantes: agulhas, cateteres e todo o material invasivo (após recolhidos em contentores impermeáveis);
- ✓ Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica;
- ✓ Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.



O Actual sistema de classificação de Resíduos Hospitalares existe desde 1996 através do Despacho n.º 242/96.

A necessidade da sua aplicação, através de uma triagem rigorosa, reflecte-se no facto de os resíduos serem tratados por terceiros, fora do hospital, estando este facto regulamentado por legislação específica.

O não cumprimento relativamente à separação dos resíduos, coloca problemas graves ao hospital.

É assim fundamental que todos se envolvam activamente na correcta separação e eliminação dos resíduos que produzimos.

TODOS SOMOS RESPONSÁVEIS

Qualquer dúvida sobre a aplicação desta informação pode ser esclarecida junto da Comissão de Controlo de Infecção.

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

FOLHETO INFORMATIVO

SEPARAÇÃO DE RESÍDUOS HOSPITALARES

LIXO
UM PROBLEMA DE TODOS

Comissão Controlo Infecção

2012



GRUPO I – *Resíduos equiparados a Urbanos (saco Preto): são aqueles que não apresentam exigências especiais no seu tratamento.*

- Resíduos provenientes de serviços gerais (como gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários, etc.);
- Resíduos provenientes de serviços de apoio (como oficinas, jardins, armazéns e outros);
- Embalagens e invólucros comuns (como papel, cartão, mangas mistas e outros de idêntica natureza);
- Resíduos provenientes da hotelaria, resultantes da confecção e restos de alimentos servidos a doentes, não incluídos no grupo III.



GRUPO II – *Resíduos hospitalares não perigosos (saco Preto): são aqueles que não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos.*

- Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas não contaminados e sem vestígios de sangue;
- Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;

- Material de protecção individual utilizado nos serviços gerais de apoio, com excepção do utilizado na recolha de resíduos;
- Embalagens vazias de medicamentos ou de produtos de uso clínico ou comum, com excepção dos incluídos no grupo III e no grupo IV;
- Frascos de soros não contaminados, com excepção dos do grupo IV.

GRUPO III – *Resíduos hospitalares de risco biológico (saco Branco Opaco): são resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação.*



- Todos os resíduos provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecciosos ou suspeitos, de unidades de hemodiálise, de blocos operatórios, de salas de tratamento, de salas de autópsia e de anatomia patológica, de patologia clínica e de laboratórios de investigação, com excepção dos do grupo IV;
- Todo o material utilizado em diálise;
- Peças anatómicas não identificáveis;
- Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados;

- Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com excepção dos do grupo IV;
- Sacos colectores de fluidos orgânicos e respectivos sistemas;
- Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas contaminadas ou com vestígios de sangue; material de prótese retirado a doentes;
- Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
- Material de protecção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (como luvas, máscaras, aventais e outros).

A informação contribui para a melhoria dos procedimentos

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispínico Santiago do Outão</p>	<p><i>Política de Gestão do Risco</i></p>	Data de entrada em vigor	05/07/2006
		Versão 03	21/08/2014
		Próxima revisão:	21/08/2017
		Cód. Documento	GRI

ASSUNTO: Política de Gestão do Risco

DESTINATÁRIOS: Todos os profissionais do Centro Hospitalar de Setúbal

OBJETIVOS: estabelecer uma estratégia de abordagem para a gestão do risco geral e clínico, definindo objetivos e responsabilidades, de forma a prevenir e reduzir a gravidade dos mesmos.

Introdução

O Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) reconhece o meio hospitalar como um local profícuo em riscos de natureza geral e natureza clínica. Como tal, pretende criar uma estrutura de gestão do risco que lhe permita a identificação, análise, avaliação, tratamento e monitorização dos mesmos, contribuindo para o desenvolvimento de um ambiente mais seguro para profissionais e utentes, minimizando as perdas e otimizando os recursos.

Organização e Responsabilidades

Identificam-se a seguir os órgãos competentes no CHS para uma abordagem global e integrada do risco, definindo as responsabilidades gerais de cada um, dentro das áreas do Risco Geral e Risco Clínico.

Risco Geral

A Comissão de Gestão do Risco (CGR) multiprofissional, (coordenada pelo Presidente do Conselho de Administração) é responsável pela definição das políticas de:

Gestão do Risco Geral (operacionalizando o Levantamento de Riscos e o Plano de Emergência Interno)

Gestão de Incidentes (operacionalizando o Relato e Análise de Incidentes de natureza geral)

Segurança de Pessoas e Bens

Gestão do Risco Financeiro

e de Gestão de Resíduos.

O Serviço de Saúde Ocupacional é responsável pela Política de Saúde e Segurança (incluindo o Levantamento de riscos no âmbito da Saúde Ocupacional).

O Gabinete do Cidadão analisa as reclamações/sugestões dos doentes e elabora um relatório anual

que remete ao Conselho de Administração e envia cópia à CGR de forma a serem analisadas e tomadas ações corretivas em relação a queixas dos utentes na área da Gestão do Risco.

Risco Clínico

A Comissão de Administração Clínica (CAC) é responsável pelas estratégias para o Centro Hospitalar referentes à melhoria da Qualidade Clínica e Eficácia Clínica, promovendo a elaboração, aplicação e monitorização de políticas, procedimentos, protocolos terapêuticos ou linhas de orientação gerais nas áreas clínicas, segundo critérios atuais de boa prática e da medicina baseada na evidência em colaboração com grupos de trabalho multidisciplinares por si designados:

- Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico (GIARC) é responsável pela:

Gestão do Risco Clínico (incluindo a operacionalização de sistemas de levantamento de riscos clínicos e do relato e análise de incidentes de natureza clínica)

Elaboração/gestão de indicadores clínicos

Implementação e gestão de Auditorias Clínicas.

- Grupo de Normas de Orientação Clínica (GNOC) é responsável pela elaboração e implementação de Normas de Orientação Clínica transversais ao CHS.
- Grupo de Gestão de Informação Clínica (GGIC) é responsável por gerir todo o tipo de informação clínica documentada em papel ou em registo eletrónico, com vista a garantir o direito à confidencialidade e à privacidade dos dados referentes à saúde e à doença dos utentes, inclusivamente após o seu falecimento. A gestão da informação clínica deve também zelar pela existência de um processo clínico rigoroso e legível para cada utente, de forma a assegurar a prestação de cuidados com eficácia e eficiência
- Grupo de Ressuscitação/Reanimação (GRR) é responsável pela elaboração e implementação da Política de Ressuscitação/Reanimação do CHS.
- Grupo de Transporte de Doente Crítico (GTDC) é responsável pelo transporte de doente crítico, pelas auditorias efetuadas ao transporte de doente crítico e pelas malas e equipamentos de transporte do doente crítico do CHS.

A Comissão de Controlo de Infecção e Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos (CCIPRA) é responsável pela definição e implementação da Política de Controlo de Infecção.

Em cada serviço/unidade funcional existe um interlocutor do risco (Gestor do Risco Geral - GRG e/ou Gestor de Risco Clínico - GRC) que se articula com a CGR e com o GIARC.

Estas Comissões/Serviços/Grupos estabelecem vias de comunicação entre si e reportam anualmente ao Conselho de Administração através da elaboração de um Relatório que permita o estabelecimento de estratégias globais para a minimização dos riscos na instituição.

Abreviaturas e Definições

CA – Conselho de Administração

CAC – Comissão de Administração Clínica

CCIPRA - Comissão de Controlo de Infecção e Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos
CGR – Comissão de Gestão do Risco

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E

GIARC – Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco

Clínico GGIC - Grupo de Gestão de Informação Clínica

GTDC – Grupo de Transporte de Doente Crítico

GNOC - Grupo de Normas de Orientação

Clínica GRC – Gestor de Risco Clínico

GRG – Gestor de Risco Geral

GRR - Grupo de Ressuscitação/Reanimação

Risco – É o resultado da combinação entre a probabilidade de ocorrência de um evento adverso e da gravidade daí resultante.

Gestão de Risco – identificação, análise, avaliação, tratamento e monitorização dos riscos, contribuindo para o desenvolvimento de um ambiente mais seguro para a realização da atividade dos profissionais do CHS e na prestação de cuidados aos seus utentes, minimizando as perdas e otimizando os recursos.

Estratégia de implementação

Além do conjunto de procedimentos gerais, anexos a outras políticas (Controlo de Infecção, Gestão de Resíduos, Gestão de Incidentes, Saúde e Segurança, Segurança de Pessoas e Bens, Ressuscitação/Reanimação) enumeram-se a seguir outros procedimentos/documentos que irão operacionalizar esta política e a designação dos responsáveis pela sua elaboração/revisão.

Cód.	Procedimento/Documento	Responsável	Crítérios do Manual 2013 a que responde
	Relatório anual de gestão do risco	CGR	18.08
GRI.02	Atuação perante Emergência/Catástrofe interna no HOSO	CGR	18.07 e 18.13
GRI.03	Identificação e avaliação de riscos nos serviços	CGR e GIARC	08.21; 18.08; 18.09; 18.10 e 54.36
GRI:04	Uso Telemóveis nos Serviços	CGR	07.21
GRI.05	Atuação perante Emergência/Catástrofe interna no HSB	CGR	18.07 e 18.13
GRI.06	Evacuação de Doentes	CGR	20.32
GRI.07	Segurança contra Incêndios	CGR	20.09; 20.31 e 54.45

Elaboração:

Revisão:

Ratificação:

IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE RISCO E PLANO DE ACÇÃO

Data: / /	Local:	Avaliado por:
-----------------	--------	---------------

Nº	Identificação de Perigo	Riscos Associados	Nº e Caracterização de Pessoas Expostas	Probabilidade [de A a E]	Gravidade [de I a V]	Nível de Risco [de 1 a 5]

Plano de Acção

Medidas Correctivas/Preventivas	Responsável	Prazo	Evidências	Monitorização

Assinaturas: O Director/Responsável do Serviço: Reavaliação em:	
	_ / _ / _

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago de Odivelas</p>	<p><i>Política de Gestão do Risco</i></p>	Data de entrada em vigor	05/07/2006
		Revisão B	22/09/2009
		Próxima revisão:	22/09/2012
		Cód. Documento	GRI

ASSUNTO: Política de Gestão do Risco

DESTINATÁRIOS: Todos os funcionários do Centro Hospitalar de Setúbal

OBJETIVOS: estabelecer uma estratégia de abordagem para a gestão do risco geral e clínico, definindo objectivos e responsabilidades, de forma a prevenir e reduzir a gravidade dos mesmos.

DESCRIÇÃO:

O Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) reconhece o meio hospitalar como um local profícuo em riscos de natureza geral e natureza clínica. Como tal, pretende criar uma estrutura de gestão do risco que lhe permita a identificação, análise, avaliação, tratamento e monitorização dos mesmos, contribuindo para o desenvolvimento de um ambiente mais seguro para profissionais e utentes, minimizando as perdas e otimizando os recursos.

Assim, identificam-se a seguir os órgãos competentes no CHS para uma abordagem global e integrada do risco, definindo as responsabilidades gerais de cada um, dentro das áreas do Risco Geral e Risco Clínico.

Risco Geral

A Comissão de Gestão do Risco (CGR) multiprofissional, (coordenada pelo Presidente do Conselho de Administração) é responsável pela definição das políticas de:

- Gestão do Risco Geral (operacionalizando o Levantamento de Riscos e o Plano de Emergência Interno)
- Gestão de Incidentes (operacionalizando o Relato e Análise de Incidentes)
- Segurança de Pessoas e Bens
- e de Gestão de Resíduos.

O Serviço de Saúde Ocupacional é responsável pela Política de Saúde e Segurança (incluindo o Levantamento de riscos no âmbito da Saúde Ocupacional).

O Gabinete do Utente analisa as reclamações/sugestões dos doentes e elabora um relatório anual que remete ao Conselho de Administração e envia cópia à CGR de forma a serem analisadas e serem tomadas acções correctivas em relação a queixas dos utentes na área da Gestão do Risco.

Risco Clínico

A Comissão de Administração Clínica (CAC) é responsável pelas estratégias para o Centro Hospitalar referentes à melhoria da Qualidade Clínica e Eficácia Clínica, promovendo a elaboração, aplicação e monitorização de políticas, procedimentos, protocolos terapêuticos ou linhas de orientação gerais nas áreas clínicas, segundo critérios actuais de boa prática e da medicina baseada na evidência em colaboração com grupos de trabalho multidisciplinares por si designados:

Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínicos (GIARC) é responsável pela:

Gestão do Risco Clínico (incluindo a operacionalização de sistemas de levantamento de riscos clínicos e do relato e análise de incidentes de natureza clínica)

Elaboração/gestão de indicadores clínicos

Implementação e gestão de Auditorias Clínicas.

Grupo de Normas de Orientação Clínica (GNOC) é responsável pela elaboração e implementação de Normas de Orientação Clínica transversais ao CHS.

Grupo do Processo Clínico (GPC) é responsável por realizar auditorias regulares ao conteúdo do processo clínico, propor e monitorizar acções correctivas, tendo em vista uma melhoria contínua da qualidade da informação clínica nele contida.

Grupo de Ressuscitação/Reanimação (GRR) é responsável pela elaboração e implementação da Política de Ressuscitação/Reanimação do CHS.

A Comissão de Controlo de Infecção (CCI) é responsável pela definição e implementação da Política de Controlo de Infecção.

Em cada serviço/unidade funcional existe um interlocutor do risco (Gestor do Risco Local) que se articula com a CGR e com o GIARC.

Estas Comissões/Serviços/Grupos estabelecem vias de comunicação entre si e reportam anualmente ao Conselho de Administração através da elaboração de um Relatório que permita o estabelecimento de estratégias globais para a minimização dos riscos na instituição.

Estratégia de implementação

Além do conjunto de procedimentos gerais, anexos a outras políticas (Controlo de Infecção, Gestão de Resíduos, Gestão de Incidentes, Saúde e Segurança, Segurança de Pessoas e Bens, Ressuscitação/Reanimação) enumeram-se a seguir outros procedimentos/documentos que irão operacionalizar esta política e a designação dos responsáveis pela sua elaboração/revisão.

Procedimento	Responsável	Critérios do Manual a que responde	
		2003	2006
Relatório anual de gestão do risco	CGR	3.21	4.15
Identificação e avaliação de riscos nos serviços	CGR	3.06; 3.07; 3.08	4.06; 4.07 e 4.08
Telefone de Emergência Interno (PEI) do HOSO	CGR		
Telefone de Emergência Interno (PEI) do HSB	CGR		
Uso de Telemóveis nos Serviços	CGR	23.15	26.15
Evacuação de Doentes	CGR	5.17	6.17
Segurança contra Incêndios	CGR		6.01

Elaboração:	Revisão:	Ratificação:



Guia de Avaliação do Risco Clínico. Uma Abordagem Simples

GIARC/2012

Avaliação do Risco Clínico. Uma Abordagem Simples

Os objetivos deste documento são:

- Fornecer uma ferramenta de trabalho simples de usar para a avaliação do risco;
- Promover a vigilância na identificação do risco e das formas como o risco pode ser minimizado;
- Promover uma maior coerência na forma como a avaliação do risco é aplicada no CHS, EPE.

Esta ferramenta destina-se a incentivar uma maior utilização ao nível da prática, e uma maior sensibilização e compreensão da avaliação de riscos a todos os níveis (Prestação de cuidados; Gestão; etc.).

O Profissional na 1ª linha dos cuidados pode usar esta ferramenta para avaliar os riscos para o doente sob os seus cuidados.

Esta ferramenta é aplicável e facilmente adaptada para uso em todos os locais de prestação de cuidados.

Antes de começar a avaliar os riscos certifique-se de que detém um bom conhecimento da Política de Gestão do Risco da Instituição. Consulte a Política e Procedimentos na pasta da Qualidade na intranet do CHS.

O que é a avaliação de riscos?

A avaliação de risco procura responder a quatro perguntas simples, relacionadas entre si:



Geralmente não é possível eliminar todos os riscos, mas o pessoal de saúde têm o dever de proteger os doentes, tanto quanto "razoavelmente possível". Isto significa que devemos evitar qualquer risco desnecessário.

É melhor concentrar-se nos riscos que realmente importam – aqueles com potencial para causar danos.

Mantenha a avaliação de risco simples – não utilize técnicas demasiado complexas para o tipo de risco a ser avaliado.

Na avaliação de risco devemos considerar:

- **Perigos** – Situações com potencial para causar dano;
- **Riscos** – Definidos como a probabilidade de um evento adverso específico ir ocorrer num período de tempo específico ou como resultado de uma situação específica.
 - **Risco** é a combinação da *probabilidade* e *consequência* de um perigo que está a ser identificado.
Um **Risco clínico** é a probabilidade de ocorrência de um resultado adverso, em consequência da investigação clínica, tratamento ou prestação de cuidados de saúde ao doente.

Para cada risco identificado, é importante decidir se ele é significativo e se estão implementados controlos adequados (barreiras) suficientes para garantir que o risco é devidamente controlado.

Qual a diferença entre um perigo e um risco? Um exemplo

Um medicamento pode ser descrito como um perigo, já que existe o risco dele causar danos. No entanto, o risco desse dano pode ser minimizado, desde que estejam implementados controlos ou medidas efetivas (barreiras).

Se o dano resultou da toma de um medicamento e os danos não eram esperados, esta situação deve ser vista como um incidente de segurança do doente.

A probabilidade do dano ocorrer com uma determinada gravidade pode ser descrito como um risco clínico.

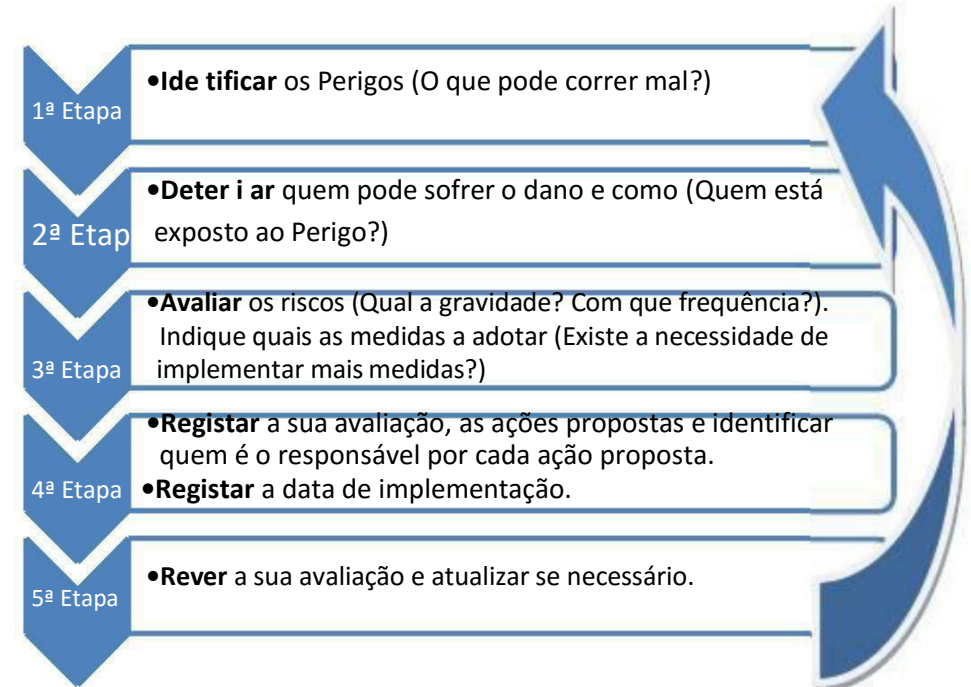
Um exemplo fora da área da saúde seria: “Andar de moto é PERIGOSO porque há o RISCO de queda, o RISCO de atropelamento, o RISCO de **despiste...**”

É importante que se identifique e tenha uma compreensão clara dos riscos significativos de cada perigo em particular.

Para evitar confusão, descreva cada risco de forma clara e separadamente.

Por exemplo, quando se considera o risco de selecionar o medicamento errado por causa da embalagem ser similar, há risco para o doente, para o pessoal envolvido e para a organização. Uma falha na descrição ou definição clara de cada risco é uma armadilha comum que pode levar a problemas no exercício da avaliação de risco.

Cinco etapas para uma avaliação simples do risco



Etapa 1 - Identificar os perigos (O que pode correr mal?)

Para impedir danos é importante avaliar não apenas o que é suscetível de “correr mal”, mas também como e porque pode “correr mal”.

Tenha em consideração aquilo que correu mal em incidentes anteriores.

Aprenda com o passado.

Circule pelo seu local de trabalho ou área clínica e fale com os doentes e profissionais.

Registe e descreva a atividade a ser avaliada.

Avaliar o risco pode exigir o apoio de uma equipa multidisciplinar.

Etapa 2 – Determinar quem pode sofrer o dano e como (Quem está exposto ao perigo?)

As pessoas vão cometer erros. É necessário antecipar um certo grau de erro humano e tentar prevenir que o erro resulte em dano para o doente ou profissional.

Considere o número de doentes que podem ser afetados durante um determinado período de tempo. Ao citar o número de doentes afetados você deve sempre indicar a duração do período de avaliação.

Lembre-se que os doentes mais vulneráveis são mais propensos a sofrer danos.

Refleta sobre a complexidade da tarefa.

Etapa 3 - Avaliar os riscos (qual a gravidade? Com que frequência?). Decida quais as medidas a adotar (Existe a necessidade de implementar mais medidas?)

Considere tanto a consequência (qual a gravidade?) como a probabilidade (quantas vezes?). Existe a necessidade de medidas adicionais? A lei exige que todos os profissionais que prestam cuidados façam tudo o que seja razoavelmente possível para proteger os doentes do dano.

Use uma matriz de risco (em anexo)

Decida quais as precauções (barreiras) que podem reduzir de forma mais eficiente o risco.

Reavalie os riscos assumindo que as precauções (barreiras) foram implementadas.

Etapa 4 – Registrar a sua avaliação, as ações propostas e identificar quem é o responsável por cada ação proposta. Registrar a data de implementação.

As avaliações de risco e planeamento de ações devem ser revistas e alteradas quando necessário.

Isso é simples de fazer se a avaliação inicial for bem documentada e a lógica por trás das decisões for clara e transparente.

Um sistema de documentação eficiente e sucinto é essencial.

Devemos ser capazes de demonstrar que:

Foi efetuada uma verificação completa para identificar todos os perigos e tratar todos os riscos significativos;

As precauções (barreiras) são razoáveis e o risco remanescente é aceitável;

As soluções são **realistas, sustentáveis e eficazes**.

Pode ser razoável aceitar um certo grau de risco evitável, se os benefícios a serem obtidos compensarem os riscos.

Etapa 5 - Rever a sua avaliação e atualizar, se necessário

Uma boa documentação é importante porque a mudança está sempre a ocorrer. A investigação e novos desenvolvimentos aumentam o ritmo das mudanças, e essas mudanças podem alterar os perigos existentes e/ou introduzir novos perigos.

Reveja a sua avaliação de risco:

Quando estiver a planear uma mudança;

Por rotina, pelo menos, numa base anual;

Quando houve uma alteração ou mudança significativa.

Tabelas de Avaliação de Riscos

Para cada perigo identificado, o risco associado é estimado e valorizado da seguinte forma:

1º. Identificar os possíveis tipos de risco face aos perigos em questão;

- 2º. Analisar as medidas de prevenção e de proteção existentes (barreiras) face aos riscos identificados, que permitam prevenir ou minimizar as suas consequências caso o incidente ocorra;
- 3º. Atribuir uma categoria à probabilidade de ocorrência de acordo com a **Tabela 1**, tendo em atenção a eficácia das barreiras já existentes, bem como o tempo de exposição ao fator de risco;
- 4º. Atribuir uma categoria à gravidade do dano em conformidade com a **Tabela 2**, tendo em atenção as consequências previsíveis do incidente;
- 5º. Valorar o risco qualitativamente, atribuindo um nível de risco, de acordo com a **Tabela 3**, resultado da integração entre a probabilidade de ocorrência e a gravidade provável de um determinado dano.
- 6º. Determinar uma prioridade de intervenção, de acordo com a **Tabela 4**.

Tabela 1 – Categorias de probabilidade de ocorrência do dano

Nível	Probabilidade de ocorrência	Descrição
A	Extremamente remota	Possível mas extremamente improvável de ocorrer, durante um determinado período de tempo ou durante a execução de uma tarefa.
B	Remota	Não esperado ocorrer, durante um determinado período de tempo ou durante a execução de uma tarefa.
	Improvável	Esperado ocorrer até uma vez ou num curto período de tempo associado a uma situação extraordinária, durante um determinado período de tempo ou durante a execução de uma tarefa.
	Provável	Esperado ocorrer mais do que uma vez ou em curtos períodos de tempo, que se repetem durante um determinado período de tempo ou durante a execução de uma tarefa.
	Frequente	Esperado ocorrer várias vezes ou em longos períodos de tempo, durante um determinado período de tempo ou durante a execução de uma tarefa.

Tabela 2 – Categorias de gravidade do dano

Nível	Categoria de gravidade	Descrição	Indicadores
I	Baixo	Sem ocorrência de lesões; Possível ocorrência de mau estar, de perda de capacidade de concentração e consequente redução da qualidade de trabalho	Aumento de stress; Quebra da atividade desenvolvida na altura
II	Ligeiro	Possível ocorrência de lesões sem incapacidade temporária; no máximo podem acontecer casos que necessitem de primeiros socorros.	Primeiros socorros; Ausência <3 dias Sem internamento; Sem envolvimento de terceiros
III	Moderado	Possível ocorrência de lesões com incapacidade temporária; tratamento/cuidados médicos necessários.	Tratamento médico; Ausência >3 dias. Internamento >2 dias.
IV	Severo	Possível ocorrência de óbito, incapacidade permanente e/ou lesão grave a curto ou a longo prazo.	Óbito; Incapacidade permanente; Lesões Múltiplas Graves
V	Catastrófica	Possível ocorrência imediata de óbito.	Óbitos múltiplos

Tabela 3 – Níveis de risco determinados qualitativamente

Gravidade	Probabilidade				
	A	B	C	D	E
I	1	1	1	1	1
II	1	2	2	2	3
III	2	2	3	3	3
IV	3	3	4	4	5
V	3	4	4	5	5

Tabela 4 – Níveis de Risco / Prioridades de Intervenção / Prazos

Nível de Risco		Prioridade de Intervenção	Prazo
1 - Baixo	1	Atuação não prioritária	<i>Logo que possível</i>
2 - Significativo	2	Intervenção a médio prazo	6 Meses
3 - Elevado	3	Intervenção a curto prazo	3 Meses
4 - Muito Elevado	4	Atuação urgente	1 Mês
5 - Inaceitável	5	Atuação muito urgente	Imediato

responsável por definir o nível de risco aceitável.

Ações necessárias para reduzir os riscos a um nível aceitável

Muitas vezes, é difícil julgar o nível de risco que pode ser tolerado. Isto ocorre porque o risco é considerado tendo em conta (por um lado) o benefício a obter e (por outro lado) se existe uma alternativa melhor do que aceitar o risco.

É razoável aceitar um determinado nível de risco se o risco consequente de todas as outras alternativas for ainda maior.

Um risco não é aceitável se existir uma alternativa razoável, que ofereça o mesmo benefício mas evite o risco.

Um risco aceitável pode tornar-se inaceitável ao longo do tempo ou porque as circunstâncias mudaram.

Recomendamos a utilização dos formulários de avaliação de risco aprovados para o CHS (Procedimento de Identificação e Avaliação de Riscos - GRI.03; Anexo I e II).

Qualquer risco residual significativo deve ser registrado num Relatório Global de Risco da Organização. Esse relatório deve ser objeto de revisão periódica pelo Conselho de Administração.

As tabelas acima

Algumas Definições

Perigo – Fonte ou situação com um potencial de dano, em termos de lesões ou ferimentos para o corpo humano ou para a saúde, para o património, para o ambiente do local de trabalho ou uma

combinado destes.

Risco – É o resultado da combinação entre a probabilidade de ocorrência de um evento adverso e a gravidade daí resultante.

Gestão de Risco – Processo que permite a identificação, análise, avaliação, orientação e tratamento. O monitorização dos riscos, contribuindo para o desenvolvimento de um ambiente mais seguro para a realização da atividade dos profissionais e prestação de cuidados aos seus utentes, minimizando as perdas e otimizando os recursos.

Incidente – uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso).

Incidente sem Dano - O evento atingiu o doente, mas não causou dano discernível

Evento Adverso (Incidente com Dano) - Incidente que resulta em dano para o Doente

Evento Adverso Grave - Uma ocorrência inesperada que implica morte, dano físico ou psicológico sério, ou risco do mesmo ocorrer. Dano sério inclui, especificamente, a perda de um membro ou função.

IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE RISCO E PLANO DE ACÇÃO

Data: / / Local: Avaliado por:

Nº	Identificação do Perigo	Riscos Associados	Nº e Caracterização de Pessoas Expostas	Probabilidade [de A a E]	Gravidade [de I a V]	Nível de Risco [de 1 a 6]

Plano de Acção		
Medidas Correctivas/Preventivas	Responsável	Prazo

Assinaturas: _____ Reavaliação em: / /
 O Director/Responsável do Serviço:

Anexo II: Procedimento de Identificação e Avaliação de Riscos (GRI.03 Rev. C)

O GIARC contou com a colaboração dos seguintes Profissionais na revisão do documento:

O Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico

Constituição:	Contactos:
	Tel: 265 549

Documento adaptado da National Patient Safety Agency (NPSA). Healthcare risk assessment made easy - March 2007

Centro Hospitalar de Setúbal

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO

JUNHO 2015

Indicador de Qualidade - Avaliação da Satisfação com os Cuidados de Enfermagem

Enquadramento

A aplicação dos questionários de avaliação de satisfação com os cuidados de enfermagem decorre da operacionalização do Procedimento “Avaliação do Indicador de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Satisfação do Utente” ENF. 04.

Esta avaliação é transversal na instituição e estão envolvidos **40 serviços/unidades**.

Irá decorrer ao longo do ano de 2015, num total de **8 meses**.

Ponto da Situação

Estão concluídos os primeiros 4 meses de aplicação.

Até ao início de junho foram obtidos **1347 questionários** preenchidos.

Verificou-se uma boa adesão dos utentes respondentes, traduzido pelo número reduzido de respostas em branco.

Verificou-se igualmente um bom empenho das equipas de enfermagem na concretização do processo.

EM DESTAQUE:

Cada serviço tem um código e irá receber os resultados obtidos de forma individualizada e relativos a cada questão, de forma a poder **implementar medidas promotoras de melhoria**

Resultados da Primeira Aplicação - meses fevereiro e março

No primeiro período de aplicação (2 meses) foi recolhido um total de **834 questionários** e estão representados os **40 serviços/unidades** inicialmente previstos.

Em resposta à questão síntese **“De uma forma global, qual o grau de satisfação com os cuidados prestados pelos enfermeiros deste serviço”**, cujos dados foram trabalhados de forma transversal, verifica-se que em **736** respostas obtidas, **82,6%** dos utentes mostra-se **Muito Satisfeito** com os cuidados de enfermagem, con-forme visível no gráfico 1.

Relativamente às outras questões foi realizada análise estatística simples e obtidos resultados parcelares (por serviço), visto ainda estar a decorrer a fase de produção. Os resultados são, na sua grande maioria, muito positivos.

Satisfação com os Cuidados de Enfermagem - Avaliação Global

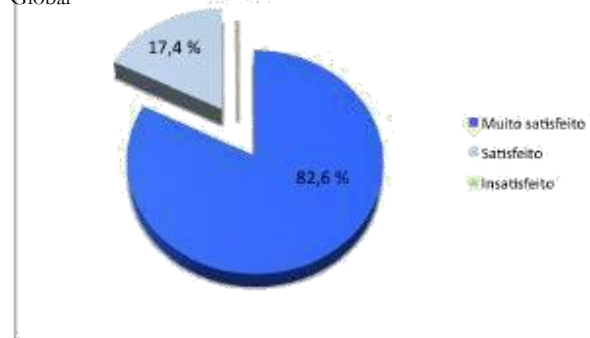


Gráfico 1

Quanto à questão aberta **“Por favor, acrescente algumas opiniões /sugestões que possam ajudar a melhorar os cuidados de enfermagem prestados no Centro Hospitalar de Setúbal”** foram recolhidos, nesta primeira aplicação, **133 registos** os quais serão alvo de análise de conteúdo, a realizar pelo grupo de trabalho.

**AnexoIII – Sistema de Informação em Enfermagem do CHS, E.P.E.,
Serviço de Medicina Interna**

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento Passagem de Informação de Enfermagem</i></p>	Data de entrada em vigor:	05/01/2012
		Revisão A	23/12/2011
		Próxima revisão:	23/12/2014
		Cód.	
		Documento:	ENF.02

1. Objetivo

Otimizar a passagem de informação de enfermagem, pela definição de princípios a respeitar neste processo, visando assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação.

2. Campo de aplicação

Todos os Enfermeiros do Centro Hospitalar de Setúbal.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CA – Conselho de Administração

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems.

4. Referências

CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde / Normas para Acreditação. 3.ª Ed. Versão 01, Abril 2010 (Critérios 8.5, 8.6 e 8.7).

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Parecer CJ/20 – 2001 - Passagem de turno junto dos doentes, em enfermarias. (2001) [Em linha]. [consult. 21.12.2011]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf

5. Responsabilidades

Ao CA do CHS pela sua aprovação e divulgação

Aos Enfermeiros Chefes e Coordenadores do CHS, pela sua divulgação e garantia de

implementação Aos Enfermeiros do CHS pela sua aplicação

6. Procedimento

A Direção de Enfermagem entende a Passagem de Informação, como um momento de reunião das equipas de enfermagem que tem como objetivo assegurar a continuidade dos cuidados e, enquanto

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento Passagem de Informação de Enfermagem</i></p>	Data de entrada em vigor:	05/01/2012
		Revisão A	23/12/2011
		Próxima revisão:	23/12/2014
		Cód.	
		Documento:	ENF.02

momento de análise sobre as práticas e formação em Serviço, promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Para tal, cada Enfermeiro deve garantir a transmissão verbal da informação, complementando os registos em notas de evolução/continuidade, dos cuidados por si planeados, executados e avaliados, assim como os cuidados por si executados em parceria com a restante equipa de saúde.

A informação clínica do doente a transmitir entre enfermeiros, realiza-se em contexto de mudanças de turno nos Serviços, na transferência de doentes entre Departamentos e/ou Serviços e na alta. Os locais de passagem de informação são geridos, em cada contexto de trabalho atendendo às suas características, devendo em qualquer circunstância estarem salvaguardados os direitos dos doentes, nomeadamente, no que respeita à privacidade e confidencialidade e garantida a possibilidade de utilização do privilégio terapêutico, se aplicável.

A passagem de informação deve ser realizada de forma sistemática e normalizada, respeitando os seguintes princípios:

Σ. Na transferência de doentes entre Departamentos/Serviços:

- Após a confirmação clínica da transferência da pessoa internada para outro Serviço, pertencente ou não ao mesmo Departamento, o enfermeiro atualiza o plano de cuidados, elabora resumo da trajetória do doente no Serviço (nos Serviços com Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem deve ser consultado o Procedimento sobre Registos Informatizados de Enfermagem) e contacta telefonicamente o enfermeiro do serviço que recebe a pessoa transferida, com o objetivo de fixar o momento da transferência;
- O enfermeiro acompanha o transporte da pessoa internada, efetuado pelo assistente operacional, e transmite ao colega todos os dados clínicos da sua área de competência, relevantes para a continuidade de cuidados;
- O enfermeiro acolhe a pessoa, efetua a avaliação da condição atual e dá continuidade ao planeamento de cuidados

Σ Na Mudança de Turno:

- Ocorre durante os períodos de transição entre cada um dos três turnos diários, em momento de sobreposição de horário entre a equipa que transmite a informação e a

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento Passagem de Informação de Enfermagem</i></p>	Data de entrada em vigor:	05/01/2012
		Revisão A	23/12/2011
		Próxima revisão:	23/12/2014
		Cód.	
		Documento:	ENF.02

equipa que recebe a informação, devendo no momento de passagem de turno estarem presentes todos os enfermeiros de ambas as equipas;

- A informação clínica é transmitida à equipa que recebe o turno, especificamente ao enfermeiro responsável – enfermeiro a quem os cuidados à pessoa estão atribuídos em plano de trabalho;
- A informação clínica deve ser transmitida utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;
- A equipa de enfermagem que inicia um novo turno, é responsável pela garantia da continuidade dos cuidados e pela atualização do plano de cuidados, caso essa necessidade se aplique.

Σ Na Alta:

- Devem ser respeitadas as orientações veiculadas na Política de Alta e procedimentos que a operacionalizam, assim como o Procedimentos de Registos Informatizados de Enfermagem (nos Serviços com Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem implementado);
- As informações veiculadas à pessoa/família devem respeitar o seu nível de compreensão, ser validada de forma a assegurar que a informação foi compreendida e, sempre que adequado, ser reforçada por escrito.

REGISTOS DE ENFERMAGEM

Guia Orientador

SAPE

Sistema de Apoio à Prática
DE ENFERMAGEM

SIGLAS

CA – Conselho de Administração

CIPE – Classificação Internacional para Prática de

Enfermagem CHS – Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

GIARC – Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco

Clínico IMC – Índice de Massa Corporal

SAPE – Sistema Apoio à Prática de Enfermagem

SUMÁRIO

	f.
0. INTRODUÇÃO	4
1. PRINCIPIOS GERAIS	5
2. PLANEAMENTO	7
2.1 AVALIAÇÃO INICIAL	7
2.2 ATITUDES TERAPÊUTICAS	8
2.3 EXAMES/ANÁLISES	9
2.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM	10
3. REGISTOS	12
3.1 PLANO DE TRABALHO	12
4. ÁREA DE CONSULTA	13
4.1 CONSULTA DE VIGILÂNCIA	13
4.2 REPORTS DE IMPRESSÕES	13
5. HORÁRIOS	14
ANEXOS	15

0. INTRODUÇÃO

O presente Guia Orientador operacionaliza o Procedimento Registos Informatizados de Enfermagem e pretende definir um conjunto de princípios a ter em consideração nos Registos de Enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), com recurso ao Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

Sendo elaborado na fase de implementação da aplicação SAPE no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., conta com a colaboração de todos os utilizadores no sentido da sua melhoria contínua, contemplando um destacável, a ser enviado ao Grupo Dinamizador, para reportar Propostas de Alterações ao SAPE e ao Guia Orientador de Registos de Enfermagem do CHS (Anexo I).

1. PRINCIPIOS GERAIS

Os registos de enfermagem efetuados são da responsabilidade do enfermeiro a quem o doente é atribuído no turno;

Dado que cada enfermeiro é responsável pelos registos que elabora, a ‘palavra-chave’ de acesso ao SAPE deve manter-se apenas do conhecimento do utilizador. Desta forma, a ‘palavra-chave’ deve ser mudada quando o profissional acede pela primeira vez ao sistema e sempre que considere necessário;

Os registos de enfermagem devem ser efetuados ao longo do turno; sempre que o enfermeiro realizar registos deve identificar-se perante o sistema com o seu número de utilizador e a sua palavra-chave; sempre que deixar o sistema deve fazer “*log out*” através das teclas recomendadas: ‘Desligar’ ou ‘Sair’ - **a não realização deste procedimento colocará em causa a identificação correta do responsável pelo registo;**

O Plano de cuidados deve ser iniciado ou revisto no SAPE imediatamente após a entrada do doente no Serviço. Se tal não for possível na sua globalidade, em função dos dados disponíveis, o plano de cuidados deve ser desenvolvido ao logo dos turnos seguintes;

Na passagem de turno deve ser usada a linguagem CIPE;

Quando é dada alta administrativa na aplicação informática Sonho, deixa de ser possível a realização de registos no SAPE desse doente, pelo que a articulação com o Serviço Administrativo de cada serviço é fundamental.

Cada profissional de enfermagem deve impreterivelmente respeitar as orientações presentes neste documento. Contudo, dando resposta a especificidades dos serviços, as equipas podem ponderar acrescentar orientações internas específicas, tendo em vista a uniformização dos registos, por exemplo em relação aos horários atribuídos;

AUDITORIAS DOS REGISTOS

Para ser possível a obtenção de indicadores, de áreas de intervenção autónoma de enfermagem, que trazem ganhos em saúde decorrentes da prática de enfermagem para a população, é imprescindível salvaguardar a melhoria contínua da qualidade dos registos de enfermagem, pelo que serão periodicamente, desenvolvidas auditorias, elaborados os respetivos relatórios e programada formação adicional, quando tal se revelar necessário, valorizando sempre a componente pedagógica;

No *check list* de verificação a aplicar, constam entre outros aspectos:

- se a avaliação inicial foi concluída;
- se as intervenções estão coerentes com o *status* de diagnóstico;
- se as notas gerais foram utilizadas com pertinência;
- como estão a ser utilizadas as notas associadas e as especificações.

Cada serviço deverá, também, realizar auditorias internas aos registos, visando a melhoria contínua da qualidade. Estas deverão ser realizadas pelo Enfermeiro Chefe ou pelo enfermeiro que este por este indicar para o efeito, numa periodicidade mensal, a 10 doentes com recurso à Grelha de Auditoria de Estrutura aos Registos de Enfermagem (Anexo II). A avaliação dos registos é retrospectiva, devendo o auditor situar-se no calendário 2 semanas antes do momento em que se encontra a realizar a auditoria. Os resultados devem ser remetidos para o Grupo de Indicadores, Auditoria e Risco Clínico (GIARC).

2. PLANEAMENTO

O planeamento engloba duas grandes áreas: **Intervenções Interdependentes e Intervenções Autónomas de Enfermagem;**

Optou-se por enquadrar a avaliação inicial no planeamento, dado constituir um momento importante de recolha de dados;

O planeamento deve ser actualizado, sempre que modificações na condição clínica do doente o imponham.

2.1. AVALIAÇÃO INICIAL

- ∑ Traduz as condições apresentadas pela pessoa **no momento da admissão no serviço;**
- ∑ Deve ser terminada nas primeiras **24 horas do internamento.**
- ∑ No caso de impossibilidade de concretizar esse registo, deve ser dada **justificação**, preferencialmente, no respetivo campo. Sempre que este não o permita, deverá ser inserida no campo ‘Observações’, do item correspondente.

Respeitando os **critérios de qualidade relativos ao Processo Clínico**, é de especial atenção o preenchimento dos seguintes campos:

- Nome do Prestador de Cuidados e contacto
- Alergias

Na Condição Atual – Avaliação de Parâmetros: os registos relativos ao **peso, altura, saturação O₂, glicemia capilar, índice de massa corporal (IMC) e perímetro abdominal são colhidos apenas quando apresentarem relevância**, para a situação concreta do doente. No que se refere ao IMC, encontra-se parametrizada a respetiva Tabela, a ser usada a partir do cálculo da fórmula: $IMC = \text{Peso} / (\text{Altura})^2$.

Relativamente ao campo **Auto Cuidados**, o enfermeiro deve identificar se existe dependência ou não em relação a alguns dos Autocuidados e em caso afirmativo, no campo '**Observações**' deve identificar qual o autocuidado afetado (higiene, uso do sanitário, vestuário, alimentar-se, deambular, transferir-se, posicionar-se).

Os campos '**Observações**', presentes nas diferentes áreas permitem completar/clarificar a informação registada.

Quando são colhidas novas informações, que sejam pertinentes para os cuidados ao doente, as mesmas devem ser inseridas no campo '**Alerta**' (Janela Inicial da Aplicação – Identificação do Doente);

Após o registo e gravação, o texto só pode ser editado pelo próprio utilizador e apenas até 24h após o registo. Depois deste limite os campos preenchidos ficam bloqueados não sendo possível inserir novos dados, a não ser nos campos de observações correspondentes.

2.2. ATITUDES TERAPÊUTICAS

- ∑ Correspondem a ações geradas a partir de prescrição médica, sendo intervenções de natureza interdependente;
- ∑ Podem ser ativadas pela equipa médica ou pela equipa de enfermagem;
- ∑ As intervenções de enfermagem correspondentes e respetivo horário, devem ser planeadas;
- ∑ Sempre que pertinente, devem ser acrescentadas Especificações.

Algumas orientações a considerar:

A Atitude Terapêutica – **Indicadores de Enfermagem** deve ser introduzida no momento da admissão, bem como as intervenções a ela associada, o horário a atribuir é – Agora. O *score* calculado na avaliação do risco de quedas, pela aplicação da Escala de Morse, deve ser registado nos Alertas;

A atitude terapêutica – **Levante** deverá ser terminada, após ter sido concretizada, sem intercorrências;

A atitude terapêutica – **Preparação Pré-Operatório**, inicia-se quando começa a preparação do doente para ir ao Bloco Operatório e só é dado termo, no momento em o doente sai do serviço para ir ao Bloco Operatório;

Quando se assinala a atitude terapêutica **Algiação**, é de ponderar assinalar-se, em simultâneo, a atitude terapêutica **Diurese**;

Quando existe uma prescrição terapêutica endovenosa, nomeadamente Soro EV, o enfermeiro deve ativar a atitude terapêutica – **Cateterismo Venoso Periférico** e correspondentes intervenções de enfermagem;

Em doentes que tenham vários acessos periféricos, a atitude terapêutica **Cateter Venoso Periférico** só é assinalada uma vez, duplicando-se depois as intervenções que necessitam de ser duplicadas;

Quando existe uma prescrição de glicemia capilar, o enfermeiro deve ativar a atitude terapêutica – **Glicemia Capilar** e respetivas intervenções de enfermagem;

Em todos os doentes deverá ser ativado a atitude terapêutica **Parâmetros Vitais** e seleccionadas as intervenções de enfermagem pertinentes para cada caso específico;

Nas ‘Observações’, relativamente à **Oxigenoterapia** escreve-se o FI O₂ e no **Cateterismo** regista-se o local de inserção do dispositivo.

2.3. EXAMES/ANÁLISES

∑ Os exames e análises que não necessitem de preparação, não são planeados, sendo apenas registados após a realização.

Os **Exames/Análises** e várias **Atitudes Terapêuticas** prescritos pelo médico na Prescrição *Online*, aparecem no SAPE com a designação ‘**Outras Atitudes**’, vindo a sua especificação no campo Observações (canto inferior direito da janela).

No Plano de Trabalho a designação ‘Outras Atitudes’ surge de forma indistinta, por essa razão o enfermeiro durante o planeamento deverá, após cada linha de “Outras Atitudes”, inserir uma nova linha, selecionar na Lista de Valores a Atitude Terapêutica correspondente à informação que aparece no respetivo campo de Observações, completando o planeamento com as intervenções associadas e atribuição de horário. Em seguida deverá dar término à prescrição ‘Outras Atitudes’ correspondente.

2.4. PROCESSO DE ENFERMAGEM

- ∑ Corresponde a intervenções autónomas de enfermagem, sendo da responsabilidade do enfermeiro o seu planeamento e execução;
- ∑ Devem corresponder a diagnósticos sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- ∑ Contemplam diagnósticos principais ou quantificadores (reais ou potenciais) e diagnósticos acessórios ou qualificadores.

Orientações a considerar:

Os **diagnósticos acessórios** necessitam de ser **sempre associados** com um **diagnóstico principal**;

Sempre que exista a necessidade de ativar os dois qualificadores “Conhecimento (...) não demonstrado” e “Aprendizagem de Habilidades (...) não demonstrada”, o **qualificador do conhecimento deverá ser activado em primeiro lugar**;

Ao qualificador “**Conhecimento (...) não demonstrado**” devem ser associadas intervenções de enfermagem do tipo “**Ensinar**” e ao qualificador “**Aprendizagem de Habilidades (...) não demonstradas**” são associadas as intervenções do tipo “**Instruir**” e do tipo “**Treinar**”;

Quando se constrói um **diagnóstico**, deve-se procurar que seja o **mais completo possível**, tendo em consideração os eixos disponíveis. **Não é permitido apagar as palavras** geradas pelo próprio SAPE na construção do diagnóstico de enfermagem, **alterar o seu sentido** ou **colocá-los em linhas diferentes**.

O **tipo de intervenções** a seleccionar, deve estar sempre **de acordo com os diagnósticos de enfermagem**, por exemplo: habitualmente para uma dependência em grau elevado, as intervenções de enfermagem devem ser do tipo ‘Executar’. Se a dependência se situar no grau moderado ou no grau reduzido, as intervenções de enfermagem serão do tipo ‘Assistir’ ou ‘Supervisionar’ respetivamente;

Ao *Status* ‘Risco’ nunca se associa um grau;

Sempre que se levante o Foco de Atenção – ‘**Úlcera de Pressão**’, para além do *Status* ‘Presença’, deverá ser levantado o *Status* ‘Risco’;

No caso dos doentes que usem fralda, deverá ponderar-se assinalar o Foco de Atenção – **Maceração** – *Status* ‘Risco’;

O Foco de Atenção – ‘**Infecção**’ deve ser levantado em todos os doentes que estejam em isolamento;

O **Risco de Infecção** só deve ser assinalado em situações muito específicas. Não deve ser levantado associado à manutenção de dispositivos médicos como cateteres, sondas, por ser transversal ao uso desses dispositivos e vir assinalado nas Intervenções associadas a Atitudes Terapêuticas, pois todos os doentes com estes dispositivos apresentam este risco;

No caso da ‘**Ferida Cirúrgica**’, planeia-se a intervenção ‘Vigiar a Ferida Cirúrgica’, caso surjam sinais inflamatórios associa-se a intervenção ‘Monitorizar a Ferida Cirúrgica’.

O **plano de cuidados deverá estar sempre atualizado**, sendo visível em qualquer momento as necessidades de cuidados de enfermagem reais do doente.

3. REGISTOS

3.1. PLANO DE TRABALHO

NOTAS ASSOCIADAS

As **Notas Associadas** visam o registo de informação associada a uma intervenção específica realizada. A informação registada fica disponível, apenas, em algumas impressões do SAPE.

NOTAS GERAIS

As **Notas Gerais** ou notas de exceção, visam o registo de informação relevante para os cuidados ao doente, ficam associadas a um utilizador e são disponibilizadas em todas as listagens do SAPE e do SAM.

As Notas Gerais devem ser utilizadas apenas em situações de urgência/emergência e em situações ocasionais, como quando se assinala um foco de atenção que não está parametrizado e é necessário registar as intervenções efetuadas decorrentes desse diagnóstico;

Para registar na janela '**Monitorizar a Consciência através da Escala de Coma de Glasgow**' entenda de preenchimento obrigatório, os campos: Resposta Verbal; Abertura de Olhos e Resposta Motora. Os outros campos, não são de preenchimentos obrigatório, devendo ser complementados de acordo com a observação feita ao doente.

Orientações a considerar:

Na execução de uma intervenção o enfermeiro deve registar em notas associadas a reação do doente, sempre que se justificar.

No caso da intervenção ‘Monitorizar glicémia capilar’, quando a avaliação na máquina de *Bm test*, é um resultado de *Low* ou *High* deve registar-se na janela de monitorização o valor 0 e 999, respetivamente, bem como inserir em ‘Nota associada’, que este registo corresponde a uma leitura de *Low* ou *High* na máquina de *bm test*.

No registo das intervenções do tipo ‘Vigiar’ deverão ser utilizadas **preferencialmente** as frases parametrizadas. Em situações particulares podem ser acrescentadas, palavras para clarificar o que se vigiou.

A ausência de registo de execução ou não execução de uma intervenção prescrita pode ser interpretada como ausência de cuidados.

4. AREA DE CONSULTA

Corresponde à consulta de vigilância e aos ícones de impressão

4.1. CONSULTA DE VIGILÂNCIA

∑ Permite apreciar a evolução do doente

4.2. REPORTS DE IMPRESSÕES

Em caso de **transferência interna**:

Deve ser atualizado o processo, dando termo a todos os diagnósticos de enfermagem, atitudes terapêuticas e intervenções irrelevantes para assegurar a continuidade de cuidados (se este procedimento não for realizado, estes manter-se-ão no Processo no doente como não concretizados).

Em caso de **Alta**:

A Nota de Alta (que aparece na aplicação como ‘Carta de Transferência’) só pode ser elaborada **uma única vez**, pelo que apenas deve ser emitida pelo Serviço onde o doente se encontra quando tem alta da Instituição;

Antes da sua impressão o enfermeiro deve dar termo a todos os diagnósticos, intervenções e atitudes terapêuticas irrelevantes para garantir a continuidade de cuidados. No item ‘**Observações**’, na **Carta de Transferência**, devem **adicionar-se notas importantes** para a continuidade de cuidados, nomeadamente, no caso do **doente que carece de cuidados continuados no domicílio**, situação em que é necessário referir a **morada onde esses cuidados devem ser prestados**, identificar se a necessidade de resposta é - **hoje, amanhã ou daqui a 48 horas** e integrar o grau de dependência – Escala de Barthel.

Relativamente à medicação, o procedimento a seguir é: na nota impressa, passar um risco sobre a quadro ‘última medicação’, referindo ‘**Sem efeito**’.

Para arquivo, serão oportunamente emitidas diretrizes do Conselho de Administração relativamente ao que deverá ser impresso.

ACESSO AOS REGISTOS EFETUADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – ALERT

Os enfermeiros têm acesso a esta informação através do acesso ao processo clínico – SAM, segundo a seguinte sequência: no SAPE efetuar duplo clique sobre o nome do doente, o que permite aceder ao SAM, selecionar o primeiro item da árvore que surge à esquerda do ecrã – APLICAÇÕES EXTERNAS, que depois de abertas permitem aceder aos registos dos episódios de urgência e dos episódios que deram origem a episódios de internamento, devendo depois clicar sobre a data que pretende consultar.

5. **HORÁRIOS**

Evitar a atribuição do horário ‘Sem horário’, particularmente em intervenções autónomas de enfermagem;

Os Ensinos devem ser planeados em ‘Turno Fixo’ **M / T**;

No horário de ‘x em x horas’, o intervalo começa a contar desde a sua prescrição, pelo que **deve ajustar a data e hora** considerando o momento em que quer que a execução tenha início;

Para troca de dispositivos, exemplo algália deve atribuir ‘dia e turno fixo’ porque a atribuição de ‘x em x dias’ é de **difícil interpretação** por não identificar a data de colocação do dispositivo a trocar;

O horário ‘SOS’ deve ser utilizado com rigor, por exemplo no âmbito do **“Gerir”** e não deve **NUNCA** ser usado nas Atitudes Terapêuticas.

O horário ‘Agora’ dá termo imediato ao planeado e pode ser usado por exemplo nas intervenções **“Informar sobre equipamento ...”**, assim como o **“Inserir cateter, Inserir sonda naso-gástrica...”**.

É importante que, em cada Serviço, sejam definidos horários para as ações habituais, de acordo com a especificidade dos seus utentes e rotinas do Serviço.

Elaboração:

ANEXOS

Anexo I - Proposta de Alterações ao SAPE e Guia de Orientador de Registos (1 folha)

Anexo II - Grelha de Auditoria de Estrutura aos Registos de Enfermagem (2 folhas)

PROPOSTA DE ALTERAÇÃO AO SAPE e GUIA ORIENTADOR DE REGISTOS

Serviço: _____

SISTEMA DE APOIO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Campo a Alterar: _____
(Avaliação Inicial, Fenómenos; Atitudes Terapêuticas, Exames / Análises)

Proposta de Alteração:

GUIA ORIENTADOR DE REGISTOS

Proposta de Alteração:

O Enfermeiro

O Enfermeiro Chefe / Coordenador

Data: _____/_____/_____

Data: _____/_____/_____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

	<h2 style="margin: 0;">Checklist de Auditoria de Estrutura aos Registos de Enfermagem</h2>	Serviço: _____ Data: ___/___/___ Auditor: _____
--	--	---

Objetivo: Assegurar a realização de registos de enfermagem em Suporte Informático – SAPE, coerentes com a CIPE e com as orientações internas – Guia Orientador de Registos de Enfermagem.

Nº Processo: _____

N.	Item em Apreciação	Presença			Observações
		S	N	N/A	
Janela do Menu Principal					
1	Registo de "Alertas"				
Avaliação Inicial					
2	Registo realizado nas primeiras 48 horas, com justificação dos dados não colhidos no próprio local ou em Observações				
3	Registo da Fonte de Informação				
4	Registo dos dados da "Pessoa Significativa" (nome e contato)				
5	Registo da avaliação da integridade cutânea				
6	Registo do tipo e localização dos cateteres				
7	Registo Índice de <i>Barthel</i>				
8	Registo de Alergias				
Planeamento					
9	Utilização adequada das Atitudes Terapêuticas e Fenómenos (associação dos fenómenos de enfermagem às intervenções autónomas e das atitudes terapêuticas às intervenções interdependentes e dependentes)				
10	Utilização correta dos Fenómenos Frequentes (recurso a listagem dos fenómenos frequentes)				
11	Construção correta do Status de Diagnóstico (considerando os vários eixos parametrizados)				
12	Inserção correta dos Diagnósticos Auxiliares (sempre associada a um diagnóstico principal)				
13	Substituição correta de "Outras Atitudes Terapêuticas"				
14	Associação de Especificações pertinentes a Atitudes Terapêuticas e intervenções				
15	Associação de Especificações pertinentes a Exames / Colheita de Espécimes				
16	Todos os Diagnósticos de Enfermagem / Atitudes Terapêuticas têm Intervenções associadas				

17	Introdução da Atitude Terapêutica – Indicadores de Enfermagem no momento da admissão, com atribuição de Horário – Agora e registo do <i>Score</i> (Risco de quedas) nos Alertas				
Plano de Trabalho					
18	Validação integral das Intervenções planeadas (Justificação de não realização de Intervenções)				
19	Utilização rigorosa e pertinente das Notas Gerais				
Carta de Transferência/Alta					
20	Atualização do Plano de Cuidados antes da alta				
21	Utilização com rigor e pertinência das observações associadas à Carta de Transferência/Alta				
Outros					
22	Utilização de texto acessível (atenção às siglas e abreviaturas utilizadas)				

Considerações Gerais:

		<p>Assinatura do Auditor:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p>Data ____ / ____ / ____</p>
--	--	---

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento para Registos Informatizados de Enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE</i></p>	Data de entrada em vigor:	11/01/2012
		Revisão A	22/12/2011
		Próxima revisão:	22/12/2014
		Cód.	
		Documento:	ENF.03

1. Objetivo

Definir requisitos para a realização de registos de enfermagem, no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, coerentes com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

2. Campo de aplicação

Todos os Enfermeiros do Centro Hospitalar de Setúbal.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CA – Conselho de Administração

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

4. Referências

CHKS. Caspe Healthcare Knowledge Systems. Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde / Normas para Acreditação. 3.ª Ed. Versão 01, abril 2010 (Critérios 2.38; 6.15; 68.18; 68.19; 68.22; 68.25; 68.33).

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Parecer CJ/20 – 2001 - Passagem de turno junto dos doentes, em enfermarias. (2001) [Em linha]. [consult. 21.12.2011]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CJ_20-2001.pdf

5. Responsabilidades

Ao CA do CHS pela sua aprovação e divulgação

Aos Enfermeiros Chefes e Coordenadores do CHS, pela sua divulgação e garantia de

implementação Aos Enfermeiros do CHS pela sua aplicação

6. Procedimento

Os registos de enfermagem constituem a comunicação escrita da prática de enfermagem, assumem um papel relevante na visibilidade das tomadas de decisão no processo de cuidados e são essenciais à continuidade de cuidados, de forma interdisciplinar. Todos os cuidados de enfermagem devem ser registados no processo clínico do doente, sendo da responsabilidade do enfermeiro que os realizou. É fundamental que os registos sejam realizados de forma rigorosa, clara, completa e correta.

Na operacionalização deste procedimento deve atender às indicações que constam no Guia Orientador dos Registos Informatizados de Enfermagem do CHS (Anexo I) e no Manual do Utilizador SAPE do CHS (Anexo II).

7. Anexos

Anexo I – Guia Orientador dos Registos Informatizados do CHS

Anexo II – Manual do Utilizador SAPE do CHS

ANEXO IV - Satisfação Profissional dos Enfermeiros do CHS, E.P.E., Serviço de Medicina Interna.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento para Opiniões, Sugestões ou Reclamações dos Colaboradores</i></p>	Data de entrada em vigor:	19/05/05
		Versão 04	24/01/2013
		Próxima revisão:	24/01/2016
		Cód. Documento:	QUA.01

1. Objectivo

O Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (CHS) adopta um sistema de recepção, registo e tratamento das exposições dos seus colaboradores, para assegurar a liberdade de manifestação de opiniões, sugestões ou reclamações e definir o processo resposta.

2. Campo de aplicação

O presente procedimento aplica-se a todos os colaboradores do CHS.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CHS: Centro Hospitalar de Setúbal,

E.P.E. CA: Conselho de Administração

CQSD: Comissão de Qualidade e Segurança do Doente

Colaborador: qualquer indivíduo que, de modo regular, presta serviço, remunerado ou não, ao CHS.

4. Referências

CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação, 3.ª Edição, Versão 01 (Abril 2010); Critério 1.32, 2.59, 38.09, 38.14, 38.45.

5. Responsabilidades

O Conselho de Administração pela sua ratificação

Os Directores/Responsáveis dos Serviços pela sua divulgação e aplicação.

6. Procedimento

Os Directores/Responsáveis dos Serviços colocam, de modo visível e ao alcance de todos os colaboradores, exemplares do modelo padronizado para as suas exposições.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento para Opiniões, Sugestões ou Reclamações dos Colaboradores</i></p>	Data de entrada em vigor:	19/05/05
		Versão 04	24/01/2013
		Próxima revisão:	24/01/2016
		Cód. Documento:	QUA.01

As exposições dos colaboradores do CHS podem ser apresentadas aos Directores/Responsáveis dos Serviços ou directamente ao Conselho de Administração.

6.1 – Apresentação, recepção e registo das exposições dos colaboradores

6.1.1 – As exposições dos colaboradores do CHS são elaboradas segundo o modelo anexo 1.

6.1.2 – Os Directores/Responsáveis dos Serviços procedem à recepção das exposições que lhes forem apresentadas. No prazo de dez dias úteis, analisam as exposições, decidem sobre as matérias que couberem nas suas competências e atribuições, e propõem medidas correctivas que considerem adequadas informando o Conselho de Administração (no modelo original da exposição).

É enviada cópia ao colaborador da informação remetida ao Conselho de Administração.

6.1.3 – O Conselho de Administração analisa as exposições, solicita as informações necessárias e delibera tendo em conta as decisões tomadas e as diligências efectuadas pelos Directores/Responsáveis dos Serviços.

6.1.4 – O Conselho de Administração informa os subscritores das exposições acerca das decisões tomadas.

6.1.5 – O documento será arquivado no Conselho de Administração e posterior apuramento estatístico periódico (mínimo anual).]

7. Anexos

[Anexo 1 – Modelo de exposição para opiniões, sugestões ou reclamações de colaboradores]

Elaboração	Revisão	Ratificação

Do Conselho de Administração

28/11/2014

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Hospital de São Bernardo

Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão



Inquérito de Satisfação aos Profissionais

RELATÓRIO FINAL

aos Membros da CA, para o digital
2014

1. Aprovado;
2. Ao Secretariado da CA para divulgar o Relatório Final pelos meios convenientes, em especial os indicados no plano de melhoria: SIE, SSO, Reuniões Gerais, de Acordo Juntas, SGP e CASD;
3. A CASD aceita para divulgar na página pública do CHS.

CHS nº 46/14

mx X

31/12/2014

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
O Conselho de Administração

Índice

1 - Porquê um Inquérito de Satisfação no Trabalho?	3
2 - Avaliação e Apresentação dos Resultados	4
2.1 – Caracterização Demográfica	4
2.1.1 – Género	4
2.1.2 – Idade	5
2.1.3 – Antiguidade	5
2.1.4 – Grupo Profissional	6
2.1.4 – Serviço / Instituição	7
2.2 – Resultados - Perguntas Fechadas.....	8
2.2.1 – Tabela de Resultados - Perguntas Fechadas	9
2.3 – Avaliação das opiniões expressas – pergunta aberta	10
3 - Discussão	12
4 - Plano de Melhoria.....	13
5 - Conclusão	14
Anexo 1 – Inquérito de Satisfação aos Profissionais do CHS utilizado em 2014	15

1 - Porquê um Inquérito de Satisfação no Trabalho?

O Inquérito de Satisfação dos Profissionais do CHS, EPE tem como **objetivos**:

- Identificar áreas-chave que traduzam a satisfação dos profissionais e monitorizar periodicamente a mesma;
- Fornecer informação que contribua para uma melhoria das condições de trabalho dos profissionais.
- Dar aos profissionais a oportunidade de participar na construção do Centro Hospitalar/Serviço de Saúde.

População Alvo: Todos os profissionais do CHS, EPE

O Inquérito elaborado é *"um instrumento totalmente estruturado, solicitando-se aos sujeitos que respondam exatamente às mesmas perguntas, e exatamente na mesma ordem, sendo que eles recebem o mesmo conjunto de opções para as suas respostas."*¹

O Inquérito está constituído por **15 perguntas fechadas** (anexo 1), recorrendo a uma escala de Likert. *A escala de Likert consiste em vários enunciados declarativos (...) que expressam um ponto de vista sobre um tópico. Solicita-se aos respondentes que indiquem (em que grau) concordam ou discordam com a opinião expressa pelo enunciado,*²

No inquérito aplicado foi utilizada uma escala de 4 pontos, em que:

"0" significa Discordo Totalmente,

"1" significa Discordo parcialmente,

"2" significa Concordo parcialmente, e,

"3" significa Concordo Totalmente,

O Inquérito incluía ainda **uma pergunta aberta** de forma a permitir, aqueles que assim o entendessem, expressar sugestões face ao tema em apreço.

Finalmente foram incluídas perguntas fechadas para caracterização demográfica dos sujeitos.

O Inquérito de Satisfação no Trabalho³ foi distribuído, por correio interno e através de informação veiculada por correio eletrónico e informação disponibilizada na intranet do CHS.

O Inquérito decorreu durante todo mês de Maio de 2014.

Após preenchimento do inquérito, os profissionais estavam instruídos pelo próprio inquérito e depositar o mesmo em caixa própria para o efeito, que se encontrava junto às entradas principais do Hospital de São Bernardo e Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão. O profissional podia ainda enviar o seu questionário para o Serviço de Gestão de Recursos Humanos, por correio interno.

É a avaliação e apresentação dos resultados do Inquérito que iremos apresentar de seguida.

¹ POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernadette p. – FUNDAMENTOS DE PESQUISA EM ENFERMAGEM – 3.ª Edição, Porto Alegre; Artes Médicas; 1995; p168.

² POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernadette p. – FUNDAMENTOS DE PESQUISA EM ENFERMAGEM – 3.ª Edição, Porto Alegre; Artes Médicas; 1995; p173.

³ De agora em diante designado apenas de "Inquérito".

2 - Avaliação e Apresentação dos Resultados

Durante o período de aplicação do inquérito foram recolhidos um total de 135 ^(foram 144 em 2013) questionários, representando 6,41% ^(6,88%) do total dos profissionais do CHS (nº total de profissionais do CHS – 2108 ^(eram 2095 em 2013)).

Alguns dos profissionais que submeteram o seu questionário optaram por omitir a resposta a algumas das questões colocadas.

A CQSD/SGRH opta por não anular esses questionários, recolhendo a totalidade da informação disponível em cada item.

2.1 – Caracterização Demográfica

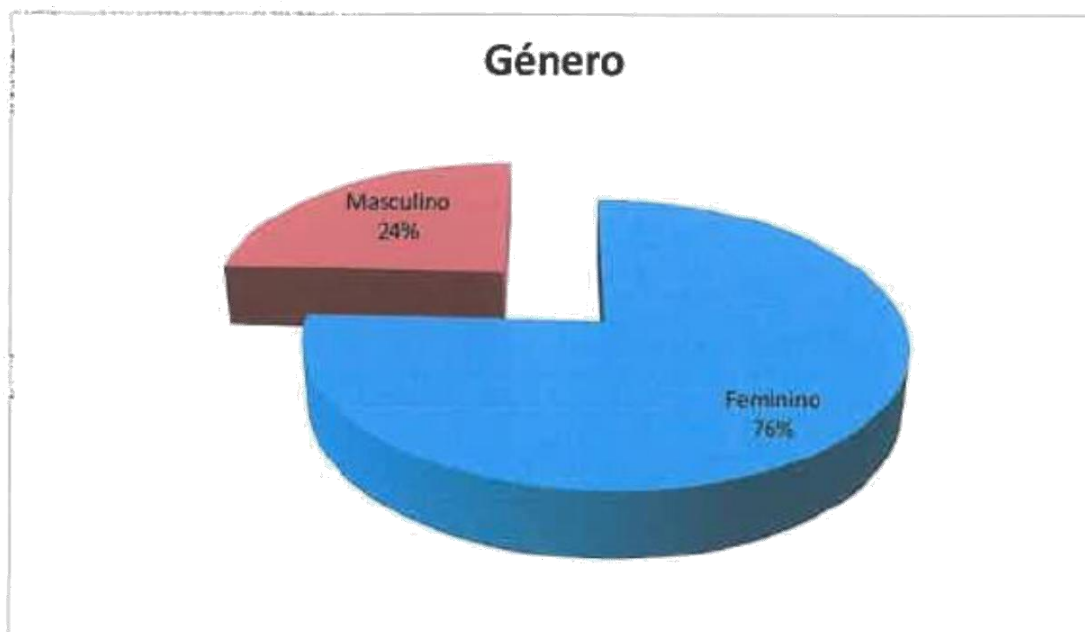
O questionário solicitava que fosse indicada a seguinte informação: Género, Idade, Antiguidade, Grupo Profissional, Serviço (Instituição).

2.1.1 – Género

Dos 135 questionários recebidos, 124 profissionais assinalaram uma opção.

Nos dados obtidos verifica-se que **94 (75,81%) profissionais são do género feminino** e que **30 (24,19%) profissionais são do género masculino** (Gráfico nº1).

Gráfico nº 1 – Distribuição por Género



2.1.2 – Idade

Dos 135 questionários recebidos, 128 profissionais assinalaram uma opção.

Nos dados obtidos verifica-se que **66 (51,56%) dos profissionais tem mais de 40 anos**, com as restantes distribuições indicadas na tabela seguinte (Tabela nº1).

Tabela nº1 - Distribuição por Grupo Etário

Idade:	n	%
Até 25 Anos	2	1,6
Entre 26 a 30A	17	13,28
Entre 31 a 35A	25	19,53
Entre 36 a 40A	18	14,06
Mais de 40A	66	51,56

2.1.3 – Antiguidade

Dos 135 questionários recebidos, 121 profissionais assinalaram uma opção.

Nos dados obtidos verifica-se que **73 (60,33%) dos profissionais trabalha há mais de 10**, com as restantes distribuições indicadas na tabela seguinte (Tabela nº2).

Tabela nº2 - Distribuição por Antiguidade

Antiguidade	N	%
Há menos de 2 Anos	5	4,13
Entre 2 a 5 Anos	17	14,05
Entre 6 a 10 Anos	26	21,49
Há mais de 10 Anos	73	60,33

2.1.4 – Grupo Profissional

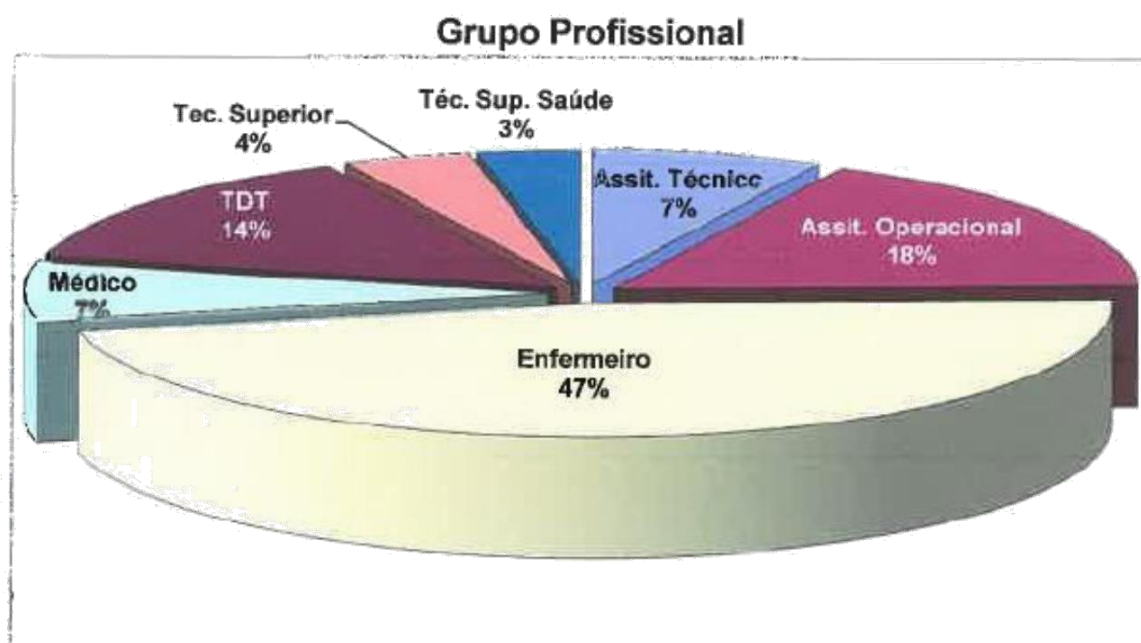
Dos 135 questionários recebidos, 126 profissionais assinalaram uma opção.

Nos dados obtidos verifica-se que **59 (46,83%) dos profissionais são enfermeiros**, sendo este o grupo mais representativo da amostra, seguido do grupo dos **assistentes operacionais, com 22 profissionais (17,46% da amostra)**. Os restantes grupos profissionais estão assinalados na tabela n.º 3 e gráfico n.º 2

Tabela n.º 3 – Distribuição por Grupo Profissional

Grupo Profissional	n	%
Assistente Operacional	22	17,46
Assistente Técnico	9	7,14
Enfermeiro	59	46,83
Médico	9	7,14
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	18	14,29
Técnico Superior	5	3,97
Técnico Superior de Saúde	4	3,17
Outro	0	00

Gráfico n.º 2 – Distribuição por Grupo Profissional



2.1.4 – Serviço / Instituição

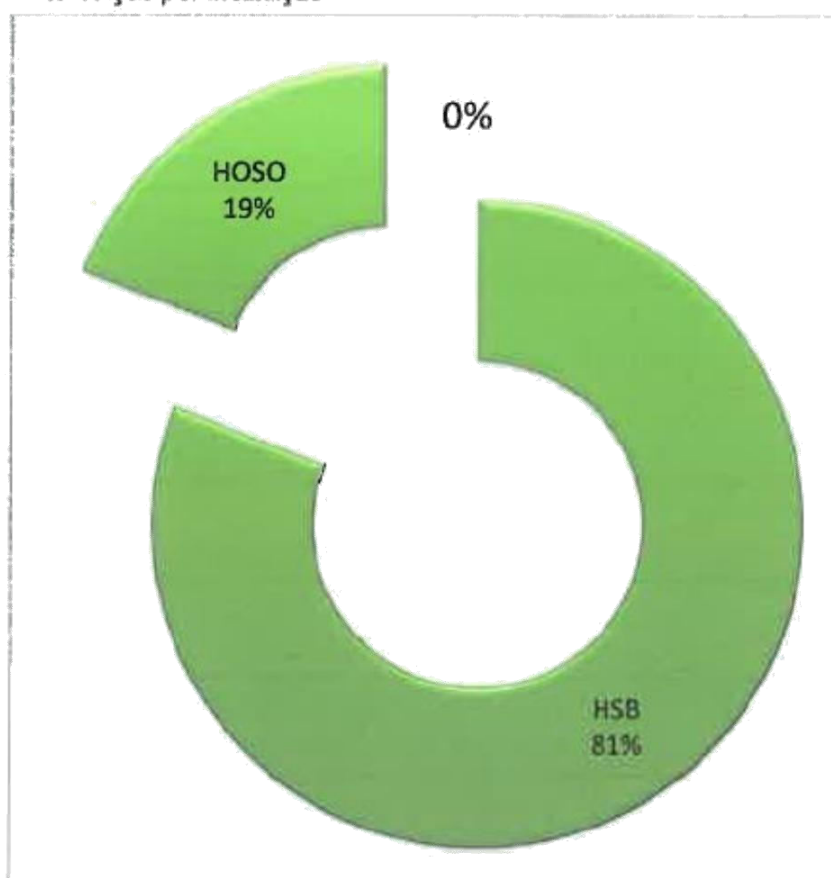
Dos 135 questionários recebidos, e embora a pergunta relativa ao "Serviço" tenha efetivamente sido respondida por 97 profissionais (71,85% da amostra), a CQSD/SGRH opta por não apresentar esses dados, sendo este o ponto de menor consenso por parte dos profissionais, que alegam "quebra de confidencialidade".

Assim, optamos por apresentar apenas os dados relativos à distribuição por Instituição.

Dos 135 questionários recebidos, 126 profissionais assinalaram uma opção.

Nos dados obtidos verifica-se que **102 (80,95%) dos profissionais exercem funções no Hospital de São Bernardo**, e que **24 (19,05%) profissionais exercem funções no Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão** (Gráfico nº3)

Gráfico nº 3 – Distribuição por Instituição



2.2 – Resultados - Perguntas Fechadas

Após análise dos inquéritos com recurso ao programa informático Excel (2007), foram obtidas percentagens (gerais, e por item avaliado) que apresentamos na tabela n.º 5.

Incluimos na tabela um código de cor para mais facilmente evidenciar o grau de satisfação manifestado pelos profissionais para com as afirmações apresentadas.

O código de cor atribuído foi a seguinte:

Avaliação Negativa	Quando $\geq 50,00\%$ dos profissionais Discorda Totalmente ou Parcialmente com a afirmação.
Avaliação Positiva	Quando $\geq 50,00\%$ dos profissionais Concorda Parcialmente ou Totalmente com a afirmação.

A cor (tendência) foi sempre atribuída ao conjunto com maior somatório percentual (%)

2.2.1 – Tabela de Resultados - Perguntas Fechadas

Tabela nº 5 – Avaliação manifestada pelos Profissionais – Dados de 2014

Resultados	AVALIAÇÃO NEGATIVA		AVALIAÇÃO NEUTRA		AVALIAÇÃO NEUTRA		AVALIAÇÃO POSITIVA		Total	
	Discorda Totalmente		Discorda Parcialmente		Concorda Parcialmente		Concorda Totalmente		n	%
AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Tenho uma ideia muito clara do que o serviço espera de mim.	2	1,5	9	6,7	65	48,1	59	43,7	135	100
2. Tenho as condições materiais necessárias para exercer as minhas funções.	17	12,6	27	20,0	63	46,7	28	20,7	135	100
3. O serviço aproveita ao máximo as minhas competências.	15	11,3	30	22,6	61	45,9	27	20,3	133	100
4. Considero que o meu vencimento é adequado para as minhas funções.	99	73,3	23	17,0	11	8,1	2	1,5	135	100
5. Sinto-me realizado(a) com as funções exercidas.	16	11,9	25	18,7	76	56,7	17	12,7	134	100
AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
6. Considero o serviço bem organizado.	17	12,7	25	18,7	62	46,3	30	22,4	134	100
7. Participo em reuniões periódicas de serviço.	20	14,8	16	11,9	40	29,6	59	43,7	135	100
8. As chefias reúnem comigo periodicamente para avaliar o meu desempenho.	30	22,4	38	28,4	42	31,3	24	17,9	134	100
9. O meu relacionamento profissional com os colegas é excelente.	2	1,5	14	10,5	64	48,1	53	39,8	133	100
10. O meu desenvolvimento profissional é acompanhado e incentivado pelo serviço.	26	19,4	32	23,9	55	41,0	21	15,7	134	100
AVALIAÇÃO DE OUTROS FATORES DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
11. É perguntada a minha opinião quando se registam mudanças que afetam o meu trabalho.	41	30,4	24	17,8	49	36,3	21	15,6	135	100
12. Tenho autonomia para participar nas decisões.	23	17,2	28	20,9	62	46,3	21	15,7	134	100
13. Sinto-me bem informado(a) sobre os objetivos e o que se passa no serviço.	16	11,9	33	24,4	60	44,4	26	19,3	135	100
14. Consigo manter o equilíbrio entre a minha vida profissional e a minha vida pessoal.	9	6,7	15	11,1	65	48,1	46	34,1	135	100
15. Sinto-me respeitado como pessoa e como profissional.	13	9,6	34	25,2	64	47,4	24	17,8	135	100

2.3 – Avaliação das opiniões expressas – pergunta aberta

Nos 135 inquéritos recolhidos, **19 profissionais** optaram por utilizar a possibilidade de manifestarem a sua opinião.

Através de um espaço limitado foram solicitadas sugestões aos profissionais.

A CQSD aglutinou os mesmos por temas semelhantes:

- Formação/Valorização profissional;
- Recursos/Gestão Organizacional
- Apoio na Saúde do Trabalhador
- Estacionamento
- Remuneração.
- Condições físicas do local de trabalho;
- Outras condições do local de trabalho;
- Outras Sugestões/Comentários

A CQSD optou por transcrever esses comentários, salvaguardando as expressões desadequadas/indelicadas.

Os comentários presentes nos formulários foram os seguintes

Formação/ Valorização profissional;
Deveram dar mais atenção e valor aos funcionários, de modo a que existissem possibilidades de crescimento dentro do CHS. Verifica-se que o fator "cunha" é o mais importante, principalmente na escolha de coordenadores/chefias.
Melhor divulgação de sessões de formação no hospital e o acesso às formações promovidas pelo mesmo.
Recursos/Gestão Organizacional
Reunião periódica para informação de assuntos inerentes ao serviço entre gestor, coordenadora e administrativos.
Reforçar os recursos humanos nos serviços
Participação ativa dos funcionários para uma melhor rentabilização dos serviços.
Rotação dos Chefes
Quase todos os setores de coordenação estão entregues ao pessoal que veio do Outão, muitos deles sem mostrar qualquer competência para tal (Deveria ser aberto um procedimento a todos os funcionários que preenchem os requisitos exigidos)
Valorizar o trabalho dos profissionais, melhorar logística/Burocracias, dar conhecimento aos profissionais, melhorar/ajustar funções dos secretariados dos serviços.
Apoio na Saúde do Trabalhador
Mais apoio ao funcionário na área da saúde e medicina do trabalho. É manifestamente insuficiente.
O funcionário deveria ter mais regalias na área da saúde (consultas, exames, taxas moderadoras, etc...).

Estacionamento
Melhorar o parque de estacionamento; Manter portão aberto ao fim-de-semana;
O CA deveria pensar numa forma de resolver o estacionamento no parque dos funcionários que é cada vez mais um elemento perturbador do início do período de trabalho dos funcionários "indiferenciados" e que são a maioria na instituição. Apenas informa que não se responsabiliza, mas não faz nada para resolver.

Remuneração.
Incentivos à produtividade, mesmo que não sejam monetários.
Os vencimentos de funcionários da mesma categoria deviam ser de acordo com as funções que executam, porque muitos têm responsabilidade acrescida e não são valorizados por isso.
Aumentar o meu ordenado, visto ser a que menos ganha no meu serviço, e no entanto, considero que seja uma boa profissional, cumpridora das minhas obrigações e deveres, não se sentindo minimamente recompensada monetariamente.
Aumento dos ordenados. Aumento de férias.

Condições físicas do local de trabalho;
Cada pessoa deve ter direito de ter cacifo em condições separadas. Com lugar para comer.

Outras Sugestões/Comentários
Sugiro que o CHS entregue as medalhas dos 50 anos do HSB a colecionadores/entidades, ao invés de entregar aos funcionários aquando da comemoração dos 25 anos de serviço, uma vez que provoca uma imagem negativa do conselho de administração.
Aquando da celebração dos 25 anos de Serviço do funcionário, existe uma diferença gritante (se fores do Hospital de Setúbal, levas uma medalha fora de prazo que nada tem a ver com o funcionário, se for do Outão a mesma medalha é personalizada e invocativa dos 25 anos do funcionário, sendo uma situação revoltante, indigna para quem é funcionário do Hospital de Setúbal à tantos anos.
Seja qual o grupo profissional em questão, somos todos uma equipa que trabalhamos e exercemos as nossas funções sempre em prol do doente já que nos encontramos (com muito gosto) numa Instituição Hospitalar.
Colocar mais ATM's (Multibanco) no Hospital.
Como cidadão: melhorar a separação/reciclagem de plástico e cartão.

3 - Discussão

Com as limitações inerentes ao facto de **apenas 6% dos profissionais** terem manifestado a sua opinião através do inquérito em análise, o resultado da avaliação do nível de satisfação dos profissionais **que responderam ao questionário** aponta para:

- um grau de satisfação **positivo em 13 itens**.
- um grau de satisfação **negativo em 2 itens**.

Os 2 itens com **avaliação negativa** estão relacionado com

- a remuneração dos profissionais ("Considero que o meu vencimento é adequado para as minhas funções") tendo este item sido referido em **90,40%** dos inquéritos recolhidos.
- a avaliação do desempenho ("As chefias reúnem comigo periodicamente para avaliar o meu desempenho") tendo este item sido referido em **50,40%** dos inquéritos recolhidos.

Os itens com **avaliação positiva** mais baixa estão maioritariamente relacionados com o **não envolvimento ou consideração das opiniões** dos profissionais no seu serviço.

Nestes itens, a intervenção das chefias será determinante para reverter este sentimento, envolvendo mais os profissionais nas decisões e plano de ação do serviço, solicitando, por exemplo, sugestões e opiniões sobre mudanças futuras e **discutindo ativamente** essas propostas.

Sugere-se a **análise atenta da tabela nº5** e a sua discussão **em reunião de serviço** como forma de divulgação destes resultados e para estabelecer um diálogo interno com vista à melhoria das condições de todos os profissionais do CHS.

Salienta-se a **avaliação positiva** num espetro muito alargado e diversificado de componentes da atividade profissional, incluindo, designadamente, as **condições materiais**, a **organização dos serviços** e o **excelente relacionamento entre colegas**.

No que respeita às opiniões expressas em pergunta aberta a CQSD analisou com enorme interesse todos os comentários apresentados, e confirmou que a maioria vem em linha com os resultados gerais do inquérito expostos anteriormente.

4 - Plano de Melhoria

Plano de Ação	Responsável	Data de execução
Melhoria das condições de acesso/ circulação no estacionamento do HSB.	Conselho de Administração	Calendarização de obras
Saúde Ocupacional Facilitar o acesso aos cuidados de saúde prestados no CHS aos profissionais	Conselho de Administração	Imediato
Uniformizar o procedimento de atribuição da medalha comemorativa dos 25 de trabalho aos funcionários do CHS.	Conselho de Administração	2015
Promover a colocação de mais uma máquina multibanco no HSB.	Conselho de Administração	2015
Revisão salarial	Fora do âmbito do CHS	
Incentivar os profissionais ao preenchimento dos inquéritos de satisfação anuais; Promover uma divulgação atempada; Divulgar o início da aplicação do questionário, através do espaço de mensagens da folha de vencimento individual dos funcionários, no mês anterior ao início da aplicação do mesmo.	Diretor do SGRH	Imediato
Alteração do questionário a utilizar no próximo ano, retirando do mesmo a questão identificadora do Serviço de origem do profissional.	CQSD/SGRH	Imediato

5 - Conclusão

A **CQSD** e o **Serviço de Gestão de Recursos Humanos** agradecem a todos os contributos, quer através da resposta aos inquéritos quer pelo envio de sugestões.

A todos o nosso sincero obrigado.

Anexo 1 – Inquérito de Satisfação aos Profissionais do CHS utilizado em 2014

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
 Hospital de São Francisco
 Avenida 24 de Junho, 2800-309 Setúbal

Inquérito de Satisfação aos Profissionais do CHS

Avaliação da situação profissional				
0=discordo totalmente 1=discordo parcialmente 2=concordo parcialmente 3=concordo totalmente – Assinale com X no <input type="checkbox"/> correspondente	0	1	2	3
1. Tenho uma ideia muito clara do que o serviço espera de mim.				
2. Tenho as condições materiais necessárias para exercer as minhas funções.				
3. O serviço aproveita ao máximo as minhas competências.				
4. Considero que o meu vencimento é adequado para as minhas funções.				
5. Sinto-me realizado(a) com as funções exercidas.				

Avaliação do funcionamento do serviço				
0=discordo totalmente 1=discordo parcialmente 2=concordo parcialmente 3=concordo totalmente – Assinale com X no <input type="checkbox"/> correspondente	0	1	2	3
6. Considero o serviço bem organizado.				
7. Participo em reuniões periódicas de serviço.				
8. As chefias reúnem comigo periodicamente para avaliar o meu desempenho.				
9. O meu relacionamento profissional com os colegas é excelente.				
10. O meu desenvolvimento profissional é acompanhado e incentivado pelo serviço.				

Avaliação de outros fatores de satisfação profissional				
0=discordo totalmente 1=discordo parcialmente 2=concordo parcialmente 3=concordo totalmente – Assinale com X no <input type="checkbox"/> correspondente	0	1	2	3
11. É perguntada a minha opinião quando se registam mudanças que afetam o meu trabalho.				
12. Tenho autonomia para participar nas decisões.				
13. Sinto-me bem informado(a) sobre os objetivos e o que se passa no serviço.				
14. Consigo manter o equilíbrio entre a minha vida profissional e a minha vida pessoal.				
15. Sinto-me respeitado como pessoa e como profissional.				

Sugestões:

Por favor, não assine ou identifique de qualquer forma este inquérito. Indique apenas com X:

Sexo:
 Feminino Masculino

Idade:
 Até 25 Anos Entre 26 a 30A Entre 31 a 35A Entre 36 a 40A Mais de 40A

Antiguidade:
 Há menos de 2 Anos Entre 2 a 5 Anos Entre 6 a 10 Anos Há mais de 10 Anos

Grupo Profissional
 Assistentes Operacionais Assistentes Técnicos Enfermeiros Médicos
 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica Técnicos Superiores Técnicos Superiores de Saúde
 Outro Pessoal

Serviço: HSB HOSO
 Descreva o Serviço a que pertence

MUITO OBRIGADO – Devolva este inquérito até ao dia 31/05/2012 colocando-o na caixa existente para o efeito junto a Portaria Principal do HSB e do HOSO, ou enviando o inquérito por correio interno para SGPRH. Os resultados obtidos são divulgados publicamente na Intranet do CHS

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Política de Recursos Humanos do CHS</i></p>	Data de entrada	07/11/2007
		em vigor	
		Revisão B	30/12/2011
		Próxima revisão:	30/12/2014
		Cód. Documento	RHU

ASSUNTO: Política de Recursos Humanos do CHS
DESTINATÁRIOS: Todos os profissionais do CHS.

OBJETIVOS: garantir um quadro de profissionais competentes, disponíveis, motivados, com o recurso a boas políticas de recrutamento, seleção e manutenção, de formação e de incentivos, com vista à obtenção dos melhores resultados na satisfação das necessidades/prestação de cuidados dos utentes.

DESCRIÇÃO:

1. O CHS EPE considera que os seus recursos mais importantes são as pessoas, que emprestam o seu trabalho, talento, criatividade e energia à organização, por isso, entende ser sua obrigação o desenvolvimento de políticas que atraiam e mantenham os melhores profissionais.

2. Para tanto, o CHS EPE leva a cabo O PLANEAMENTO DE RECURSOS HUMANOS, que é realizado através da análise de factores internos e externos, envolve os responsáveis dos vários Serviços e Unidades, por forma a que se identifiquem o número de profissionais necessários, com que tipo de habilitações e qualificações, se vai haver aumento ou redução da atividade, quantas vagas existentes, qual o mercado de mão de obra.

Este planeamento terá por base:

- Elaboração dos Planos de Ação dos Serviços, sua discussão/análise com o C.A, sua
- Aprovação pelo C.A.; reuniões intercaladas, periódicas, com C.A.; reuniões internas da Direção de Serviços com Direção de Enfermagem e Gestão da Área.
- Definição/descrição de funções, por todos os Serviços.
- Indicadores de pessoal, definidos pela Direção de Enfermagem.
- Planos individuais de trabalho médico e planos individuais de trabalho dos psicólogos, anuais, na articulação entre Médicos, Psicólogos, Diretores de Serviço e Direção Clínica.
- Propostas individuais de admissão/contratação, devidamente fundamentadas, pelos responsáveis.

3. O CHS EPE tem uma política de RECRUTAMENTO – que consiste no conjunto de operações tendentes à satisfação das necessidades de pessoal bem como à satisfação das expectativas profissionais dos seus funcionários e agentes, criando condições para o acesso no próprio organismo – e de SELEÇÃO – que consiste no conjunto de operações que, enquadradas no processo de recrutamento, mediante a utilização de métodos e técnicas adequados, permitem avaliar e classificar os candidatos segundo as aptidões e capacidades indispensáveis para o exercício de determinada função -

respeitando as regras constantes do estatuto jurídico da instituição, quer para concursos, quer para contratos.

3.1. Em sede de recrutamento e seleção, o CHS EPE:

- a) Rege-se pelos princípios da legalidade, publicidade, igualdade, proporcionalidade e prossecução do interesse público;
- b) Promove uma utilização adequada da análise de funções, descrevendo sucintamente o conteúdo do lugar a prover, ou as funções a desempenhar, ou identificando a sua categoria, tendo como pano de fundo as regras atinentes ao Contrato Individual de Trabalho e às várias carreiras da Função Pública;

4 O CHS EPE implementa um PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DE PESSOAL, de forma a permitir que as pessoas seleccionadas se ajustem facilmente à organização em que são acolhidos. A integração será levada a cabo através da articulação entre o SGF., o SGPRH e os responsáveis dos Serviços envolvidos.

O Serviço de Gestão de Recursos Humanos envia mensalmente a lista de profissionais admitidos ao SGF que faz a sua integração através de visita guiada ao Hospital e entrega de Manual de Acolhimento. A integração específica de cada Serviço é feita pelos respetivos Responsáveis.

5 O CHS EPE aposta e compromete-se na melhoria da QUALIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, de forma a melhorar a capacidade/desempenho dos Profissionais, contribuindo assim para o aumento da eficácia da organização. Este compromisso passa pela garantia do desenvolvimento de projetos profissionais e pessoais e assegurar competências adequadas a uma prestação de cuidados de saúde de qualidade, em articulação com o SGF.

Em regra, o SGF solicitará anualmente a cada serviço a identificação das suas necessidades de formação. Com base na informação recolhida o SGF elaborará e apresentará um plano de formação para o Hospital junto do C.A. para aprovação.

6 O CHS EPE tem uma POLÍTICA de MANUTENÇÃO DE PESSOAL, que assenta nas seguintes vertentes:

- Sistema de remuneração a funcionários, agentes e contratados, que está fixado na Lei;
- Sistema de benefícios/prestações sociais (abono de família, prestações complementares de abono de família, subsidio de refeição, prestações de Ação social complementares, subsidio por morte), igualmente estabelecidos nanei;
- Atividades de promoção de melhoria das relações entre os colaboradores da Instituição, quer a nível profissional quer a nível social, cultural e desportivo (criação da Casa do Pessoal CHS EPE sessões culturais e científicas);
- Clima organizacional e satisfação dos profissionais que é objecto de “medição” periódica;
- Existência de um Serviço de Saúde Ocupacional e de Segurança e Higiene no Trabalho, visando fundamentalmente a prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde de todos os trabalhadores.

7 O CHS EPE promove e desenvolve uma POLÍTICA DE INCENTIVOS E ESTÍMULOS aos profissionais, através de:

- Participação em atividades formativas (no interior e no exterior, desde que adequadas à missão e objetivo prosseguidos pelo Hospital e dentro dos créditos de dia/horas por ano, legalmente estabelecidos) e estágios;
- Abertura de concursos de acesso que permitam a promoção nas várias carreiras;
- Promoção/progressão mais rápida, para os profissionais melhor classificados no âmbito do SIADAP, conforme previsto na legislação em vigor.

8. O CHS EPE promove e anima a PARTICIPAÇÃO INDIVIDUAL E NOMEADAMENTE POR EQUIPAS, através da criação de comissões técnicas e grupos de trabalho, da apresentação de projetos e da realização de congressos/jornadas/seminários, que são objecto de divulgação interna e/ou externa (por via de Boletim Informativo, Gabinete de Comunicação e Relações Públicas e outros meios de comunicação).

9. O CHS EPE tem uma POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO – comparando o desempenho de trabalho de um profissional com os padrões ou com os objetivos desenvolvidos para o cargo/função do indivíduo:

- a) No caso de funcionários ou agentes e trabalhadores com contrato a termo certo com prazo superior a seis meses, a avaliação é feita dentro dos parâmetros legalmente consagrados para as carreiras de regime geral consagrados no SISTEMA INTEGRADO de AVALIAÇÃO do DESEMPENHO na ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, ou para as carreiras de regime especial ou para os corpos especiais;
- b) No caso de trabalhadores com contrato a termo certo com prazo inferior a seis meses, é feito através de um questionário individual elaborado pelo SRH e enviado por este para os serviços respetivos com uma antecedência de 1 mês sobre o fim do contrato do profissional.

9.1 Um baixo desempenho pode provocar uma Ação corretiva – com recurso a formação ou reciclagem ou transferência de Serviço – ou a cessação da relação contratual, através da não renovação do contrato a termo.

9.2 Um bom desempenho/classificação de serviço tem efeitos na progressão na categoria e na promoção dentro da carreira, nos termos da legislação vigente, por um lado, e na eventual atribuição do vencimento de exercício perdido, por outro.

10. O CHS EPE implementa, faseada e gradualmente, um SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS, através da aplicação informática R.H.V. e de outros suportes:

- Envio mensal do número de efectivos e por carreiras, para o CA;
- Envio semestral de listagem dos contratados para o CA e para organismos centrais como ARSLVT;
- Preenchimento e envio anual de inquérito, levado a cabo pelo INE;
- Envio mensal do movimento dos efectivos admitidos e saídos, para o S.S.O, e para o SGF;
- Elaboração e envio, anual, do Balanço Social para o MS, para as organizações sindicais da função

pública e comunicada a todos os trabalhadores do Hospital através de afixação na Biblioteca;

- Lista de Antiguidades elaborada anualmente, nos termos do D.L. n.º 100/99, de 31 de março;
- Implementação de um plateau (de indicadores) de informação adequado às decisões sobre recursos humanos – nomeadamente sobre gestão do Quadro e Carreiras, gestão de contratos, absentismo, rotatividade, efectivos – listas nominativas – por Centros de Custos, custos com papel – por grupos profissionais e tipos de abonos – por centro de custos – a enviar periodicamente ao Conselho de Administração, Diretores de Serviço, Administradores, Enfermeiros Chefes e demais Responsáveis.

Definições:

Recrutamento – Conjunto de operações tendentes à satisfação das necessidades de pessoal bem como à satisfação das expectativas profissionais dos seus funcionários e agentes, criando condições para o acesso no próprio organismo;

Seleção – Conjunto de operações que, enquadradas no processo de recrutamento, mediante a utilização de métodos e técnicas adequadas, permitem avaliar e classificar os candidatos segundo as aptidões e capacidades indispensáveis para o exercício de determinada função;

Avaliação do desempenho – Instrumento de desenvolvimento da estratégia das organizações, que fornece elementos essenciais para melhorar a definição das funções, ajustar a formação às necessidades dos trabalhadores, abrir oportunidades de carreira de acordo com as potencialidades demonstradas por cada um e valorizar as contribuições individuais para a equipa;

Integração – Conjunto de operações que visam facilitar a adaptação do novo profissional ao ambiente e aos métodos de trabalho do Centro Hospitalar de Setúbal EPE assim como o seu conhecimento em relação à instituição;

Manutenção – Conjunto de medidas prosseguidas no sentido de assegurar a permanência em funções de determinados profissionais.

Siglas e Abreviatura:

ARLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;

CA – Conselho de Administração

SGF – Serviço de Gestão da Formação;

DGAP – Direção Geral da Administração Pública;

DGO – Direção Geral do Orçamento;

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal;

INE – Instituto Nacional de Estatística;

RHV – Recursos Humanos e Vencimentos;

SIADAP - Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública;

SGPRH - Serviço de Gestão e Planeamento de Recursos Humanos;

SSO – Serviço de Saúde Ocupacional;

MS – Ministério da Saúde.

Referências:

- CHKS, Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação, 3ª Edição, Versão 01 (abril 2010);

- D.L. nº184/89 de 02/06, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 25/98, de 26 de Maio e pela Lei n.º 10/2004, de 22 de Março;
- D.L. n.º 427/89 de 07/12, com as alterações constantes dos D.L. n.º 175/95 de 21 de Julho, D.L. n.º 218/98 de 17/07, Lei n.º 60-A/2005, de 30/12;
- Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo D.L. nº11/93 de 15/01, com as alterações constantes dos D.L. n.º 77/96, de 18/06, D.L. n.º 112/97, de 10/05, D.L. nº53/98 de 11/03, D.L. n.º 97/98, de 18/10, D.L. n.º 401/98, de 17/12, D.L. n.º 156/99, de 10/05, D.L. nº157/99 de 10/05, D.L. n.º 68/2000, de 26/10, D.L. n.º 185/2002, de 20/08, D.L. n.º 223/2004, de 03/12;
- D.L. nº353-A/89 de 16/10, com a redação que lhe foi dada pelo D.L. n.º 404-A/98, de 18/12;
- D.L. nº100/99 de 31/03, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 117/99, de 11/08; D.L. n.º 70_A/2000, de 5/05, D.L. n.º 157/2001 de 11/05;
- D.L. n.º 204/98 de 02/06;
- D.L. nº142/99 de 31/08;
- D.L. nº109/00 de 30/06;
- Lei n.º 27/02 de 08/11;
- Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 99/2003, de 27 de agosto;
- Lei n.º 23/2004, de 22 de junho;
- Lei n.º 35/2004, de 29 de julho;
- D.L. n.º 10/2004, de 22 de março;
- D. Reg. n.º 19-A/2004, de 14 de maio.e legislação aplicável às EPE.

Estratégia de implementação

Conjunto de procedimentos gerais que irão operacionalizar a política e designação dos responsáveis pela sua elaboração:

Procedimento	Responsável	Critérios do Manual a que responde 2010
Procedimento de Acolhimento de Novos Profissionais no CHS	SGPRH	04.34, 04.35, 18.18 a 18.30 e 19.7, 19,8
Procedimento de Avaliação de Desempenho do Pessoal do Regime Geral, Funcionários Públicos e Contratados do CHS	SGPRH	18.06, 18.37, 18.38, 18.39, 18.40, 18.41, 18.42, 18.43, 18.44, 18.45, 38.40, 38.41, 38.42 e 38.43.
Procedimento para Publicações de Anúncios/Avisos	SGPRH	18.08
Procedimento sobre o acesso ao processo individual e ficha de cadastro	SGPRH	18.17, 34.09 e 35.06
Procedimento contratação/renovação e mobilidade de Pessoal	SGPRH	18.02 e 35.06
Procedimento para controlo e verificação de salários de trabalhadores da instituição	SGPRH	35.06
Procedimento para utilização de folhas de ponto	SGPRH	35.06

Elaboração:	Revisão:	Ratificação:
		Data:

Inquérito de Satisfação aos Profissionais do CHS

Sugestões:

Avaliação da situação profissional				
0=discordo totalmente 1=discordo parcialmente 2=concordo parcialmente 3=concordo totalmente – Assinale com X no <input type="checkbox"/> correspondente	0	1	2	3
1. Tenho uma ideia muito clara do que o serviço espera de mim.				
2. Tenho as condições materiais necessárias para exercer as minhas funções.				
3. O serviço aproveita ao máximo as minhas competências.				
4. Considero que o meu vencimento é adequado para as minhas funções.				
5. Sinto-me realizado(a) com as funções exercidas.				

Avaliação do funcionamento do serviço				
0=discordo totalmente 1=discordo parcialmente 2=concordo parcialmente 3=concordo totalmente – Assinale com X no <input type="checkbox"/> correspondente	0	1	2	3
6. Considero o serviço bem organizado.				
7. Participo em reuniões periódicas de serviço.				
8. As chefias reúnem comigo periodicamente para avaliar o meu desempenho.				
9. O meu relacionamento profissional com os colegas é excelente.				
10. O meu desenvolvimento profissional é acompanhado e incentivado pelo serviço.				

Avaliação de outros fatores de satisfação profissional				
0=discordo totalmente 1=discordo parcialmente 2=concordo parcialmente 3=concordo totalmente – Assinale com X no <input type="checkbox"/> correspondente	0	1	2	3
11. É perguntada a minha opinião quando se registam mudanças que afetam o meu trabalho.				
12. Tenho autonomia para participar nas decisões.				
13. Sinto-me bem informado(a) sobre os objetivos e o que se passa no serviço.				
14. Consigo manter o equilíbrio entre a minha vida profissional e a minha vida pessoal.				
15. Sinto-me respeitado como <i>pessoa</i> e como profissional.				

Sexo:

Feminino Masculino

Idade:

Até 25 Anos Entre 26 a 30A Entre 31 a 35A Entre 36 a 40A Mais de 40A

Antiguidade:

Há menos de 2 Anos Entre 2 a 5 Anos Entre 6 a 10 Anos Há mais de 10 Anos

Grupo Profissional

Assistentes Operacionais Assistentes Técnicos Enfermeiros Médicos
 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica Técnicos Superiores Técnicos Superiores de Saúde
 Outro Pessoal ⇒ _____

Serviço: HSB

HOSO

⇒ Discrimine o Serviço a que pertence _____

MUITO OBRIGADO – Devolva este inquérito até ao dia 31 Maio colocando-o na caixa existente para o efeito junto à Portaria Principal do HSB e do HOSO, ou enviando o inquérito por correio interno para SGPRH. Os resultados obtidos são divulgados publicamente na Intranet do CHS

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Cirúrgico Jariago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de Inquérito de Satisfação aos Profissionais do CHS</i></p>	Data de entrada em vigor:	07/03/2012
		Revisão A	02/03/2012
		Próxima revisão:	02/03/2015
		Cód. Documento:	RHU.13

1. Objetivo

Estabelecer o circuito para levantamento da satisfação dos profissionais do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (CHS), com vista a contribuir para uma melhoria das suas condições de trabalho.

2. Campo de aplicação

Este procedimento destina-se a todos os profissionais do CHS, independentemente do seu vínculo.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CA - Conselho de Administração

CHS - Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

CQSD – Comissão de Qualidade e Segurança do Doente

DRH – Direção do SGPRH.

SGPRH – Serviço de Gestão e Planeamento de Recursos Humanos

4. Referências

CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação, 3ª Edição, Versão 01 (abril 2010) – Critérios 18.52.

5. Responsabilidades

Ào CA compete a divulgação do procedimento no serviço.

O SGPRH pela divulgação e implementação do procedimento.

6. Procedimento

- O Inquérito de Satisfação é distribuído pelos SGPR para aplicação durante **o mês de Maio de cada ano.**

ANEXO V - Dotações Seguras em Enfermagem no CHS, E. P.E., Serviço de Medicina Interna.

CÁLCULO DA DOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

UNIDADE DE INTERNAMENTO (ENFERMARIA)	LOTAÇÃO	TAXA DE OCUPAÇÃO	HCN*	DOTAÇÃO NECESSÁRIA	HCN	DOTAÇÃO EXISTENTE	HCD	DIFERENÇA		OBSERVAÇÕES
								Nºs	HC	
PISO 3	23	100%	6,22	32,31	1292.4	20	750**	12.31	542.4	**deduzidas 80 horas correspondentes a 2 ausências prolongadas=670HCD
PISO 4	23	96,3%	6,22	31,11	1244.4	22	820**	9.11	424.4	**deduzidas 115horas correspondentes a 3 ausências prolongadas=645HCD
TOTAL	46			63,42	2536.8	42 a)	1570	21.42	966.8	Total HCD=1315

*Os valores utilizados para cálculos de HCN, conforme anexo 1 da norma, foram os que constam na terceira coluna (média 2011/2012)

a) Em funções estão apenas 37 elementos.

UCIM- A unidade dispõe de uma lotação de 7 camas, das quais apenas seis são utilizadas pelo Serviço de Medicina Interna, sendo que a sétima cama está reservada à EEMI (Unidade Satélite).

De acordo com a descrição integrada no **Anexo II** da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras de Cuidados de Enfermagem a UCIM é uma unidade Nível II, em que o ratio enfermeiro/ utente deverá ser 1/1.6, alterando o número de postos de trabalho para 3.75 enfermeiros por turno.

UCIM	LOTAÇÃO	TAXA DE OCUPAÇÃO	Ratio Enfº/utente	Postos de trabalho	DOTAÇÃO NECESSÁRIA	HCN*	DOTAÇÃO EXISTENTE	HCD	OBSERVAÇÕES
Altern.1 (de acordo com a norma)	6	92.9%	1/1.6	3,75 Enfºs/turno	20.32	812.8	12 a)	435	* HCN convertidas tendo por baseo contrato
Altern.2 (de acordo com o praticado no serviço)	6	92.9%	1/3	2 Enfºs/turno	10.841	433	12 a)	435	semanal de 40 horas.

a) Em funções estão apenas 11 elementos

HOSPITAL DE DIA

Posto de Trabalho		Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Total Horas	Observações
Consulta de Medicina do Dia 1º Período	Horário de funcio.	09:00 - 11:0 h	09:00 - 11:0 h	09:00 - 11:0 h	09:00 - 11:0 h	09:00 - 11:0 h		
	n.º de horas de Enf. Necessárias	2	2	2	2	2	10,0	
Consulta de Medicina do Dia 2º Período	Horário de funcio.	11:00- 13:00h	11:00- 13:00h	11:00- 13:00h	11:00- 13:00h	11:00- 13:00h		
	n.º de horas de Enf. Necessárias	2	2	2	2	2	10.0	
Consulta de Medicina do Dia 3º Período	Horário de funcio.		14:30- 16:30h		14:30- 16:30h			Atendimento dos doentes sob terapêutica biológica em patologia autoimune, com avaliação metrológica efectuada exclusivamente pelo enfermeiro.
	n.º de horas de Enf. Necessárias		2		2		4	
Atendimento de utentes Exteriores	Horário de funcio.	08:30- 16:30h	08:30- 16:30h	08:30- 16:30h	08:30- 16:30h	08:30- 16:30h		O atendimento a doentes exteriores envolve actividade programada e não programada como seja os INR, administração de Ferros EV, terapêutica biológica entreoutros
	n.º de horas de Enf. Necessárias	8	8	8	8	8	40	
TOTAL HORAS DE TRABALHO		12	14	12	14	12	64	
Nº DE ENFERMEIROS NECESSÁRIOS							1.6	

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Erasmo Hospital Oncológico Santiago de Cuba</p>	<p><i>Regulamento Horários de Trabalho de Enfermagem</i></p>	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

1. ENQUADRAMENTO

O presente documento estabelece as regras para a elaboração dos horários de trabalho dos enfermeiros no CHS.EPE.

Para a elaboração deste documento foi ouvida a Direcção de Enfermagem, e consultados os documentos disponíveis sobre a temática produzidos pelos Sindicatos dos Enfermeiros.

2. AMBITO E APLICAÇÃO

Este regulamento é elaborado de acordo com o disposto no capítulo VI do decreto-lei nº 437/91, de 8 de Novembro, Decreto-lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, Decreto-Lei nº 247/2009 de 22 de Setembro, Decreto-Lei nº 62/79 de 30 de Março, Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, Código Deontológico dos Enfermeiros, Circular Normativa nº 18/92 da D.G.H. datada de 30 de Julho, e Circular Normativa nº 15/2014 da ACSS emitida em 9 de Maio de 2014.

Aplica-se a todos os enfermeiros do CHS.EPE.

3. ORGANIZAÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO SEMANAL

- a) O tempo de trabalho normal é organizado por semana, entendida de segunda-feira a domingo
- b) Os sábados, domingos e feriados não são considerados dias úteis.
- d) A aferição do trabalho normal, ao fim das 4 (quatro) semanas, deve corresponder tendencialmente às 160 horas (40 horas semanais), ou 140 horas (35 horas semanais).
- e) Devem ser obrigatoriamente considerados todos os feriados nacionais e municipais que recaiam em dias úteis.

4. ORGANIZAÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO DIÁRIO

- a) O tempo de trabalho semanal é distribuído por jornada diária programa.
- b) A jornada diária programa é, **em regra**, de 8 (oito) horas. Nos horários iniciais com mais de 9,30 horas, sempre que for necessário prolongar, deve ser utilizada a "Bolsa de Horas".
- c) A jornada diária programa dos Enfermeiros Chefes ou Enfermeiros em Funções de Chefia, definida na "Manhã de Gestão" (MG), pode ser de 8 a 9 horas diárias, em conformidade com os padrões de escala. Sempre que seja necessário alterar estes padrões, deverão ser utilizadas as siglas disponíveis.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Samuël Hospital Oncológico Sant'ago do Outão</p>	<p><i>Regulamento Horários de Trabalho de Enfermagem</i></p>	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

5. DESCANSO SEMANAL E FERIADOS

- a) Os enfermeiros têm direito a um dia de descanso semanal (F), acrescido de um ou mais dias de descanso complementar (D).
- b) Em cada ciclo de quatro semanas, pelo menos um dos dias de descanso (F ou D) coincidirá obrigatoriamente, com o sábado ou o domingo.
- c) Na organização das jornadas diárias programa são considerados, obrigatoriamente, e para efeitos do seu gozo, todos os feriados nacionais e municipais que recaiam em dias úteis.

6. HORÁRIO DE TRABALHO

- a) O trabalho dos enfermeiros pode ser organizado por turnos.
- b) No caso do **Horário Fixo**, de segunda a domingo, o cumprimento de carga horária normal diária é compreendido entre as 8h e as 20 h e sem variação diária de início de atividade.
- c) A jornada diária por turnos é, em regra, de 8 (oito) horas.
- d) No trabalho por turnos a jornada diária programada é prestada em jornada contínua.
- e) No regime de trabalho por turnos considera-se ciclo de horário o módulo da respectiva escala que se repete ao longo do tempo.
- f) Em regra, os módulos do ciclo de horário são: **MTDNF, MMTDNF OU MTTDNF**, salvaguardando a atribuição dos dias de descanso complementar (D), de acordo com as necessidades do serviço e o cumprimento da carga horária semanal contratualizada.
- g) Nos serviços em que haja necessidade de transmissão de informação, com vista à continuidade de cuidados, aos enfermeiros é garantida a sobreposição até 30 minutos, entre jornadas diárias programa dos turnos (tempo de passagem de turno), integrada para todos efeitos no tempo total da jornada de trabalho.
- h) As jornadas diárias programa dos turnos, dos serviços de internamento, são as seguintes: turno da manhã (M):8,00h às 16,30h;turno da tarde (T):16,00h às 23,30h; turno da noite (N):23,00h às 08,30h.
- i) Nos serviços sem laboração contínua serão adequados os horários de acordo com a especialidade e respeitando as regras deste regulamento.

7. JORNADA CONTÍNUA

- a) A jornada contínua consiste na prestação ininterrupta de trabalho da jornada diária programa.
- b) Em jornada contínua os enfermeiros têm direito a um período de descanso não inferior a 30 (trinta) minutos, para refeição dentro do próprio estabelecimento ou serviço.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Fernando Hospital Celéstino Santiago do Outeiro</p>	<p><i>Regulamento Horários de Trabalho de Enfermagem</i></p>	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

- c) Sem prejuízo do disposto no número anterior, os enfermeiros em jornada contínua têm direito, para além do referido período, a dois períodos de descanso, nunca superiores a 15 (quinze) minutos cada um.
- d) Os períodos de descanso referidos no número anterior não podem coincidir com o início ou o fim da jornada diária programa.
- e) Os períodos referidos nos números anteriores são qualificados e tratados com serviço efectivo, para todos os efeitos legais.

8. REGRAS DE ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DAS ESCALAS DE HORÁRIOS E COMPENSAÇÃO DE TRABALHO

- a) A elaboração de horário pelos Enfermeiros Chefes, ou Enfermeiros em Funções de Chefia ao abrigo do art.º 18 do Decreto – Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro, (adiante designados por Enfº Chefe), nos termos da lei e do presente regulamento, deve ter em consideração designadamente, os seguintes factores:
 - 1. Características do serviço e dos profissionais;
 - 2. Natureza dos cuidados;
 - 3. Dotação de pessoal;
 - 4. Metodologia de trabalho;
 - 5. Estabilização das equipas de trabalho;
- b) O horário deve ser preferencialmente, publicado com sete dias de antecedência, e relativamente à nova primeira jornada diária programada.
- c) O horário publicado integra todos os enfermeiros do serviço, independentemente da categoria e função.
- d) O saldo final do horário deve tender para 0 (zero).
- e) A aferição do tempo de trabalho semanal normal deve reportar-se a um ciclo de quatro (4) semanas.
 - 1. A aferição do trabalho normal, ao fim de 4 (quatro) semanas, deve corresponder tendencialmente às 160 horas (40 horas semanais) ou 140 horas (35 horas semanais).
 - 2. A contabilização do tempo para "Bolsa de Horas" é feita de acordo com as seguintes regras:
 - Estão automaticamente justificados e contam para "bolsa de horas," os 15 minutos antes do início previsto da jornada, assim como os 15 minutos imediatamente subsequentes ao término da jornada diária programa.
 - A justificação de outros períodos previstos para além dos referidos no ponto anterior, é da responsabilidade do Gestor de Escala – Enfermeiro Chefe- quando assim for justificável.
- f) O trabalho extraordinário, previsto legalmente para ocorrer a situações imprevistas e imperiosas, deve ser expresso e evidenciado através dos turnos concretos insertos no horário.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Infância do Oúto</p>	<p><i>Regulamento Horários de Trabalho de Enfermagem</i></p>	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

- g) Todos os dias de ausência justificada do enfermeiro, ao local de trabalho onde deve desempenhar a sua actividade, são equivalentes ao número de horas da jornada diária programada, previamente fixada.
- h) Das ausências justificadas não pode resultar qualquer alteração às horas programadas para o enfermeiro.
- i) No regresso à sua actividade após a ausência justificada:
1. O enfermeiro cumpre o número de jornadas diárias programa a que estava obrigado, integrando-se no horário previamente homologada, salvo se tiver acordado outro horário com o Enf^o Chefe, antes do seu regresso à actividade.
 2. Não detendo jornadas diárias programa no horário homologado, o enfermeiro apresenta-se no primeiro dia útil, no turno da manhã.
- j) Quando um período de férias termine à sexta-feira, o enfermeiro realiza a primeira jornada diária programa na segunda-feira subsequente.
- k) O tempo despendido em reuniões de serviço ou institucionais, e ações de formação, desde que devidamente autorizadas pelo superior hierárquico, deverão contar como tempo de trabalho efetivo.
- l) A prestação de trabalho extraordinário em feriados previamente marcados em escala, e dias de descanso semanal obrigatório (F), confere o direito dentro dos 8 (oito) dias seguintes, e sempre que o serviço o permita, ao gozo da respectiva "**Folga de Compensação**", sem prejuízo da respectiva retribuição como trabalho extraordinário, ou compensação em tempo.
- m) São aplicáveis a todos os enfermeiros as disposições contidas no Decreto-Lei nº 62/79 de 30 de Março.

9. TROCAS E ALTERAÇÕES DE HORÁRIOS

- a) Após a publicação da escala de horário validada, não há alteração unilateral do mesmo, salvo nas situações inseridas nos pontos seguintes.
- b) É facultada a possibilidade de efectuar troca de jornada diária programa entre enfermeiros desde que não colidam com os interesses do serviço e sejam validadas pelo Enf^o Chefe.
1. O pedido de troca de jornada diária programa, no máximo de 5 (cinco) por enfermeiro, deve ser feito em regra, no mínimo com 48 horas de antecedência.
 2. Os referidos pedidos só serão considerados desde que assinados pelos dois intervenientes e validados pelo Enf^o Chefe.
 3. Não devem ser efectuadas trocas:
 - Que facultem mais de 5 (cinco) dias de ausência contínua ao serviço;
 - Que impliquem a realização de dois turnos seguidos, salvo em situações devidamente fundamentadas;

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Leonardo Hospital Oncológico Santiago do Calvário	Regulamento Horários de Trabalho de Enfermagem	Data de entrada em vigor:	
		Revisão A	
		Próxima revisão:	
		Cód. Documento:	

- Que facultem a realização de mais de seis turnos seguidos, sem que haja folgas (F ou D);
 - Que coincidam com outra troca já autorizada;
 - As trocas que envolvam mais que dois enfermeiros, são consideradas "exceção" e deverão ser analisadas caso a caso, pelo Enfermeiro Chefe.
- c) Todas as alterações efectuadas devem ser registadas no horário de modo a mantê-lo atualizado.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

- a) Em tudo o que este regulamento for omissivo caberá à Direcção de Enfermagem resolver.
- b) O presente regulamento entra em vigor após aprovação pelo Conselho de Administração.
- c) A sua entrada em vigor faz caducar todas as prévias circulares e normas, bem como, anteriores regulamentos, relativos ao grupo profissional de Enfermagem.

Elaboração: <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	Revisão:	Ratificação: Conselho de Administração Data:
---	-----------------	--

HORÁRIO SUJEITO A ALTERAÇÕES
CENTRO HOSPITALAR SETUBAL - SETEMBRO de 2014

Horário elaborado de 22 de Setembro a 19 de Outubro

		S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S.Horá.	S.I.	S.F.	Bolsa
Cod.	Nome	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19				
	Equipa 1	M	M	M	M	M	D	F	M	M	M	M	D	F	M	M	M	D	M	M	D	F	M	M	M	D	M	D	F	-07:00	05:00	-02:00	42:37
		M	M	M	D	M	D	F	M	M	D	M	M	D	F	M	M	D	M	M	D	F	M	M	D	M	M	D	F	-04:00	00:00	-04:00	42:24
	Equipa 2	CH	F	T	D	N	M	M	T	D	N	CH	CH	T	F	N	F	M	T	D	N	T	D	T	D	N	F	M	T	-02:00	00:00	-02:00	95:41
		D	D	T	D	N	F	M	T	D	N	D	M	T	F	N	F	T	T	D	N	M	D	T	D	N	F	M	T	-06:00	02:30	-03:30	03:27
	Equipa 3	D	T	D	N	F	MOA	T	D	N	F	D	T	MOA	N	D	N	T	D	N	F	MOA	MOA	D	N	F	D	T	M	-03:00	-00:30	-03:30	35:35
		L	T	D	N	F	MOA	T	D	N	F	D	T	D	N	T	D	M	F	N	MOA	N	T	D	N	F	N	T	M	-06:30	07:00	00:30	19:15
	Equipa 4	T	D	N	D	CH	T	F	N	D	D	T	D	N	F	D	T	D	N	F	M	T	D	N	F	D	T	MOA	N	-14:00	12:00	-02:00	28:10
		T	D	N	F	D	T	MOA	N	F	D	T	D	N	MOA	D	T	D	N	F	M	N	D	N	MOA	M	T	F	N	06:30	-04:30	02:00	45:02
	Equipa 5	D	N	F	M	T	M	N	F	CH	T	D	N	M	M	T	D	N	F	T	T	M	N	D	M	T	D	N	F	01:00	-05:30	-04:30	15:54
		D	N	F	D	T	D	N	F	D	T	D	N	F	T	D	D	N	F	T	T	D	N	D	T	T	D	N	F	-30:30	30:30	00:00	30:39
	Equipa 6	N	F	CH	T	D	N	MOA	D	T	M	N	L	D	F	L	L	L	L	L	D	F	L	L	L	L	L	D	F	04:30	-02:45	01:45	34:47
		N	D	D	T	D	N	F	D	T	D	N	F	M	T	D	N	L	L	L	D	F	T	D	T	D	N	F	MOA	-17:00	14:30	-02:30	25:47
		LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LM	00:00	-19:00	-19:00	12:52
		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	00:00	-02:00	-02:00	00:00
		S	T	Q <th>Q</th> <th>S</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>S</th> <th>T</th> <th>Q</th> <th>Q</th> <th>S</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>S</th> <th>T</th> <th>Q</th> <th>Q</th> <th>S</th> <th>S</th> <th>D</th> <th>S</th> <th>T</th> <th>Q</th> <th>Q</th> <th>S</th> <th>S</th> <th>D</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th>	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D				
Cod.	Tipo Horário	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	04:30	-02:45	01:45	34:47
M	Manhã	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3				
T	Tarde	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
N	Noite	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
D	Descanso	4	4	3	5	3	3	0	4	4	4	5	3	3	0	5	3	4	1	2	4	1	4	5	3	3	3	3	0				
F	Folga	0	2	2	1	2	1	4	2	1	2	0	1	2	5	0	2	0	3	2	1	4	0	0	1	2	2	2	5				

Legenda:

- Espaço
- N** NOITE - 23.00/8.30(s/refeição)
- L** Férias
- CH** Bolsa de Horas - (Dias)

- (Am)** Amamentação
- F** Folga
- T** TARDE - 16.00/23.30(s/refeição)
- A** Ausência Médica
- D** Descanso
- M** MANHÃ - 08:00/16:30(s/refeição)
- OA** Outras Actividades
- Lm** Maternidade

Coordenador _____

ANEXO VI – Política de Formação Contínua de Enfermeiros no CHS, E.P.E., Serviço de Medicina Interna.

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Crispédico Santiago do Outão	<h2>Política de Formação</h2>	Data de entrada em vigor	06/12/04
		Revisão B	15/07/06
		Próxima revisão:	15/07/09
		Cód. Documento	FOR

ASSUNTO: *Política de Formação*

DESTINATARIOS: Todos os funcionários do Centro Hospitalar de Setúbal

OBJECTIVOS:

- O presente documento visa definir o modo de organização da Formação no Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), quais os princípios subjacentes ao seu funcionamento e as responsabilidades de cada um dos intervenientes no processo.

DESCRIÇÃO:

A Formação é um componente essencial na integração de novos profissionais, na actualização de conhecimentos e técnicas e na qualificação dos recursos humanos.

A Estrutura de Formação, com o seu Centro de Documentação/Biblioteca assumem-se pois, como um instrumento indispensável no apoio a todos os profissionais das duas Unidades Hospitalares.

A estrutura e a organização previstos neste documento são o resultado de um grupo de trabalho nomeado para o efeito e perspectivam a visão do desenvolvimento futuro do CHS, tal como foi definido pelo Conselho de Administração no seu Plano de Acção.

Missão da Estrutura de Formação:

A Estrutura de Formação do CHS incentiva e operacionaliza a formação profissional dos funcionários e colaboradores, nos domínios da concepção, planeamento, execução, desenvolvimento e avaliação.

Visão da Estrutura de Formação:

Ser uma referência no contexto das unidades hospitalares, ser credível, ser reconhecida, interna e externamente.

Princípios da Formação

A Formação é um instrumento fundamental na melhoria da qualidade dos serviços prestados, deve ser adequada às necessidades, meios e recursos disponíveis e deve ser uma responsabilidade partilhada por colaboradores, chefias, dirigentes e administração.

A Administração deve propiciar a formação necessária ao desempenho e desenvolvimento adequado dos seus colaboradores disponibilizando tempo para a frequência de acções internas e/ou externas por iniciativa do trabalhador, garantindo o cumprimento da lei sobre esta matéria;

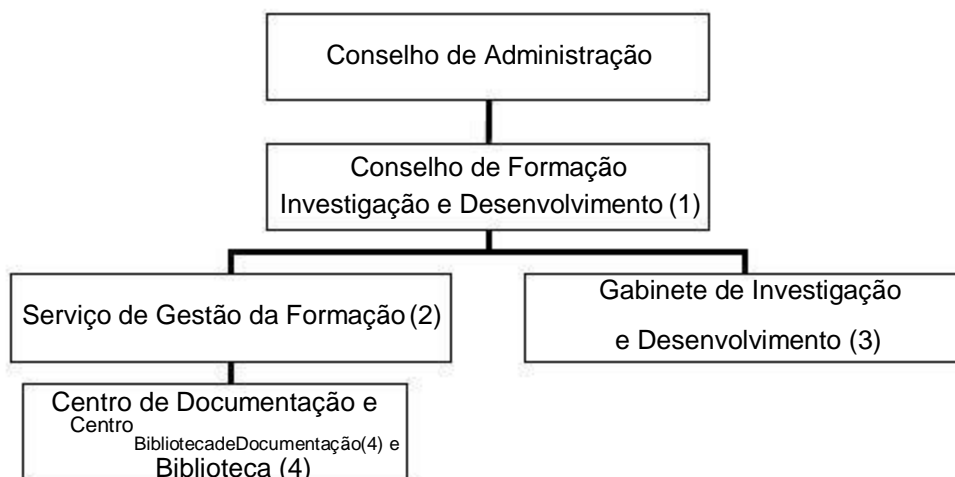
Os Responsáveis/dirigentes devem gerir os serviços tendo em consideração a componente da formação, identificando as necessidades, decidindo sobre as prioridades face ao interesse do serviço e garantindo a presença dos seus colaboradores nas acções autorizadas.

Os Colaboradores devem frequentar as acções disponibilizadas, bem como procurar activamente oportunidades de auto-formação que possam apoiar o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A Formação deve ter um retorno face ao seu investimento, já que deve ter um impacto positivo na satisfação de uma necessidade e estar relacionada com o desempenho profissional dos seus colaboradores. Assim, a avaliação da eficácia da formação deverá ser uma prática a adoptar na organização.

O Plano de Formação deve estar acessível para consulta a todos os colaboradores, para que seja possível ajustar os períodos de formação obrigatória com a actividade profissional e também para permitir a inscrição em acções facultativas.

Estrutura Organizativa



Ao Conselho de Formação, Investigação e Desenvolvimento(1), constituído por um Coordenador, nomeado pelo C.A. e pelos seguintes membros:

- Coordenador do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento.
- Responsável pelo Serviço de Gestão da Formação;
- Médico do Hospital de São Bernardo(HSB);
- Médico do Hospital Ortopédico **Sant'iago** do Outão(HOSO);
- Enfermeiro do HSB;
- Enfermeiro do HOSO;
- Responsável pela Secretaria-geral;
- Elemento dos Recursos

Humanos. Compete:

- Elaborar e propor ao Conselho de Administração (CA) a Missão e a Política da Formação e Investigação Clínica do Centro Hospitalar.
- Propor e enviar ao CA, anualmente, o Plano de Actividades da Formação (incluindo o Plano de Formação) e o Relatório de Actividades.
- Definir um conjunto de indicadores que permitam efectuar uma avaliação da actividade formativa e estabelecer acções correctivas.
- Procurar estabelecer parcerias com entidades públicas ou privadas para a prossecução dos seus objectivos.

Ao Serviço de Gestão da Formação (2), composto por dois Núcleos Formativos, um em cada hospital, com instalações, recursos humanos e materiais próprios, adequados à sua actividade, constituído por um coordenador, nomeado pelo CA, e pelos seguintes elementos:

- Coordenador;
- Médico HSB / HOSO;
- Enfermeiro do HSB;
- Enfermeiro do

HOSO. Compete:

- Definir e pôr em prática a metodologia conducente à elaboração do Diagnóstico das Necessidades formativas do CHS.
- Assegurar a Acreditação do Serviço, designadamente cumprindo e desenvolvendo todos os requisitos que levaram à sua atribuição.
- Elaborar e operacionalizar o Plano de Formação anual do CHS.
- Efectuar a auto-avaliação da actividade formativa em relação aos objectivos traçados.
- Gerir e incrementar uma bolsa de formadores internos e externos.
- Salvaguardar e gerir os registos da formação efectuada pelos funcionários do CHS.
- Emitir certificados de formação profissional ou de frequência de formação profissional, nos termos do DL 35/2002, de 23 de Abril.
- Elaborar e implementar o Programa de Integração de novos funcionários no CHS.
- Pautar a sua actividade pelo respeito dos princípios de igualdade de tratamento, normas legais, princípios éticos e normas nacionais de protecção de dados pessoais (DL 67/98, de 26 de Outubro).

Ao Gabinete de Investigação e Desenvolvimento (3) constituído por:

- Coordenador;
- Elemento Médico HSB / HOSO;
- Elemento de Enfermagem HSB /

HOSO. Compete:

- Recolher, analisar e facultar informação sobre as necessidades da investigação e promover a sua discussão com vista à definição das prioridades de intervenção.
- Dinamizar e apoiar a elaboração de projectos de investigação clínica.
- Estabelecer os requisitos a satisfazer no que respeita a elaboração de projectos de Investigação, através de procedimentos escritos e salvaguardas para os participantes (protocolos para a obtenção de consentimento válido de pacientes e de prestadores de cuidados para a sua participação em projectos de investigação), e estabelecer com a CES a colaboração necessária e indispensável à elaboração das normas que respeitem os aspectos éticos da investigação em saúde.

1- Ao Centro de Documentação e Biblioteca (4) constituído por três elementos, sobre proposta do Conselho de Formação Investigação e Desenvolvimento, e um técnico de audiovisuais a tempo inteiro

- Elemento de Gestão.
- Médico.
- Enfermeiro.
- Técnico profissional de

BAD. Compete:

- Assegurar o desenvolvimento de um sistema de organização e gestão documental;
- Gerir a informação técnica e científica de forma a otimizar a sua acessibilidade aos serviços do CHS.
- Apresentar o seu plano de actividades e as estratégias a desenvolver;
- Fazer o levantamento das necessidades de aquisição de material de documentação (livros, revistas, vídeos, impressos, CDs, etc.);
- Elaborar as propostas de aquisição de material de documentação;
- Assegurar a divulgação da documentação existente escolhendo os meios mais adequados;
- Assegurar o pleno acesso de todos os profissionais do hospital à informação;
- Criar e desenvolver acessos à Inter e Intranet, designadamente através da Web-points;
- Colaborar e Apoiar as iniciativas conducentes à elaboração de publicações de uma revista técnico – científica.
- Apoiar o Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

Financiamento da Formação

O financiamento será assegurado por verbas a atribuir anualmente pelo CA ou através do recurso a Programas Operacionais do FSE. Pode ainda promover acções tendo em vista o autofinanciamento.

Para efeitos de gestão será considerado como centro de custos/de responsabilidade/de proveitos.

Terá apoio dos serviços especializados da contabilidade, nomeadamente em matéria orçamental e contas e na área de financiamento.

Estratégia de implementação

Para além de outros que venham a ser necessários elaborar dentro do âmbito desta política, enumeram-se a seguir alguns procedimentos/documentos que irão operacionalizá-la e a designação dos responsáveis pela sua elaboração/revisão.

Procedimento	Responsável	Data limite	Critérios do Manual a que responde
Regulamento do Conselho de Formação Investigação e Desenvolvimento	Conselho de Formação Investigação e Desenvolvimento		
Procedimento para utilização de material audiovisual	Serviço de Gestão da Formação		
Procedimento para consultas na Biblioteca	Centro de Documentação / Biblioteca		
Procedimento para utilização da Sala de Sessões para acções de formação.	Serviço de Gestão da Formação		

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E Hospital de São Leonardo Hospital Ortopédico Jorjão do Coutão</p>	<p><i>Procedimento de Implementação de Formação Contínua Obrigatória</i></p>	Data de entrada em vigor:	14/11/2012
		Revisão A	25/10/2012
		Próxima revisão:	25/10/2015
		Cód.	
		Documento:	FOR.02

1. Objetivo

Estabelecer a metodologia de implementação da Formação Contínua de carácter obrigatório no âmbito da Estratégia de Qualidade, em todos os Serviços do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (CHS).

2. Campo de aplicação

Este procedimento destina-se a todos os profissionais do CHS.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CA - Conselho de Administração
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
CGR – Comissão de Gestão do Risco
CHKS - Caspe Healthcare Knowledge System
CHS - Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
CQSD – Comissão de Qualidade e Segurança do Doente
GRR – Grupo de Reanimação e Ressuscitação
SGF – Serviço de Gestão da Formação
SSO – Serviço de Saúde Ocupacional

Formação Contínua Obrigatória – Processo formativo para desenvolvimento e/ou atualização de conhecimentos e competências, essenciais para o desempenho de funções no CHS e, por isso, de frequência obrigatória.

4. Referências

CHKS - Manual Internacional de Acreditação dos Hospitais HQS (Março de 2011) – Critérios 9.7; 10.23; 11.11; 13.26; 15.19; 16.16; 18.34; 34.28; 34.30; 34.35; 34.36; 34.37 e 34.3.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico João de Couto</p>	<p><i>Procedimento de Implementação de Formação Contínua Obrigatória</i></p>	<p>Data de entrada em vigor:</p>	<p>14/11/2012</p>
		<p>Revisão A</p>	<p>25/10/2012</p>
		<p>Próxima revisão:</p>	<p>25/10/2015</p>
		<p>Cód. Documento:</p>	<p>FOR.02</p>

5 Responsabilidades

Ao CA compete a ratificação e divulgação do procedimento no CHS.

Ao Serviço de Gestão da Formação compete a implementação do procedimento.

Aos Diretores / Responsáveis de Serviço, Enf.^{os} Chefes e Técnicos Coordenadores e a todos os profissionais o seu cumprimento.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E Hospital de São Leonardo Hospital Ortopédico Jorfago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de Implementação de Formação Contínua Obrigatória</i></p>	Data de entrada em vigor:	14/11/2012
		Revisão A	25/10/2012
		Próxima revisão:	25/10/2015
		Cód.	
		Documento:	FOR.02

6 Procedimento

No âmbito da Estratégia de Qualidade delineada para o CHS e com vista a melhorar a taxa de execução da formação contínua obrigatória, impõem-se a adoção de um processo formativo normalizado, centrado em 4 áreas formativas fundamentais - Plano de Emergência Interno, Suporte Básico de Vida, Controlo de Infecção e Saúde e Segurança no Trabalho.

Para operacionalizar o processo, o SGF e a CQSD apresentam uma nova metodologia que consiste em organizar, gerir e calendarizar a formação para cada serviço ou grupo de serviços consoante a sua dimensão. Neste âmbito, constituíram-se 19 grupos sendo 16 referentes a Serviços Clínicos e Serviços de Suporte à Ação Médica, destes prevê-se a **obtenção de uma taxa de execução da formação contínua obrigatória, por triénio, igual ou superior a 75%**.

1. A formação está organizada em 4 módulos que decorrerão agrupados, resultando numa sessão de formação mensal, constituída por 2 dias de formação.

Dia 1	Módulo I – Plano de Emergência Interno – CGR (3h) Módulo II – Suporte Básico de Vida – GRR (4h)
Dia 2	Módulo III – Controlo de Infecção – CCI (4h) Módulo IV – Saúde e Segurança no Trabalho – SSO (4h)

2. Os formadores são internos ao CHS.
3. Os formandos de cada sessão de formação são cerca de 25% dos recursos humanos de 2 grupos distintos (anexo I – Cronograma tipo de formação obrigatória).
4. A operacionalização das sessões de formação em cada serviço, é precedida de reunião preparatória com 3 meses de antecedência, mediante convocatória emitida pelo CA, dirigida aos responsáveis de cada serviço/área envolvida. Na mesma, será disponibilizado pelo SGF o mapa atualizado da formação realizada pelo serviço até á data.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E Hospital de São Leonardo Hospital Ortopédico João de Deus</p>	<p><i>Procedimento de Implementação de Formação Contínua Obrigatória</i></p>	<p>Data de entrada em vigor:</p>	<p>14/11/2012</p>
		<p>Revisão A</p>	<p>25/10/2012</p>
		<p>Próxima revisão:</p>	<p>25/10/2015</p>
		<p>Cód. Documento:</p>	<p>FOR.02</p>

5. Os serviços envolvidos devem promover a participação dos seus recursos humanos na formação, sendo responsáveis pela inscrição nominal dos profissionais no SGF, até 1 mês antes da formação.

6. Como forma de monitorizar o desenvolvimento do objetivo final (taxa de execução da formação obrigatória de cerca de 75% no triénio) o SGF enviará, anualmente, aos gestores de área, o mapa de execução da formação por serviço.]

7. Anexos

[Anexo I – Cronograma tipo de formação obrigatória]

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Janíago do Outeiro	Procedimento de Implementação de Formação Continua Obrigatória	Data de entrada em vigor:	14/11/2012
		Revisão A	25/10/2012
		Próxima revisão:	25/10/2015
		Cód. Documento:	FOR.02

CRONOGRAMA DA FORMAÇÃO OBRIGATÓRIA - CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL

SERVIÇOS CLÍNICOS & SERVIÇOS DE APOIO À AÇÃO MÉDICA

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
1.º ANO	Grupo A (25%) / Grupo B (25%)	Grupo C (25%) / Grupo D (25%)		Grupo G (25%) / Grupo H (25%)	Grupo I (25%) / Grupo J (25%)	Grupo L (25%) / Grupo M (25%)			Grupo N (25%)	Grupo P (25%) / Grupo Q (25%)	Grupo R (25%) / Grupo S (25%)	Grupo T (25%)
2.º ANO	Grupo A (25%) / Grupo B (25%)	Grupo C (25%) / Grupo D (25%)		Grupo G (25%) / Grupo H (25%)	Grupo I (25%) / Grupo J (25%)	Grupo L (25%) / Grupo M (25%)			Grupo N (25%)	Grupo P (25%) / Grupo Q (25%)	Grupo R (25%) / Grupo S (25%)	Grupo T (25%)
3.º ANO	Grupo A (25%) / Grupo B (25%)	Grupo C (25%) / Grupo D (25%)		Grupo G (25%) / Grupo H (25%)	Grupo I (25%) / Grupo J (25%)	Grupo L (25%) / Grupo M (25%)			Grupo N (25%)	Grupo P (25%) / Grupo Q (25%)	Grupo R (25%) / Grupo S (25%)	Grupo T (25%)
4.º ANO	Grupo A (25%) / Grupo B (25%)	Grupo C (25%) / Grupo D (25%)		Grupo G (25%) / Grupo H (25%)	Grupo I (25%) / Grupo J (25%)	Grupo L (25%) / Grupo M (25%)			Grupo N (25%)	Grupo P (25%) / Grupo Q (25%)	Grupo R (25%) / Grupo S (25%)	Grupo T (25%)

Nota: 2 dias de formação / mês (módulo completo para 25% dos RH de cada um dos grupos/serviços).

COMISSÕES DE APOIO TÉCNICO E OUTROS SERVIÇOS

	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
1.º ANO	Grupo 1 (25f)	Grupo 2 (24f)	Grupo 1 / Grupo 2	Grupo 3 (24f)	Grupo 4 (24f)	Grupo 5 (24f)			Grupo 7	Grupo 6 (24f)	Grupo 7 (24f)	Grupo 8 (24f)
2.º ANO	Grupo 9 (24f)	Grupo 10 (24f)	Grupo 3 / Grupo 4	Grupo 11 (24f)					Grupo 8			
3.º ANO			Grupo 5 / Grupo 6						Grupo 9			
3.º ANO			Grupo 10 /									

Nota: 1 dia de formação / mês (os módulos SBV e CGR decorrerão nos meses de março e setembro) para 25% dos RH das áreas não clínicas.

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS MÉDICOS
SERVIÇO de MEDICINA INTERNA**

ATIVIDADES	1º Dia	2º, 3º, 4º Dias	6º Dia
Apresentação da missão e objetivos do serviço, de acordo com o Plano de Acção	■		
Apresentação do espaço físico do Serviço	■		
Apresentação do Organograma	■		
Informação sobre as descrições de funções nas diversas áreas de atividade médica	■		
Identificação do horário de trabalho, processo de pedido de férias e justificação de faltas	■		
Informação exata sobre a distribuição de funções de acordo com o horário de trabalho	■		
Localização das áreas de trabalho que compõem o Serviço e conseqüente apresentação aos elementos existentes	■		
Identificação e localização dos equipamentos / materiais existentes para o funcionamento do serviço em causa	■		
Informação sobre o relacionamento laboral com todos os elementos do Serviço	■		
Apresentação do Manual de Políticas e Procedimentos Gerais e Sectoriais		■	
Aspetos de relacionamento com outros Serviços		■	
Esclarecimento sobre a Gestão de risco local e apresentação do gestor de risco clínico local		■	
Informação sobre regras de Higiene, Saúde e Segurança			■
Informação das normas de segurança referentes ao serviço, plano de emergência interna, segurança contra incêndios, avaria de equipamento, carro de emergência			■
Avaliação do processo de integração			■

Médico Integrado _____ / ____ / ____

Médico Integrador: _____ / ____ / ____

Programa de Integração de novos enfermeiros

1ª Semana

Actividades	Sim	Não
<p>Conhecer:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ O Enfermeiro chefe e o enfermeiro integrador▪ Espaço físico do serviço de Medicina Interna<ul style="list-style-type: none">✓ Local do secretariado;✓ Copa;✓ Gabinete médico;✓ Gabinete de enfermagem e gabinete do enfermeiro chefe;✓ Sala de terapêutica;✓ Sala de consumo clínico;✓ Local do carro de urgência;✓ Salas de apoio e salas de sujos;✓ Enfermarias e quartos para eventuais isolamentos;▪ Equipa Multidisciplinar		
<p>Informar:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Descrição dos objectivos e filosofia da Medicina Interna▪ Organização e funcionamento da Medicina Interna▪ Descrição das funções do enfermeiro▪ Horário de trabalho▪ Método de distribuição de trabalho▪ Lotação do serviço e taxa de ocupação▪ Patologias mais frequentes▪ Sinalética do quadro correspondente aos doentes internados▪ Formação em serviço▪ Férias, licenças, faltas e trocas▪ Metodologia de avaliação de desempenho▪ Normas de Segurança e Plano de Emergência Interno▪ Regras de Higiene, saúde e Gestão do risco		

<p>Conhecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo de Admissão do doente ▪ Horário de visitas ▪ Aspectos de articulação com outros serviços <ul style="list-style-type: none"> ✓ Localização da lista de contactos relativo a todos os serviços do hospital; ✓ Livros de protocolos de saída de produtos para os diferentes laboratórios/serviços; ▪ Processo de Transferência interna ou externa ▪ Processo da Alta ▪ Procedimentos relativos ao Óbito 		
<p>Localizar/Identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Manual de políticas e procedimentos do serviço</i> ▪ <i>Equipamentos/ materiais existentes no serviço</i> 		

2ª à 4ª semana

Actividades	Sim	Não
<p>Conhecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Com que vai formar equipa 		
<p>Observar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Passagem de ocorrências ▪ Prestação de cuidados/ procedimentos mais frequentes ▪ Admissão, alta ou transferência do doente ▪ Registos ▪ Manuseamento de equipamentos e materiais existentes no serviço ▪ Localização, constituição e utilização do carro de urgência e estupefacientes 		
<p>Realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados de enfermagem ao doente e família ▪ Admissão, alta ou transferência do doente ▪ Manuseamento de equipamento e materiais existentes no serviço ▪ Registos 		
<p>Preencher:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumento de avaliação do programa de integração 		
<p>Apreciar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultados obtidos no instrumento de avaliação do programa 		
<p>Definir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estratégias/ necessidades individuais do novo enfermeiro a considerar durante o programa de integração 		

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS FUNCIONÁRIOS ADMINISTRATIVOS
NO DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ACTIVIDADES	1º DIA	2º,3º,4º DIA	5º,6º,7º DIA
INTERNAMENTO			
Apresentar a equipa multidisciplinar com três direcções de serviço: Medicina, Infecçologia e Pneumologia			
Mostrar o espaço físico, distribuição de salas e camas pelas diversas especialidades			
Apresentar o Manual de integração e funções do Secretariado			
Apresentar normas e protocolos específicos do Serviço			
Informar sobre os horários praticados			
Apresentar dossier com folhas de ponto e plano de férias			
Atendimento ao público e encaminhamento dos utentes			
Recepção telefónica e encaminhamento das chamadas			
Marcação de exames e registo em protocolo do Serviço (interno e ao exterior)			
Solicitação de pedidos de transporte para a realização de exames			
Apresentar o circuito administrativo relativo à alta do doente internado			
Marcação de consultas pós o internamento			
Apresentação de livros de requisições e de pasta com modelos de impressos utilizados no Serviço			
Actualização no sistema informático de dados relativos a doentes internados			
Apresentar o procedimento administrativo para os doentes programados ao internamento			

ACTIVIDADES	1º DIA	2º,3º,4º DIA	5º,6º,7º DIA
HOSPITAL DE DIA DE MEDICINA E HEMATOLOGIA			
Abertura de sessões de HDI			
Registo informático de actos realizados			
Convocação de utentes para tratamento em sessão de HDI			
Pedido de transporte de utentes incapacitados			
Actualização no sistema informático de dados relativos a doentes registados em HDI			
Registo do fecho do processo de HDI, alta do utente e referência do destino			
Elaboração de estatística mensal			
Arquivo de folhas de técnicas de HDI e processos dos utentes com alta			
Resumo diário de etiquetas necessárias para o HDI e deslocação à Gestão de Internamento para sua impressão			

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ASSISTENTES OPERACIONAIS NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

ACTIVIDADES	1º Dia	2º Ao 9º Dia	10º Dia
Apresentar a equipa multidisciplinar			
Apresentar o espaço físico da unidade funcional			
Apresentar manual de integração de novos funcionários			
Apresentar normas e protocolos da unidade			
Dar a conhecer o circuito dos utentes e dos exames complementares de diagnóstico			
Dar a conhecer os horários praticados na unidade e plano de distribuição de trabalho			
Mostrar modelos de horários, folhas de registo de assiduidade, plano de férias, pedido de férias, justificação de faltas.			
Fornecer informação sobre circuito de esterilização, preenchimento de impressos e adequação de equipamento para os diferentes tipos de esterilização.			
Mostrar o livro de protocolo de registo de requisições e produtos para os diversos laboratórios.			
Informação sobre regras básicas de higiene, saúde e gestão do risco			
Informação sobre normas de segurança e plano de Emergência Interno e Externo.			
Tomar conhecimento das actividades a desenvolver relacionadas com a prestação de cuidados de higiene e conforto ao doente que necessita de ajuda total, parcial e totalmente independente			
Observar e colaborar na prestação de cuidados de higiene e conforto ao doente parcial ou totalmente dependente.			
Tomar conhecimento das actividades a desenvolver relacionadas com a prestação de cuidados na alimentação, eliminação e transporte e mobilização			
Observar e colaborar na prestação de cuidados aos doentes na alimentação, eliminação e mobilização.			
Tomar conhecimento das actividades a desenvolver relacionadas com a limpeza, desinfeção e arrumação da unidade do doente.			
Observar e colaborar na realização das actividades de limpeza, desinfeção e arrumação da unidade do doente.			
Tomar conhecimento das actividades a desenvolver relacionadas com a arrumação do serviço, limpeza e desinfeção de equipamentos e materiais e reposição dos mesmos.			

Observar e colaborar nas actividades de limpeza, desinfectação e arrumação dos equipamentos e reposição de materiais.			
Tomar conhecimento das actividades a desenvolver relacionadas com a prestação de cuidados “ post-mortem”.			
Conhecer todas as tarefas interditas aos Assistentes Operacionais			
Avaliação do Plano de Integração			

Observações:

Data : ____/____/____

AO Integrador _____ AO em Integração _____ Enfermeiro Chefe _____

Ficha de Avaliação pelo Integrando

O presente instrumento de avaliação é constituído por itens/ critérios devendo responder utilizando a chave fornecida. Serve como uma reflexão crítica sobre todos os momentos e factores que intervêm na integração a fim de determinar quais podem ser, estão sendo ou foram, os resultados da mesma. Trata-se pois, de um vasto e complexo processo que supõe a necessidade de recolher informação de diferentes momentos, tendo em vista a melhoria do plano de integração de novos elementos no serviço.

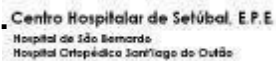
Nome: _____

Semana de Integração nº _____

CHAVE: Insuficiente (INS); Suficiente (SUF); Bom (B); Muito Bom (MB); Excelente (EXC)

Itens / Critérios	INS	Suf	B	MB	EXC
Identifico a estrutura física do serviço, organização e funcionamento da unidade de saúde.					
Reconheço os materiais existentes no serviço e a sua localização.					
Reconheço os recursos humanos e as suas funções, assim como o organograma do serviço.					
Identifico o circuito de doentes.					
Realizo o acolhimento e integração do utente no serviço utilizando os instrumentos de suporte existentes.					
Estabeleço prioridades de intervenção na execução dos cuidados de enfermagem de acordo com as rotinas do serviço.					

Considero os recursos disponíveis no serviço utilizando-os de forma eficiente.					
Preparo o doente para a alta, garantindo a continuidade dos cuidados, utilizando a carta de alta/ transferência de enfermagem.					
Em caso de urgência, sei utilizar os materiais existentes no serviço (como o carro de urgência, monitores, dinamap, etc.).					
Expus todas as dúvidas que tive durante a integração.					
Desenvolvi actividades tendentes à autonomia.					

	<i>Procedimento de Integração de Novos Funcionários Serviço de Medicina Interna</i>	Data de entrada em vigor:	18/06/2008
		Revisão B	09/01/2012
		Próxima revisão:	09/01/2015
		Cód. Documento:	PS.MEDI.01.SB

1. Objectivo

Garantir a existência de um documento, no qual se encontrem identificados quais os procedimentos a seguir durante a integração de novos funcionários no Serviço de Medicina Interna, possibilitando assim uma fácil e eficaz integração.

2. Campo de aplicação

Este procedimento destina-se a todos os novos funcionários do Serviço de Medicina Interna.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

HSB – Hospital de S. Bernardo

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina do HSB

HQS – Health Quality Service

IIC – Internos do Internato Complementar

IAC – Internos do Internato Geral

UMF – Unidade Médica Funcional

4. Referências

CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação, 3.ª Edição, Versão 01 (Abril 2010); Critério 34.18, 34.19, 34.20, 34.21, 34.22, 34.23. Manual de Integração de Novos Enfermeiros.

5. Responsabilidades

O Diretor do Serviço de Medicina Interna e os Enfermeiros Chefes das Unidades Funcionais têm a responsabilidade de assegurar que todo o novo funcionário completa um programa de apresentação / integração específico para o serviço.

O Elemento Integrador nomeado pelo Diretor de Serviço / Enfermeiro Chefe é responsável pela integração dos diferentes elementos, em cada setor de atividade.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento de Integração de Novos Funcionários Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	18/06/2008
		Revisão B	09/01/2012
		Próxima revisão:	09/01/2015
		Cód. Documento:	PS.MEDI.01.SB

6. Procedimento

O programa de apresentação / integração prepara o novo funcionário para o desempenho do seu posto de trabalho e respectivas responsabilidades, explicando a estrutura do serviço, da equipa, o relacionamento laboral com os outros elementos e respectivas funções específicas, funcionando como um complemento ao Programa de Integração Geral do hospital.

Neste procedimento traçamos as linhas gerais, que orientarão o processo de integração do novo funcionário no Serviço de Medicina Interna. Existem, contudo orientações específicas para cada sector de actividade, que constam em anexo, de acordo com cada grupo profissional.

6.1.– Compete ao Elemento Integrador

Transmitir ao novo funcionário do Serviço de Medicina Interna as informações de carácter geral, nomeadamente as que a seguir se enumeram:

- Localização das áreas de trabalho que compõem o serviço e conseqüente apresentação aos elementos existentes;
- Informação sobre o posto de trabalho (Descrição de Funções) e relacionamento laboral com os outros elementos do serviço;
- Aspectos de relacionamento com outros serviços;
- Informação das normas de segurança referentes ao serviço, nomeadamente Segurança contra Incêndio, Avaria de Equipamentos e normas específicas do serviço;
- Identificação do horário de trabalho, processo de pedido de férias e justificação de faltas;
- Identificação e localização dos equipamentos / materiais existentes para o funcionamento do serviço em causa;
- Apresentação do Manual de Políticas e Procedimentos do serviço e outros documentos importantes para o seu posto de trabalho;
- Informação sobre os métodos utilizados na Avaliação de Desempenho.

Outros aspectos a evidenciar dado o trabalho específico em causa são:

- ❖ Informação sobre regras de Higiene, Saúde e Segurança;
- ❖ Gestão do Risco Local.

6.2. – Compete ao elemento a ser integrado:

- Adquirir no tempo estipulado, os conhecimentos que lhe são transmitidos, no que se refere à organização do Hospital e do Serviço e às suas funções e de toda a equipa multidisciplinar.
- Adquirir e/ ou aprofundar os conhecimentos e competências necessárias ao desempenho da sua função.

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico João de Outeiro	<i>Procedimento de Integração de Novos Funcionários Serviço de Medicina Interna</i>	Data de entrada em vigor:	18/06/2008
		Revisão B	09/01/2012
		Próxima revisão:	09/01/2015
		Cód. Documento:	PS.MEDI.01.SB

- Cumprir com o compromisso de confidencialidade, em conformidade com o código deontológico da respectiva profissão, e/ ou a política de confidencialidade do Hospital.

6.3. – Cronograma de Integração

Carreira Médica

Os novos elementos da Carreira Médica que iniciam funções, cumprem um programa de integração no Serviço, sendo acompanhados pelo elemento integrador até à sua autonomia.

Carreira de Enfermagem

Os novos elementos da Carreira de Enfermagem que iniciam funções, cumprem um programa de integração no Serviço, sendo acompanhados pelo elemento integrador até à sua autonomia.

Carreira de Assistentes Operacionais

Os novos elementos da Carreira de Assistentes Operacionais que iniciam funções, cumprem um programa de integração no Serviço, sendo acompanhados pelo elemento integrador até à sua autonomia.

Carreira de Assistentes Técnicos

Os novos elementos da Carreira de Assistentes Técnicos que iniciam funções, cumprem um programa de integração no Serviço, sendo acompanhados pelo elemento integrador até à sua autonomia.

É de salientar que a integração de novos funcionários no serviço é um processo evolutivo, que depende de sector para setor, com um período de tempo para a sua realização.

Se no final do tempo estipulado o novo elemento não tiver atingido os níveis de integração satisfatórios, será a integração prolongada por períodos a definir, de acordo com as áreas consideradas deficitárias, até à completa integração.

7. Anexos

Anexo 1 – Cronogramas de Integração

Anexo 2 – Instrumento de Auto Avaliação, para Enfermeiros

Elaboração	Revisão	Ratificação Data: 16/01/2012
-------------------	----------------	---

ANEXO VII – Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem no CHS, E.P.E., Serviço de Medicina Interna.

DATA / /

**SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – PISO 4
PLANO DIÁRIO DE DISTRIBUIÇÃO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM**

MANHÃ				
Enfº ☺	Enfº	Enfº	Enfº	Enfº
TARDE				
Enfº ☺	Enfº	Enfº	Enfº	Enfº
NOITE				
Enfº ☺	Enfº	Enfº	Enfº	Enfº

OBSERVAÇÕES:

ENF.º RESPONSÁVEL:

© - Enf.º Responsável de Turno

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Santiago do Outão

A

**Estrutura de Idóneidades
da Ordem dos Enfermeiros**

Exmos Senhores

--

--

, nos termos dos princípios definidos pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, assume que o Serviço de Medicina Interna ao apresentar esta candidatura entende, estarem reunidas as condições para que possa ser exercida neste serviço a Prática Tutelada de Enfermagem, de acordo com os princípios definidos para os contextos da prática Clínica, estabelecendo-se o princípio interno da relação "um supervisor / um supervisando".

Esta a nossa proposta e o nosso compromisso.

Atentamente

--

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de João Bernardo Hospital Cirúrgico João Inácio de Outeiro</p>	<p>DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES <i>Enfermeiros</i></p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	25/10/2007
		Versão 02	26/03/2015
		Próxima revisão:	26/03/2018
		Cód. Documento:	DF.MEDI.03

1. Conteúdo Funcional do Posto de Trabalho

A descrição de funções que a seguir se apresenta foi elaborada tendo por base os Decretos – Lei nº 437/91 com as alterações introduzidas pelo Decreto – Lei 412/ 98 e pelos Decretos – Lei 247/ 2009 e 248/2009 de 22 de setembro, que definem respectivamente o regime legal da carreira aplicável aos enfermeiros nas entidades públicas empresariais e ao regime da carreira especial de enfermagem, com o objectivo de satisfazer as necessidades de funcionamento do serviço de Medicina Interna.

Princípios Gerais

No desempenho da sua actividade, compete ao enfermeiro integrado no Serviço de Medicina Interna:

- Exercer a profissão de enfermagem com preocupação pela defesa da Liberdade e da Dignidade da Pessoa Humana e do Enfermeiro.
- Respeitar os Valores Universais – a Igualdade; a Liberdade Responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o Bem Comum; a Verdade e a Justiça; o Altruísmo e a Solidariedade; a Competência e o Aperfeiçoamento Profissional.
- Atender aos princípios orientadores da sua actividade profissional, como sejam: a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com o utente/ doente/ família; a excelência no exercício da profissão em geral, e na relação com os outros profissionais.
- Desenvolver a sua actividade profissional com respeito pelas regras estatutárias e pelos regulamentos em vigor relativamente à profissão de enfermagem – Carreira de Enfermagem, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e Código Deontológico do Enfermeiro.

Funções Gerais

- Assegurar padrões de elevada qualidade na prestação de cuidados, tendo como orientação os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.
- Garantir a oportunidade, a qualidade, rigor e a humanização dos cuidados de saúde.
- Desenvolver as actividades necessárias à prevenção da doença, à manutenção da saúde, à defesa e à promoção do bem-estar e qualidade de vida do cliente, família e comunidade.
- Colher os dados sobre o utente / doente e família, planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem que presta, tendo presentes os princípios técnicos, éticos e deontológicos que regem o desempenho da sua actividade profissional.
- Registar e transmitir as observações e as acções realizadas na prestação de cuidados, de acordo com o modelo de referência do serviço e da Instituição.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Cirúrgico Santiago do Outão</p>	<p>DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES <i>Enfermeiros</i></p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	25/10/2007
		Versão 02	26/03/2015
		Próxima revisão:	26/03/2018
		Cód. Documento:	DF.MEDI.03

- Avaliar as suas necessidades de formação, de forma a estabelecer objectivos de aprendizagem e seleccionar as actividades que lhe permitam atingi-los; participar e/ ou desenvolver projectos de pesquisa e investigação.
- Zelar pela boa gestão e conservação de todo o material e equipamento.
- Contribuir positivamente para o funcionamento do serviço.
- Cumprir as políticas e procedimentos em vigor no Centro Hospitalar.
- Promover um bom relacionamento interpessoal, entre todos os elementos da equipa de enfermagem e bem assim no seio da equipa multidisciplinar.

Funções Específicas

Ao **Enfermeiro Chefe** compete:

- Planear, executar e avaliar com a equipa, acções que promovam e garantam a qualidade dos cuidados e o bom funcionamento do serviço.
- Orientar, supervisionar e avaliar os enfermeiros relativamente à prestação de cuidados de enfermagem.
- Gerir, coordenar e avaliar a gestão da unidade dos serviços de enfermagem, elaborando de modo articulado, o plano e os relatórios anuais relativamente às actividades de enfermagem.
- Gerir os recursos materiais e equipamentos do serviço.
- Desenvolver actividades de carácter institucional, responsabilizando-se pela concretização das políticas institucionais ou directivas formativas, emanadas pelo órgão de gestão da instituição.
- Colaborar na preparação dos planos de acção e respectivos relatórios do serviço.

Ao **Enfermeiro com o título de Especialista**, compete:

- Orientar e supervisionar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados gerais.
- Planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização.
- Colaborar com o Enfermeiro Chefe na gestão do serviço, sempre que para tal for designado.
- Substituir o Enfermeiro Chefe nas suas ausências e impedimentos, sempre que para tal for designado.
- Desenvolver e colaborar na formação interna realizada.
- Orientar os ensinamentos clínicos dos enfermeiros em contexto académico, se para tal for designado.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de João Bernardo Hospital Cirúrgico João Tiago de Outeiro</p>	<p>DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES <i>Enfermeiros</i></p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	25/10/2007
		Versão 02	26/03/2015
		Próxima revisão:	26/03/2018
		Cód. Documento:	DF.MEDI.03

Ao **Enfermeiro Responsável de Turno** compete:

- Orientar e coordenar as equipas de enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem.
- Registrar informações relevantes ocorridas no turno, no dossier de ocorrências.
- Substituir o Enfermeiro Chefe nas suas ausências ou impedimentos, quando a equipa não integre, ou não esteja presente o Enfermeiro Especialista.
- Fazer cumprir as normas do serviço.
- Executar diariamente, e no turno da manhã, o teste de verificação da funcionalidade do desfibrilhador.
- Executar diariamente, no turno da noite, a distribuição do plano de actividades dos enfermeiros e dos assistentes operacionais.

Ao **Enfermeiro**, compete:

- Acolher o utente / família de forma personalizada e entregar o manual de acolhimento do serviço ou institucional.
- Planear os cuidados de enfermagem e validá-los com o utente / família.
- Executar os cuidados de enfermagem planeados, respeitando os princípios éticos deontológicos e técnicos da profissão, envolvendo o utente e a família.
- Registrar e transmitir as observações e actividades realizadas na prestação de cuidados.
- Interessar-se pelo serviço, apresentando sugestões de melhoria do funcionamento do serviço, e intervindo activamente para a dinamização da equipa.
- Informar o Enfermeiro Chefe ou quem o substitua das avarias do equipamento e do desgaste do material.
- Colaborar na verificação dos prazos e validade dos medicamentos e material de consumo clínico.
- Colaborar na verificação dos prazos e validade do material esterilizado.
- Ser o elo de ligação utente / família / equipa multidisciplinar.
- Participar activamente nas reuniões de serviço.
- Colaborar e participar na formação realizada na unidade de cuidados, incluindo a orientação de alunos na prática de ensino clínico.
- Colaborar na integração / formação dos Enfermeiros recém-admitidos.
- Colaborar nos projectos de desenvolvimento institucional e do serviço.

Ao **Enfermeiro em funções na UCIM I**, compete:

- Acolher o utente/ família de forma personalizada;
- Planear os cuidados de enfermagem e validá-los com o utente/ família;
 - Executar os cuidados de enfermagem planeados, respeitando os princípios éticos, deontológicos e técnicos da profissão, envolvendo o utente e a família;

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Cirúrgico Santiago do Outão</p>	<p>DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES <i>Enfermeiros</i></p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	25/10/2007
		Versão 02	26/03/2015
		Próxima revisão:	26/03/2018
		Cód. Documento:	DF.MEDI.03

- Registrar e transmitir as observações e actividades realizadas na prestação de cuidados;
- Interessar-se pelo serviço, apresentando sugestões de melhoria do funcionamento do serviço e intervindo activamente para a dinamização da equipa;
- Informar o enfermeiro chefe ou quem o substitua das avarias do equipamento e do desgaste do material;
- Colaborar na verificação de material de consumo clínico;
- Ser o elo de ligação utente/ família/ equipa multidisciplinar;
- Participar activamente nas reuniões de serviço;
- Colaborar na formação realizada na unidade de cuidados, incluindo a orientação de alunos na prática de ensino clínico;
- Colaborar na integração/ formação dos enfermeiros recém-admitidos;
- Colaborar nos projectos de desenvolvimento institucional e do serviço;
- Colaborar com os enfermeiros de ligação das várias comissões hospitalares;
- Incentivar a boa prática na utilização dos diferentes recursos da UCIM;
- Avaliar com os respetivos intervenientes, o trabalho realizado.

Ao **Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço**, compete:

- Identificar as necessidades de formação, tendo por base a observação do desempenho dos enfermeiros, as necessidades individuais que os mesmos expressam, os projectos profissionais dos elementos da equipa e o recurso a entrevistas individuais ou de grupo.
- Planear em conjunto com o Enfermeiro Chefe e com o Departamento de Formação as temáticas a abordar.
- Planear as actividades de formação – formação em sala no serviço, passagem de turno, execução de técnicas, entre outras.
- Utilizar a passagem de turno e a análise de incidentes críticos, como elementos determinantes para a formação.
- Coordenar as actividades de formação desenvolvidas pela equipa.
- Avaliar, em conjunto com o Enfermeiro Chefe, o impacto da formação na qualidade dos cuidados.
- Elaborar o relatório anual das actividades de formação realizadas

Ao **Enfermeiro Gestor do Risco Local**, compete:

- Representar o Serviço de Medicina Interna na articulação com todas as entidades com responsabilidade na área de gestão do risco.
- Dinamizar o processo de levantamento dos riscos no serviço através da respectiva identificação, análise e identificação.
- Dinamizar o processo de prevenção e redução dos riscos identificados no serviço.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de João Bernardo Hospital Cirúrgico Santiago do Outão</p>	<p>DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES <i>Enfermeiros</i></p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	25/10/2007
		Versão 02	26/03/2015
		Próxima revisão:	26/03/2018
		Cód. Documento:	DF.MEDI.03

- Activar o processo de relato de incidentes, sempre que necessário.
- Participar, sempre que possível, na análise e proposta para a resolução dos incidentes relatados.
- Colaborar na formação em serviço, nas temáticas de identificação e prevenção de riscos.
- Conhecer o plano de evacuação para o serviço e para o hospital.
- Conhecer a localização das escadas, botões manuais de alarma, extintores de incêndio, bocas-de-incêndio e pontos de encontro / reunião, para a área em que o serviço está localizado.
- Conhecer os membros das diversas equipas de emergência do serviço.
- Divulgar as instruções Gerais de Segurança no serviço.
- Informar o gabinete de Gestão de Risco sobre qualquer anomalia que possa vir a provocar um sinistro, ou que possa comprometer a segurança da evacuação

Ao **Enfermeiro Responsável pelo Carro de Urgência e Mala de transporte**, compete:

- Incentivar os utilizadores do Carro de Urgência a deixá-lo funcionante e devidamente selado, transmitindo ao enfermeiro responsável de turno o número de selo, para que fique registado em ocorrências.
- Incentivar todos os enfermeiros responsáveis de turno, à verificação diária da funcionalidade do desfibrilhador, deixando registo em ocorrências das anomalias detectadas.
- Incentivar e verificar se os utilizadores da mala de transporte a deixam funcionante e operacional depois de cada utilização.
- Verificar mensalmente e registar em impresso próprio, se:
 - A carga do carro está completa.
 - Os medicamentos e o material esterilizado se encontram no prazo de validade.
 - O laringoscópio tem pilhas e está funcionante.
 - A carga da mala de transporte de doentes.

Ao **Enfermeiro do Núcleo de Infecção Hospitalar**, compete:

- Representar o Serviço de Medicina Interna na articulação com a Comissão de Controlo de Infecção.
- Desenvolver no Serviço actividades relacionadas com a Infecção hospitalar, contribuindo para a normalização de procedimentos.
- Identificar no Serviço áreas – problema relacionadas com a infecção hospitalar e articular com o Enfermeiro Chefe e com a Comissão de Controlo de Infecção o desenvolvimento de estratégias para a sua solução.
- Articular com o Enfermeiro Chefe e com o Enfermeiro Responsável da Formação em Serviço as eventuais necessidades de formação identificadas.
- Em articulação com a Comissão de Controlo de Infecção, desenvolver trabalho de acordo com as políticas, normas e procedimentos emanadas da primeira.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de João Bernardo Hospital Cirúrgico Sant'ago do Outão</p>	<p>DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES <i>Enfermeiros</i></p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	25/10/2007
		Versão 02	26/03/2015
		Próxima revisão:	26/03/2018
		Cód. Documento:	DF.MEDI.03

- Dinamizar a equipa de enfermagem e auxiliares de acção médica, no sentido da criação de hábitos de boas práticas, no controlo da infecção hospitalar.
- Avaliar, em conjunto com os diversos intervenientes, o trabalho realizado.

Ao Enfermeiro de Referência no serviço para o GANDI (Grupo de Apoio à Nutrição do Doente Internado), compete:

- Representar o serviço, por delegação do respectivo Enfermeiro Chefe, na articulação com os restantes elementos do grupo GANDI.
- Assumir a responsabilidade de coordenação local do projecto, junto da equipa de enfermagem do serviço.
- Articular com o enfermeiro chefe e o enfermeiro responsável pela formação em serviço a identificação das necessidades de formação e o planeamento das medidas correctivas tendentes à satisfação das necessidades identificadas.
- Dinamizar a equipa de enfermagem no sentido de serem criados hábitos de registo dos diferentes parâmetros de avaliação, de acordo com as regras estabelecidas.
- Supervisionar a efectivação dos registos e a sua adequação à realidade de cada situação em análise..

Ao Enfermeiro Responsável Pelo Ensino Clínico, compete:

- Integrar os estudantes no serviço e no Centro Hospitalar, tendo presente os objectivos dos estudantes.
- Orientar, supervisionar e avaliar os estudantes durante o ensino clínico.
- Dar a conhecer e zelar pelo cumprimento das políticas e procedimentos em vigor no Serviço e no Centro Hospitalar.
- Cumprir o programa pedagógico acordado com as Escolas.

2. Referências

Lei de Gestão Hospitalar – Lei nº 27 / 2002 de 8 de Novembro.

Regulamento da Lei de Gestão Hospitalar – Decreto – Lei nº 27 / 2002 de 20 de Agosto.

Regulamento da Carreira de Enfermagem - Decreto-Lei nº 437/ 81 de 8 de Novembro,

Alteração ao Regulamento da Carreira de Enfermagem - Decreto – Lei nº 412 / 98 de 30 de Dezembro

Regime Legal da Carreira Aplicável aos Enfermeiros nas Entidades Públicas Empresariais - Decreto-Lei nº 247/ 2009 de 22 de Setembro.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de João Bernardo Hospital Crispínico Santiago do Outão</p>	<p>DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES <i>Enfermeiros</i></p> <p><i>Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	25/10/2007
		Versão 02	26/03/2015
		Próxima revisão:	26/03/2018
		Cód. Documento:	DF.MEDI.03

Regime da Carreira Especial de Enfermagem -Decreto – Lei nº 248/ 2009 de 22 de Setembro.

Despacho Regulamentar da Avaliação de Desempenho na Carreira de Enfermagem - Despacho nº 2 / 93 de 30 de Março.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – Decreto – Lei nº 161 / 96 de 4 de Setembro.

Regulamento da Avaliação do Desempenho na Carreira de Enfermagem – Despacho nº 2 / 93

Adaptação do SIADAP à Carreira Especial de Enfermagem - Portaria n.º 242/2011de 21 de Junho

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, anexo ao Decreto – lei nº 104 / 98 de 21 de Abril.

Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

Normas Internas de Avaliação do Desempenho dos Enfermeiros.

CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde.

Normas para a Acreditação, 4.ª Edição, Versão 01 (Julho 2013); critério 52.29.

3. Habilitações Académicas e Profissionais

Curso Superior de Enfermagem (Licenciatura ou Bacharelato)

Curso de Especialização em Enfermagem, ou Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, ou Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem.

4. Dependência Hierárquica e Funcional

O enfermeiro chefe do Serviço de Medicina Interna depende hierarquicamente da Enfermeira Directora, e funcionalmente do Director do Serviço.

Os enfermeiros do Serviço de Medicina Interna, dependem do Enfermeiro Chefe do serviço.

5. Anexos

Elaboração:	Verificação:	Ratificação:
--------------------	---------------------	---------------------

ÍNDICE

1. Introdução	4
2. Enquadramento Teórico	5
3. Definição de Objectivos	7
4. Planeamento – Propostas de medidas para a melhoria dos cuidados prestados	10
5. Conclusão	11
6. Bibliografia	12

LISTA DE ABREVIATURAS

CHS – EPE - Centro Hospitalar de Setúbal – Entidade Publica Empresarial

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

1. INTRODUÇÃO

O presente projeto foi desenvolvido no âmbito do programa “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” que o Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal assumiu como compromisso com o objectivo de identificar problemas emergentes susceptíveis de resolução e/ou melhoria.

De acordo com dados da International Diabetes Federation (IDF) de 2013, a Diabetes continua a aumentar em todos os países registando-se o aparecimento de 110.0 novos casos em Portugal.

A análise de estudos específicos para a diabetes mostra que a adesão dos indivíduos com diabetes ao regime terapêutico é baixa, constituindo um grave problema de saúde pública, com enormes repercussões na incidência e prevalência da diabetes. (Nascimento e Loureiro, 2007; Dias et al, 2011).

Atualmente não existem dados estatísticos que nos permitam avaliar a adesão ao regime terapêutico das pessoas internadas/reinternadas no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal – Entidade Publica Empresarial (CHS – EPE)., no entanto os dados recolhidos mostram-nos que 587 do total de internamentos no ano de 2013 se deveram a Diabetes.

Considerando esta realidade, delineamos o projeto “Viver com Diabetes” que assume como objetivo geral promover a adesão terapêutica das pessoas com diabetes inaugural e *diabetes mellitus* descompensada, internadas no Serviço de Medicina Interna do CHS – EPE.

Este projeto integra na sua estrutura os princípios inerentes ao enquadramento conceptual e apoia os enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros (OE) relativamente à satisfação do cliente, à promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e o auto-cuidado, e a readaptação funcional.

O presente trabalho encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2014) o número de utentes saídos/ internamentos nos hospitais do SNS em que a Diabetes se assume como diagnóstico principal apresenta uma tendência de crescimento nos últimos cinco anos. O número de utentes saídos /internamentos em que a Diabetes surge como diagnóstico associado evidencia uma dinâmica de crescimento ainda mais acentuada, aumentou 77,2% entre 2004 e 2013.

Estudos mostram que 98% dos cuidados na gestão da diabetes são da responsabilidade do próprio utente e que o autocuidado, assume um papel central no tratamento da diabetes procurando que a pessoa tenha a capacidade de efetuar os ajustes necessários a um bom controlo metabólico e assim evitar o aparecimento de complicações (Dias, et al, 2011 WHO, 2003; Correia, 2011).

O controlo da situação de saúde/doença exige constantes alterações nos hábitos de vida e os resultados dependem, maioritariamente, da eficácia do tratamento prescrito e do nível de adesão da pessoa à medicação e à adoção de estilos de vida saudáveis (Nascimento, Loureiro, 2007; Dias, et al, 2011). A análise de estudos específicos para a diabetes mostra que, a adesão dos indivíduos com diabetes ao regime terapêutico é baixa, constituindo a ausência da mesma um grave problema de saúde pública, com enormes repercussões na incidência e prevalência da diabetes. (Nascimento e Loureiro, 2007; Dias et all, 2011).

Sendo a Adesão ao regime terapêutico um foco da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), sendo esta classificação a base do sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE), debruçamo-nos sobre o foco “Gestão do Regime Terapêutico”, como um padrão alterado e intervenções associadas (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2003). De acordo com a análise dos dados recolhidos, observa-se que apenas em 2,38% da amostra foi enumerado este foco. Constatando que a equipa de enfermagem, na sua maioria, não regista e/ou não actualiza de forma adequada a avaliação referente a este foco, emergiu a necessidade de sensibilizar o grupo para a importância dos registos e actualizações dos mesmos, procurando a valorização das intervenções autónomas da profissão e evolução da enfermagem

enquanto ciência.

O diagnóstico de enfermagem em estudo “Adesão ao regime terapêutico” integra o core de Focos do Resumo Mínimo de Dados de enfermagem tanto na vertente hospitalar como na de Centro de Saúde (OE, 2007). Com o intuito de objetivar os ganhos em saúde com o referido projeto, definimos indicadores de estrutura, indicadores de processo, indicadores de resultado e epidemiológico.

A multiplicidade de fatores que interagem no processo de adesão terapêutica, torna-se um desafio para o profissional de saúde que tenta promover a adesão, tendo o enfermeiro competências que o permitam mediar o processo de adaptação da pessoa à sua condição de saúde/ doença (Sousa et al, 2011). O projecto envolve assim uma primeira etapa em que são analisados os registos de enfermagem efectuados no processo clínico informatizado, nomeadamente no que se relaciona com as aprendizagens ministradas ao doente/prestador de cuidados no internamento, e uma segunda etapa, destinada á verificação dessas aprendizagens, através de contacto telefónico, após a alta hospitalar.

Assim, informar os enfermeiros sobre o atual estado da arte relativamente à diabetes, delinear, discutir e implementar programas e estratégias de mudança de comportamentos que promovam a adesão terapêutica, devem ser uma prioridade para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, possibilitando ainda definição de estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

3. DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Objectivo geral:

- Aumentar a adesão ao regime terapêutico das pessoas internadas com diabetes inaugural e *diabetes mellitus* descompensada no serviço de Medicina Interna do CHS – E.P.E.

Objetivos específicos:

1. Realizar sessões formativas às pessoas internadas, no serviço de medicina interna, com *diabetes mellitus* descompensada e diabetes inaugural.

Indicadores:

- (Nº de ações formativas realizadas/ Nº total de ações formativas previstas) x100;
- Consulta de ficha específica para registo de ações informativas e consulta do SClínico;

Meta:

- Garantir uma taxa de realização de sessões formativas às pessoas internadas, no serviço de medicina interna, com *diabetes mellitus* descompensada e diabetes inaugural $\geq 90\%$
2. Entregar o manual de apoio, sobre a *diabetes mellitus*, já existente, às pessoas internadas, no serviço de medicina interna, com *diabetes mellitus* descompensada e diabetes inaugural

Indicadores:

- Consulta de ficha específica para registo de entrega do manual de apoio e consulta do SClínico;

- (Nº de manuais entregues/ Nº total previsto da entrega de manuais) x100

Meta:

- Que a 90% pessoas internadas, no serviço de medicina interna, com *diabetes mellitus* descompensada seja entregue o manual de apoio, sobre a *diabetes mellitus*.
3. Entregar às pessoas internadas, no serviço de medicina interna, com *diabetes mellitus* descompensada e diabetes inaugural uma máquina de avaliação da glicemia capilar (em caso de não ter ou de a sua estar desadequada à pessoa e a sua condição);

Indicadores:

- (Nº de máquinas entregues/ Nº total previsto de máquinas entregues) x100;
- Consulta de ficha específica para registo de entrega de máquinas de avaliação da glicémia capilar e consulta do SClínico;

Meta:

- Que a 100% das pessoas internadas, no serviço de medicina interna, com *diabetes mellitus* descompensada seja entregue uma máquina de avaliação da glicemia capilar (em caso de não ter ou de a sua estar desadequada à pessoa e a sua condição);
4. Realizar follow-up telefónico às pessoas com *diabetes mellitus* descompensada e diabetes inaugural, que estiveram internadas no serviço de medicina interna

Indicadores:

- (Nº de follow-up realizados/ Nº total previsto de follow-up a realizar) x100;
- Consulta de ficha específica para registo de follow-up telefónico;

Meta:

- Que 50% das pessoas com *diabetes mellitus* descompensada e diabetes inaugural, que estiveram internadas no serviço de medicina interna, sejam abrangidas pelo follow-up telefónico.

4. PLANEAMENTO – PROPOSTAS DE MEDIDAS PARA A MELHORIA DOS CUIDADOS PRESTADOS

Estratégias de ação:

1. Identificar o número de pessoas com diabetes reinternadas no serviço pela não adesão ao regime terapêutico;
2. Identificar as causas da não adesão ao regime terapêutico;
3. Produzir dados indicadores de qualidade dos cuidados no âmbito da adesão ao regime terapêutico;
4. Implementar ações de melhoria:
 - Realizar sessão/(ões) formativa(s) a equipa de enfermagem por forma a uniformizar ensinios;
 - Realizar ensinios ao doente tendo por base o manual de apoio;
 - Elaborar um instrumento de registo de entrega de máquinas de avaliação da glicemia capilar e canetas de insulina;
 - Desenvolver programa de follow-up telefónico pós-alta.

Critérios de cumprimento:

- Abertura em SClínico do fenómeno “Gestão do regime terapêutico” como não demonstrado e posteriormente a sua actualização ao longo do internamento culminando como “Gestão do regime terapêutico” demonstrado, em 30%.

Critérios de superação:

- Abertura em SClínico do fenómeno “Gestão do regime terapêutico” como não demonstrado e posteriormente a sua actualização ao longo do internamento culminando como “Gestão do regime terapêutico” demonstrado, em 50%.

5. CONCLUSÃO

Este projeto foi desenvolvido no âmbito do programa “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” com o intuito de aumentar a percentagem da adesão ao regime terapêutico das pessoas internadas com diabetes inaugural e *diabetes mellitus* descompensada no serviço de Medicina Interna do CHS – E.P.E. conseguindo ganhos em saúde.

Pretendemos com este projecto contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem prestados aos doentes internados no serviço supra citado.

O presente projecto tem também como objectivo estabelecer a ligação com os cuidados de saúde primários identificando doentes que ainda não sendo acompanhados à data da admissão no serviço de Medicina Interna do CHS – E.P.E., passem a ser no momento da Alta. Esta ponte será estabelecida através do envio de correio para o centro de saúde da área do utente.

6. BIBLIOGRAFIA

- Conselho Internacional De Enfermeiras - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, (2003).
- Correia, Carla – Adesão e gestão de Regime Terapêutico em Diabéticos Tipo 2. Lisboa : Universidade Aberta.
- Dias, A. M., et al (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. Millenium
- Ordem dos Enfermeiros - Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. [Em Linha]. (2007). Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf
- Revista Portuguesa de Diabetes. Volume 2, N.º 2 . ISSN: 1646-3994.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2014) “Diabetes factos e números 2014-Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes” Lisboa, disponível em: <https://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=27006>
- Sousa et al (2011). “Coping e adesão ao regime terapêutico”. Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.º4
- therapies: Evidence for action. [Em linha]. (2003), Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- International Diabetes Federation (IDF). (2013). IDF Atlas. 6th edition
- Nascimento, D; Loureiro, I. (2007) “Adesão ao Regime Terapêutico da Diabetes”
- World Health Organization (WHO) - Adherence to long term
- Base de dados do C.H.Setúbal, E.P.E. (2013).

Centro Hospitalar de Setúbal
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão



Secção Regional do Sul

Padrões de Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem

Serviço de Medicina Interna

PROJETO: Vigilância Ativa no Controlo do MRSA

“Não Dê Boleia ao MRSA”



AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer a todos os profissionais do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal pelo seu empenho na aplicação quotidiana das boas práticas em controlo de infeção e, mais especificamente, na prossecução das estratégias desenvolvidas para controlar o MRSA.

Índice

1. INTRODUÇÃO	6
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
3. IDENTIFICAÇÃO E DIMENSÃO DO PROBLEMA - MRSA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA	11
4. OBJETIVOS E METAS	14
5. PROPOSTAS DE MEDIDAS PARA MELHORIA DOS CUIDADOS PRESTADOS	16
6. CONCLUSÃO	17
7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	18
8. ANEXOS	21

Índice de Anexos

ANEXO 1 – CRONOGRAMA GERAL DO PROJETO 2012-2014	22
ANEXO 2 – PROCEDIMENTO PARA CONTROLO DE MICRORGANISMOS MULTI-RESISTENTES (MRSA E OUTROS)	23
ANEXO 3 – CARTAZES ALUSIVOS À TÉCNICA DE LAVAGEM E DESINFECÇÃO DAS MÃOS	34
ANEXO 4 - FOLHETO INFORMATIVO “ SAIBA MAIS SOBRE O MRSA – PROTEJA- SE A SI E AOS OUTROS”	35

Lista de Abreviaturas

CCI - Comissão de Controlo de Infeção

CIF - Circular Interna Formativa

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHS - Centro Hospitalar de Setúbal

DGS - Direcção Geral de Saúde

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, ou nosocomiais

MMR - Microrganismos multirresistentes

MRSA - Methicillin resistant staphylococcus aureus

OE - Ordem dos Enfermeiros

SMI - Serviço de Medicina Interna

1. Introdução

No âmbito do programa “Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem” o Serviço de Medicina Interna (SMI) do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) assumiu o compromisso de identificar problemas emergentes susceptíveis de resolução e/ou melhoria. Enquanto elementos interlocutores do serviço com a Comissão de Controlo de Infeção (CCI) temos anualmente o compromisso de definir um plano de intervenção para a redução e controlo de infeção associado aos cuidados de saúde (Anexo 1).

Sendo Portugal um dos países a nível europeu com uma das mais elevadas taxas de incidência de *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (MRSA) (53,8%) em 2012, e atendendo ao fato de que este representa uma das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) com maior prevalência, torna-se imperativo a adoção de medidas de prevenção e controlo de infeção (ECDC, 2013). Tendo em conta a elevada taxa, nos doentes internados neste serviço, com infeção por MRSA, entendeu o grupo que no ano 2012 seria possível associar os dois processos pela definição de um projeto de intervenção para a vigilância desta infeção e implementação de medidas para a sua redução.

Considerando, que um dos principais objetivos de uma instituição de saúde é a garantia dos cuidados prestados, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na declaração “*Saúde para todos no ano 2000*”, Meta 31, e o Conselho de Ministros, definem qualidade em saúde como um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação de desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objetivo de melhoria continua.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem constituem a base fundamental para a melhoria contínua da segurança e qualidade do exercício profissional.

A problemática do MRSA domina as preocupações em saúde na atualidade, tendo a DGS, em 2013, criado um programa de saúde prioritário, com vista à prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos, e uma maior aposta na formação dos profissionais, na vigilância epidemiológica e na normalização de procedimentos e práticas

clínicas (DGS, 2013). Como defende a DGS (2007) uma atuação planeada e bem estruturada, dinamizada pelos profissionais, conseguirá evitar, pelo menos, um terço das infeções.

Deste modo, tendo em conta a melhoria dos cuidados de saúde prestados e como elementos interlocutores da CCI no SMI, tornou-se fulcral incidir na problemática da colonização/infeção por MRSA. Principalmente, aquando identificação do problema com o aparecimento num período limitado de uma semana no mês de Fevereiro de 2012, de 7 doentes com infeção (1/3 dos doentes internados nesse período).

Sendo o CHS uma instituição acreditada no âmbito dos procedimentos definidos com a CCI, em Maio de 2012 iniciou-se o rastreio dos portadores de MRSA, de acordo com o protocolo “Vigilância Ativa de Doentes Portadores de MRSA”. Passou-se então a efetuar o rastreio, através de zaragatoa nasal, numa população selecionada de acordo com os critérios de risco definidos pela CCI do CHS no procedimento CIF.08 “Procedimento para Controlo de Microrganismos Multi-Resistentes, incluindo o MRSA e outro “.

A realização deste projeto assume elevada pertinência, principalmente em contexto de internamento no SMI, na medida em que estamos perante uma população alvo maioritariamente idosa, face á sua presença crescente na população, com maior probabilidade de adoecer e necessitar de internamento hospitalar ou de institucionalização, o que pode provocar aumento de complicações, face á sua vulnerabilidade e fragilidade associada ao seu processo de doença. Este fenómeno é confirmado pela DGS, que revela que os idosos são a faixa etária que apresenta a percentagem mais elevada de infeções hospitalares e de consumo de antimicrobianos, sendo crucial reconhecer os fatores de risco para infeção por MRSA, de forma a antecipar complicações e co morbilidades associadas.

Os programas de rastreio de colonização/infeção por MRSA assumem neste âmbito especial destaque, prevenindo a disseminação do microrganismo aquando a admissão hospitalar (Eveillard et al, 2006). Deste modo, os profissionais de saúde desempenham um importante papel na quebra da cadeia de transmissão deste agente nos diferentes contextos dos cuidados de saúde, sendo essencial apostar na sua formação e responsabilização (Pina et al., 2011). Tal como consta no artigo nº 83 do Código Deontológico, o enfermeiro deve co-responsabilizar-se pelo atendimento ao indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento” (OE, 2009).

Tendo em conta o que foi descrito nos parágrafos anteriores o trabalho será estruturado da seguinte forma: numa primeira abordagem teremos o enquadramento teórico, seguindo-se a identificação e dimensão do problema do MRSA no SMI. Os objetivos e metas serão ponto seguinte, terminando com propostas de medidas para melhoria dos cuidados prestados face ao problema identificado.

2. Enquadramento teórico

O MRSA é um dos microrganismos multirresistentes (MMR) mais implicados nas IACS e o mais isolado nos hospitais em todo o mundo. A nível hospitalar, a fonte de transmissão cruzada desta bactéria são os doentes infetados ou colonizados, sendo que, o risco de colonização/infeção pelo microrganismo aumenta com o tempo de internamento, gravidade da patologia base, número de intervenções cirúrgicas e exposição a antibióticos.

O *staphylococcus aureus* é uma bactéria gram positiva cujo reservatório principal é o ser humano (Pina et al., 2011). Este microrganismo coloniza a pele, nomeadamente a zona axilar, perineal e a mucosa nasal, sem causar sinais e sintomas clínicos adversos, mas que por vezes pode dar origem a infeções, podendo gerar septicémias e morte (Coia et al, 2006).

Como documentou Peres D. et al (2014), o MRSA é hoje, o microrganismo patogénico multirresistente mais frequentemente isolado nos hospitais em muitas partes do mundo, sendo Portugal um dos países a nível europeu com uma das mais elevadas taxas de incidência de MRSA, atingindo os 53,8% em 2012 (ECDC, 2013). Historicamente, o MRSA era um microrganismo associado a infeções nosocomiais, no entanto, mais recentemente estirpes com fenótipos distintos emergiram na comunidade.

As infeções por MRSA comumente confinadas aos hospitais são agora também descritas na comunidade, entre doentes com e sem factores de risco.

As orientações da Society for Healthcare Epidemiology of America referem ainda seis estudos de custo-benefício realizados para o MRSA concluindo que estes “demonstram que um programa de controlo de infeção que dá ênfase à identificação precoce destes doentes através de rastreio ativo e medidas de isolamento de contato para prevenir a transmissão reduz a prevalência e incidência de colonização como a de infeção, melhorando o resultado dos doentes e reduzindo os custos dos cuidados de saúde” (Muto et al., 2003).

P. Kohler, et al. (2012), a colonização por MRSA tem mostrado estar associada a um risco de até 30% de adquirir uma infeção por MRSA durante um internamento no hospital. Com o objetivo de evitar a propagação de MRSA, várias medidas de controlo de infeção têm sido implementadas, a descolonização de portadores de MRSA é comum como componente de estratégia de controlo de infeção. Na descolonização, as taxas de sucesso variam, entre 23

a 96%, e o uso rotineiro de antibióticos orais em descolonização/tratamento não é uniformemente reconhecida. Numa revisão sistemática comparando regimes de descolonização tópicos e sistêmicos, a aplicação nasal de mupirocina parece ser o tratamento mais eficaz para a erradicação de MRSA. Em outros ambientes, em que exista presença de uma ferida colonizada, ou MRSA isolado em múltiplos locais do corpo, têm sido descritos como fatores de risco para a falha da descolonização.

A descolonização para o MRSA refere-se, principalmente, à utilização de agentes tópicos, como pomada para aplicação nasal (mupirocina) e desinfetante para lavagem corporal (clorhexidina a 2%).

A higienização das mãos é reconhecida mundialmente como uma medida primária, fulcral no controlo de infeções relacionadas com a assistência em saúde. Por este motivo, tem sido considerada como um dos pilares da prevenção e controlo de infeções em instituições de saúde.

Em 2000, Pittet et al. referiram que uma melhoria na adesão à higienização das mãos sustentada ao longo do tempo traduz-se na redução de infeções relacionadas à assistência à saúde e à transmissão de MRSA.

Estima-se que na União Europeia as infeções hospitalares devidas ao MRSA atingem, anualmente, mais de 150.000 doentes, o que resulta num acréscimo global de custos hospitalares avaliado em 380 milhões de euros (Kock et al., 2010).

A revisão da literatura comprova que o aumento das infeções associadas aos cuidados de saúde por MRSA está associado ao aumento concomitante das taxas de morbilidade e mortalidade na população geral e na população hospitalizada, levando ao aumento dos custos da assistência médica (Grudmann et al, 2006).

Segundo Tübbicke, et al, (2013) o MRSA representa um sério desafio para as instituições de cuidados de saúde, contudo apesar de a execução do rastreio MRSA estar associada a despesas elevadas para o hospital, o custo-efetividade da execução do rastreio já foi confirmado em vários estudos.

3. Identificação e Dimensão do Problema - MRSA no Serviço de Medicina Interna

Num período limitado (de uma semana) do mês de Fevereiro de 2012, o aparecimento de sete doentes com infeção por MRSA pelo mesmo organismo multirresistente no SMI levou-nos, enquanto elementos interlocutores da CCI, a reconhecer esta situação como um problema.

Desta forma, em Maio de 2012, foi implementada uma estratégia multimodal com o objetivo de controlar e prevenir o MRSA a nível do SMI. Os pontos integrantes desta estratégia incluem medidas como:

- ✓ Aplicação universal das precauções básicas, que incluem “Os cinco momentos para a higiene das mãos”, de acordo com a Implementação do Projeto Nacional de Higienização das Mãos, ao qual o SMI aderiu em 2010;
- ✓ Realização de rastreio ativo para pesquisa de portadores de MRSA, efectuado por zaragatoa nasal;
- ✓ Sistema de Vigilância Epidemiológica, que consiste no alerta do Laboratório de Microbiologia à CCI sempre que é detetado novo caso de MRSA, procedendo-se ao levantamento de dados no processo eletrónico do doente, registando numa base de dados interna. O serviço é contactado para verificar se as medidas de isolamento estão implementadas;
- ✓ Descolonização de doentes colonizados por MRSA com o recurso a agentes tópicos, com a aplicação nasal de mupirocina e a higienização corporal com clorexidina 4%, durante 5 dias e respectivo follow up.

Para a concretização destas medidas foram implementadas múltiplas ações, nomeadamente:

- ✓ Reforço dos pontos de desinfeção alcoólica das mãos na unidade do doente e em outros locais de risco no serviço;
- ✓ Aplicação universal das precauções básicas que incluem: higienização das mãos, uso de equipamento de proteção individual, desinfeção adequada dos

equipamentos e superfícies do ambiente, cumprimento do isolamento de contato em quarto individual ou em coorte (Anexo 2);

- ✓ Afixação de cartazes alusivos à técnica de lavagem e desinfecção das mãos no serviço, assim como, colocação em todos os computadores de um pano de fundo alusivo às precauções básicas de controlo de infeção (Anexo 3);
- ✓ Realização de sessões de divulgação e de esclarecimento a novos profissionais no SMI que incluem assistentes operacionais, enfermeiros e médicos;
- ✓ Colaboração no módulo de formação interna obrigatória do SMI para os profissionais de saúde, onde foram abordados os seguintes temas:
 - Apresentação da Norma da DGS “Precauções Básicas do Controlo da Infeção”(2013);
 - Partilha dos resultados das auditorias campanha para a melhoria da higienização das mãos do Serviço em 2012/2013 face à adesão por categoria profissional e por momento. Realização de exercício prático com equipamento (luz fria) que permitiu visualizar a eficácia da técnica;
 - Abordagem temática: MRSA – Boas Práticas na Prevenção da IACS;
 - Abordagem do tema “Prevenção da Resistência aos Antimicrobianos”;
- ✓ Disponibilização do folheto informativo “ Saiba mais sobre o MRSA – Proteja-se a si e aos outros” distribuído aos familiares/ visitas dos doentes a quem foi detetado MRSA. Em simultâneo, complementa-se com ensinamentos durante o período da visita e esclarecimento de dúvidas, alertando para a importância da higienização das mãos (Anexo 4);
- ✓ Auditoria anual ao procedimento de higienização das mãos.

Após a identificação do problema relacionado com a colonização e infeção por MRSA no SMI e no âmbito da aplicação do “Procedimento para Controlo de Microrganismos Multi-Resistentes (MRSA e outros) ” iniciou-se, em Maio de 2012, o rastreio de MRSA nos doentes vulneráveis ou de risco através da colheita de exsudado nasal num universo de todos os doentes internados neste serviço (Anexo 2).

No ano de 2012, a totalidade de doentes internados no serviço foi de 2075, destes, foram identificados 149 isolamentos por MMR. Da totalidade de isolamentos 121 correspondem a

isolamentos por MRSA. Destes, 92 correspondem a colheitas de exsudados nasais. A proporção de isolamentos por MRSA correspondeu a 81.21% do total de MMR isolados.

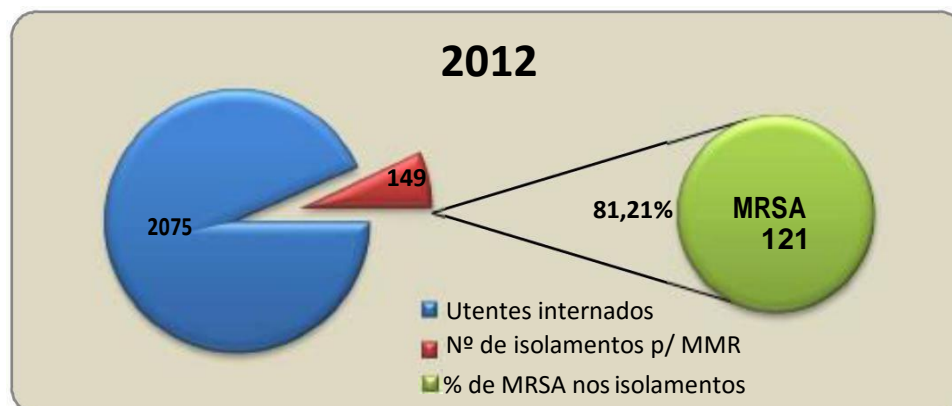


Gráfico 1 – Dados referentes a 2012

No ano de 2013, a totalidade de doentes internados aumentou para 2374, dos quais foram isolados 399 doentes com MMR. Da totalidade dos isolados, 174 corresponderam a MRSA, sendo 118 resultantes de colheitas de exsudados nasais. Desta forma, a percentagem de isolamentos por MRSA correspondeu a 43.61% do total de MMR isolados. Comparativamente ao ano anterior houve um decréscimo significativo na percentagem de MRSA identificados no universo de MMR.

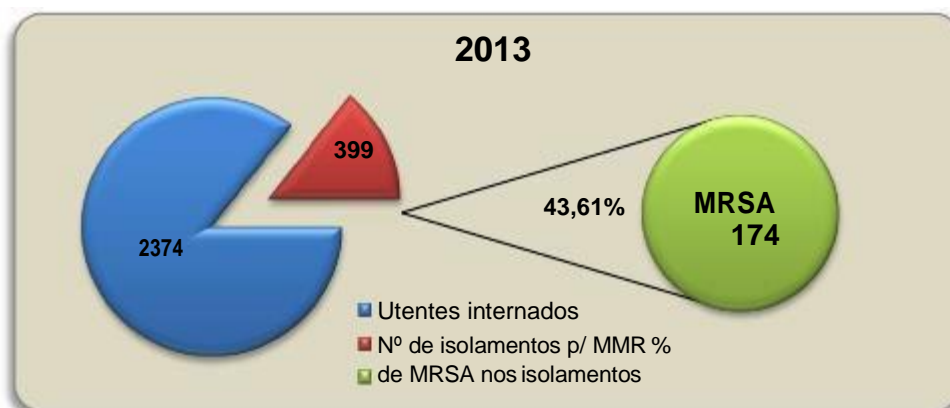


Gráfico 2 – Dados referentes a 2013

Para além do MRSA foram também notificados os seguintes MMR: *Pseudomonas Aeruginosa*, *Acinetobacter Baumannii*, *Clostridium Difficile* e *Enterococcus Faecium*.

Note-se que na globalidade se constatou um aumento do número de isolamentos por MMR.

4. Objetivos e Metas

O desenvolvimento deste projeto foi feito com a colaboração da CCI do CHS através de um Sistema de Vigilância Epidemiológica. A aquisição de dados para o projeto foi feita em parceria com o Laboratório de Microbiologia.

Sendo que para o ano de 2014 propusemos:

Objetivo geral:

Promover a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem através da integração de um projeto de melhoria contínua da qualidade no serviço, bem como, a capacidade para identificar, interpretar e avaliar diferentes tipos de dados e relacioná-los de forma lógica, com sentido crítico, tendo em vista uma prestação de cuidados segura e de qualidade.

Objetivos específicos:

1. Assegurar o cumprimento do Plano de Formação Interna Obrigatória do SMI conforme previsto.

Indicadores:

- N° de ações formativas realizadas/ N° total de ações formativas previstas) x100;
- Taxa de formação por grupo profissional;
- N° de profissionais do serviço, por grupo / N° total de profissionais de cada grupo x100.

Meta:

- Garantir uma taxa de frequência $\geq 75\%$ da equipa multidisciplinar na ação e formação prevista pelo módulo formativo do SMI na área de controlo de infeção no ano 2014.

2. Assegurar a continuação da Campanha de Higienização das Mãos no SMI

Indicadores:

- Realizar auditorias de observação ao serviço no último trimestre do ano;
- Conhecer a percentagem de adesão por momento;
- Conhecer a percentagem de adesão por categoria profissional.

Meta:

- Aumentar em 2,5% os resultados na auditoria à Campanha de Melhoria de Higienização das Mãos no SMI, na adesão por momento e por grupo profissional no ano 2014.

3. Assegurar o cumprimento do Plano de Auditorias conforme estabelecido para o serviço.

Indicadores:

- N° de auditorias realizadas/ Total de auditorias previstas X100.

Meta:

- Cumprir em 100% o plano de auditorias definido para o serviço.

4. Implementar medidas de isolamento de contato no SMI, cumprindo o protocolo de descolonização em vigor no CHS.

5. Propostas de Medidas para Melhoria dos Cuidados Prestados

Decorrente da metodologia e considerando a necessidade de evidenciar ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem está previsto no serviço, que a partir de 2015, se fará a mudança de procedimentos relativos aos registos de enfermagem, abandonando o registo das intervenções de enfermagem em "Atitudes Terapêuticas" e passando o registo para o "Processo de Enfermagem" através do Foco "Infeção". Posteriormente será avaliado através do indicador epidemiológico taxa de ganhos possíveis/esperados de efetividade, integrado no resumo mínimo de dados de enfermagem (RMDE)¹.

Ao longo de 2015, irá ser realizada e entregue uma proposta para a parametrização dos registos de enfermagem com linguagem presente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), nomeadamente abordando os focos "Infeção" e "Susceptibilidade à Infeção" de forma a permitir um controlo de registo associado a esta problemática identificada. Os resultados obtidos para os focos identificados, irão refletir os ganhos em saúde associados aos cuidados de enfermagem.

Consideramos igualmente pertinente a implementação da norma da DGS "Prevenção e Controlo de Colonização e Infeção por *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados" publicada em Dezembro de 2014, com a divulgação/formação dos profissionais que integram a equipa de cuidados e sua posterior e contínua monitorização. É claramente necessária a adaptação da norma à realidade do SMI e do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

¹ Segundo Werley et al., 1991, o resumo mínimo de dados de enfermagem é "(...) o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde".

6. Conclusão

Este projeto está a ser desenvolvido no âmbito do programa “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” com o intuito de reduzir o risco de colonização/infeção por MRSA através da vigilância e da implementação de estratégias tendo em vista a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

A execução, no SMI, de uma estratégia baseada no rastreio ativo de uma população selecionada, na implementação e monitorização de medidas de isolamento em doentes com colonização/infeção por MRSA e na descolonização dos mesmos permitiu, num período de um ano, uma redução substancial da percentagem de isolamentos por MRSA. Com base nos resultados obtidos constatou-se uma redução de 81,2 % para 43,6% no número de doentes isolados por MRSA no SMI entre 2012 e 2013.

A formação da equipa multidisciplinar, com a frequência de ações de formação incluídas no módulo formativo do SMI na área de controlo de infeção, foi executada com sucesso na equipa de enfermagem atingindo uma taxa superior a 75% de adesão. O que não se constatou na restante equipa multidisciplinar.

Outro dos objetivos levantado prende-se com a promoção da adesão ao comportamento de higienização das mãos. Nas auditorias realizadas em 2012 e 2013 constatou-se uma melhoria da adesão à higienização das mãos na equipa médica, aumentado de 33% para 35%, e na equipa de assistentes operacionais 25% para 38% de adesão. Na equipa de enfermagem manteve-se inalterada com 55% de taxa de adesão.

Com os resultados descritos contribuímos para a redução da taxa de incidência de colonização/infeção por MRSA, para a melhoria dos cuidados de saúde prestados e para o aumento dos ganhos em saúde.

É importante referir que permanece a necessidade de monitorizar continuamente a aplicação da estratégia instituída através de auditorias, com partilha da informação aos profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar. A redução da IACS exige uma intervenção de mudança de conduta com abordagem multidisciplinar que inclua medidas simples, exequíveis e com a evidência de que salvam vidas.

7. Referências bibliográficas

Coia, J E; Duckworth, G; Edwards, D I; Farrington, M; Fry, C; Humphreys, H; Mallaghan, C; Tucker, D R; (2006) *for the Joint Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy, the Hospital Infection Society and the Infection Control Nurses Association. Guidelines for the control and prevention of Methicillin Staphylococcus Aureus (MRSA) in healthcare facilities.* Acedido em 14/01/2015. Disponível em [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(06\)00002-8/fulltext](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(06)00002-8/fulltext)

ECDC (2013). *Antimicrobial resistance surveillance in Europe Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2012.* Acedido em 01/04/2014. Disponível em <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2012.pdf>

Eveillard, M., Leroy, C., Teissiere, F., Lancien, E., Branger, C., Lassence, A., **O’Brun, P.** (2006). *Impact of selective screening in the emergency department on meticillin-resistant Staphylococcus aureus control programmes. Journal of Hospital Infection, 63:* 380-384;

Grundman, H; Aires-de-Sousa, M; Boyce, J; Tiemersma, E. (2006) *Emergence and resurgence of meticillin-resistant Staphylococcus aureus as a public-health threat.* Acedido em 02/01/2015. Disponível em [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(06\)68853-3.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(06)68853-3.pdf)

Köck, R., Becker, K., Cookson, B., E van Gemert-Pijnen, J., Harbarth, S., Kluytmans, J., Mielke, M., Peters, G., Skov, R., Struelens, M., Tacconelli, E., Navarro Torné, A., Witte, W., Friedrich, A., (2010) *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA): burden of disease*

and control challenges in Europe. Eurosurveillance, Volume 15, Issue 41. Acedido em 02/01/2015. Disponível em <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V15N41/art19688.pdf>

Kohler, P.; Bregenzer-Witteck, A.; Rettenmund, G.; Otterbech, S.; Schlegel, M.(2012) *Clinical and epidemiological study MRSA descolonization: success rate, risk factors for failure and optimal duration of follow-up* Acedido em 14/01/2015. Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007/s15010-012-0290-1>

Muto, C. A; Jernigan, JA; Ostrowsky, BE; Richet, HM; Jarvis, WR; Boyce, JM; Farr BM (2003) *SHEA Guideline for Preventing Nosocomial Transmission of Multidrug- Resistant Strains of Staphylococcus aureus and Enterococcus*. *Infect Control Hosp Epidemiol*. Acedido em 14/01/2015. Disponível em http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Erreger_ausgewaehlt/MRSA/MRSA_SHEA.pdf?__blob=publicationFile

OE (2009). *Código Deontológico - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009de 16 de Setembro*. Acedido em 01/01/2015. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.p df](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf)

Peres, D.; Neves, I.; Vieira, F.; Devesa, I. *Estratégia para Controlar o Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina: A Experiência de Cinco Anos de um Hospital Strategy to Control Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus: The 5 Year Experience of a Hospital*. *Acta Med Port* 2014 Jan-Feb; **27**(1):67-72

Pina, E., Silva, G. e Ferreira, E. (2011) *Relatório Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção 2010*. DGS. Acedido em 02/01/2015. Disponível em <http://www.dgs.pt/>

Pittet, D. et al. (2000) *Effectiveness of a hospitalwide programme to improve compliance with hand hygiene*. *Lancet*, v.356, p.1307-1312. Acedido em 05/12/2014. Disponível em

<http://medlineindustriesinc.com/media/assets/pdf/sterillium-comfort-gel/Effectiveness-of-a-hospital-wide-programme-to-improve-compliance-with-hand-hygiene.pdf>

Tübbicke1, A., Hübner, C., Hübner, N., Wegner, C., Kramer, A., Fleßal, S., (2013) *Cost comparison of MRSA screening and management – a decision tree analysis* Acedido em 05/12/2014. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/438>

Werley, H; Devine, E.; Zorn, C.; Ryan, P.; Westra, B. – *The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data*; (1991) AJPH. 81 (4), p. 421 – 426. Acedido em 05/12/2014. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1405031/>

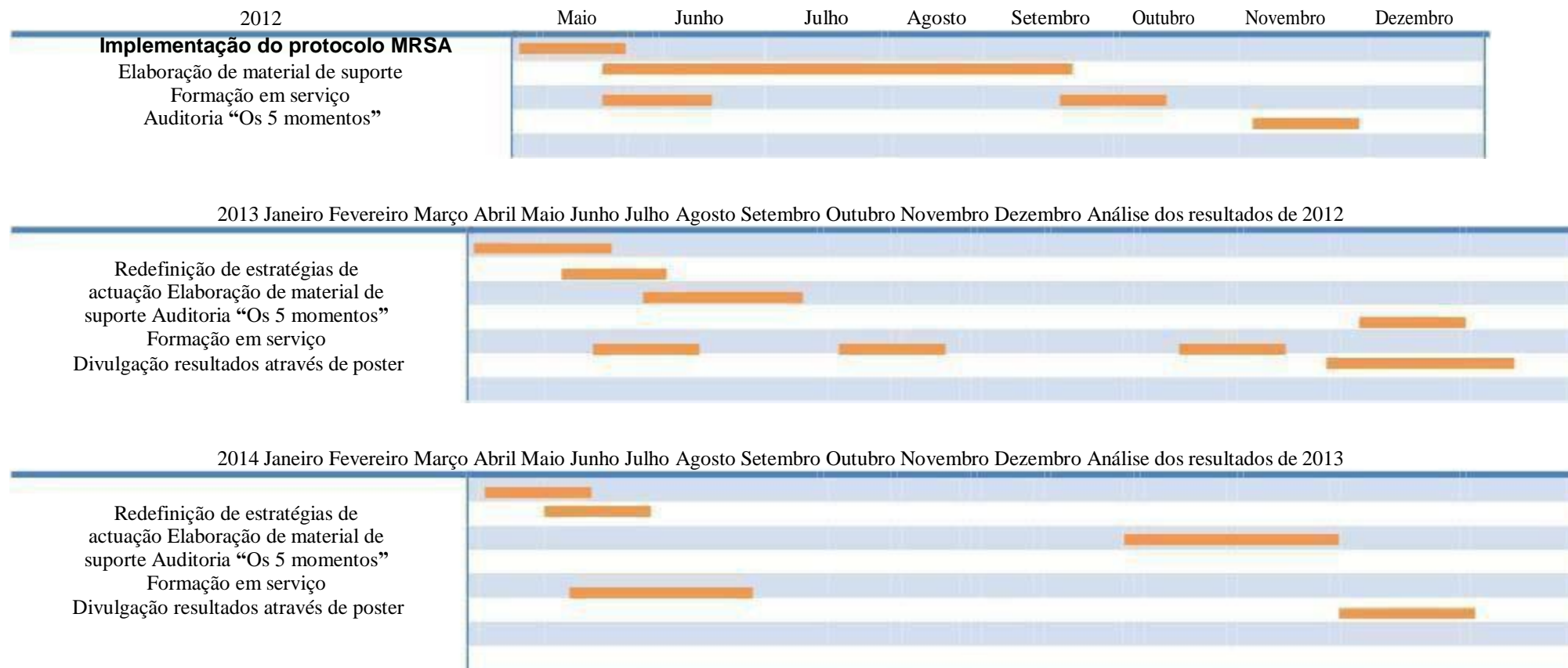
www.dgs.pt, [microsite](#) PNCI. Acedido em 08/12/2014

www.who.int, Acedido em 11/12/2014

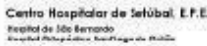
8. Anexos

ANEXO 1

CRONOGRAMA GERAL DO PROJETO |2012-2014



ANEXO 2

	Procedimento para Controlo de Microrganismos Multi-Resistentes (MRSA e outros) (Alteração 01)	Data de entrada em vigor:	04/04/2005
		Revisão C	29/04/2011
		Próxima revisão:	29/04/2014
		Cód. Documento:	CI08

1. Objetivo

Prevenir a transmissão de microrganismos multi-resistentes (MMR) entre doentes e aos profissionais de saúde e a sua disseminação no meio ambiente hospitalar.

2. Campo de aplicação

Aplica-se a todos os profissionais clínicos do CHS que contactam com doentes infectados ou colonizados com microrganismos multi-resistentes.

3. Siglas, abreviaturas e definições

ABMR – *Acinetobacter baumannii* multi-resistente
CA – Conselho de Administração
CCI – Comissão de Controlo de Infecção
CHS – Centro Hospitalar de Setúbal
EBL – Enterobactérias produtoras de β -lactamases
EPI – Equipamento de Protecção Individual
ESBL – β -lactamases de espectro estendido
IACS – Infecções associadas aos cuidados de saúde, ou nosocomiais
MMR – Microrganismos Multi-Resistentes
MRSA – *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente
PAMR – *Pseudomonas aeruginosa* multi-resistente
VISA – *Staphylococcus aureus* com resistência intermédia à Vancomicina
VRE – *Enterococcus* resistente à Vancomicina

Microrganismos multi-resistentes (MMR): são bactérias resistentes a duas ou mais classes de antibióticos, activos em terapêutica habitual. Serão considerados, apenas, os microrganismos relevantes como patogêneos humanos e isolados de amostras biológicas.

As estirpes de *Mycobacterium tuberculosis* multi-resistentes não são abrangidas por este procedimento, devido a diferenças significativas no modo de transmissão e nas medidas de controlo.

Infecção: Invasão e multiplicação de microrganismos no hospedeiro, ocorrendo resposta imunológica (exemplos: infecção da ferida operatória; infecção urinária; pneumonia).

Colonização: presença e multiplicação de microrganismos sem qualquer expressão clínica evidente ou reacção imune detectada.

Estes microrganismos podem, ou não, ser MMR (exemplos: colonização nasal por MRSA; colonização urinária por *Candida albicans*; colonização da ferida operatória por *Staphylococcus epidermidis*).

Contaminação: crescimento e multiplicação de microrganismos de forma transitória nas superfícies inertes, em produtos biológicos ou no próprio indivíduo (ex: mãos dos profissionais contaminadas com *Staphylococcus aureus*).

4. Referências

- Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação, 3.ª Edição, Versão 01, 2010, critério 13.16.

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Obituário Santiago do Calado	Procedimento para Controlo de Microrganismos Multi-Resistentes (MRSA e outros) (Alteração 01)	Data de entrada em vigor:	04/04/2005
		Revisão C	29/04/2011
		Próxima revisão:	29/04/2014
		Cód. Documento:	CIF.08

- PNCI – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital: um guia prático (tradução do Manual de Controlo da Infecção da Organização Mundial de Saúde), 2002.
- The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals, 2004.
- Siegel JD, Rhinehart E. and The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Management of multidrug-resistant organisms in health care settings. Am J Infect Control; 35: S165-193, 2007.
- Coia JE et al. for the Joint Working Party of the British Society of Antimicrobial Chemotherapy, the Hospital Infection Society, and the Infection Control Nurses Association. Guidelines for the control and prevention of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in healthcare facilities. Journal of Hospital Infection 63S, S1-S44; 2006.
- Groupe de travail de la région Ile-de-France. Programme et maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes (BMR) aux antibiotiques : fiches techniques. CCLN Paris-Nord, 1997.
- Consensus formalisé d'experts – Recommandations nationales. Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. Hygiènes (SFHH) vol. XVII, n.º 2; Avril 2009.
- Clinical and Laboratory Standards Institute – Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; January 2010.
- Infection control guidelines for the prevention of transmission of infectious diseases in the health care setting. Australian Health Ministers' Advisory Council; January 2004.
- CCI – Hospital de São Bernardo. Recomendações de actuação em caso de Microrganismos Multi-Resistentes, 2004.
- Procedimento "Técnicas de Isolamento e Enfermagem Controlada" do CHS (CIF.06).
- Procedimento "Limpeza de Áreas Infectadas ou de Isolamento" do CHS (CIF.01).

5. Responsabilidades

O CA pela ratificação e divulgação do procedimento.

O Laboratório de Microbiologia e a CCI pela divulgação da prevalência de estirpes bacterianas multi-resistentes ao CHS.

O Laboratório de Microbiologia pelo envio dos resultados, com referência a necessidade de instituir isolamento de contacto, devido ao isolamento de microrganismo multi-resistente.

Os Directores de Serviço, Enfermeiros Chefes/Responsáveis de Serviço pela garantia do seu cumprimento junto dos profissionais dos respectivos serviços.

Os profissionais clínicos são responsáveis pelo cumprimento do procedimento e por fazê-lo cumprir junto das visitas.

6. Procedimento

O procedimento deverá ser implementado em todos os locais onde o doente permaneça ou onde se desloque, nomeadamente para realização de exames complementares ou tratamentos.

O aparecimento de bactérias multi-resistentes está associado ao internamento de, cada vez maior número, de doentes vulneráveis e à pressão selectiva exercida pelo uso de antibióticos no tratamento de infecções.

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Oncológico Santiago do Calado	<i>Procedimento para Controlo de Microrganismos Multi-Resistentes (MRSA e outros) (Alteração 01)</i>	Data de entrada em vigor:	04/04/2005
		Revisão C	29/04/2011
		Próxima revisão:	29/04/2014
		Cód. Documento:	CIF.08

O principal veículo de transmissão dos MMR é através das mãos dos profissionais de saúde, por contacto com a pele ou matéria orgânica do doente infectado ou colonizado.

Os instrumentos de utilização comum, como termómetros ou aparelhos de avaliação de parâmetros vitais são, também, veículo de transmissão destes microrganismos, quando não são descontaminados de forma apropriada. Também, alguns equipamentos (ventiladores, humidificadores, ou outros) podem tornar-se reservatórios dos microrganismos.

As superfícies do ambiente hospitalar podem ficar contaminadas com MMR, tornando-se meios de transmissão indirecta destes patogéneos.

São considerados doentes vulneráveis ou de risco para Infecção/Colonização por MMR:

- Doentes com estadia prolongada em unidades hospitalares;
- Doentes submetidos a vários regimes de terapêutica antibiótica;
- Portadores de doença crónica ou de doença imunossupressora;
- Doentes com soluções de continuidade da pele (exemplo: feridas cirúrgicas, úlceras da pele, dermatite);
- Doentes submetidos a técnicas invasivas (por exemplo: cateterização venosa central, entubação traqueal, algaliação).

Considerar, ainda, os seguintes grupos de doentes, na admissão hospitalar:

- Internamento recente no Hospital;
- Idosos e residentes em lares;
- Hemodialisados;
- Toxicodependentes;
- Diabéticos insulino-dependentes.

6.1. Caracterização dos MMR

As bactérias tornam-se multi-resistentes aos antibióticos quando, para além das suas resistências naturais, adquirem outras, específicas, que as tornam menos sensíveis ou resistentes aos antibióticos habitualmente activos em terapêutica.

Os MMR não são, por si só, mais virulentos do que as bactérias não resistentes da mesma espécie, no entanto, o seu tratamento, em caso de infecção, é mais difícil, podendo colonizar doentes, ou mesmo os profissionais de saúde.

O quadro seguinte enumera as características dos principais MMR que deverão ser alvo das medidas de controlo de infecção preconizadas neste procedimento.

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Oncológico Estafeta de Duília	Procedimento para Controlo de Microrganismos Multi-Resistentes (MRSA e outros) (Alteração 01)	Data de entrada em vigor:	04/04/2005
		Revisão C	29/04/2011
		Próxima revisão:	29/04/2014
		Cód. Documento:	CIF.08

MMR	Reservatórios	Modo de Transmissão	Sobrevivência no meio ambiente
MRSA – <i>Staphylococcus aureus</i> metilino-resistente VISA – <i>Staphylococcus aureus</i> com resistência intermédia à Vancomicina Cocos Gram positivo	Essencialmente humano (sobretudo os doentes e em segundo lugar, os profissionais de saúde): <ul style="list-style-type: none"> •Nariz (portador crónico ou intermitente); •Pele (ex. axilas, virilhas, perineo); •Feridas crónicas; Superfícies do meio ambiente.	Transmissão cruzada (sobretudo, por contacto directo – Mãos); Transmissão indirecta, por objectos contaminados é muito menos frequente.	Boa capacidade de sobrevivência nas superfícies do meio ambiente: pode resistir várias semanas, mesmo sobre superfícies secas.
EBL – Enterobactérias produtoras de β-lactamases: <ul style="list-style-type: none"> • Betalactamses de espectro estendido (ESBL); • Carbapenemases Principais Enterobactérias: <i>Escherichia coli</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>Serratia</i> sp, <i>Proteus</i> sp, <i>Enterobacter</i> , <i>Providencia</i> , <i>Citrobacter Morganella</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • Meio ambiente (água, alimentos, superfícies, plantas, ...) • Mãos contaminadas 	Transmissão cruzada , a partir do tubo digestivo ou Transmissão indirecta, a partir do meio ambiente contaminado	Sobrevivem, alguns dias, no meio ambiente.
PAMR – <i>Pseudomonas aeruginosa</i> multi-resistente (resistência simultânea à Cefazidima e a outra classe de antibióticos) Bacilo Gram negativo que vive na água, nos solos húmidos, ou sobre os vegetais.	<ul style="list-style-type: none"> • Tomeiras, • Rede de água, • Humidificadores ou nebulizadores. Por vezes, pode ser encontrada no tubo digestivo ou na orofaringe.	Transmissão indirecta a partir de superfícies contaminadas: Humidificadores, endoscópios, traqueias dos ventiladores, anti-sépticos contaminados, ... Transmissão cruzada, a partir de doentes infectados ou colonizados (urina, feridas)	Sobrevive facilmente e multiplica-se nas superfícies e materiais húmidos; Sobrevive algumas horas sobre superfícies secas.
VRE – <i>Enterococcus faecium</i> e <i>faecalis</i> resistentes à Vancomicina Cocos Gram positivo, Hospedeiro habitual do tubo digestivo	<ul style="list-style-type: none"> • Água e nos vegetais. • Mãos contaminadas 	Transmissão cruzada , a partir do doente ou do seu ambiente envolvente	Sobrevivem muito tempo no meio ambiente (mais de 1 semana).
ABMR – <i>Acinetobacter baumannii</i> multi-resistente (resistência simultânea a 2 ou mais classes de antibióticos) Bacilo Gram negativo, Muito comum no meio ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Pele • Mãos contaminadas • Superfícies do meio ambiente Pode colonizar vários locais do corpo humano, sobretudo, a pele e a orofaringe. Raramente, provoca infecção.	Transmissão cruzada , a partir do doente colonizado ou do seu ambiente envolvente.	Sobrevive, facilmente e durante muito tempo, mesmo em condições desfavoráveis.

6.2. Prevenção da transmissão de MMR

Identificação dos Portadores:

O médico deverá solicitar, precocemente (antes do início da antibioterapia), os exames microbiológicos adequados ao diagnóstico de infecção ou de colonização.

Só no caso de suspeita de colonização por MRSA ver anexo 1 deverá ser feita colheita de exsudado nasal para pesquisa de MRSA.

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Fernando Hospital Oftalmológico Santiago de Outeiro	Procedimento para Controlo de Microrganismos Multi-Resistentes (MRSA e outros) (Alteração 01)	Data de entrada em vigor:	04/04/2005
		Revisão C	29/04/2011
		Próxima revisão:	29/04/2014
		Cód. Documento:	CIF.08

O Microbiologista deverá assinalar os doentes em que foi identificado um MMR, a fim de ser iniciado o seu isolamento.

Precauções de Isolamento:

No caso de doentes infectados ou colonizados por MMR, deverão ser tomadas as seguintes medidas:

- O médico deve prescrever o início do isolamento, preencher o **anexo 2** e enviar à CCI;
- Colocar os doentes em Isolamento de Contacto (conforme estabelecido no procedimento CIF.06);
- Sempre que possível, proceder a isolamento geográfico;
- O quarto ou unidade do doente deve ser sinalizado com cartaz de alerta **anexo 3**;
- O quarto ou unidade do doente deve ter disponível EPI e contentor para resíduos do grupo III;
- Todos os profissionais devem cumprir as Precauções de Isolamento e instruir os visitantes nomeadamente higiene das mãos, uso de barreiras de protecção e evitar os contactos com os outros doentes internados.
- Usar equipamentos exclusivos (somente naquele doente): estetoscópio, esfigmomanómetro, termómetro, ou outros, ou de uso único (sempre que possível);
- Reforçar a higiene das mãos dos profissionais, antes e após o contacto com o doente e utilizando, preferencialmente, solução desinfectante de base alcoólica;
- Os profissionais devem usar luvas para manusear todos os materiais e equipamentos que tiveram contacto com o doente;
- Os profissionais devem usar avental e/ou bata para contactos com o doente ou com o equipamento da unidade/ambiente envolvente do doente;
- Os profissionais devem usar máscara cirúrgica com viseira ou óculos, sempre que se prevê o projecção de salpicos ou libertação de aerossóis;
- Assegurar o manuseamento e eliminação cuidadosa de roupas e dispositivos usados no doente, assim como dos resíduos produzidos;
- Proceder a limpeza diária (no mínimo) da unidade do doente, incluindo todo o mobiliário e equipamento. Ter especial cuidado com as superfícies horizontais, manipuladores, comandos, interruptores;
- Limitar o número de visitas.

Descontaminação Nasal e Cutânea (portadores nasais de MRSA):

Em doentes com colonização nasal por MRSA (exclusivamente) deverá ser feita descolonização, da seguinte forma:

- Administração de Mupirocina nasal (nas 2 narinas) – 3 aplicações diárias durante 5 dias consecutivos;
- Banho diário com sabão líquido, seguido da aplicação de Clorhexidina a 4%, usando uma luva ou esponja impregnada, durante 5 dias consecutivos. Dar atenção especial às axilas, virilhas e área perineal;
- Mudança diária da roupa da cama;
- 24 Horas após terminar a descolonização nasal e cutânea (7º dia após início da descolonização), proceder a nova colheita de exsudado nasal para avaliar se o doente ainda é um portador;

Centro Hospitalar de Selúbal, E.P.E.
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Janfago do Outão

Etiqueta de Identificação do Doente

PORTADORES DE MRSA

FATORES DE RISCO

Na Admissão Hospitalar

- Internamento recente no Hospital;
- Idosos e residentes em lares;
- Hemodialisados;
- Toxicodependentes;
- Diabéticos insulino dependentes.

Doentes Vulneráveis ou de Risco

- Estadia prolongada em unidades hospitalares;
- Submetidos a vários regimes de terapêutica antibiótica;
- Portadores de doença crónica ou de doença imunossupressora;
- Com soluções de continuidade da pele (exemplo: feridas cirúrgicas, úlceras da pele, dermatite);
- Submetidos a técnicas invasivas (por exemplo: cateterização venosa central, entubação traqueal, algaliação).

A presença de pelo menos 1 fator de risco é critério para pesquisa de estado de portador

Anexo 1 – Procedimento para Controlo de Microrganismos Multi-Resistentes – CIF.08 Revisão C (Alt.01)

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Santiago do Outão

Ficha de Notificação à CCI
Doentes Portadores de Bactérias Multi-Resistentes

Serviço: _____
Quarto: _____ Cama: _____
Data de Internamento no Serviço: __/__/__

Etiqueta de Identificação do Doente

1. Identificação do Microrganismo

- VRE – *Enterococcus* resistente à Vancomicina
 MRSA – *Staphylococcus aureus* metilino resistente
 EBL – Enterobactérias Multi-resistentes (resistentes a 3 ou mais classes de antibióticos)
 PAMR – *Pseudomonas aeruginosa* Multi-resistente (resistente a 3 ou mais classes de antibióticos) ou resistente a Carbapenemos
 Outro: _____

2. Local de Identificação do Microrganismo

- Urina
 Sangue
 Cateter
 Secreções Respiratórias/ Expectoração
 Outro: _____

3. Precauções Complementares

Precauções de isolamento de contacto instituídas: Sim Não

Tipo de isolamento: Geográfico Sectorial

4. Tratamento antibiótico em curso? Sim Não

Se sim, qual? _____

Início do tratamento antibiótico: __/__/__ [DD/MM/AAAA]

Duração do tratamento: _____

Data __/__/__

Nome do Profissional: _____

Anexo 2 – Procedimento para Controlo de Microrganismos Multi-Resistentes – CIF.08 Revisão C (Alt.01)

PRECAUÇÕES DE CONTATO



Quarto Individual

Uso individual

Uso de luvas e avental se contato com o paciente

Secreções contidas durante o transporte

Solicite orientação do enfermeiro

Anexo 1 – Procedimento para Precauções de Isolamento – CIF:06 Revisão D o
Anexo 3 – Procedimento para Controle de Microrganismos Multi-Resistentes – CIF:08 Revisão C (At:01)

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Hospital de S. Bernardo
Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão
Comissão de Controlo de Infecção

Ficha de Notificação microrganismos multi-resistentes para Alta/Transferência inter-hospitalar

Serviço: _____
Quarto: _____ Cama: _____
Data de Internamento no Hospital: __/__/__
Data de Alta: __/__/__

VINHETA DO DOENTE

Identificação do microrganismo multi-resistente:

- VRE – *Enterococcus* resistente à Vancomicina
 MRSA – *Staphylococcus aureus* metilino resistente
 EBL – Enterobactérias Multi-resistentes (resistentes a 3 ou mais classes de antibióticos)
 PAMR – *Pseudomonas aeruginosa* Multi-resistente (resistente a 3 ou mais classes de antibióticos) ou resistente a Carbapenemos
 Outro: _____

Data de identificação do microrganismo: __/__/__(DD/MM/AAAA)

Local de identificação do microrganismo:

- Urina
 Sangue
 Cateter
 Secreções respiratórias/expectoração/exsudado nasal
 Outro: _____

Tratamento antibiótico em curso? Sim Não

Se sim, qual? _____

Início do tratamento antibiótico: __/__/__(DD/MM/AAAA)

Informação adicional em caso de alta para o domicílio ou Unidade de Prestação de Cuidados de Saúde

Precauções complementares a manter:

- O Doente deve tomar o antibiótico como prescrito;
- O Doente e Cuidadores devem lavar as mãos com frequência;
- Se o Doente apresentar feridas, manter as feridas limpas e com penso até cicatrização completa;
- O Doente deve evitar partilhar objectos pessoais, como toalhas e lâminas de barbear;
- A roupa do doente deve ser lavada separadamente, incluindo a roupa de cama;
- O doente ou o cuidador devem mostrar este documento sempre que se deslocar aos serviços de saúde ou que receber cuidados de saúde no domicílio.

INFORMAÇÃO PARA O PROFISSIONAL QUE PREENCHE ESTA NOTIFICAÇÃO

Depois de preenchido, entregue este impresso ao doente/cuidador e envie cópia para a CCI
Informe o doente que deve mostrar este impresso sempre que se deslocar aos Serviços de Saúde

Nome do profissional: _____

Data: __/__/__(DD/MM/AAAA)

Anexo 4- Procedimento para Controlo de Microrganismos Multi-resistentes CIF.08 –Rev.C (Alt.01)

REGRAS DE LIMPEZA/DESINFEÇÃO – UNIDADES DE ISOLAMENTO

Isolamento de Contacto/Gotículas/Via aérea

LIMPEZA DIÁRIA

- A Unidade do doente só contém o equipamento e materiais essenciais aos cuidados do doente;
- A unidade do doente é limpa, de forma criteriosa, após os cuidados de higiene.
- O equipamento e as superfícies: mesa de apoio, mesa-de-cabeceira, cadeirão/cadeira, manípulo das portas, interruptores, são limpos com pano húmido (água e detergente). No final da limpeza os lavatórios ficam limpos e secos.
- A roupa suja é colocada em saco vermelho transparente, que é fechado dentro do quarto e imediatamente colocado no carro da roupa suja.
- O chão deve ser lavado com água e detergente.
- Os resíduos são colocados em saco Branco (Grupo III) ou saco Vermelho (Grupo IV) respectivamente e de acordo com o definido na instituição.
- A recolha de resíduos é efectuada 2 vezes por dia, 1 vez no turno da manhã e outra no turno da tarde pela empresa de limpeza.

LIMPEZA/DESINFEÇÃO APÓS A ALTA

- O material de uso único é rejeitado
- As paredes são lavadas com água e detergente, seguido de desinfeção com a solução de lixívia ou com produto que reúna a capacidade de limpar e desinfetar em simultâneo
- O equipamento (monitores, cabos elétricos, seringas infusoras, televisores, etc.) é limpo de acordo com:
 - 1. As recomendações do fabricante;
 - 2. Na ausência de recomendações do fabricante, usar pano húmido com água e detergente seguido de desinfeção com álcool;
- Nas unidades de isolamento por via aérea é respeitado o tempo necessário para a renovação total do ar da sala
- As superfícies (bancadas, mesas de apoio, cadeirões/cadeiras, grades da cama, mesas de cabeceira) devem ser limpas respeitando os materiais de origem (inox, plástico, napa ou outras). Deve proceder-se da seguinte forma:
 - o Limpar com pano húmido (água e detergente) seguido de:
 - 1. Desinfeção com álcool – no caso de superfícies metálicas;
 - 2. Desinfeção com diluição de lixívia nos materiais que o permitam.
- As cortinas são retiradas e enviadas para a lavandaria, devidamente identificadas
- Os colchões são lavados com água e detergente e depois passados por uma solução diluída de lixívia (1,25ml de lixívia /100ml de água)
- A reocupação do espaço só acontece após a secagem de todas as estruturas e de terem sido cumpridos todos os pontos anteriores

Anexo 8 – Procedimento Técnicas de Isolamento e Enfermagem Controlada (CIF.06) Rev. D e

Anexo 5 – Procedimento para Controlo de Microrganismos Multiresistentes (MRSA e outros) Rev. C (Alt.01)

ANEXO 3

Fricção Anti-séptica das mãos

Higienize as mãos, friccionando-as com Solução Anti-séptica de Base Alcoólica (SABA). Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas

Duração total do procedimento: 30 - 30 segundos



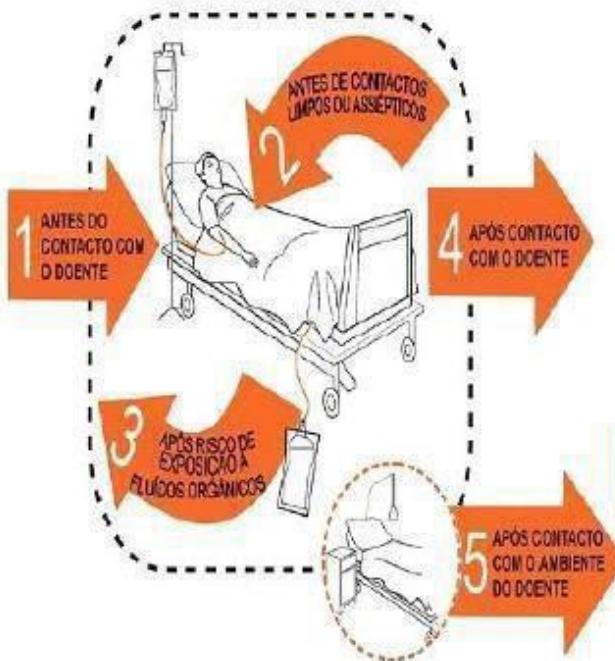
LAVAGEM HIGIÊNICA DAS MÃOS



A lavagem das mãos constitui a medida mais eficaz na Prevenção da Infecção Nosocomial.

CHS/CCI - 2012

5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS

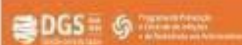


PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO



Bastam 5 Momentos para mudar o mundo

Cumpra as Precauções Básicas de Controlo de Infecção Higienize as Suas Mãos **PARE** a Transmissão da Infecção e das Resistências aos Antimicrobianos



SALVE VIDAS
Higienize as Suas Mãos

Sem Ação Hoje Não Há Cura Amanhã

Associação de Higienização Manuais da Saúde

www.dgs.gov.pt

ANEXO 4

Se vier visitar alguém com MRSA, que posso fazer?

Quando visitar alguém com MRSA deverá lavar e secar as mãos antes e após a visita (ou desinfectá-las com o líquido azul colocado nos pés da cama ou à entrada de todas as enfermarias e quartos -> peça a um enfermeiro que o ajude a utilizar).

Certificar-se que a cortina está corrida para que esta sirva de separação física com a cama ao lado.

Não ter contacto físico com outros doentes na cama a sua unidade (como ou mesmo de cabeceira) com os seus portadores. Nunca se deve sentar na cama.

Em certas situações poderá ter que utilizar betuloventil, luvas e máscara que lhe não ensinar a colocar. Nessas situações tenha os seguintes cuidados:

— Enquanto estiver com este equipamento colocado deverá **só ter contacto com a pessoa que está a visitar**, evitando ao máximo contacto com outras pessoas, equipamento ou mobiliário.

— Logo que se afaste da unidade (como) da pessoa que está a visitar, deverá retirar o equipamento, rejeitá-lo para um contentor de lixo com tampa branca e lavar ou desinfectar as mãos.



É o que acontece quando tiver MRSA?

O MRSA geralmente não afecta pessoas saudáveis, incluindo grávidas, crianças e bebés, como tal não são necessárias medidas especiais quando for para casa. As precauções de contacto a que esteve sujeito durante o internamento foram necessárias para o proteger a si e a outros doentes que muitas vezes se encontram debilitados e, assim, mais sujeitos a Espanha infeções.

Em sua casa a única medida importante a ter por si e pelos seus familiares é uma boa higiene das mãos, que irá prevenir não só a transmissão do MRSA como de outros tipos de infeção!

Se intencionalmente tiver que ser reinternado por favor avise o enfermeiro ou médico que tem MRSA no internamento anterior.

Se tiver dúvidas, por favor procure um enfermeiro!

Saiba mais sobre o MRSA

Informação aos Doentes e Visitas

PROTEJA-SE A SI E AOS OUTROS

Hospital de São Tomé — Lisboa

Unidade de Prevenção e Controlo de Infeções

Departamento de Controlo de Infeções



O que é o MRSA?

MRSA é uma sigla em inglês para identificar o *Staphylococcus aureus*, que desenvolveu resistência à maior parte dos antibióticos que se usam para o tratar.

O *Staphylococcus aureus* é uma bactéria (microbio) que existe naturalmente na nossa pele e que, por vezes, pode causar infeções. O MRSA é uma de muitas outras espécies de bactérias capazes de o fazer.

Como se transmite o MRSA?

O MRSA é transmitido de pessoa a pessoa por contacto. Uma pessoa que seja portadora deste microbio pode passar a pele para a outra pessoa. **Os objetos podem ser portadores do MRSA sem o saberem.**



MRSA é perigoso?

O MRSA pode provocar doença em pessoas saudáveis, doentes crónicos em particular os mais debilitados internadamente. Geralmente não afecta pessoas saudáveis, incluindo grávidas, crianças e bebés. Esta bactéria encontra-se mais em hospitais e lares, mas também existe na comunidade.

Em casos raros o MRSA pode ser fatal. Quando a pessoa já está muito doente e o organismo não consegue reagir a uma infeção adicional.

Se estiver internado e tiver MRSA o que posso fazer?

Se for portador de MRSA, deverá haver alguns cuidados que os profissionais de saúde chamam de "Precauções de Contacto". Estes cuidados têm como objectivo protegê-lo a si e aos outros e evitar que este microbio se transmita, por exemplo:

- Evitar sair do enfermeiro, mantendo-se na sua unidade (chamada "quarto") ao conjunto de mobiliário e equipamento em contacto com cada doente, normalmente sem, mesmo a de cabeceira dos doentes.
- Mantê-la sua unidade com o mínimo de pessoas possível, de modo a ser facilmente limpo.
- Mantê-la cortina corrida (evitando mexer/moventá-la) para que esta sirva de separação física entre a cama e o lado.
- Não ter contacto com outros doentes, gente falar com eles, mas evitar contacto físico ou partilha de objectos.
- Lavare as mãos SEMPRE as mãos depois de ir às instalações sanitárias (em algumas situações poderá ter que utilizar algumas instalações sanitárias).

NÃO DÊ BOLEIA AO MRSA!



Horário de visitas

- 1 visita das 14h às 15horas
- 1 visita das 19h às 20horas

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento para a distribuição do trabalho de Enfermagem no Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--
		Versão ##	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

1. Objectivo

Promover a distribuição do trabalho de enfermagem no Serviço de Medicina Interna, de forma a garantir a equidade, e assegurar uma prestação de cuidados global e segura, em cumprimento com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo "A Organização dos Cuidados de Enfermagem", desenvolvendo, em simultâneo, uma gestão participativa e de acordo com a Política de Enfermagem do CHS.

2. Campo de aplicação

Equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina Interna.

3. Siglas, abreviaturas e definições

CA – Conselho de Administração

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

OE – Ordem dos Enfermeiros

4. Referências

CHS – Política de Enfermagem, ENF.

CHS – Procedimento Passagem de Informação de Enfermagem, ENF.02

CHS – Procedimento para Registos Informatizados de Enfermagem no SClinico, ENF.03

CHS – Procedimento Avaliação do Indicador de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Satisfação do Utente, ENF.04

CHS – Método de Organização do Trabalho de Enfermagem no Serviço de Gastroenterologia.

CHS – Política de Alta, ALT

CHKS – Programa de Acreditação Internacional para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde. Norma para a Acreditação, 4ª Edição, Versão 01 (julho 2013); Critério 32.37, 32.41, 32.42, 32.44, 32.45, 52.108.

FREDERICO, Maria; LEITÃO, Maria (1999) Princípios de Administração para Enfermeiros. Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde Lda.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago do Outão</p>	<p><i>Procedimento para a distribuição do trabalho de Enfermagem no Serviço de Medicina Interna</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

ORDEM DOS ENFERMEIROS Conselho de Enfermagem (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Divulgar

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (2007). Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem. Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências (2010). Disponível em : <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/>

5. Responsabilidades

Enfermeira Diretora – Pela ratificação do procedimento

Enfermeira-Chefe – Pela revisão, divulgação e implementação do procedimento

Equipa de Enfermagem – Pelo cumprimento e aplicação do procedimento

6. Procedimento

Na organização dos cuidados de enfermagem, a seleção do método de trabalho deve ter em atenção diversos aspetos nomeadamente, os objetivos da instituição e serviço, o número e tipo de utentes, os recursos humanos e materiais e características das instalações.

Considerando que a caracterização dos cuidados de Enfermagem têm por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente/família, utilizam metodologia científica e de acordo com o modelo conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE e a Política de Enfermagem do CHS, é fundamental a adoção de um método de trabalho que fomente cuidados globais e seguros, mas também a responsabilidade, a tomada de decisão e se adequa aos princípios da supervisão clínica.

De acordo com o referido, com a revisão bibliográfica sobre o tema, e atendendo às características do serviço e respetiva Equipa de Enfermagem, o método de distribuição de trabalho adotado para o Serviço de Medicina Interna foi o **método individual**.

O **método individual** consiste na distribuição de um determinado número de utentes, que varia segundo a sua dependência, a cada enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de cuidados globais aos utentes que lhe foram atribuídos, durante todo o turno de trabalho.

Tem como principais vantagens, a ênfase ser colocada nas necessidades dos utentes e na personalização dos cuidados, favorecer a relação enfermeiros/ utente, proporcionando maior satisfação ao utente e concedendo aos enfermeiros mais autonomia e responsabilidade e facilitar a avaliação dos cuidados, que são holísticos.

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Despedidas Santiago do Outeiro	<i>Procedimento para a distribuição do trabalho de Enfermagem no Serviço de Medicina Interna</i>	Data de entrada em vigor:	--/--
		Versão ##	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYYY.00/ XXX.00

Como principais desvantagens, salienta-se o fato de requerer maior dotação de enfermeiros e exigir uma maior preparação da equipa, quer a nível de conhecimentos técnicos, quer a nível de organização de trabalho.

Contudo, a utilização deste método não impede que seja promovido o espírito de trabalho em equipa, sendo que cada enfermeiro deve ser conhecedor da situação dos restantes utentes, pelo que todos os enfermeiros devem estar presentes na passagem de turno.

- Para a **operacionalização deste método de trabalho**, o serviço dispõe de um impresso próprio (Anexo I – Plano de Distribuição de Trabalho dos Enfermeiros). O referido plano é diário, contemplando os turnos da Manhã (8h às 16h30), Tarde (16h às 23h30) e Noite (23h às 8h30), podendo haver outros horários de trabalho, de acordo com as necessidades do serviço e/ou enfermeiros.
- O plano de trabalho é realizado pelo **Enfermeiro responsável de turno**, no turno da noite para esse próprio dia.
- A elaboração do plano é realizada tendo em conta a equidade no trabalho, que é facilitada pela aplicação da Escala de Barthel, que determina o grau de dependência dos utentes, assim como é tido em conta também todo o processo de enfermagem, nomeadamente os diagnósticos de enfermagem e principais intervenções.
- O plano contempla a existência de 5 Enfermeiros no turno da Manhã; 3 Enfermeiros no Turno da Tarde; 2 Enfermeiros no Turno da Noite.
Entende-se que face às características dos doentes assistidos e ao tipo de actividade desenvolvida, este é o número mínimo de enfermeiros que deve permanecer no serviço, podendo em circunstâncias específicas o número de enfermeiros do turno da Manhã poderá ser reduzido em um elemento; sempre que não seja possível assegurar este número, deve recorrer-se a trabalho extraordinário.
- Em todos os turnos está identificado o nome do Enfermeiro responsável de cada turno e só este, ou o Enfermeiro-Chefe, pode alterar a distribuição de trabalho, sempre que se justifique, e de modo a garantir a equidade no trabalho.
- A **monitorização e avaliação** da adequação deste método de trabalho no Serviço de Medicina Interna é realizada através dos resultados obtidos no questionário institucional "Satisfação com os Cuidados de Enfermagem" realizado anualmente e da opinião fundamentada da respetiva Equipa de Enfermagem, avaliada em contexto formal das reuniões de serviço e informal, nas reuniões de passagem de turno.

7. Anexos

Anexo I – Plano de Distribuição de Trabalho dos Enfermeiros

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Serviço de Medicina Interna

“FORMAR PARA REABILITAR”

PROJETO DE INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO

DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CHS, EPE.

Setúbal

2015

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO	.3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	.4
1.1. A dispneia e expetorar como focos de enfermagem..	.4
1.2. Atividade Motora durante o internamento. .	.5
1.3. Mecânica Corporal na prática profissional dos Enfermeiros.	.6
2. IDENTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA.	.8
3. DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO.	.9
3.1- 1ª Fase-Elaboração de três procedimentos internos.	.9
3.2- 2ª Fase- Formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem. .	10
3.3.- 3ª Fase - Auditoria aos procedimentos.....	10
4. INDICADORES/ METAS	11
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	12
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

0. INTRODUÇÃO

O Serviço de Medicina Interna acolhe, na sua maioria doentes com patologia múltipla e elevado grau de dependência. No planeamento dos cuidados os enfermeiros promovem o autocuidado e a independência dos doentes, considerando sempre as capacidades de cada pessoa.

O Enfermeiro de Reabilitação é um profissional com competências autónomas.

Consideram-se competências autónomas, segundo o artigo 9º do REPE (1998), “as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais” (...)

Os enfermeiros de acordo com as suas qualificações profissionais:

- a) “Organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de **enfermagem...**”
- b) “Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem”
- c) “Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente a respiração ...”

Neste sentido, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação elaboraram um projeto de formação em serviço intitulado “Formar para Reabilitar” dirigido à equipa de enfermagem do serviço, em que se pretenderam abordar noções básicas de Reeducação Funcional Respiratória, Reeducação Funcional Motora e Mecânica Corporal.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A dispneia e expetorar como focos de enfermagem

A dispneia é um dos principais sintomas das pessoas com doenças respiratórias que se encontram internadas.

A dispneia é definida como um tipo respiração com características específicas: movimento laborioso da entrada e saída de ar nos pulmões, com desconforto e esforço crescente e falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, adejo nasal alterações na profundidade respiratória, sons respiratórios adventícios, sibilos, estertores, roncos, ressonância dos sons á percussão, uso dos músculos acessórios, restrição dos movimentos torácicos expiração com lábios franzidos, frémito e sensação de desconforto.

As doenças respiratórias foram responsáveis por 13% dos óbitos em Portugal e por mais de 68 mil internamentos hospitalares (ONDR, 2013), pelo que é necessário uma intervenção emergente.

Quando a doença está diagnosticada quer de forma aguda ou crónica há que intervir na diminuição dos sintomas, melhoria da funcionalidade, aumento do bem estar psicológico e qualidade de vida, melhor recuperação após o internamento hospitalar, redução do número de internamentos e de dias no hospital, diminuição das exacerbações e aumento da sobrevivência.

Uma das intervenções fundamentais no plano de cuidados destes doentes é a realização de exercícios respiratórios.

Os exercícios respiratórios são técnicas terapêuticas com base nos movimentos toraco-abdominais durante a ventilação, que otimizam a função respiratória na pessoa com patologia do foro respiratório.

Também a presença de secreções brônquicas pode ser responsável por infeções respiratórias, sendo a tosse um importante mecanismo de proteção e limpeza das vias aéreas associado á irritações das mesmas.

Sendo os objetivos da intervenção sempre que possível que a pessoa adquira autonomia e contribua de forma ativa para a melhoria da sua sintomatologia.

1.2 Atividade Motora durante o internamento

Durante a hospitalização, a capacidade funcional pode ser comprometida e levar à dependência funcional. A dependência surge quando a pessoa apresenta uma perda mais ou menos acentuada da sua autonomia funcional e necessita de ajuda. É um processo incapacitante pelo qual uma determinada condição afeta a funcionalidade e o desempenho dos auto-cuidados. A hospitalização, necessária ao controlo da situação clínica, pode ocasionar défices adicionais. Aspetos do envelhecimento interagem com aqueles associados ao cuidado hospitalar, desencadeando uma cascata de acontecimentos que culminam frequentemente em incapacidade e dependência. Frequentemente, os doentes encontram-se confinados ao repouso no leito, independentemente da gravidade da doença, devendo-se estimular a sua independência precocemente.

As situações de imobilidade que surgem nas mais variadas situações e provocadas por diversos fatores são já bastante conhecidas dos profissionais de saúde, nas instituições hospitalares, situações que embora não dependam apenas dos cuidados de enfermagem, existem complicações que devem ser prevenidas.

A imobilização pode manifestar-se, num segmento isolado ou afetar todo o organismo, conduzindo a uma importante redução da atividade muscular, resultando na redução da capacidade funcional do sistema músculo-esquelético e cardiovascular. Nos restantes sistemas, a um descondicionamento e agravamento dos efeitos da inatividade.

A imobilidade provoca a nível do sistema respiratório, o surgimento de: estase, acumulação de secreções; menor amplitude torácica, com hipoventilação; associado à desidratação, secreções mais espessas, difíceis de mobilizar e o aparecimento de infeções.

Relacionado com a imobilidade, a nível dos restantes sistemas, resulta em: desnutrição, obstipação, infeções do trato urinário por retenção/incontinência urinária, anquiloses, atrofia muscular, osteopenia, taquicardia, hipotensão ortostática, estase sanguínea, hipercoagulação, edemas, fenómenos tromboembólicos, alterações sono, depressão, pé equino, termorregulação, úlceras de pressão, entre outras.

Durante o período de imobilização prolongada, o sistema músculo-esquelético é um dos sistemas mais acometidos, causando déficits funcionais, influenciando a qualidade das transferências, posicionamentos e os auto-cuidados podendo resultar em dificuldade/incapacidade na marcha.

1.3 Mecânica Corporal na prática profissional dos Enfermeiros

A profissão de enfermagem é considerada um pilar essencial no funcionamento das instituições de saúde. Esta tem como objectivo a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas sãs ou doentes ao longo do ciclo de vida. Deste modo, tem desenvolvido ao longo do tempo um conjunto de saberes que constituem uma mais-valia no âmbito da profissão e motivo de orgulho para o profissional enfermeiro, uma vez que o trabalho constitui um dos principais factores de equilíbrio e realização profissional.

Contudo, apesar do trabalho estar relacionado com o bem-estar físico e psíquico da pessoa, poderá também estar na origem de sofrimento e problemas de saúde (Maia, 2002).

No Guia de Caracterização Profissional (DGERT, 2004), vem referido relativamente às condições de trabalho dos enfermeiros, o facto destes passarem muito tempo de pé, fazendo esforços físicos consideráveis, como sucede quando têm de transferir doentes da maca para a cama ou de cadeira de rodas para a cama, “entre as suas doenças profissionais mais comuns, encontram-se, por isso, as hérnias discais e as lombalgias” (DGERT, 2004: 8).

Sendo as lesões músculo-esqueléticas consideradas um dos riscos mais frequentes para a saúde e segurança dos enfermeiros (Maia, 2002), as condições laborais destes constituem um ambiente propício à ocorrência destas lesões, pois requerem não raras vezes a aplicação de força no trabalho, tarefas repetitivas, excesso de carga em algumas articulações e posturas desadequadas. Os serviços de saúde poderão mesmo constituir ambientes pouco saudáveis à prática, uma vez que poderão afectar a saúde física e psicológica dos enfermeiros (ICN, 2007).

Deste modo, é fundamental os enfermeiros apropriarem-se de alguns princípios básicos no âmbito da mecânica corporal, dominá-los e utiliza-los no âmbito das práticas do dia-

a-dia. Nalguns países há serviços que exigem como condição de ingresso que o enfermeiro possua formação e treino em mecânica corporal (Bolander, 1998) porque, o domínio do movimento eficiente vai assegurar uma execução mais fácil e segura de certas tarefas, bem como contribuir para uma melhoria da saúde em geral.

Os principais fatores que podem ocasionar lesões músculo-esqueléticas em enfermeiros são essencialmente de natureza física, organizacionais e psicossociais, e individuais. (AEPSST, 2007).

A sintomatologia das lesões músculo-esqueléticas é caracterizada essencialmente por: dor (a maior parte das vezes localizada, podendo irradiar para outras áreas corporais); sensação de dormência ou formigueiro (na zona afetada ou em regiões contíguas); sensação de peso; fadiga ou desconforto localizado e; perda de força ou sensação de perda de força. Os sintomas surgem gradualmente, agravam durante o dia de trabalho ou em momentos de maior intensidade laboral e aliviam com períodos de pausa, repouso e férias (DGS, 2008). Uma exposição continuada aos fatores de risco, agrava a sintomatologia, tornando-a persistente, podendo-se prolongar durante a noite, ou mesmo nos períodos de repouso interferindo quer com a capacidade de trabalho, quer com outras atividades.

O desequilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as solicitações laborais irão assim favorecer a ocorrências de lesões músculo-esqueléticas.

Assim, através da reeducação dos gestos profissionais será possível evitar e prevenir os riscos de lesões músculo-esqueléticas. Cabendo à organização a responsabilidade de implementar e avaliar programas de formação e treino no âmbito do movimento eficiente e prevenção de lesões. Caberá ao enfermeiro no exercício da profissão a adoção de posturas corretas bem como a forma como coloca o corpo durante as diferentes tarefas que vão surgindo no dia-a-dia.

A mecânica corporal é a utilização eficiente do corpo, aplicando os princípios da física, para uso ótimo de energia e movimento. Tem por finalidade a realização de uma tarefa com a máxima eficácia e o mínimo esforço.

A integração dos princípios de mecânica corporal, nas práticas profissionais diárias deverá constituir a regra e nunca a exceção, pois poderá fazer a diferença entre um percurso profissional com menos riscos, menos penosidade e mais eficiência.

2. IDENTIFICAÇÃO E ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

Tendo por base o referido contexto, a nossa experiência profissional e responsabilidade acrescida, inerente às nossas competências como Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, deparávamo-nos com dúvidas e dificuldades da equipa e conseqüentemente solicitações, nomeadamente para a nossa intervenção em posicionamentos, transferências, ensinos para uma respiração e tosse mais eficazes.

No entanto, na impossibilidade de haver diariamente e em todos os turnos Enfermeiros de Reabilitação, tornou-se necessário dotar a equipa de conhecimentos que permitissem uma continuidade de cuidados de qualidade permanente dirigida à situação específica de cada utente.

Apresentando-se também como problemática, verificada por nós e sentida pela equipa, a deficiente utilização de uma correta mecânica corporal durante as várias atividades da prática profissional da equipa de enfermagem, levando por vezes ao aparecimento de sintomatologia associada.

Foi com base nas problemáticas identificadas e que se inserem em áreas em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação detém um conjunto de saberes acrescido e a responsabilidade da formação da equipa, que delineamos o presente projeto.

O projeto, foi delineado com base nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001:12- 14) e insere-se nos seguintes enunciados descritivos:

- Promoção da saúde em que "...o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde";
- Readaptação funcional em que "...o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde."

Foi fundamentado nestes pressupostos que passámos ao desenvolvimento do projeto.

3. DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO

O projeto desenvolve-se em três momentos:

3.1- 1ª Fase- Elaboração de três procedimentos internos intitulados:

1-Princípios básicos de exercícios respiratórios para os Focos “Dispneia” e “Expertorar” (Anexo I);

Objetivos específicos:

- Conhecer os princípios básicos da respiração;
- Melhorar a sintomatologia respiratória;
- Aumentar a capacidade e habilidades para lidar com a dispneia;
- Melhorar a autonomia nos auto-cuidados;
- Reduzir os dias de internamente, diminuindo demora média no serviço; • Diminuir a taxa de reinternamentos.

2-Princípios básicos de Atividade Motora – posicionamentos e transferências; (Anexo II)

Objetivos específicos:

- Uniformizar os cuidados de enfermagem referentes aos posicionamentos e transferências de doentes, com nível de dependência moderada a elevada;
- Reduzir os efeitos da imobilização;
- Prevenir Úlceras de Pressão;
- Prevenir a anquilose e rigidez articular;
- Evitar/minimizar a espasticidade no doente com Acidente Vascular Cerebral; Melhorar a qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

3- A Mecânica Corporal na prevenção de lesões músculo-esqueléticas; (Anexo III)

Objetivos específicos:

- Identificar os principais fatores de risco de lesões músculo-esqueléticas;
- Conhecer as principais técnicas de mecânica corporal (princípios de movimento eficiente), para evitar lesões músculo-esqueléticas.

3.2- 2ª Fase- Formação em serviço dirigida à equipa de enfermagem:

São apresentados os referidos procedimentos à equipa de enfermagem, em sessões teórico-práticas do tipo formação-ação em que para além da parte teórica é permitida à equipa treinar as atividades no sentido de haver uma integração efetiva dos conhecimentos; cada sessão tem a duração aproximada de seis horas, tendo sido replicada três vezes, para garantir a participação de toda a equipa de enfermagem.

3.3.- 3ª Fase - Auditoria aos procedimentos:

Após a realização, apresentação e divulgação dos procedimentos, procede-se à verificação da sua execução prática pelos enfermeiros do serviço, através da realização de auditorias internas. Para tal, foi construída uma grelha com três secções (Anexo IV), correspondentes aos três procedimentos, que integram itens relativos aos conteúdos abordados em cada um dos procedimentos.

As auditorias são realizadas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação através do método de observação, com uma periodicidade anual no mês de novembro.

Posteriormente é realizado um relatório final de auditoria, onde são dados a conhecer à Equipa de Enfermagem os resultados e o respetivo plano de ação.

4. INDICADORES/METAS:

Como indicadores/ metas para o 1º ano que corresponde ao de 2014 pretendemos:

- Ter uma taxa de 70% de conformidades em cada procedimento auditado.
- Diminuir ou manter o nível de dependência dos utentes durante o internamento, que será avaliado através do índice de Barthel no momento da admissão e alta dos utentes.
- Diminuir relativamente ao ano anterior de 2013, o número de relatos de incidente por lesões músculo esqueléticas em enfermeiros.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros especialistas, pela sua formação especializada, têm a responsabilidade de orientar, formar a equipa de enfermagem, em particular nas áreas da sua especialidade.

A formação em serviço é apresentada como uma estratégia de recurso para assegurar a aprendizagem, atualização e aperfeiçoamento constante de todos os enfermeiros e para o crescimento profissional das equipas.

O trabalho desenvolvido, contribui para a interiorização, uniformização de princípios, assumindo-se assim como um projeto de melhoria dos cuidados de enfermagem.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

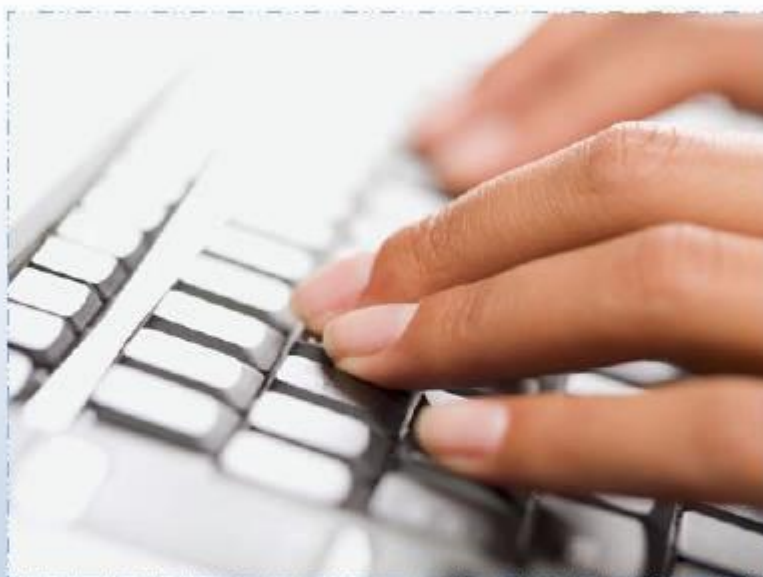
- ALBUQUERQUE, Paula – A Formação na Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa, 2003.
- BOLANDER, Verolyn – Enfermagem Fundamental. Loures: Lusociência, 1998. ISBN:972-96610-6-5.
- CORDEIRO, M.; MENOITA, E. - Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas. Loures: Lusociência, 2012.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) – “Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho: Guia de orientação para a prevenção”. Lisboa, 2008. ISBN: 978-972-675-169-4.
- HOEMAN, S.P. - Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados. Quarta Edição. Lusodidacta. Loures, 2011. ISBN: 978-989-8075-31-4.
- ICN - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. Versão 2., 2011, ISBN: 978-92-95094-35-2.
- MARTINS, Maria Filomena e RIBEIRO, Susana – “Focos Dispneia e Expectorar. Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação”. Revista Cuid`Arte - Ano 6 N.º 10 | Novembro 2013.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual/ Enunciados Descritivos. Lisboa, 2001
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2010.
- OBSERVATÓRIO NACIONAL DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, consultado em <http://www.ondr.pt/>

- SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Lisboa, 2006.

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL
HOSPITAL SÃO BERNARDO
HOSPITAL ORTOPÉDICO SANT' IAGO DO OULHÃO



Secção Regional do Sul



<http://blog.beruby.com/pt/page/78/>

A DOR – REGISTAR PARA MELHORAR

SETÚBAL, JUNHO DE 2015

CENTRO HOSPITALAR DE SETUBAL

HOSPITAL SÃO BERNARDO

HOSPITAL ORTOPÉDICO SANT' IAGO DO OUTÃO

PROJECTO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

GRUPO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

PROJECTO · SIADAP

A DOR – REGISTAR PARA MELHORAR

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL – HOSPITAL DE SÃO BERNARDO

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A GRADECIMENTOS

Dr. Amadeu Prado Lacerda, Diretor do Serviço de Medicina Interna; À Sr.^a Enfermeira Chefe Violante Nunes pela disponibilidade e sabedoria com que acompanhou a elaboração deste Projeto de Intervenção; À equipa de Enfermeiros do Serviço de Medicina Interna que de algum modo acompanhou e/ou participou na realização do presente projeto; A todos remetemos os nossos sinceros agradecimentos, pois a participação de todos foi essencial para a construção do Projeto de Intervenção.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CDE – Código Deontológico do
Enfermeiro DT – Dossier Temático

GOBPD - Guia Orientador de Boa Prática
da Dor HSB – Hospital de São Bernardo

OE - Ordem dos Enfermeiros

PENPCDor - Plano Estratégico Nacional de Prevenção e
Controlo da Dor

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PNCD - Programa Nacional de Controlo da Dor

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAPE – Sistema de Apoio às Práticas de Enfermagem

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do
Desempenho na Administração Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
<hr/>	
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	7
<hr/>	
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	9
<hr/>	
2.1. AVALIAÇÃO DO PROBLEMA	9
2.2. FUNDAMENTAÇÃO DO PROBLEMA	10
2.3. POPULAÇÃO-ALVO	11
2.4. IDENTIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DESEJÁVEIS PARA MINORAR O PROBLEMA	11
<hr/>	
3. PLANEAMENTO	12
<hr/>	
3.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS/PLANEADAS	12
3.2. DEFINIÇÃO DA EQUIPA DINAMIZADORA	13
3.3. DESENHO DO PROGRAMA	13
3.3. 1. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS	13
3.3. 2. SELEÇÃO DO MÉTODO DE INTERVENÇÃO	14
3.3. 3. IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS	14
<hr/>	
4. AVALIAÇÃO	15
<hr/>	
4.1. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	15
4.2. AVALIAÇÃO DO PROCESSO	15
<hr/>	
5. REFLEXÃO FINAL & CONCLUSÃO	16
<hr/>	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
<hr/>	
BIBLIOGRAFIA	17
NORMAS	17
PROVAS ACADÉMICAS	17
REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS	17
OUTROS DOCUMENTOS	18

INTRODUÇÃO

No âmbito da Acreditação para a Idoneidade Formativa do Exercício da Prática Tutelada em Enfermagem foi desenvolvido o presente Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos cuidados de Enfermagem subordinado ao tema “Avaliação e Controlo da Dor”, utilizando a Metodologia de Projeto.

A Dor é uma temática extremamente importante que não pode ser negligenciada pelos profissionais de saúde, assumindo o Enfermeiro um papel preponderante na sua avaliação, prevenção, tratamento e controlo. Assim, torna-se indispensável um conhecimento aprofundado sobre a Dor, na multiplicidade das suas vertentes.

A avaliação da Dor assume extrema importância no seu controlo e tratamento eficazes. A definição e adequação das intervenções farmacológicas e não farmacológicas apenas se torna possível se a avaliação da Dor for realizada adequadamente.

Na nossa realidade profissional, verificou-se que a avaliação da Dor constituiu uma condicionante ao seu controlo e tratamento. A avaliação da Dor requer o conhecimento das escalas adequadas a cada pessoa; a caracterização rigorosa do início, localização, intensidade, duração e periodicidade dos episódios de dor; a colheita de dados relativos a fatores que intensificam ou diminuem a intensidade da dor bem como as suas influências nas atividades de vida diária e no relacionamento interpessoal da pessoa com os outros, expectativas em relação à doença e tratamento, tipos e resultados de tratamentos anteriores. Na maioria das vezes, esta avaliação é incompleta, não possibilitando a definição das intervenções mais adequadas.

O presente projeto surge exatamente com o intuito de colmatar as necessidades evidenciadas neste âmbito de modo a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados.

O presente trabalho apresenta como objetivo geral descrever o projeto de intervenção. Como objetivos específicos delineámos: realizar e laborar um enquadramento conceptual da temática; descrever o diagnóstico de situação; descrever o planeamento; e realizar uma breve abordagem sobre a avaliação do projeto. Neste sentido, encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo consiste no enquadramento conceptual. Seguidamente, no segundo descrevemos o diagnóstico de situação, onde incluímos a avaliação e fundamentação do problema, descrição da população-alvo e identificação dos comportamentos desejáveis para minorar o problema. No terceiro capítulo, é descrito o planeamento do projeto, englobando a definição das atividades desenvolvidas/planeadas, da equipa dinamizadora e desenho do programa, onde se inclui a formulação dos objetivos, seleção do método de intervenção e identificação dos recursos. No quarto capítulo é realizada uma breve abordagem à avaliação dos resultados e do processo. Para finalizar, no quinto é realizada uma reflexão sobre o desenvolvimento do projeto.

O presente trabalho encontra-se redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

5



Este trabalho foi elaborado de acordo com a Norma Portuguesa 405 (NP 405).



1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A Dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (IASP in OE, 2008). Pode ser igualmente entendida como uma experiência subjetiva “o que significa que a patologia orgânica não pode ser o único fator que determina a forma individual dessa experiência (...) fatores psicológicos e ambientais interagem com os fatores físicos” (DAIMOND & CONIAM, 1999).

7

A dor provoca sofrimento e diminuição da qualidade de vida da pessoa, bem como complicações multisistémicas e desenvolvimento de dor crónica se a dor aguda não for controlada e tratada (DGS, 2008; AACN, 2013).

O controlo da dor e a promoção do conforto constituem fatores fundamentais na prestação de cuidados de Enfermagem. Todas as pessoas apresentam algum tipo de desconforto físico, emocional ou dor e, em todas as intervenções de Enfermagem, torna-se crucial valorizar a promoção do seu conforto. Sempre que se torna possível, o Enfermeiro deve incluir no seu planeamento intervenções que permitam um alívio da dor através do recurso a medidas não farmacológicas (ELKIN, PERRY e POTTER, 2005 in SOUSA, 2009).

De acordo com o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD) (2008), o controlo da dor deve “ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”. A Ordem dos Enfermeiros (OE), no Guia Orientador de Boa Prática da Dor (GOBPD) (2008), considera igualmente o controlo da dor um objetivo prioritário.

Importa referir que o direito ao tratamento da dor encontra-se salvaguardado na Carta dos Direitos do Doente Internado, na Declaração de Montreal, no Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) (2013) bem como no GOBPD da OE.

Intrinsecamente ligado ao direito ao tratamento da dor é possível referir o “Dever do controlo da dor” dos profissionais de saúde. Este dever encontra-se mencionado nos princípios orientadores do PENPCDor onde é referindo que “Todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos atos de diagnóstico ou terapêutica.”. De modo a prestar cuidados de Enfermagem de Qualidade torna-se essencial a aquisição e atualização de conhecimentos, facto que é reforçado no GOBPD.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001) defende que o controlo da Dor deve englobar medidas farmacológicas e não farmacológicas, que atuem nos diversos componentes da Dor (SOUSA, 2009).



As intervenções não farmacológicas apresentam, maioritariamente, baixo custo e são de simples execução, tornando-se possível o seu ensino às pessoas e seus cuidadores para a sua utilização em domicílio de forma segura e eficiente. O risco deste tipo de intervenções é reduzido, promove a sensação de controlo da dor por parte da pessoa e incentiva a sua participação e responsabilização no tratamento (PIMENTA, 2000 in SOUSA, 2009).

Para finalizar o presente capítulo consideramos importante reforçar que o controlo e tratamento da dor implica uma intervenção multidisciplinar, numa perspetiva holística.

8



2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O presente capítulo engloba o Diagnóstico de Situação e é composto pelos 4 subcapítulos seguintes: Avaliação do Problema, Fundamentação do Problema, População-alvo e Identificação dos comportamentos desejáveis para minorar o problema.



2.1. AVALIAÇÃO DO PROBLEMA

A elaboração do presente projeto surgiu como resposta à necessidade identificada pela equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina Interna e validada pela Enfermeira-Chefe Violante Nunes de melhorar a qualidade dos registos de Enfermagem quanto ao foco “Dor”, nomeadamente a sua caracterização e implementação de intervenções não farmacológicas. Deste modo, estima-se que ocorra uma otimização dos registos de Enfermagem e consequentemente, uma melhoria da comunicação entre a equipa multidisciplinar e uma maior satisfação das pessoas internadas, seus familiares e dos próprios profissionais de saúde, o que contribuirá para a melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados e de comunicação.

De modo a fundamentar a necessidade identificada, optámos por realizar a análise dos dados registados no SAPE relativos ao foco “Dor” no serviço em questão. Neste sentido, no biénio 2013-2014 construímos um instrumento de colheita de dados cuja matriz era constituída por: Data de admissão; Idade; Género; Dor à entrada (Sim/Não/Não registado); Intensidade (0-10/Não Registado); Tipo de Dor (Crónica/Aguda/Não registado); Medidas Terapêuticas (Farmacológicas/Não farmacológicas/Não registado); e Dor às 24h (Sim/Não). Importa referir que caso a pessoa não apresentasse dor ou este parâmetro não tivesse sido registado na avaliação inicial, não eram avaliados os itens seguintes. Na tabela seguinte apresentamos os respetivos resultados.

		UNIDADE SILVA DUARTE E UNIDADE FONSECA FERREIRA	UCIM
Presença de dor (avaliação inicial)	<u>Sim</u>	9,4%	10,4%
	<u>Não</u>	83,2%	73,2%
	<u>Não Registado</u>	7,4%	16,4%
Intensidade da dor (avaliação inicial)	<u>Registado</u>	57%	55%
	<u>Não Registado</u>	43%	45%
Duração da dor (avaliação inicial)	<u>Aguda</u>	27,1%	35,7%
	<u>Crónica</u>	11,8%	9,5%
	<u>Não Registado</u>	65,3%	54,8%



Medidas terapêuticas (processo de Enfermagem)	<u>Farmacológicas</u>	34%	29%
	<u>Não Farmacológicas</u>	46%	51%
	<u>Não Registado</u>	20%	20%
Dor às 24 horas	<u>Sim</u>	42%	40,5%
	<u>Não</u>	58%	57,1%
	<u>Não Registado</u>	0%	2,4%

10

TABELA 1 – Resultados referentes ao biênio 2013-2014.

Através da análise dos dados apresentados torna-se evidente que existem falhas relativamente ao registo das características da dor na avaliação inicial, sobretudo quanto ao item “Duração da dor”. Relativamente às medidas terapêuticas de alívio/controlo da dor, embora tenhamos obtido percentagens razoáveis de implementação de medidas não farmacológicas, torna-se possível referir, considerando a nossa prática profissional, que é dada primazia às intervenções farmacológicas. O facto de se ter obtido estas percentagens pode encontrar-se relacionado com o facto de, por vezes, associar-se o registo de administração de terapêutica ao registo de monitorização da dor, e não através da Inserção de Medicação em SOS. Esta última forma de registo, sendo a mais correta, foi a considerada pelo grupo para os efeitos estatísticos. Ainda com base na nossa prática de cuidados, podemos referir que a massagem e a promoção do conforto através da alternância de decúbitos e da otimização do meio envolvente são as intervenções não farmacológicas mais utilizadas, constituindo intervenções autónomas de Enfermagem.

2.2. FUNDAMENTAÇÃO DO PROBLEMA

De acordo com o Conselho de Enfermagem (2001) a máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem é essencial na excelência dos cuidados de Enfermagem prestados. Considera-se que o projeto em questão constitui uma importante medida que permitirá, não só uma melhor gestão dos cuidados de Enfermagem, mas também dos cuidados prestados por outros profissionais de saúde que exercem o seu exercício profissional neste serviço. De acordo com a alínea d) do Artigo 83.º “Do direito ao cuidado” do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), o Enfermeiro assume o dever de “Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas”. Neste sentido, torna-se evidente que o Enfermeiro tem o dever de assegurar os registos de Enfermagem de todas as pessoas a quem presta cuidados, não só acerca dos cuidados planeados e prestados, como também a gestão dos mesmos que, em grande escala, influenciam diretamente o bom funcionamento do serviço. A transmissão e receção de informação são bastante importantes para que se



consiga criar uma relação Enfermeiro/Pessoa, uma vez que na base de qualquer cuidado prestado é imprescindível a existência de uma relação terapêutica eficaz.

As alíneas b), c) e d) do ponto 3 do artigo 5.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) enunciam respetivamente, que a atuação do Enfermeiro passa pela “recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta”, pela “(...) formulação do diagnóstico de Enfermagem” e pela “(...) elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de Enfermagem”. Justifica-se então a necessidade de uma recolha de dados eficaz para a melhoria e promoção da saúde e bem-estar da pessoa ao longo de todo o internamento. O registo adequado da caracterização da Dor, enquanto foco de Enfermagem, permite aos Enfermeiros e restantes profissionais promover o tratamento farmacológico e/ou não farmacológico mais adequado visando a estabilidade da pessoa. Assim sendo, o registo completo deste sinal vital, desde o momento da entrada, permitirá assegurar a excelência dos cuidados de saúde prestados à pessoa.

Para finalizar, consideramos essencial referir que a pertinência deste projeto encontra-se igualmente ligada ao facto de dar resposta aos enunciados descritivos “prevenção de complicações e bem-estar” e ao “autocuidado do cliente” dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), nomeadamente no que se refere ao elemento “a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis”.

2.3. POPULAÇÃO-ALVO

No presente projeto estão incluídos todos os Enfermeiros do Serviço de Medicina Interna, excluindo-se a Enfermeira-Chefe, os Enfermeiros Especialistas em Medicina Física e de Reabilitação e os Enfermeiros que exercem funções no Hospital de Dia uma vez que não participam ativamente no registo deste parâmetro vital. Este conjunto de indivíduos será considerado como representativo para efeitos da avaliação de resultados e de processo deste projeto.

2.4. IDENTIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DESEJÁVEIS PARA MINORAR O PROBLEMA

Estima-se que a População-alvo deste projeto adquira uma atitude compreensiva e revele comportamentos que visem melhorar os registos de Enfermagem relativamente ao foco de Enfermagem “Dor”.



3. PLANEAMENTO

3.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS/PLANEADAS

O grupo dinamizador, em conjunto com a Enfermeira-Chefe, considerou importante numa fase inicial do projeto elaborar um Dossier Temático (DT) de modo a aprofundar conhecimentos no âmbito da Dor.

12

Um DT consiste numa compilação de documentos sobre determinada temática, organizados, de modo a serem consultados pelos profissionais, podendo até perspetivar trabalhos futuros recorrendo a este material. O mesmo objetiva dar resposta a necessidades identificadas, constituindo um acervo de informações úteis, tornando-se um referencial a ser utilizado pelos profissionais do contexto onde é realizado, contribuindo igualmente para o trabalho em equipa.

O DT elaborado pelo grupo encontra-se organizado pelos seguintes capítulos: Definição da Dor; Epidemiologia; Avaliação da Dor como 5º sinal vital; Tratamento farmacológico da Dor; Cuidados de Enfermagem com a pessoa com Dor; e Aspectos Psicológicos da Dor, estando disponível em formato digital na “Pasta Departamental – Medicina Interna - GRUPO DA DOR – Dossier Temático” de modo a ser consultado por toda a equipa.

Cada documento incluído no mesmo foi trabalhado através da elaboração de uma Ficha de Leitura. Cada Ficha de Leitura é constituída pelos seguintes domínios: identificação (autores; título; data; editores, cidade e ISBN ou ISSN, volume, n.º, páginas ou instituição, cidade e páginas; local onde foi obtido; tema; palavras-chave) e resumo.

O objetivo geral do DT consiste na promoção da qualidade dos Cuidados de Enfermagem à pessoa com Dor através da disponibilização de evidência científica atualizada e pertinente sobre o tema. Neste sentido, é pretendido que seja continuamente atualizado de acordo com a evidência mais recente.

As atividades planeadas englobam a realização de uma sessão de formação para a equipa e a construção de um novo instrumento de colheita de dados.

A sessão de formação assume extrema importância na medida em que permite sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância dos registos, nomeadamente quanto ao foco “Dor, para a melhoria dos cuidados prestados. Esta sessão será futuramente agendada e discutida com a Enfermeira-Chefe de acordo com as necessidades do serviço.

Por ser considerado essencial que as medidas de promoção da saúde sejam avaliadas de forma sistemática e rigorosa (MARQUES, 2005), optámos por realizar a análise dos dados registados no SAPE relativos ao foco “Dor” no Serviço de Medicina Interna. Embora o grupo tenha elaborado no biénio 2013-2014 um instrumento de colheita de dados, como foi referido anteriormente, ao confrontarmos o mesmo com a Norma de Orientação Clínica (NOC) “Avaliação e Monitorização da Dor à Pessoa Adulta” da instituição constatámos que este se encontrava incompleto e necessitava de ser reformulado, situação que está a ser revista atualmente pelo grupo.



3.2. DEFINIÇÃO DA EQUIPA DINAMIZADORA

A equipa dinamizadora é constituída pelos Enfermeiros do Grupo da Avaliação e Controlo da Dor, nomeadamente a Enfermeira Alexandra Figueira, a Enfermeira Andreia Figueira, Enfermeira Milene Rosa, a Enfermeira Nicole Silva, o Enfermeiro Pedro Domingos, a Enfermeira Sofia Rebelo, a Enfermeira Susana Miranda e a Enfermeira Rute Bilro, sempre com o apoio e parecer da Enfermeira-Chefe Violante Nunes.

13

3.3. DESENHO DO PROGRAMA

Atualmente, o Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal é constituído por 58 Enfermeiros. Este serviço é distribuído por quatro unidades funcionais: Unidade Silva Duarte (internamento de pessoas do género feminino), Unidade Fonseca Ferreira (internamento de pessoas do género masculino), Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina (UCIM I) (internamento misto de pessoas que necessitam de uma vigilância mais cautelosa do seu estado hemodinâmico) e Hospital de Dia de Medicina (valência que assegura diferenciados tratamentos a pessoas de medicina interna em contexto de ambulatório).

Neste serviço são prestados cuidados de saúde a pessoas com variadas patologias, que no seu conjunto constituem uma população bastante heterogenia, englobando jovens, adultos e pessoas idosas.

De acordo com o Regulamento Interno do Serviço de Medicina, o mesmo apresenta como missão a “Promoção da Saúde na comunidade onde está inserido, prestando cuidados de saúde diferenciados, com respeito pela dignidade dos doentes e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.”

3.3. 1. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS

O objetivo geral da realização deste projeto é promover a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados através da melhoria dos registos da caracterização da Dor na admissão da pessoa e durante o internamento bem como das intervenções autónomas e interdependentes de Enfermagem no alívio/controlo da dor.

Como objetivos específicos estima-se que:

- 100% dos registos de Enfermagem da avaliação inicial, incluam a avaliação da dor;
- 60% dos registos de Enfermagem da avaliação inicial incluam a avaliação da dor quanto à sua intensidade;
- 60% dos registos de Enfermagem da avaliação inicial incluam a avaliação da dor quanto à sua duração (aguda ou crónica);



50% dos registos de Enfermagem englobem medidas não farmacológicas do alívio da dor, quando a pessoa tem dor como foco de Enfermagem levantado.

Importa referir que os objetivos específicos definidos foram elaborados tendo em consideração os dados apresentados na tabela 1.

3.3. 2. SELEÇÃO DO MÉTODO DE INTERVENÇÃO

14

Para este projeto propomos a realização de ações formativas de modo a sensibilizar e motivar os Enfermeiros para a importância do registo da dor e de intervenções autónomas de Enfermagem para o seu alívio/controlo de modo a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

3.3. 3. IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS

Para a realização da sessão serão necessários recursos materiais e humanos, tais como: Recursos Materiais:

- Computador;
- Meios audiovisuais;
- Sala de sessões com cadeiras. Recursos Humanos:
 - Enfermeiros responsáveis pelo Projeto;
 - Equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina Interna.



4. AVALIAÇÃO

4.1. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Como foi referido anteriormente no trabalho, o grupo considerou o instrumento de colheita de dados elaborado no biénio 2013-2014 muito limitativo e, por esse mesmo motivo, não iremos apresentar os resultados da sua análise como forma de avaliar resultados mas somente para fundamentar a necessidade identificada.

15

4.2. AVALIAÇÃO DO PROCESSO

A avaliação deste processo será efetuada através de uma análise dos dados recolhidos ao longo do ano 2015 e posterior reflexão/discussão entre os Profissionais de Saúde e a Enfermeira-Chefe do Serviço de Medicina Interna, com o intuito de otimizar de forma coerente os registos relativos ao foco “Dor”.



5. Reflexão Final & Conclusão

Este projeto está a ser desenvolvido no âmbito do programa “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” com o intuito de melhorar os registos do foco “Dor” no sistema SAPE, através da implementação de estratégias tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

A construção do DT permitiu ao grupo aprofundar conhecimentos teóricos relativamente à importância da Dor enquanto 5º sinal vital, assim como das escalas de avaliação de Dor existentes.

Através da construção de um instrumento de colheita de dados que permitiu a análise dos registos de Enfermagem no biénio 2013-2014, verificou-se a existência de algumas lacunas ao nível do registo da Dor. Posto isto, o grupo planeia a execução de sessões de formação com vista a dar a conhecer os mesmos resultados e sensibilizar a equipa para a importância de realizar registos adequados. Verificou-se ainda que é necessário fazer alterações na matriz do instrumento referido, de modo a colmatar algumas das falhas verificadas. Estas alterações devem ser realizadas considerando a NOC “Avaliação e Monitorização da Dor à Pessoa Adulta” do Centro Hospitalar.

Perante a elaboração e implementação deste projeto estima-se que ocorra uma melhoria dos registos relativos ao foco “Dor”, reforçando a importância da atualização dos conhecimentos de modo a promover a melhoria dos cuidados de Enfermagem e, conseqüentemente, a melhoria da satisfação e bem-estar da pessoa.

Para a realização deste projeto contribuiu a formação académica adquirida no curso de Licenciatura em Enfermagem, os instrumentos que regem a profissão de Enfermagem e o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem Regional, 2013).

Gostaríamos de reforçar a importância do desenvolvimento deste projeto com o intuito de suprir uma necessidade identificada no contexto.

Em suma, consideramos que o seu desenvolvimento é bastante produtivo e enriquecedor, contribuindo para o nosso contínuo desenvolvimento enquanto Enfermeiros.



Referências Bibliográficas

BIBLIOGRAFIA

DAIMOND, A.W.; CONIAM, S.W. – Controlo da Dor Crónica. 1ª Edição. Climepsi Editores: Lisboa, 1999. ISBN 972-8449-09-7.

17

ORDEM DOS ENFERMEIROS - DOR - Guia Orientador de Boa Prática. OE, 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5.

NORMAS/REGULAMENTOS

Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD. Programa Nacional de Controlo da Dor. Direcção-Geral da Saúde, 2008. Disponível em <http://WWW.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>. [22 de Dezembro de 2014: 17h24].

NOC.CHS.39. Avaliação e Monitorização da Dor à Pessoa Adulta. Centro Hospitalar de Setúbal, 2012.

REG.MEDI.02. Regulamento Interno do Serviço de Medicina Interna. Centro Hospitalar de Setúbal, 2009.

PROVAS ACADÉMICAS

SOUSA, Maria de Fátima de - O Enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação. Coimbra, Junho de 2009. Dissertação de Mestrado à obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria Cultural. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/14925> [17 de Junho de 2015: 02h34].

REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

CONSELHO DE ENFERMAGEM – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e Enunciados descritivos. Ordem Dos Enfermeiros, 2001. <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf> [15 de Junho de 2015: 10h35].



CONSELHO DE ENFERMAGEM REGIONAL – Guião para a organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2013.

<http://WWW.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf> [20 de Junho de 2015: 15h21].

<http://blog.beruby.com/pt/page/78/> (imagem de capa) [16 de Junho de 2015: 12:34].

18

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico do Enfermeiro. (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Disponível em <http://WWW.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>. [20 de Junho de 2015: 15h24].

ORDEM DO ENFERMEIROS – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). 1996 Disponível em <http://WWW.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf> [20 de Junho de 2015: 17h05].

OUTROS DOCUMENTOS

MARQUES, António Manuel – Apontamentos das aulas. Documento de apoio da Unidade Curricular de Pedagogia I, 1º Semestre do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. [s.n.] 2005.



Centro Hospitalar de Setúbal
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
Serviço de Medicina Interna

PROJECTO: PREVENÇÃO DE QUEDAS NO
UTENTE INTERNADO



Setúbal, Junho de 2015

LISTA DE ABREVIATURAS

CHS: Centro Hospitalar de Setúbal

CID: Classificação Internacional de Doenças

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS: Direção Geral da Saúde

GIARC: Grupo de Indicadores, Auditoria e Riscos Clínicos

IQUIP: International Quality Indicator Project

NCPS: National Center for Patient Safety

NOC: Norma de Orientação Clínica

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

SMI: Serviço de Medicina Interna

WHPA: World Health Professions Alliance

ÍNDICE ANEXOS

ANEXO I: FOLHA DE RELATO DE INCIDENTE ONLINE DO CHS	38
ANEXO II: NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA DO CHS: “PREVENÇÃO DA OCORRÊNCIA DE QUEDAS NO UTENTE INTERNADO	37
ANEXO III: FORMAÇÃO EM SERVIÇO “PREVENÇÃO DE QUEDAS NO UTENTE INTERNADO”	45
ANEXO IV: GRELHAS DE AUDITORIA INTERNA	48

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. PERTINÊNCIA DO TEMA.....	7
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
3.1. Epidemiologia.....	10
3.2. Fatores de Risco	12
3.3. Intervenções na prevenção de quedas	17
4. IDENTIFICAÇÃO E DIMENSÃO DO PROBLEMA: QUEDA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA	23
5. OBJETIVOS	25
6. METODOLOGIA PROPOSTA.....	26
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

1. INTRODUÇÃO

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 da Direção Geral da Saúde (DGS, 2012) descreve como um direito fundamental de todo o cidadão, o acesso a cuidados de saúde com qualidade a todos os níveis da sua prestação. De acordo com o mesmo Plano, o conceito de qualidade na saúde assenta em várias dimensões, nomeadamente a pertinência dos cuidados de saúde, a sua prestação no momento adequado, a aceitabilidade e acessibilidade, e a sua segurança.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (DGS, 2015), tem como um dos seus objetivos estratégicos a prevenção de quedas, sendo estas, um dos principais acontecimentos indesejáveis em pessoas hospitalizadas, considerado um dos grandes desafios no contexto da segurança do utente.

As quedas podem acarretar para além de consequências físicas e psicológicas graves, custos económicos e sociais importantes, podendo conduzir ao aumento do risco de dependência do utente, contribuindo, assim, para o aumento do tempo de internamento, dos gastos com recursos humanos, materiais e exames complementares de diagnóstico a nível institucional e na comunidade poderá contribuir para uma diminuição significativa da qualidade de vida do utente e família. (SARAIVA et al., 2008).

As quedas são classificadas como um problema de saúde pública uma vez que constituem a segunda principal causa de morte por lesão accidental ou não intencional, logo após os acidentes rodoviários de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), têm sido objeto de preocupação no mundo político, tanto a nível nacional como internacional, a ponto de terem sido criados programas de prevenção de quedas, principalmente nas pessoas idosas, tornando-se assim importante a sua implementação a nível local e conseqüentemente a nível das instituições de saúde.

No âmbito do programa “Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem” o Serviço de Medicina Interna (SMI) do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) assumiu o compromisso de identificar problemas emergentes susceptíveis de resolução e/ou melhoria. As quedas dos utentes foi um dos problemas identificados. Uma vez identificado o problema foi nomeado um grupo de trabalho que ficou responsável por realizar um diagnóstico de situação e posteriormente propor estratégias que visassem a resolução/melhoria do problema identificado, trabalhando em colaboração com os gestores de risco do serviço.

O objetivo principal do grupo de trabalho é diminuir a incidência nos utentes internados no SMI. Para a prossecução do objetivo partimos do princípio que a eficácia das medidas preventivas depende da identificação dos indivíduos em risco, quais os fatores de risco e intervenções mais adequadas para o controlo desses fatores. O enfermeiro tem uma função importante na prevenção e manutenção da saúde dos utentes, devendo implementar estratégias de ensino adequadas para motivação e consciencialização no que se refere à adesão de ações que controlem, eliminem ou modifiquem os fatores de risco (MARQUES, 2004).

Com a realização deste trabalho pretendemos mostrar o trabalho realizado nesta área de atuação e quais as suas implicações.

O presente trabalho está organizado em sete capítulos, assim sendo, após esta introdução apresentamos a pertinência do tema. De seguida procedemos ao capítulo do enquadramento teórico, onde realizamos uma revisão de literatura do tema que abordamos; posteriormente mostramos um capítulo onde identificamos e apresentamos o problema em estudo; depois segue-se um capítulo com a definição dos objetivos. Após estes capítulos expomos o capítulo da apresentação da metodologia proposta. A bibliografia consultada para a realização deste estudo consta no capítulo final, que precede à apresentação dos anexos.

2. PERTINÊNCIA DO TEMA

Segundo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (DGS, 2015) as quedas representam um grave problema de saúde pública e requerem na maioria das vezes, cuidados médicos.

De acordo com diversos autores – (CALVO et al., 2001; MUGAIAR et al., 2004; SARAIVA et al.; 2008, RAMOS, 2008; NASCIMENTO et al., 2009 - as quedas podem causar consequências físicas, psicológicas e sociais, traduzindo-se num aumento do período de internamento e de dependência da pessoa, com conseqüente acréscimo de custos económicos e sociais. MARIN et al. (2000), acrescenta que as quedas podem ainda associar cepticismo relativamente à qualidade do serviço de enfermagem e à responsabilidade dos profissionais, tendo OLIVER et al., (2000), confirmado que as associações adversas para a organização, incluem citações nas reclamações formalizadas de perceção de falha nos cuidados prestados ao utente.

A nível dos profissionais de saúde a queda provoca ansiedade, estes também ficam devastados na sua confiança e autoestima sempre que um utente sofre lesões numa queda (VINCENT, 1997; KOHN et al., 2000; PERELL et al., 2001; HEALEY e SCOBIE, 2007; JOINT COMMISSION RESOURCES, 2008; OLIVER et al., 2010).

Segundo PAIVA et al., (2010), a existência de eventos adversos que comprometem a segurança do utente, constitui sem dúvida um desafio para se melhorar a qualidade dos cuidados na área da saúde. Nas organizações podem ocorrer incidentes graves mas não são comuns se tivermos em consideração o volume de cuidados praticados diariamente. No entanto esses incidentes podem ter consequências devastadoras para o utente, família e profissionais envolvidos (LEAPE, 1994; VINCENT, 1997; OLIVER et al., 2004).

Encaramos a ocorrência de um evento adverso que resulta em dano para a pessoa, como uma falha no serviço oferecido ao utente e consequentemente na qualidade dos serviços prestados.

Os enfermeiros têm o papel importante de identificar tão rapidamente quanto possível os problemas potenciais do cliente, prevenindo complicações para a saúde dos utentes (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001) Podem assumir assim, um papel de relevância relativamente às questões associadas á segurança dos utentes nas organizações.

A queda é um indicador de segurança do utente (EUROPEAN COMMISSION, 2007) e sensível aos cuidados de enfermagem, constituindo um diagnóstico de enfermagem na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0 ® (OE, 2011).

Os Relatórios de Progressão de Relatos de Incidentes do CHS realizados pelo Grupo de Indicadores, Auditoria e Riscos Clínicos (GIARC), apresentados semestralmente ao CHS, mostram que as quedas dos utentes internados são dos incidentes mais notificados a nível institucional, sendo que o SMI apresenta-se como um dos serviços que mais notifica quedas de utentes.

Assim, torna-se imperativo para a equipa de enfermagem saber monitorizar o risco de queda e implementar as respetivas ações preventivas, contribuindo deste modo para o controlo deste fenómeno e a minorar as suas consequências. Consideramos por isso, que muitas das quedas que aconteceram podem ser prevenidas no futuro se tivermos humildade para aprender as lições da experiência e capacidade para reestruturar as práticas clínicas. Desta forma foi organizado um grupo de trabalho com o principal objetivo de reduzir o número de quedas no SMI.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De modo a abordar a problemática das quedas, a definição do termo será o ponto de partida de qualquer trabalho. De modo a realizar uma intervenção eficaz consideramos fulcral compreender o fenómeno em causa. É importante conhecer as suas dimensões, na medida em que estes eventos podem ser entendidos de modos muito diversos.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (OMS, 2015)) a queda pode ser definida como um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação à sua posição inicial. Para SANTOS et al., (2003) a queda não é mais do que a consequência, inevitável, da falência das reações de correção do equilíbrio, incapazes de contrariar o que é a tendência natural na posição ereta por ação da gravidade. SARAIVA et al. (2008) considera que a queda pode ainda ser entendida como um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção, podendo este facto ter resultado de vários fatores que comprometem a estabilidade do organismo.

Durante a pesquisa bibliográfica realizada, verificámos que os significados encontrados na literatura revelam divergências no conteúdo do conceito, esta divergência também foi verificada por outros autores entre os quais, MASSUD (2001), BEMIS-DOUGHERTY (2006), ZECEVIC et al., (2006), OLIVER et al. (2007). Como consideramos importante obter um consenso sobre o assunto, a definição da queda é necessária e pertinente pelo que para a realização deste trabalho e entendendo a queda como um evento multifatorial adotamos a definição da CIPE versão 2.0 (2011), segundo a qual cair é uma descida rápida do corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical.

3.1. Epidemiologia

Para SETHI (2006), na União europeia, ocorrem perto de 40 000 mortes/100 000 idosos devido a quedas. Segundo os mesmos autores, devido às quedas, os idosos com mais de 80 anos têm uma taxa de mortalidade 6 vezes superior aos idosos entre os 65 anos e os 79 anos.

De acordo com SKELTON e TODD (2004) 30% das pessoas com mais de 65 anos e 50% daqueles com mais de 80 anos caem todos os anos e os adultos mais idosos que caem uma vez, têm 2 a 3 vezes maior probabilidade de cair outra vez durante o ano seguinte. Segundo a OMS (2007) entre 28 a 35% da população com idade igual ou superior a 65 anos de idade sofre uma queda todos os anos, aumentando esta prevalência para 32 a 42% na população com idade superior a 70 anos de idade.

Em indivíduos que estão institucionalizados as taxas de quedas variam de estudo para estudo, não sendo consensual se são superiores ou inferiores comparativamente com as taxas de quedas em indivíduos que vivem na comunidade, no entanto de acordo com NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (2004), REBELATTO, et al. (2006), OMS (2007), e CAMERON et al. (2010), as taxas de quedas em indivíduos institucionalizados são superiores comparativamente com os que residem na comunidade.

Em contexto hospital, de acordo com a OMS (2002), 4% dos indivíduos hospitalizados sofrem algum tipo de dano, 70% resultam em eventos adversos com danos ligeiros, mas 14% podem levar à morte da pessoa.

Num estudo realizado por HEALEY e SCOBIE (2007), estes verificaram que no Reino Unido os hospitais reportam cerca de 5 quedas por cada 1.000 camas dia, nos internamentos em geral e cerca de 18 quedas por cada 1.000 camas dia, em unidades especiais em que os utentes são mais vulneráveis às quedas e têm maior risco. Estes dados são apoiados por OLIVER et al., (2010), que referem que as quedas raramente se distribuem de forma uniforme dentro das unidades hospitalares, as prevalências

notificadas são geralmente mais elevadas em áreas de internamento de utentes idosos, tais como os serviços de neurologia ou unidades de reabilitação.

SOARES e ALMEIDA (2008), realizaram um estudo onde recolheram dados de 67 hospitais do Serviço Nacional de Saúde, entre janeiro de 2006 e janeiro de 2008, verificaram que apenas 56 notificaram quedas nos utentes, nos restantes 11 não existia quaisquer acidentes, ou não existia qualquer registo. Os mesmos autores, observaram que existiram 4200 quedas, sendo que 2% das situações os utentes acabaram por falecer, embora não tenha sido demonstrado em todos os casos, onexo causal entre o acidente e a morte. Do total das quedas, os autores concluíram que apenas 2% dos acidentes ocorreram no Serviço de Urgência, a que se juntam outros 2% em local indeterminado. 96% das situações ocorre nas restantes áreas, sobretudo no internamento, associadas a acidentes com macas, camas, cadeiras e problemas no piso e nas casas de banho.

RAMOS (2010), citado por COSTA-DIAS (2014) refere que em Portugal durante o ano de 2008, nove hospitais articularam com o projeto International Quality Indicator Project (IQIP) ocorrendo o registo de 1162 quedas, sendo que a média de utentes hospitalizados que caíram foi de 0,11%. No mesmo período, os hospitais que englobaram o mesmo projeto apresentaram uma média de 0,22% a nível europeu e 0,15% a nível mundial.

Tendo em conta estes resultados, a sua interpretação poderá indiciar que a média de quedas existente em Portugal se encontra abaixo da média mundial, mas poderá ser um caso de subnotificação, dado não existir uma cultura hospitalar enraizada de investimento na segurança do utente e na prevenção de eventos adversos.

De acordo com PINA et al., (2010), em 2009 o Centro Hospitalar da Cova da Beira, apresentou resultados referentes a uma análise de 182 quedas, sendo a taxa de prevalência de 1,54%, a taxa de efetividade do diagnóstico do risco de 79,12% e a percentagem de utentes avaliados quanto ao risco de queda de 51,09.

3.2. Fatores de Risco

Sendo as quedas um grave problema de saúde pública é fundamental a criação e implementação de estratégias de prevenção deste tipo de incidentes. Por este motivo, torna-se prioritário conseguir identificar as pessoas que se encontram em risco de cair de modo a maximizar e direcionar intervenções com o objetivo de minimizar esse risco.

Os fatores de risco de quedas podem classificar-se em intrínsecos (quando estão relacionados com o próprio indivíduo) e extrínsecos (quando dizem respeito a aspetos ambientais) e as quedas, são muitas vezes, resultado de interações dinâmicas entre vários fatores de risco de todas as categorias (ALMEIDA et al., 2012).

A OMS (2010) refere que as quedas resultam de uma interação de fatores de riscos. Refere os riscos intrínsecos como riscos biológicos reforçando a ideia de que quando associados a riscos comportamentais e ambientais aumentam os riscos de queda. Os riscos biológicos são considerados riscos não modificáveis. Os riscos ambientais incluem a interação da pessoa com o meio que o envolve, não sendo o ambiente por si só causador de queda. Identifica riscos comportamentais como dizendo respeito a ações humanas, escolhas diárias e emoções, sendo potencialmente modificáveis. Por fim identifica fatores de risco socioeconómicos, que estão relacionados com as condições sociais e económicas das pessoas e à capacidade da comunidade para as enfrentar. Dentro destes últimos fatores considera – rendimentos baixos, habitações inadequadas, baixo nível de instrução, ausência de interação social, acesso limitado aos cuidados de saúde e de segurança social, e falta de recursos da comunidade.

- **Fatores de risco intrínsecos**

Os fatores de risco intrínsecos ou relacionados com o utente incluem a idade, doenças crónicas, fraqueza muscular, desequilíbrio, alterações cognitivas e a medicação, estes fatores podem ter efeitos aditivos (PERELL et al., 2001; TINETTI, 2003; SHUTO et al., 2010). Também SANTOS et al. (2003) definem como fatores intrínsecos, as características inerentes a cada indivíduo resultantes de alterações relacionadas com a idade, doença ou medicação.

Condição clínica

O surgimento de doenças pode ocasionar redução da capacidade física, acarretando efeitos sobre o controle postural do indivíduo, ou ainda, atuando negativamente sobre o equilíbrio (FABRÍCIO et al., 2004).

SANTOS et al. (2003) reportam ainda que, de todos os fatores de risco intrínsecos, a diminuição da força muscular, que está inerente ao próprio envelhecimento, é dos mais importantes. Na sua grande maioria, as quedas nas pessoas idosas estão associadas a situações de doenças crónicas ou fragilidade apresentando uma etiologia multifatorial. Alguns dos fatores de risco encontram-se relacionados, nomeadamente os neurológicos e os distúrbios da marcha (EDELBERG, 2001).

As alterações fisiológicas do envelhecimento que constituem um risco acrescido de queda são as seguintes: diminuição da visão (decréscimo da perceção de distância, de visão periférica e de adaptação ao escuro), diminuição da audição, distúrbios vestibulares (por infeção ou cirurgia prévia do ouvido e vertigem posicional benigna), distúrbios de proprioceção (com distúrbios das informações sobre a base de sustentação, devido a neuropatia periférica e patologias degenerativas da coluna cervical), aumento do tempo de reação a situações de perigo, decréscimo da sensibilidade dos barorreceptores à hipotensão postural, alterações músculo-esqueléticas (nomeadamente degenerações articulares que

limitem a amplitude de movimentos e fraqueza muscular), sedentarismo e deformidades dos pés (JÚNIOR e HECKMAN, 2006).

Por outro lado, SANTOS et al. (2003) dizem-nos também que outro fator intrínseco de maior relevo para as quedas são alterações de sono que se caracterizam por uma diminuição do tempo total e da qualidade do sono e por um aumento da sonolência diurna e de insónia noturna.

Num estudo levado a cabo por CORRÊA et al. (2004) detetou-se que indivíduos com queixas de instabilidade postural e com história de quedas apresentavam diminuição dos valores dos parâmetros da marcha, existindo diferenças significativas entre indivíduos com e sem queixas de instabilidade postural e história de quedas. BITTAR et al. (2003), defende que um dos mecanismos atribuídos ao aumento de incidência de quedas entre idosos é o declínio na capacidade para detetar e controlar a oscilação para a frente e para trás do corpo, isto é, a deterioração do equilíbrio estático.

Num estudo realizado por GUIMARÃES et al. (2004) foi efetuada uma comparação entre idosos sedentários e idosos que praticavam regularmente atividade física, através do teste Time Up & Go; de acordo com os resultados deste teste, os idosos foram posteriormente classificados em diferentes níveis de risco de queda, sendo que os que registavam maior mobilidade e menor risco de quedas eram os idosos ativos.

Idade avançada

Na maior parte dos estudos conclui-se a associação entre o risco de quedas e o aumento da idade. Segundo FABRICIO et al. (2004), vários estudos demonstraram que cerca de 30% das pessoas com idade superior a 65 anos caem pelo menos uma vez por ano. Destas, 40% têm idade superior a 80 anos. Revelam ainda que as quedas, eventos causadores de lesões, representam a principal etiologia de morte acidental em pessoas com idade acima dos 65 anos, sendo a lesão acidental a sexta

causa de morte em pessoas com 75 ou mais anos, e a queda a responsável por 70% dessas mortes.

Uso de medicamentos

O uso de fármacos é considerado um fator de risco para quedas (ONAGA e D'ELBOUX, 2007), visto que os idosos são mais vulneráveis aos efeitos colaterais da medicação, devido às alterações ocasionadas pelo envelhecimento, as quais afetam a maneira como os medicamentos são absorvidos, distribuídos, metabolizados e excretados pelo corpo (NAZARKO, 2007).

As classes de medicamentos mais frequentemente associadas com as quedas incluem os inibidores seletivos de recaptção de serotonina, antidepressivos tricíclicos, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, hipoglicemiantes, antiarrítmicos, antihipertensivos, anticolinérgicos e diuréticos (BARBOSA, 2001; PEREIRA et al., 2001; LAVSA et al., 2010). A associação desses medicamentos com as quedas, muitas vezes ocorre porque estas drogas podem diminuir as funções motoras, causar fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural (FABRÍCIO et al., 2004).

BRITO et al. (2001) relatam que medicamentos como diuréticos e outros antihipertensores, psicofármacos e antiparkinsonianos podem propiciar quedas, uma vez que interferem, diminuindo as funções motoras. Também COUTINHO e SILVA (2002) referem que os bloqueadores de canais de cálcio, benzodiazepinas e vasodilatadores aumentam risco de queda, devido às suas propriedades sedativas e bloqueio alfa-adrenérgico que levam a alterações psicomotoras e hipotensão postural.

Sexo

A maior parte dos estudos realizados é de opinião que as mulheres apresentam maior risco de queda do que os homens (BAZIRE, 1999; KRON et al., 2003; RAMOS e TONIOLO, 2005). As causas para este

fenómeno poderão estar associadas à maior fragilidade nas mulheres, osteoporose, prevalência de doenças crônicas e maior exposição a atividade doméstica e comportamentos de maior risco (PERRACINI e RAMOS, 2002).

História de queda

Pelo menos uma queda no ano anterior aumenta o risco de queda no ano seguinte. RAMOS (2008) refere que a frequência de quedas em utentes com história de queda oscila entre 15% e 52%.

Medo de cair

O medo de cair novamente, após uma queda, está associado a uma diminuição no desempenho da marcha podendo traduzir-se em novas quedas e levar a uma diminuição das atividades físicas e sociais (TINETTI, 1994; ALCALDE, 2010).

- **Fatores de risco extrínsecos**

Os fatores extrínsecos de queda relacionam-se com perigos ambientais.

Após revisão dos fatores de risco extrínsecos de quedas identificados na literatura, com relevância para o contexto hospitalar extraíram-se os seguintes: calçado e vestuário inadequado, iluminação inadequada, piso molhado e escorregadio, superfícies irregulares, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho, ausência de corrimãos em corredores e salas de banho, bengalas, andarilhos ou outros auxiliares de marcha não apropriados, prateleiras excessivamente baixas ou altas. (DEAN, 1993; LORD, 1996 e 2000; STEVENS, 2000; BARRETO et al., 2001; RUBENSTEIN e JOSEPHSON, 2002).

3.3. Intervenções na prevenção de quedas

Investigação recente demonstra que usando um leque simples de intervenções, as organizações de saúde podem reduzir significativamente o número e o custo dos acidentes com utentes (HEALEY e SCOBIE, 2007; DGS, 2015).

A WORLD HEALTH PROFESSIONS ALLIANCE ([WHPA] 2002) faz várias recomendações de ações, entre as quais se salienta que os profissionais de saúde têm um papel ativo na avaliação da segurança e qualidade dos cuidados; melhorarem a comunicação com os utentes e entre os membros da equipa; informarem os utentes dos seus riscos potenciais; melhorarem os sistemas de prestação de cuidados e reportarem os eventos adversos. Estas intervenções exigem um aumento da capacidade de aprender com os erros, através de melhores sistemas de informação, investigação de incidentes e partilha responsável de dados; maior capacidade de antecipar erros e fraquezas do sistema que podem levar a um evento adverso, identificar os recursos de conhecimento existentes, dentro e fora do setor da saúde; melhorar o sistema de prestação de cuidados de saúde em si, de modo que as estruturas sejam reconfiguradas, os incentivos realinhados, e a qualidade colocada no centro do sistema (OMS, 2002).

Os programas de intervenção em quedas têm duas componentes (SCHMID, 1990; EVANS et al., 1999; MORSE, 2006; CALDEVILLA e MELO, 2010):

- 1- Os instrumentos de avaliação de risco de queda que identificam os utentes quanto ao risco de queda;
- 2- As estratégias de intervenção em função do risco de queda, para prevenir a queda do utente, ou para proteger o utente de sequelas no caso de ocorrer uma queda.

- **Instrumento de avaliação de risco de queda: escala de morse**

A intervenção precoce é essencial, no sentido de sinalizar os utentes em risco de queda e minimizar as lesões que podem advir deste evento (VELLAS et al., 1992). A escolha de um instrumento apropriado que identifique efetivamente o risco de queda é uma decisão importante, porque desta decisão depende a capacidade de discriminar os utentes quanto ao risco de queda (COSTA-DIAS e FERREIRA, 2014).

A Escala de Morse parece ser a escala mais utilizada, tendo em consideração o seu extenso desenvolvimento e estudos comparativos em populações de utentes internados em diferentes hospitais (SCHWENDIMANN et al., 2006). Esta escala é descrita pela sua autora como sendo um método simples e rápido de avaliar a probabilidade de um utente cair. A escala foi desenvolvida em 1985 no Canadá, na Universidade de Alberta, por Janice Morse, para identificar os indivíduos com risco de queda (MORSE et al., 1989).

A escala integra seis itens de avaliação e que são: antecedentes de queda; diagnóstico secundário; apoio para deambulação; medicação e/ou heparina intravenosa; marcha e estado mental.

A presença de fatores de risco é assinalada como sim ou não para três dos itens e para os outros três itens a pontuação é baseada em dois ou três descritores. Os scores atribuídos a cada resposta são registados e é atribuída uma pontuação entre 0 a 30 pontos às respostas identificadas como sim ou não e aos descritores para cada item. Segundo a referência da autora a escala varia entre 0 e 125 e os indivíduos são discriminados em função do risco de queda em sem risco, baixo risco, ou com alto risco (MORSE, 2009).

A avaliação do risco de queda é particularmente importante: no momento de admissão do cliente, sobretudo nos utentes com 65 ou mais anos; nos utentes confusos ou com agitação psicomotora; no pós-operatório; nos

utentes medicados com psicofármacos, analgésicos estupefacientes e antihipertensores, entre outros (HEALEY e SCOBIE, 2007), constituindo uma oportunidade para delinear possíveis intervenções.

- **Estratégias de intervenção em função do risco de queda**

Após a avaliação de risco de queda devem ser definidas estratégias de intervenção de acordo com a situação do utente. Com base nas orientações do NATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY (NCPS, 2004) as estratégias de intervenção podem ser agrupadas em função do risco em: (1) intervenções básicas de segurança para todos os utentes; (2) intervenção para o utente avaliado com risco baixo de queda; (3) intervenção para o utente avaliado com elevado risco de queda e intervenções após queda do utente (NCPS, 2004).

SARAIVA et al. (2008) aponta como diretrizes na prevenção de quedas: orientar o indivíduo sobre os riscos de quedas e suas consequências; fazer uma avaliação global, com medidas corretivas, adequadas, dando ênfase à função cognitiva, ao estado de consciência, à capacidade de executar as atividades de vida diárias; racionalização da prescrição e correção de doses e combinações inadequadas dos medicamentos; avaliação da visão, audição, mobilidade e nutrição; programação de exercícios físicos visando a melhoria do equilíbrio e da marcha, fortalecimento; correção de fatores de risco ambientais como: iluminação, estado e caracterização do pavimento, mobiliário, escadas e outros desníveis, suportes de apoio na casa de banho, calçado e vestuário e ajudas técnicas; e medidas gerais e promoção da saúde.

RAMOS (2008) diz-nos que devem existir ações de melhoria que passem por sensibilizar os profissionais de saúde para esta problemática e para a supervisão adequada do utente, mantendo a monitorização deste indicador de qualidade clínica, assim como identificar fatores de risco ambientais e promover ações para controlo do risco de quedas.

Nas competências do enfermeiro de cuidados gerais, definidas pelo Conselho de Enfermagem da OE, uma das áreas de competência corresponde à gestão de cuidados (OE, 2004). A este nível compete ao enfermeiro garantir um ambiente seguro através de, entre outros, da criação e manutenção de um ambiente de cuidados seguro, da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco, assim como utilizar instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.

As intervenções a nível do ambiente incluem:

- Manter a campainha ao alcance do utente e orientá-lo a utilizá-la para solicitação da presença do profissional impedindo que o utente se levante sozinho do leito e venha a cair. Além disso, o profissional de enfermagem deve manter vigilância e agilidade no atendimento às campainhas (HEMORIO, 2010).
- Garantir que todas as camas apresentam travões (ROCHA E MARZIALE, 1998), e verificar o seu funcionamento (DECESARO E PADILHA, 2001).
- Manter a área de circulação das enfermarias e corredores livres de móveis e utensílios, uma vez que o excesso de utensílios pode desencadear a queda (HEMORIO, 2010).
- Utilizar grades contribuindo para minimizar os danos corporais decorrentes de quedas, devendo estas ser mantidas principalmente nos casos de utentes agitados e idosos, apesar desta conduta não impedir o evento da queda (SANTOS et al., 2000). A utilização de grades é uma medida utilizada para prevenir quedas de utentes, contudo, o uso inadequado pode contribuir para ocorrência da queda (ROCHA e MARZIALE, 1998).

Contudo, ROCHA E MARZIALE (1998) acrescentam que as grades de segurança no leito devem ser firmes e estrategicamente situadas no ambiente, cadeiras de rodas devem estar travadas, além que os utentes devem ser orientados quanto ao uso seguro e correto de equipamentos tais como cadeiras de rodas, andarilhos, bengalas e muletas.

Quanto ao transporte inadequado do utente, reforça-se a necessidade de equipamentos adequados com uma supervisão e manutenção periódica, além da importância da formação da equipa que desenvolve tal atividade, a fim de garantir a segurança dos utentes e daqueles que realizam o transporte com intuito de prevenir o evento da queda (DECESARO e PADILHA, 2001).

SILVA (2005) citado por VITOR et al. (2013) afirma que o uso de chinelos em mau estado de conservação, sapatos não totalmente calçados, além da utilização inadequada de bengalas, andarilhos ou cadeiras de rodas propiciam a ocorrência de quedas no âmbito hospitalar.

O ambiente hospitalar e a forma como está concebido influencia o risco de queda, sendo assim é fundamental ter em conta o tipo de superfície dos pavimentos, se tem ou não irregularidades e quando está húmida ou seca se escorrega, a densidade do pavimento, qual o grau de dureza que tem quando um utente cai, o padrão do pavimento, sendo que alguns padrões podem causar ilusão de ótica e causar problemas a utentes com graus de visão reduzidos a iluminação, incluindo zonas com pouca luz, ou com alterações súbitas de luminosidade e a posição dos interruptores de iluminação se são ou não acessíveis, o desenho das portas e as ajudas técnicas nas instalações sanitárias e no duche, a distância e os espaços entre os apoios de mão, camas, cadeiras e a casa de banho, o desenho da unidade de internamento e a forma como permite a observação do utente, obstáculos no pavimento como escadas ou fios, tipo de mobiliário do quarto e dispositivos clínicos como seja o tipo de cama, macas, colchões, cadeiras sanitários e cadeiras de rodas. (HEALEY e SCOBIE, 2007).

Intervenções que passam por manter a segurança da pessoa e ajudar à sua orientação, respeitando os seus direitos e promovendo o seu conforto são essenciais como a promoção da privacidade e remoção de estímulos do ambiente (HALL e WAKEFIELD, 1996). O ambiente deve estar organizado, sem ruído e as persianas subidas durante o dia e fechadas à noite (SEGATORE e ADAMS, 2001), a minimização da colocação de dispositivos médicos e cateteres (HALL e WAKEFIELD, 1996), a presença

da pessoa significativa junto do utente (MALUSO-BOLTON, 2000), assim como a presença de objetos pessoais, relógios, calendários e campainha (HELD, 1995).

A utilização de dispositivos de imobilização/restricção física não é consensual. A restricção física é utilizada em utentes com: alteraçao do estado mental, sobretudo com agitacão (SEGATORE e ADAMS, 2001; VRIES et al., 2004; COTTER, 2005), alteraçao cognitiva (HAMERS e HUIZING, 2005; BREDTHAUER et al., 2005), alto risco de queda (SEGATORE e ADAMS, 2001; VRIES et al., 2004; HAMERS e HUIZING, 2005; COTTER, 2005), ou necessidade de facilitar o tratamento (SEGATORE e ADAMS, 2001; COTTER, 2005).

RAMOS (2008) sugere que deve haver uma utilizacão correta e adequada das imobilizacões assim como um ensino/sensibilizacão ao utente/família para solicitar apoio para os riscos inerentes no hospital e domicilio e por último e não menos importante a realizacão de auditorias clínicas.

4. IDENTIFICAÇÃO E DIMENSÃO DO PROBLEMA: QUEDA NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A prevenção de quedas no SMI tem um percurso desde 2011, como o início do processo de relato interno de incidente no CHS. Nesse ano foram relatadas 62 quedas no SMI e foram desenvolvidas ações de consciencialização da equipa em contexto informal, principalmente nas passagens de turno, com enfoque na importância do relato de incidente (ANEXO I), correta classificação dos utentes quanto ao risco de queda e intervenções a adotar. Um instrumento facilitador do processo de formação da equipa multidisciplinar foi a Norma de Orientação Clínica (NOC): Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados em vigor no CHS (ANEXO II) que visa uniformizar os procedimentos na prevenção de quedas nas práticas diárias de enfermagem.

A estratificação dos utentes é realizada com recurso à escala de Morse e procedia-se à aplicação de pulseira de identificação de risco de queda nos utentes. (pulseira amarela – médio risco de queda; pulseira vermelha – alto risco de queda).

Em 2012 verificou-se um aumento na notificação de quedas tendo sido reportadas 99 quedas no SMI, apesar da formação realizada à equipa. Este fato pressupõe uma subnotificação das quedas no ano anterior.

No ano de 2013 relataram-se 76 quedas no SMI. Considerou-se que a maioria das quedas foi relatada e que existiu maior cumprimento da NOC para prevenção de ocorrência de quedas em utentes internados. Constatou-se uma maior consciência coletiva acerca da importância da correta avaliação do utente e adoção de medidas preventivas.

Em 2014 concluiu-se que a aplicação de pulseira para identificar o risco de queda de cada utente apresentava algumas lacunas, tendo-se constatado que facilmente eram confundidas com as pulseiras atribuídas aos utentes no Serviço de Urgência Geral no contexto da triagem de Manchester. Além do mais verificou-se que as pulseiras eram pouco higiénicas, pouco visíveis

aos restantes profissionais que não lhes atribuíam o seu significado e além disto, constituíam obstáculos aos procedimentos de enfermagem e médicos tais como, a título de exemplo, a cateterização de veias periféricas e as gasimetrias. Desta forma surgiu a necessidade de alterar a sinalética até então utilizada, criando assim placas identificativas do risco de queda que se afixam na cama do utente e que o acompanham em todas as deslocações dentro do CHS. Neste ano também foi realizada formação acerca de prevenção de quedas nos utentes à equipa de enfermagem através da formação obrigatória em serviço.

Todas estas ações levaram a uma redução significativa nas quedas dos utentes internados no SMI, verificando-se 44 quedas no ano de 2014.

5. OBJETIVOS

O grupo de prevenção de quedas nos utentes internados no SMI tem como objetivo geral:

Reduzir o número de quedas dos utentes internados no Serviço de Medicina Interna.

Como objetivos específicos:

1. *Realizar sessões formativas focadas na prevenção da ocorrência de quedas a pelo menos 90% dos elementos da equipa de enfermagem.*

Indicador:

- Percentagem de enfermeiros que assistiram às sessões formativas.

2. *Realizar sessões formativas focadas na prevenção da ocorrência de quedas a pelo menos 90% dos elementos da equipa de Assistentes Operacionais.*

Indicador:

- Percentagem de Assistentes Operacionais que assistiram às sessões formativas.

3. *Apresentar taxa de efetividade na prevenção de quedas superior a 90%.*

Indicador:

- $(\text{Número de utentes com risco de queda, sem cair} / \text{número de utentes com risco de cair}) \times 100$.

4. *Avaliar risco de queda em 100% dos utentes admitidos.*

Indicador:

- Percentagem de utentes admitidos no SMI com avaliação do risco de queda através da aplicação da Escala de Morse.

5. *Reduzir a ocorrência de quedas em 25% em cada ano, face ao ano anterior.*

Indicador:

- $(\text{número de quedas} \times 100 / \text{número de quedas do ano anterior}) - 100$

6. METODOLOGIA PROPOSTA

A avaliação do risco de queda é efetuada no momento de admissão do utente através da aplicação da Escala de Morse. Deve ser reavaliada de 2 em 2 dias, e sempre que existir alteração dos fatores de risco, transferência de Serviço e após queda do utente.

O registo do score de risco é realizado nos alertas no processo clínico do utente, nos quadros de informação dos utentes nas salas de enfermagem. A cama do utente é identificada com triângulo de identificação do risco de queda que acompanha o utente em todas as suas deslocações para do serviço (colocado na cadeira de roda).

De acordo com o score obtido devem ser implementadas as ações/intervenções que contemplem as medidas de proteção adequadas de acordo com a NOC para prevenção de ocorrência de quedas em vigor na instituição (ANEXO II) e de acordo com a formação em serviço realizada (ANEXO III)

Sempre que existe ocorrência de queda é elaborado um relato de incidente (ANEXO I), onde são descritas as circunstâncias do incidente, posteriormente uma cópia do relato é gravada na pasta departamental do serviço no disco em rede, onde todos os profissionais do serviço têm acesso, também é remetida uma cópia para o GIARC, que contabiliza e divulga pelos gestores de risco do serviço.

O Grupo de Prevenção de Queda no Utente Internado realiza auditorias internas semestralmente (ANEXO IV), com o objetivo de verificar se o risco de queda está identificado e as medidas de prevenção estão implementadas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCALDE T. P. (2010) *Fear of falling*. Rev. Esp Geriatr Gerontol. JanFeb; 45(1). Pag 38-44
- ALMEIDA, S. T., SOLDERA, C., CARLI, A., GOMES, I. RESENDE, T. (2012). *Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos*. Revista da Associação Médica Brasileira, 58(4), 427-433. Obtido a 17 Junho de 2015 em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/v58n4a12.pdf>
- BARBOSA, M. T. (2001) *Como avaliar quedas em idosos?* Revista da Associação Médica Brasileira, v.47, p. 93-9.
- BARRETO, K., BUKSMAN, S., LEITE, V., PEREIRA, S., PERRACINI, M., PY, L. (2001). *Quedas em Idosos*. Obtido em 13 Junho de 2015, em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf
- BAZIRE, S. (1999) – *Psychotropic drug directory*. UK. Quay Books
- BEMIS-DOUGHERTY, A. DELAUNE, M. (2006) – *Reducing patient falls in inpatient settings*. Physical Therapy. Maio, p. 36-44
- BITTAR, R., PEDALINI, M., SZIFER, J., FORMIGONI, L. (2003) – Reabilitação vestibular: opção terapêutica na síndrome do desequilíbrio do idoso. Gerontologia. Vol. 8 (1), p. 9-12
- BREDTHAUER, D., BECKER, C., EICHNER, B., KOCZY, P. NIKOLAUS, T. (2005) - *Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie [em linha] 38:1. 10-18. ISSN: 1435-1269
- BRITO, F.C., COSTA, S.M.N.; (2001). *Quedas*. In: Papaleo Netto M, Brito FC, organizadores. Urgências em geriatria. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 323-35.
- CALDEVILLA, M. N., & MELO, M. (2010). *Prevenção de quedas dos idosos, no Hospital de Valongo: um projeto piloto*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 36, pp. 35-36.

- CALVO, M., RIU CAMPS, M., VILLARES GARCIA, M.J. (2001) – *Las caídas intrahospitalarias: «una realidad»*. Revista ROL de Enfermería. Vol. 24, nº1, p. 25-30.
- CAMERON ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. (2010) *Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue1. Art.No.:CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub2.
- CORRÊA, A., SANGLARD, R., HENRIQUES, G., RIBEIRO, A., PEREIRA, J. (2004). *Alterações dos parâmetros de marcha em função das queixas de instabilidade postural e quedas em idosos*. Fitness & Performance, 3(3), 149-156. Obtido em 18 Junho de 2015 em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2954370>
- COSTA- DIAS, M.J. (2014). *Quedas em contexto hospitalar: factores de risco*. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde.
- COSTA-DIAS, M. J., & FERREIRA, P. L. (2014). *Escalas de avaliação de risco de quedas*. Revista Referência (In press)
- COTTER, Valerie T.(2005) - *Restraint Free Care in Older Adults with Dementia*. The Keio Journal of Medicine [em linha] 54:2. 80-84. ISSN: 1880-1293.
- COUTINHO, E; SILVA, S. (2002) - *Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1359-1366, set-out.
- de Enfermeria. Vol. 24, nº 1, p. 25-30.
- DEAN E, Ross J. (1993). *Relationships among cane fitting, function, and falls*. Phys Ther 73(8). Pg 494-504.
- DECESARO, M. N.; PADILHA, K. G. (2001) *Queda: Comportamentos negativos de enfermagem e conseqüências para o paciente durante o período de internação em UTI*. Arquivos de Ciência de Saúde UNIPAR, n. 2, v. 5, p. 115-125.

- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Obtido a 12 Junho de 2015 em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. Obtido a 15 de Junho de 2015 em: <https://dre.pt/application/file/66457154>
- EDELBERG, H. K. (2001). *Fall and function: how to prevent falls and injuries in patients with impaired mobility*. *Geriatrics*, 56, 41-45.
- EUROPEAN COMMISSION. (2007). *SIMPATIE Project*. Obtido em 16 de Junho de 2015, de Safety Improvement for Patients in Europe: <http://www.simpatie.org/Main>
- EVANS, D., HODGKINSON, B., LAMBERT, L., WOOD, J. (1999) – *Fall Prevention: a systematic review*. *Clinical Effectiveness in Nursing*. Vol 3, P 106-111
- FABRICIO, S., RODRIGUES, R., COSTA JUNIOR, M., _____ (2004)
Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, v.38, p. 93-99.
- GUIMARÃES, L., GALDINO, D., MARTINS, F., VITORINO, D. PEREIRA, K., CARVALHO, E. (2004). *Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários*. *Revista Neurociências*, 12(2), 68-72.
- HALL, GERI; WAKEFIELD, BONNIE. (1996) - *Acute Confusion in the Elderly*. *Nursing* [em linha 26:7. 33-7. ISSN: 0360-4039.
- HAMERS, J.P.; HUIZING, A. R.(2005) - *Why do we use physical restraints in the elderly?* *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [em linha] 38:1. 19-25 ISSN: 1435- 1269
- HEALEY, F., & SCOBIE, S. (2007). *Slips, trips and falls in hospital*. Patient Safety Observatory, 3rd report. London: National Patient Safety Agency.
- HELD, Jeanne L. (1995) - *Managing Acute Confusion*. *Nursing* [em linha] 25:1. 75. ISSN: 0360-4039
- HEMORIO. (2010). *Identificação de risco de prevenção de quedas*. *Protocolos de Enfermagem*.

- *hospitalar*. Consultado a 16.06.2015, em:
<http://www.ipq.pt/backFiles/SusanaRamos.pdf>
- JOINT COMMISSION RESOURCES. (2008). *Temas e Estratégias para Liderança em Enfermagem*. (Artemed, Ed., & A. Thorell, Trad.) Porto Alegre: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- JÚNIOR, C. HECKMAN, M. (2006). *Distúrbios da postura, marcha e quedas*. In: FREITA, E. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Kooganm 2006, pag 950-961.
- KOHN, L., CORRIGAN, J., DONALDSON, M. (2000). *To err is human. Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy Press.
- KRON, M. LOY, S., NIKOLAUS, T., BECKER, C. (2003). *Risk indicators for fall in institutionalized frail elderly*. American Journal of Epidemiology, 158, 645-653.
- LAVSA, S., FABIAN, T., SAUL, M., CORMAN, S., COLEY, K. (2010). *Influence of medications and diagnoses on fall risk in psychiatric inpatients*. American Journal of Health-System Pharmacy, v.67, n.1, p. 1274 - 1280.
- LEAPE, L. L. (1994). *Error in Medicine*. JAMA, 272(23), pp. 1851-1857.
- LORD SR, Sherrington C, Menz HB. (2000). *Falls in older people: risk factors and strategies for prevention*. Cambridge University Press.
- LORD SR, Bashford GM. (1996) *Shoe characteristics and balance in older women*. Journal of the American Geriatrics Society, 44. Pag. 429-433.
- MALUSO-BOLTON, Tina. (2000) - *Terminal Agitation*. Journal of Hospice and Palliative Nursing [em linha] 2:1. 9-20. ISSN: 1539-0705.
- MARIN, Heimar F. (2000) – *Desenvolvimento de um sistema de alerta para a prevenção de quedas em pacientes hospitalizados*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 8, nº 3, p.27-32.

- MARQUES, S. (2004). *O idoso após acidente vascular cerebral: consequências para a família*. 165f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- MASSUD, T. MORRIS, R. (2001) – *Epidemiology of falls. Age and aging*. Vol 30 (S4), p 3-7
- MORSE, J. (2009). *Preventing Patients Falls: establishing a fall intervention program* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- MORSE, J. M. (2006). *The Safety of Safety Research: The Case of Patient Fall Research*. Canadian Journal of Nursing Research, 38(2), pp. 74-88.
- MORSE, J., MORSE, R. TYLKO, S. (1989). *Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient*. Canadian Journal on Aging, 8(4), pp. 366-377.
- MUGAIAR, K., BORDIN, L., FONSECA, A. (2004) – *Risco de queda de paciente: percepção do enfermeiro*. Nursing. São Paulo. Vol. 7, nº 73, p. 30-35.
- NASCIMENTO, B., DUARTE, B., ANTONINI, D., BORGES, S. (2009) *Risco para quedas em idosos da comunidade: relação entre tendência referida e susceptibilidade para quedas com o uso do teste clínico de interação sensorial e equilíbrio*. Rev Bras Clin Med;7:95-99
- NATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY. (2004). *NCPS Falls Toolkit*. Obtido em 15 Junho de 2015 de: http://www.state.in.us/isdh/files/National_Center_for_Patient_Safety-Falls_Prevention_Toolkit.pdf
- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. (2014). *Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people*. Royal College of Nursing.
- NAZARKO, L. (2007) *The impact of medication on falls*. Nursing & Residential Care, v.9, n.5, p. 208-21.

- OLIVER, D., HOPPER, A., SEE P. (2000) – *Do hospital fall prevention programs work? A systematic review*. Journal of American Geriatrics Society. Vol 48, p. 1679-1689
- OLIVER, D., DALY, F., MARTIN, F., MCMURDO, M. (2004) – *Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital inpatients: a systematic review*. Age and Aging. Vol 33 (2), p. 122-130
- OLIVER, D., CONNELLY, J., VICTOR, C., SHAW, F., WHITEHEAD, A., GENC, Y., VANOLI, A., MARTIN, F., GOSNEY, M.(2007). "Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses." BMJ 334(7584): 82
- OLIVER, D., HEALEY, F., HAINES, T. (2010) *Preventing falls and fall-related injuries in hospitals*. In L. Z. Rubenstein, & D. A. Ganz, Clinics in geriatric medicine. (Vol. 26, pp. 645-692). London: Elsevier.
- ONAGA, J. K.; **D'ELBOUX**, D. M. J. (2007). *Quedas em idosos: principais causas e consequências*. Saúde Coletiva, v.4, n.17, p. 148-153.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Enfermeiros [OE], 2002. Divulgar
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2004) – *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Divulgar
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011). Browser CIPE. Obtido em 16 de Junho de 2015, de CIPE Versão 2: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002). *Quality of care: patient safety*. Obtido em 19 de Junho de 2015, de Fifty-Fifth World Health Assembly: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2007) *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. YOSHIDA, Sachyio – A Global Report on falls Prevention – Epidemiology of Falls. WHO, Obtido em 15 de Junho de 2015 de:

- <http://www.who.int/ageing/projects/1.Epidemiology%20of%20falls%20in%20older%20age.pdf>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2010). *WHO global report on falls prevention in older age*. Obtido a 15 de Junho de 2015 em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf?ua=1
 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2012). *Fact sheet N°344: Falls*. Obtido a 16 Junho de 2015 em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2015). *Classificação Internacional de Doenças. Browser ICD-10 Version:2015*. Consultado em 12 Junho de 2015 em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>
 - PEREIRA, S., BUKSMAN, S., PERRACINI, M., PY, L., BARRETO, K., LEITE, V. (2001) *Quedas em Idosos - Projeto Diretrizes*. Sociedade brasileira de geriatria e gerontologia.
 - PERELL, K., NELSON, A., GOLDMAN, R., LUTHER, S., PRIETO-LEWIS, N., RUBENSTEIN, L. (2001) . *Fall risk assessment measures: an analytic review*. Journal of Gerontology: Medical Sciences. Vol 56 (12), p- M761-M766
 - PERRACINI, M. RAMOS, L. (2002) – *Factores associados a quedas em uma coorte de idosos residents na comunidade*. Rev Saúde Pública. Vol 36 (6), p. 709-716
 - PINA, S., SARAIVA, D., VAZ, I., RAMALHINHO, J., FERREIRA, L., BATISTA, P. (2010). *Quedas em meio hospitalar*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 36, pp. 27-29.
 - RAMOS, S. (2008). *Prevenção e monitorização de quedas de doentes em ambiente*
 - RAMOS, L. R., & TONIOLO NETO, J. (2005). *Guia de geriatria e gerontologia*. Barueri, São Paulo: Manole.
 - REBELATTO, JR., CASTRO, A., CHAN, A. (2006) *Quedas em idosos Institucionalizados: características gerais, factores determinantes e relação com a força de preensão manual*.

- ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. H. P. (1998) *Percepções dos enfermeiros quanto às quedas dos pacientes hospitalizados*. Revista Gaucha de Enfermagem, Porto Alegre, n. 19, v. 2, p. 132-141, Julho.
- RUBENSTEIN, L. Z., & JOSEPHSON, K. R. (2002). *The epidemiology of falls and syncope*. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18(2), 141-158. Obtido em 17 Junho de 2015, em: http://www.researchgate.net/publication/11207603_The_epidemiology_of_falls_and_syncope
- SANTOS, A., GUERRA, C., GUERRA, M. (2000). *Estudo retrospectivo sobre quedas de pacientes em unidade de internação*. Anais. São Paulo.
- SANTOS, T., PEREIRA, J. (2003). *Quedas quando e porque?* Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica, nº154, VolXV, Junho
- SARAIVA, D., LOURO, I., FERREIRA, L., BATISTA, P., PINA, S., RAMALHINHO, J. (2008) – *Quedas: indicador da qualidade assistencial*. Nursing. Lisboa. Ano 18, nº 235, p. 28-35.
- SCHMID, N. (1990). – *Reducing patient's falls: a research based comprehensive fall prevention program*. Military Medicine. Vol. 155, p.202-207
- SCHWENDIMANN, R., DE GEEST, S., MILISEN, K.(2006) – *Evaluation of the Morse fall Scare in Hospitalized patients*. Age and Aging. Vol 35 (3), p.311-313
- SEGATORE, M., & ADAMS, D. (2001). *Managing delirium and agitation in elderly hospitalized orthopaedic patients: Part 2 - Interventions*. Ortopaedic Nursing, 20(2), pp.61-73.
- SETHI, D. (2006). – *Injuries and violence in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe
- SHUTO, H., IMAKYURE, O., MATSUMOTO, J., EGAWA, T., JIANG, Y., HIRAKAWA, M., KATAOKA, Y., YANAGAWA, T.(2010). *Medication use as risk factor inpatient falls in an acute hospital: a case-crossover study*. Br J Clin Pharmacol, 69(5), pp. 535-542. doi:10.1111/j.1365-2125.2010.03613.x

- SKELTON, D. Todd C. (2004) *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? How should interventions to prevent falls be implemented?* Copenhagen, World Health Organization, Europe, obtido a 17 Junho de 2015 em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf
- SOARES, M. E., & ALMEIDA, M. R. (2008). *Acidentes com macas e camas em estabelecimentos hospitalares, envolvendo a queda de doentes*. Lisboa: Inspecção Geral das Actividades em Saúde. Relatório n.º 319/08.
- STEVENS, JA, Olson S. (2000). *Reducing falls and resulting hip fractures among older women*.
- TINETTI, M.E., (2003). *Clinical practice. Preventing falls in elderly persons*. N Engl J Med. 348(1): p. 42-9.
- TINETTI, M. (1994) – *Prevention of falls and fall injuries in elderly persons: a research agenda*. Prev Med. Vol 23, p. 756-762
- VELLAS, B., TOUPET, M., RUBENSTEIN, L., ALBAREDE, J., CHRISTEN, Y. (1992) – *Falls, balance and gait disorders in the elderly*. Paris: Elsevier.
- VINCENT, C. (1997). *Risk, safety, and the dark side of quality*. BMJ, 314(7097), pp. 1775-1776. doi:10.1136/bmj.314.7097.1775
- VITOR, B., MOTA, É., FIGUEIREDO, M., SILVA, P., FREIRE, ANNA. (2013). *La intervención de un equipo de enfermeros de un hospital de Montes Claros, MG en la prevención de caídas*. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 17, Nº 176, Enero de 2013. Obtido a 13 Junho de 2015 em: <http://www.efdeportes.com/efd176/intervencoes-de-enfermagem-na-prevencao-de-queda.htm>
- VRIES, O. LIGTHART, G., NIKOLAUS, THORSTEN. (2004)- *Differences in Period Prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes*. The journals of gerontology 59A:9 (2004) 922 -923. ISSN: 1079-5006

- WORLD HEALTH PROFESSIONS ALLIANCE. (2002). *Patient Safety*. Obtido em 17 Junho de 2015, de Fact Sheet em: <http://www.whpa.org/factptsafety.htm>
- ZECEVIC, A., SALMONI, A., SPEECHLEV, M., VANDERVOORT, A. (2006). *Defining a Fall and Reasons for Falling: Comparisons Among the Views of Seniors, Health Care Providers, and the Research Literature*. *The Gerontologist*, v.46, n.3, p. 367–376.

ANEXO II

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Leonardo Hospital Oncológico Santiago do Calado	Norma de Orientação Clínica (NOC) Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados	Data da publicação:	27/10/2010
		Revisão A	19/10/2010
		Próxima revisão:	19/10/2013
		Cód. Documento:	NOC.CHS.16

Este documento fornece orientações gerais para os profissionais do CHS (definidos no Campo de Aplicação) sobre a abordagem e tratamento desta condição, baseadas na experiência clínica e em evidência científica identificada nas Referências Bibliográficas.

Poderão ocorrer desvios devido à individualidade dos casos e preferência justificada do médico.

Uniformizar os procedimentos na prevenção de quedas nas práticas diárias de enfermagem.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Todos os enfermeiros do CHS.

SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

CHS - Centro Hospitalar de Setúbal
 ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

Queda – É o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo útil, determinado por circunstâncias multifactoriais e comprometendo a estabilidade.

Escala de Morse – é uma escala para avaliação do risco de queda de um doente. É constituída por seis variáveis: história de queda, diagnóstico secundário, ajuda para deambular, terapêutica endovenosa/uso de heparina, postura/transferência e estado mental.

Score de risco de queda: valor numérico resultante da aplicação do instrumento de avaliação do risco de queda, a utilizar nos doentes internados.

As circunstâncias em que ocorrem as quedas, podem estar relacionadas com factores de risco intrínsecos e/ou factores extrínsecos.

1. *Factores intrínsecos*

- Alterações fisiológicas relacionadas com o processo de envelhecimento (diminuição da visão, sensibilidade), hipotensão postural, distúrbios vestibulares, distúrbios musculo-esqueléticos.
- Patologias cardiovasculares, neurológicas, metabólicas, psiquiátricas, anemias.
- Associados a medicamentos ansiolíticos, anti-hipertensivos, antidepressivos, diuréticos, anticolinérgicos, anti-arritmicos, hipoglicemiantes e, também a polifarmácia (uso diário de cinco ou mais drogas associadas)

2. *Factores extrínsecos*

- Relacionados com o ambiente:
 - ◆ Superfícies escorregadias, alterações do piso, obstáculos, falta de corrimão nas casas de banho e corredores.
- Relacionadas com situações sociais:
 - ◆ Calçado e roupas inadequadas.

Pág. 1 de 7

Elaborado por: Enfermeiras Benvenida Bento Enfermeira Chefe, Rosário Moura Enfermeira Especialista
 Aprovado por: Comissão de Administração Clínica em 19/10/2010
 Próxima Revisão: GNOC
 Ratificação: Conselho de Administração em 27/10/2010

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Marcos Hospital Celso e Clara Cortesão do Crato	Norma de Orientação Clínica (NOC)	Data da publicação:	27/10/2010
		Revisão A	19/10/2010
	Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados	Próxima revisão:	19/10/2013
		Cód. Documento:	NOC.CHS.16

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on falls Prevention – Guidelines for the Prevention of Falls in Older Persons – May 2001-vol.49, no.5

Circular Normativa n.º 8, Direcção-Geral da Saúde, de 25/05/2007;

Joint Commission Internacional – normas Internacionais – IPSC-06 “Redução do risco de lesão do doente resultante de queda”;

www.sinais vitais.pt;

www.scielo.br Revista – Latino Americana de Enfermagem;

Pereira & Mendonça. Tratado de geriatria e Gerontologia 2ª Edição 2006;

Moraes EN & Megale RZ. Avaliação de mobilidade. In Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia. 2008;

Manual Internacional de Acreditação de Hospitais (HQS) (Agosto 2003) critério 2.27.

Programa de Acreditação Internacional (Segunda Edição – Versão 1) (CHKS) (Agosto 2006) critério 3.23.

RESPONSABILIDADES

Conselho de Administração pela sua ratificação e divulgação.

Enfermeiros Chefes e Coordenadores do CHS pela sua divulgação e garantia do seu cumprimento.

Enfermeiros do CHS pela sua aplicação.

NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

A maioria das quedas podem ser prevenidas sendo a sua prevenção um foco sensível aos cuidados de Enfermagem.

1) A avaliação do risco de queda deve ser efectuada no momento de admissão do doente através da aplicação da **Escala de Morse** (anexo I). A orientação do seu preenchimento encontra-se em anexo (anexo II)

2) De acordo com o score obtido devem ser implementadas as acções/intervenções que contemplem as medidas de protecção adequadas.

3) A avaliação sistemática do risco de queda e a respectiva actualização do plano de intervenção devem ser efectuadas em todos os turnos.

4) A escala deve ser sempre preenchida no momento de admissão do doente, quando é transferido de serviço e quando houver alteração dos factores de risco.

5) A periodicidade de reavaliação deverá ser definida em cada Serviço tendo em conta o tipo de doente.

Princípios gerais de prevenção de quedas

- Deve ser dada informação ao doente e/ou familiar, sobre os riscos detectados e os cuidados a ter para prevenir a ocorrência de quedas.
- Se o doente não estiver consciente e funcionalmente independente, deve-se conservar as grades laterais da cama sempre levantadas.
- Assegurar-se que as grades ficam levantadas, excepto durante a prestação de cuidados.
- Orientar o doente no espaço envolvente e casa de banho.

Centro Hospitalar de Lisboa, E.P.E. Hospital de São Francisco Hospital Central de Santa Maria do Castelo	Norma de Orientação Clínica (NOC)	Data da publicação:	27/10/2010
	Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados	Revisão A	19/10/2010
		Próxima revisão:	19/10/2013
		Cód. Documento:	NOC.CHS.16

- Assegurar que o doente possa aceder facilmente à campainha de chamada, ao interruptor da luz e a outros objectos pessoais de necessidade.
- Assegurar que a cama ou cadeira de rodas esteja com as rodas travadas.
- A cama deve ser mantida no nível mais baixo.
- Deve ser disponibilizado um degrau antiderrapante para subida ou descida da cama, e actuar em termos de ajuda ao doente de acordo com o score obtido.
- Os doentes com diminuição da sua capacidade funcional, de consciência ou após terapêutica anti-hipertensiva ou hipoglicemiante, não devem ser deixados sozinhos na casa de banho / duche.
- Informar o doente para não utilizar a mesa-de-cabeceira, ou o suporte de soros como apoio para se levantar, pelo perigo de poderem deslizar.
- Manter os trajectos utilizados pelos doentes iluminados e sem obstáculos.
- Utilizar a sinalização de piso escorregadio sempre que se estiver a lavar o chão, ou perante o derramamento de alguma substância ou líquido.
- Os doentes devem utilizar calçado anti-derrapante, e a roupa não deve arrastar no chão (perigo de tropeçar).
- Colocar os doentes com dificuldade no controlo de esfíncteres o mais próximo possível dos sanitários.
- Em doentes confusos e/ou com alterações dos mecanismos neurais e /ou osteoarticulares, deve ser utilizada banda de suporte abdominal apropriada, sempre que estiverem sentados.
- Quando se transportar o doente em cama, as grades laterais devem estar levantadas.
- Os bebés e as crianças pequenas devem ser transportados no berço, ou em cadeira própria para o efeito.
- Nos doentes mais agitados e com perturbações comportamentais, deve-se proceder segundo o item 6.8 da NOC.CHS.15 de contenção física de doentes.

Procedimento após queda do doente:

- Perante a ocorrência de queda do doente, este deve ser avaliado pelo Enfermeiro/a, e ou médico. (Estado de consciência, permeabilidade da via aérea, avaliação da respiração, tensão arterial, pulso, palidez, sudorese, ferimentos...)
- Providenciar intervenção terapêutica, se necessário.
- Avaliar as circunstâncias em que ocorreu a queda (quando, como, onde, se foi ou não observada...)
- Proceder à reavaliação do risco de queda e adoptar medidas de segurança.
- Registar no processo clínico os dados observados, e a intervenção (Nos Serviços que utilizam o SAPE, sinalizar o Doente nos alertas de enfermagem).
- Proceder ao preenchimento do formulário de relato clínico de incidente/quase incidente/acidente (a enviar à Comissão de Gestão de Risco).

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Antonio Hospital Geriátrico Santiago do Castelo	Norma de Orientação Clínica (NOC)	Data da publicação:	27/10/2010
		Revisão A	19/10/2010
	Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados	Próxima revisão:	19/10/2013
		Cód. Documento:	NOC.CHS.16

Princípios específicos de acordo com o Score obtido na aplicação da Escala de Morse

Nível de risco	Score	Acções/intervenções
Baixo risco	0 -24	<ul style="list-style-type: none"> Orientar o doente no espaço e casa de banho; Assegurar que o doente possa aceder facilmente à campainha de chamada, ao interruptor da luz e a outros objectos de necessidade; Assegurar que a cama ou cadeira de rodas esteja com as rodas travadas; A cama deve ser mantida no nível mais baixo; Informar o doente que não deve utilizar a mesa-de-cabeceira, ou o suporte de soros como apoio para se levantar, pelo perigo de poderem deslizar; Manter os trajectos utilizados pelos doentes iluminados e sem obstáculos; Utilizar a sinalização de peso escorregadio sempre que se estiver a lavar o chão, ou perante o derramamento de alguma substância ou líquido; Os doentes devem utilizar calçado anti-derrapante e, a roupa não deve arrastar no chão (perigo de tropeçar); Colocar os doentes com dificuldades no controlo de esfíncteres o mais próximo possível dos sanitários; Os bebés e crianças pequenas devem ser transportados no berço, ou em cadeira própria para o efeito.
Médio risco	25 - 50	<ul style="list-style-type: none"> Todas as acções/intervenções anteriores; Dar informação ao doente e/ou familiar, sobre os riscos detectados e os cuidados a ter para prevenir a ocorrência de quedas; Se o doente não estiver consciente e funcionalmente independente, deve-se conservar as grades laterais da cama sempre levantadas, excepto durante a prestação de cuidados; Os doentes com diminuição da sua capacidade funcional, de consciência ou após terapêutica anti-hipertensora ou hipoglicemiante, não devem ser deixados sozinhos na casa de banho/duche.
Alto risco	≥ 51	<ul style="list-style-type: none"> Todas as acções/intervenções anteriores; Doente confuso e/ou com alterações dos mecanismos neurais e/ou osteoarticulares, deve ser utilizada banda de suporte abdominal apropriada, sempre que estiverem sentados; Nos doentes mais agitados e com perturbações comportamentais, deve-se proceder segundo o item 6.8 da NOC de contenção física do doente.

ANEXOS

ANEXO 1 – Escala de risco de queda de Morse

ANEXO 2 - Orientações para preenchimento da Escala de Morse

ANEXO 3 – Poster de Avaliação de Risco de Queda

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Lorenzo Hospital Oncológico Santiago do Cúculo	Norma de Orientação Clínica (NOC)	Data da publicação:	27/10/2010
		Revisão A	19/10/2010
	Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados	Próxima revisão:	19/10/2013
		Cód. Documento:	NOC.CHS.16

ESCALA DE RISCO DE QUEDA DE MORSE

<i>Item</i>	<i>Escala</i>	<i>Pontuação</i>
<u>Antecedentes de quedas</u>	Não 0	
- Imediatas ou ocorridas nos últimos 3 meses	Sim 25	
2. <u>Diagnóstico secundário</u>	Não 0	
	Sim 15	
3. <u>Medicação e/ou heparina endovenosa</u>	Não 0	
	Sim 20	
4. <u>Marcha</u>		
- Normal/acamado/cadeira de rodas	0	
- Desequilíbrio fácil	10	
- Défice de marcha	20	
5. <u>Apoio para deambular</u>		
- Nenhum/apoiado/acamado	0	
- Canadiana/bengala/andarrilho	15	
- Apoia-se na mobília	30	
6. <u>Estado mental</u>		
- Consciente das suas limitações	0	
- Não consciente das suas limitações	15	
	TOTAL	

ANEXO 1 – Escala de risco de queda de Morse

Pág. 5 de 7

--

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardino Hospital Crápido e Santiago do Cubão	Norma de Orientação Clínica (NOC)	Data da publicação:	27/10/2010
		Revisão A	19/10/2010
	Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados	Próxima revisão:	19/10/2013
		Cód. Documento:	NOC.CHS.16

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA ESCALA DE MORSE

1) **Antecedentes de quedas:** A pontuação é de 25 se o doente teve um episódio de queda no actual internamento, ou se tem uma história recente de quedas ocorridas nos últimos 3 meses. Se o doente não caiu é avaliado em 0.

2) **Diagnóstico secundário:** É avaliado em 15 se tem mais de um diagnóstico médico na sua informação clínica, caso contrário é avaliado em 0.

3) **Medicação e/ou heparina endovenosa:** É avaliado em 20 se o doente tem uma perfusão intravenosa ou um sistema para administração de heparina, se não é avaliado em 0.

4) **Marcha:** Uma postura normal é caracterizada por o doente andar com a cabeça erecta e movimentar os braços sem restrições. A marcha é avaliada em 0.

Um desequilíbrio fácil é quando o doente apresenta uma postura curvada mas é capaz de endireitar a cabeça enquanto anda sem perder o equilíbrio. Os passos são curtos e pode arrastar os pés, é avaliada em 10.

É avaliado em 20 quando o doente tem dificuldade em se erguer da cadeira, fazendo tentativas de se levantar com balanceamento, a cabeça está baixa e olha para o chão. Devido ao equilíbrio ser fraco o doente tenta apoiar-se no mobiliário, numa pessoa, ou em qualquer ajuda não podendo andar sem algum tipo de apoio.

5) **Apoio para deambular:** É avaliado em 0 se o doente caminha sem ajudas (mesmo que ajudado por um profissional de saúde), usa cadeira de rodas ou está acamado e não sai da cama.

Se usa canadiana, bengala ou andarilho é avaliado em 15.

Se o doente deambula amparado ao mobiliário como suporte, avaliar em 30.

6) **Estado mental:** Ao usar a escala o estado mental é medido por avaliação do próprio doente acerca da sua capacidade para deambular. Questionar o doente se "É capaz de ir à casa de banho sozinho ou necessita de ajuda?". Se o doente responde avaliando a sua capacidade de forma consistente com a avaliação profissional é avaliado em 0.

Se a resposta não é consistente com a avaliação profissional ou a resposta é irrealista, considera-se que está a super estimar as suas capacidades e a esquecer-se das suas limitações, sendo avaliado em 15.

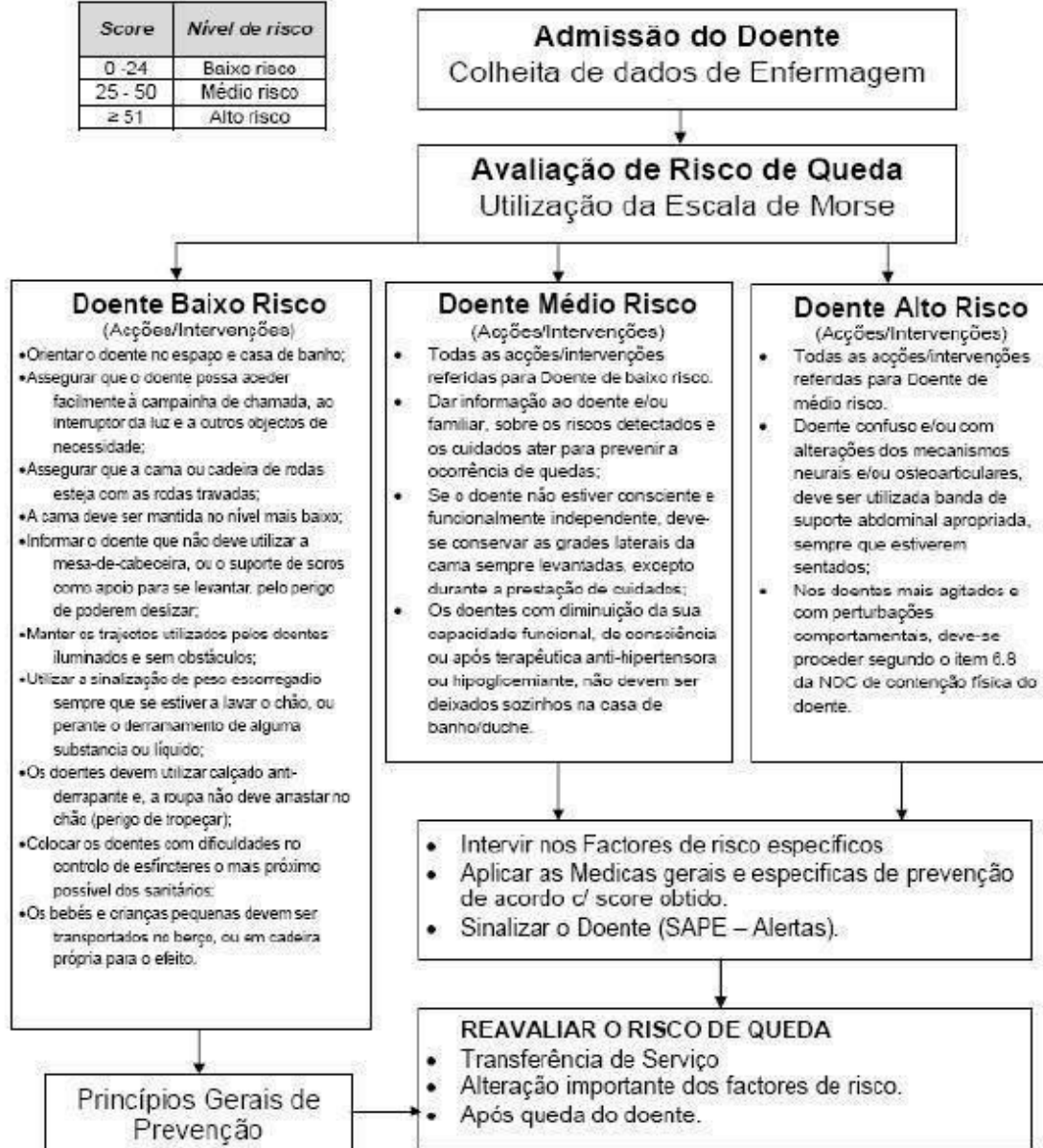
ANEXO 2 - Orientações para preenchimento da Escala de Morse

Pág. 6 de 7

Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E. Hospital de São Francisco Instituto Cooperativo de Saúde de Oeiras	Norma de Orientação Clínica (NOC)	Data da publicação:	27/10/2010
	Prevenção de ocorrência de quedas em doentes internados	Revisão A	19/10/2010
		Próxima revisão:	19/10/2013
		Cód. Documento:	NOC.CHS.16

AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

Score	Nível de risco
0 - 24	Baixo risco
25 - 50	Médio risco
≥ 51	Alto risco



ANEXO 3 – Poster de Avaliação de Risco de Queda



ANEXO IV

Auditoria Interna de Prevenção e Monitorização do Risco de Queda

Serviço _____	Data _/_/____	Audidores: _____
-------------------------	-------------------------	----------------------------

CrITÉrios de Preenchimento

<ul style="list-style-type: none"> • Por cada utente pertencente à auditoria deve ser preenchida uma matriz. • Nos casos em que a pergunta não é aplicável: N/A • Quando houver necessidade de acrescentar alguma informação, sinalizar o campo OBS 	<ul style="list-style-type: none"> • No campo referente ao serviço deve constar a unidade referente à pesquisa (Unidade Fonseca Ferreira, Unidade Silva Duarte ou Unidade de Cuidados Intermédios).
--	--

Nº Processo DO **UTENTE:**

	SIM	NAO	N/A	OBS
1. Informação no SCLINICO				
1.1. Realização da Escala de Morse no momento de entrada do utente				
1.2. Escala de Morse presente nos Alertas.				
1.3. A equipa de enfermagem actualiza o processo de enfermagem quando ocorre queda do utente.				
1.4 A equipa de enfermagem atualiza a Escala de Morse quando existe queda do doente.				

1.5. Presença do diagnóstico de enfermagem Queda/Risco no processo de enfermagem.				
1.6. Presença de intervenções associadas ao risco de queda.				
1.7. <u>Levantamento de ensinios associados ao risco de queda em doentes com capacidades cognitivas ou às suas famílias.</u>				
	SIM	NÃO	N/A	OBS
2. Utilização da sinalética preconizada no serviço para prevenção de quedas do utente.				
2.1. Identificação do risco de queda no quadro de doentes.				
2.2. Presença de “queda” nos antecedentes pessoais do utente.				
2.3. Presença da sinalética visível respectiva ao risco de queda no utente				
2.4. A sinalética utilizada encontra-se em perfeitas condições de modo a ser facilmente detectável.				
2.5. Quando o doente se ausenta do serviço vai devidamente identificado de acordo com o risco de queda associado.				
3. Espaço Físico				
3.1. As grades da cama do utente encontram-se levantadas.				
3.2. Existência de campinha acessível aoutente				
3.3. Proximidade dos objectos pessoais ao utente, de modo a estar acessível ao mesmo.				
3.4. A cama/ cadeirão/ cadeira de rodas encontram-setravadas.				
3.5. A cama encontra-se no nível mais baixo possível.				

3.6. Doente com médio/alto risco de queda, que se encontre confuso, apresenta adequada contenção abdominal.				
3.7. Verificar se doente apresenta roupa e calçado adequado.				
3.8. Perante piso escorregadio encontra-se devidamente identificado através de sinalização adequada.				
3.9. Verificar a existência de luzes de vigia na entrada do quarto.				
4. Ensinos da Equipa de Enfermagem ao Utente e Família				
4.1 O utente (orientado) encontra-se informado sobre as medidas a ter na prevenção de quedas.				
4.2. A família do utente encontra-se informada sobre as medidas a ter na a prevenção de quedas.				
4.2. A família do utente colabora na prevenção de quedas do utente.				
5. Colaboração da Equipa Médica				
5.1. A equipa médica prescreve a contenção física em caso de doentes confusos e com médio/alto risco de queda.				
5.2. A equipa médica recorre a alteração terapêutica em doentes agitados, com confusão e com médio/alto risco de queda.				

Centro Hospitalar de Setúbal
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Sant'ago do Outão



Secção Regional do Sul

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – Hospital S. Bernardo

Serviço de Medicina Interna

Projeto:

“Úlceras por Pressão

Pela Segurança dos Clientes”

Setúbal, Junho 2015

Nomenclatura

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de

Enfermagem EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory

Panel UPP - Úlcera Por Pressão

P1 - Taxa de Efectividade Diagnóstica do Risco Epd1 -

Indicador Epidemiológico -Taxa de Incidência Epd2 -

Indicador Epidemiológico - Taxa de Prevalência

Índice de Tabelas

Tabela 1. Classificação das UPP.....	8
Tabela 2. Cronograma de Atividades.....	17

Índice

1 – Considerações Iniciais	4
2 - Identificação do Problema.....	6
2.1 Definição do Conceito de UPP.....	7
2.2 Fisiopatologia e Fatores de Risco das UPP	9 3 -
Objetivos	12
3.1 Objetivo Principal	12
3.2 Objetivo Específico.....	12
4 - Perceber as Causas do Problema	12
5 - Planear e executar as Tarefas / Atividades	14
5.1 Cronograma de Atividades	17
6 - Verificar os resultados e partilhar o sucesso	18 7
- Considerações Finais	18 8 -
Bibliografia.....	20
Anexos	25
Anexo I – Escala de Braden – Guião para Aaplicação Prática	
Anexo II – Escala de Braden para Avaliação do Risco de UPP	
Anexo III – Instrumento de Colheita de Dados Para Prevalência	
Apêndice.....	33
Apêndice I – Instrumento de Colheita de Dados Para Incidência	

1. Considerações Iniciais

O presente projeto surge inicialmente na sequência da nova avaliação do desempenho de Enfermagem (SIADAP) para o biénio 2014-2016, desempenho este que é considerado um instrumento estratégico de gestão de recursos humanos para a prestação de serviços de qualidade nas instituições de saúde, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem, melhorar a organização e o funcionamento dos serviços/instituições e obter valias de rentabilidade e produtividade através do reconhecimento e desenvolvimento de competências potenciais, criatividade e responsabilidade no trabalho de acordo com o definido no nº1 do artigo. 43º do Dec. Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 412/98, de 30 de Dezembro e regulamentado pelo despacho n.º 2/93, de 30 de Março, artigo 1 do capítulo IV em conformidade com o definido no artigo 7º e Decreto-Lei 248/2009 de 22 de Setembro nos artigos 6º e seguintes.

As úlceras por pressão (UPP) são um indicador de qualidade de excelência descrito nos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros, uma vez que no âmbito da CIPE a UPP consiste num foco de atenção para a prática dos enfermeiros, na medida em que é possível produzir ganhos em saúde que resultem das intervenções autónomas dos mesmos. As UPP constituem ainda um dos focos presentes no Resumo Mínimo de Dados de Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.

Neste contexto, e tendo em consideração também as propostas de medidas definidas para o cumprimento de objetivos integrados em Plano de Ação do Serviço de Medicina Interna, e no âmbito da Acreditação para a Idoneidade Formativa do Exercício da Prática Tutelada em Enfermagem, ao qual o Serviço de Medicina Interna apresentou a sua candidatura, o grupo achou pertinente desenvolver o seu projeto de intervenção para o Serviço de Medicina Interna, intervindo na área das UPP como indicador de qualidade de excelência descrita nos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros.

Assim podemos assumir que a temática UPP é sem dúvida uma questão a merecer uma análise mais cautelosa, pois perdura no tempo como um desafio à qualidade dos cuidados de Enfermagem para a melhoria contínua da segurança e competência do exercício profissional, e é motivo de preocupação em todos os países

justificando a necessidade constante– de investigação nesta área.

Conhecer as taxas de prevalência e de incidência das UPP compreendido no período temporal entre 2014-2016, com o sentido de obter resultados que permitam uma introdução continuada de medidas corretoras apontadas à obtenção de mais ganhos em saúde para o Serviço de Medicina Interna e conseqüentemente aumentar a satisfação dos clientes internados.

O trabalho está estruturado de acordo com as regras do Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, onde inicialmente se identificou e dimensionou a problemática para estudo, se traçou objetivos exequíveis e mensuráveis para o problema, e posteriormente surgiu a planificação das atividades a desenvolver para a obtenção dos dados, tratamento e apresentação à equipa de pares.

2. Identificação do problema

Nos últimos anos tem-se assistido a marcadas alterações no padrão demográfico da população portuguesa, com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. A evolução demográfica em Portugal tem sido caracterizada por um aumento da esperança média de vida, associado à diminuição das taxas de fertilidade, refletindo-se num aumento dos grupos etários séniores e uma redução da população jovem (Carneiro, et al., 2012). O fenómeno do exponencial envelhecimento demográfico traduziu-se num aumento total da população idosa, desde 1960 até 2011, de 8% para 19% (INE, 2011). Portugal será em 2050, o quarto país mais envelhecido da União Europeia, com a percentagem de idosos a aumentar de 19%, em 2011, para 31,9%, em 2050 (INE, 2011; DGS, 2010).

Estas evidências associadas ao avanço técnico científico dos últimos tempos e exigência de cura e da sobrevivência têm orientado uma intervenção cada vez maior em doenças graves, conduzindo muitas das vezes à sua cronicidade e ao surgimento de importantes co-morbilidades, entre as quais as UPP. A literatura sugere que a prevalência das UPP permanece elevada, apesar da evolução tecnológica e melhoria da sua prevenção, sendo estas responsáveis por uma importante causa de morbilidade e mortalidade, com grande impacto na qualidade de vida dos clientes e dos seus cuidadores. A prevalência das UPP constitui ainda uma importante sobrecarga económica para os sistemas nacionais de saúde, que se traduz em elevados custos humanos, de recursos e de tempos de internamento hospitalar (Matos, 2012; Rocha, Miranda, & Andrade, 2006).

Recomendações resultantes da European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), cujo propósito é o de orientar cuidados baseados em evidência científica, advertem como atitude para a redução do impacto das UPP a sua prevenção e o seu tratamento. Ambas as intervenções acarretam custos económicos, mas a prática preventiva, além de se revelar menos dispendiosa, contribui para a diminuição do sofrimento dos clientes (Bennet, Dealey, & Posnett, 2004).

A nível mundial, a prevenção das UPP é considerada um indicador da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados (Furtado, 2003) uma vez que as intervenções

deste grupo profissional são decisivas na sua prevenção. Apesar da necessidade urgente de intervenção nas UPP, não se encontram disponíveis muitos dados referentes a estudos realizados em Portugal. De acordo com a Orientação da Direção Geral de Saúde 17/2011, os dados epidemiológicos portugueses mais recentes são relativos aos cuidados hospitalares, onde a prevalência média de UPP é de cerca de 11,5%. Estratificando por serviços específicos, como os serviços de Medicina, a prevalência média sobe para 17,5%.

A nível institucional, o grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas, desenvolveu um estudo de prevalência nos anos de 2013-2014 que apresenta valores de prevalência média de UPP de 13,98% em 2013 e 14,23% em 2014, em internamento de adultos (dados disponibilizados pelo grupo). A importância de intervir nesta área encontra-se também explicita no Plano Nacional de segurança dos doentes 2015-2020, que define como um dos seus objetivos estratégicos: prevenir a ocorrência de UPP. Apresenta como metas para final de 2020 que: 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde tenham implementado práticas para avaliar, prevenir e tratar UPP; Reduzir em 50% face a 2014 o número de UPP adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde ou com ele convencionado.

Neste contexto de trabalho e de aprendizagem nasceu o interesse por esta área do conhecimento. A necessidade de investigar a problemática das UPP e, concretamente, a incidência e prevalência das UPP constituiu uma necessidade face a uma escassez de dados conhecidos nesta área no Serviço de Medicina Interna.

Considerando que a taxa de incidência e de prevalência constitui um indicador epidemiológico representativo de agravamento de doença, de diminuição de qualidade de vida e tendo como referência o terceiro enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “Prevenção de complicações”, foi proposto este projeto para a melhoria da qualidade de cuidados em Enfermagem.

2.1. Definição do Conceito de UPP

Atualmente a UPP é definida pelo European Pressure Ulcer Advisory Panel e pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP & NPUAP, 2009) como uma

lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção, sendo classificadas em quatro categorias (Tabela 1).

Tabela 1 - Classificação das UPP (adaptado de EPUAP & NPUAP, 2009)

Categorias	Definição
I - Eritema não branqueável em pele intacta	Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea. Pode ainda estar presente: descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor. Em pele escura pigmentada pode não ser visível branqueamento.
II - Perda parcial da espessura da pele ou flictena	Perda parcial da estrutura da derme que se apresenta como uma ferida superficial com leito vermelho ou rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena aberta ou fechada preenchida por líquido seroso ou sero-hemático.
III - Perda total da espessura da pele	Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo e pode estar presente algum tecido desvitalizado. Inclui lesão cavitária e encapsulamento.
IV - Perda total da espessura dos tecidos	Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado e/ou necrótico. Normalmente são cavitárias e com tunelizações.

2.2. Fisiopatologia e fatores de risco das UPP

Nos últimos anos, a investigação epidemiológica tem aumentado consideravelmente, proporcionando uma melhor compreensão dos fatores de risco relacionados com o desenvolvimento das UPP (EPUAP & NPUAP, 2009). De facto, a suscetibilidade para o desenvolvimento de UPP é dependente da atuação de fatores extrínsecos – pressão e forças de torção, que se conjugam com fatores inerentes ao próprio indivíduo (EPUAP & NPUAP, 2009). Por um lado, um dos fatores extrínsecos com maior preponderância no desenvolvimento de UPP é a pressão exercida sobre o corpo e, principalmente, sobre superfícies ósseas, resultando no desenvolvimento de UPP, caso decorra desta pressão, uma diminuição da perfusão tecidual e isquémia superior à da tensão capilar - aproximadamente 50 mmHg. Se a isquémia induzida pela pressão persistir irá provocar necrose dos tecidos e, conseqüentemente, destruição celular. O desenvolvimento de UPP depende da intensidade da pressão, da duração e da área de superfície sobre o qual atua, em conjugação com outros fatores de risco (EPUAP e NPUAP, 2009). As proeminências ósseas mais vulneráveis ao desenvolvimento de UPP são referidas como áreas de pressão e incluem o sacro, as tuberosidades isquiáticas, os trocânteres, os calcâneos, os cotovelos, entre outros (Dealey, 2006).

Relativamente às forças de torção, à semelhança das forças de pressão, também causam lesão tecidual, ocorrendo quando há um deslocamento do corpo, com a pele fixa, sobre uma superfície, o que provoca lesão dos vasos na transição dermo-epidérmica. As forças de torção ocorrem principalmente nas transferências dos clientes, quando mal executadas (arrastar em vez de elevá-lo) e quando se mantêm os clientes no leito com a cabeceira elevada acima de 30°, provocando um deslizamento do corpo contra a superfície da cama (Rocha et al., 2006).

Por fim, a fricção, que ocorre quando duas superfícies se movem uma contra a outra, embora não seja considerada um fator primário no desenvolvimento de UPP pode danificar a pele ou exacerbar uma lesão já existente contribuindo para o seu desenvolvimento (Collier & Moore, 2006).

Relativamente aos fatores de risco intrínsecos para o desenvolvimento de UPP destacam-se aspetos como o estado nutricional, a avaliação do estado da pele, o reposicionamento e utilização de superfícies de apoio.

Relativamente ao estado nutricional, Dealey (2006) refere que uma alimentação pobre é fator de risco de desenvolvimento de UPP. Um mau estado nutricional prejudica a elasticidade da pele dado a produção de colagénio ser influenciada pelo estado nutricional (Nixon, 2004) e, a longo prazo, provoca anemia e uma redução da oxigenação dos tecidos (Dealey, 2006). Os indicadores nutricionais considerados como fator de risco incluem a diminuição da hemoglobina, da albumina sérica e a redução de peso (Rocha et al., 2006) pois esta leva à perda de tecidos moles e musculares, diminuindo a proteção das proeminências ósseas (Collier & Moore, 2004).

Relativamente à avaliação da pele, o estado desta no cliente também é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de UPP, especificamente, a pele seca e a pele excessivamente húmida (EPUAP & NPUAP, 2009). A incontinência fecal e urinária, a sudorese e a presença de secreções em contacto com a pele (como secreções brônquicas, vômito ou exsudado de feridas) para além de aumentarem o estado de humidade da pele também provocam alterações a nível mecânico e químico, aumentando a suscetibilidade à lesão provocada por outros fatores (Rocha et al., 2006).

A alternância de decúbitos permite a mudança de pontos de pressão de suporte do corpo, que em indivíduos saudáveis é desencadeado por estímulos sensoriais. Em pessoas que por si próprios não são capazes de efetuar alívio da pressão corporal, as alterações de mobilidade e de sensibilidade, são também descritas na literatura como fatores de risco importantes (EPUAP & NPUAP, 2009), sendo o papel da Enfermagem fundamental neste ponto.

A avaliação das superfícies de suporte, como preventivas para o desenvolvimento de UPP, assentam na teoria de que quanto maior a superfície de contacto, maior a distribuição da pressão e sua redução. As estruturas de redução de pressão maximizam a área de contacto entre a superfície corporal/ superfície de suporte.

Existem ainda outros fatores de risco intrínsecos para o desenvolvimento de UPP, que incluem aqueles que afetam a perfusão sanguínea e a oxigenação dos tecidos tal como a diabetes, a instabilidade cardiovascular, a terapêutica com epinefrina, a tendência para tensão arterial baixa e a necessidade de oxigenoterapia (EPUAP & NPUAP, 2009). Rocha et al. (2006) acrescentam que em pacientes com doença vascular, anemia, doença pulmonar obstrutiva crónica, nefropatia, septicémia e com hábitos tabágicos, o risco de UPP também é maior.

A idade influencia também o risco de desenvolvimento de UPP. Segundo Rocha et al. (2006) a idade avançada, mais concretamente superior a 65 anos e inferior a 5

anos, aumenta o risco de desenvolvimento de UPP. Estes resultados são compreendidos no contexto das alterações que ocorrem na pele com o envelhecimento: a pele torna-se mais fina e menos elástica, dada a diminuição qualitativa e quantitativa do colagénio (Dealey, 2006). Paralelamente, segundo os mesmos autores com o avanço da idade há também uma maior probabilidade de doenças crónicas, as quais afetam o risco de desenvolvimento de UPP.

No seguimento desta análise, e no que diz respeito às alterações de sensibilidade, causadas por acidentes vasculares cerebrais, esclerose múltipla, diabetes, lesão medular, entre outras patologias, estas diminuem ou impossibilitam que o indivíduo tenha a perceção de dor ou desconforto, o que pode causar UPP (Dealey, 2006).

Em suma, o desenvolvimento de UPP é dependente da atuação de um conjunto de fatores extrínsecos e intrínsecos, cuja compreensão ainda não é totalmente conhecida. No entanto, são vários os fatores de risco de desenvolvimento de UPP estudados e para os quais é possível estabelecer um plano preventivo.

A recente circular de orientação nº 17/2011 de 19/05/2011 da Direção Geral de Saúde (2011) preconiza a utilização a Escala de Braden, como escala de monitorização de risco de desenvolvimento de UPP. Esta escala, já validada para a população portuguesa é sub - dividida em 6 fatores que contribuem para o desenvolvimento de UPP: perceção sensorial; humidade; nível de atividade; nível de mobilidade; aporte nutricional e exposição a forças de fricção e deslizamento. Segundo Dealey (2006), uma vez que o cliente está identificado como estando em risco, devem seguir-se medidas preventivas adaptadas. Não o fazer constituiria uma falta ao dever de cuidados em Enfermagem.

3. Objetivos

A realização deste projeto surge na identificação de uma necessidade ou problema que precisa de intervenção que vise a sua resolução. Para tal é fundamental traçar objetivos que sejam exequíveis, claros e que orientem para o intuito real do respetivo trabalho. Foram traçados os seguintes: objetivo principal, e objetivos específicos (que permitem alcançar o principal).

3.1. Objetivo principal

Intervir nas UPP para melhorar os cuidados de enfermagem ao cliente, internado no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal.

3.2. Objetivo específico

- Conhecer a prevalência de UPP no Serviço de Medicina Interna no triénio 2014-2016.
- Conhecer a incidência de UPP no Serviço de Medicina Interna no biénio 2015-2016.

4. Perceber as causas do problema

Como já referido neste documento, as UPP são dos principais problemas de saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem, sendo recorrente como diagnóstico de enfermagem dos clientes internados no Serviço de Medicina Interna, não só nos clientes em que é diagnosticada uma UPP, mas também pelo risco de se desenvolverem. A pertinência deste projeto urge da escassez de dados conhecidos nesta área, no Serviço de Medicina Interna, o que leva à necessidade urgente de estudar a real prevalência e incidência das UPP no serviço, para posteriormente se conseguir intervir, neste flagelo, de forma direccionada e objectiva.

A prossecução do projeto respeitará os seguintes passos:

a) Identificação da dimensão em estudo

Tendo em conta os objetivos estabelecidos, delimitou-se um estudo de eficiência (capacidade para produzir um efeito).

b) Unidades de estudo

1) As unidades de estudo consideradas são:

1.1) Todos os clientes internados no Serviço de Medicina Interna, no último dia útil de cada mês, no triénio 2014-2016

1.2) Todos os clientes internados no Serviço de Medicina Interna, no biénio 2015-2016

2) Período de tempo de avaliação - Estudo de prevalência: triénio 2014-2016
- Estudo de incidência: biénio 2015-2016

c) Tipo de dados a colher

Os dados recolhidos serão para produção de Indicadores Epidemiológicos do processo.

d) Fonte de dados

Os dados serão colhidos através da consulta da aplicação informática de apoio à prática clínica: SClínico.

e) Tipo de avaliação

A avaliação será interna (elementos dinamizadores do grupo institucional UPP) e interpares.

f) A colheita de dados

Os responsáveis pela colheita e tratamento dos dados são:

1.1) No estudo de prevalência: os enfermeiros dinamizadores do projeto no último dia útil de cada mês, através da aplicação do instrumento de colheita de dados de prevalência do grupo institucional de prevenção e

tratamento de feridas do CHS (os dados relativos aos meses em atraso serão colhidos à posteriori), no triénio 2014-2016 (Anexo III)

- 1.2) No estudo de incidência: os enfermeiros dinamizadores do projeto, através da aplicação da grelha de colheita de dados (Anexo IV), que será aplicada a todos os clientes internados no Serviço de Medicina Interna (os dados relativos aos meses em atraso serão colhidos à posteriori), no biénio 2015-2016

g) Relação temporal

Considerando que será efetuada análise de dados passados, a avaliação a realizada será de carácter retrospectivo

h) Definição da população e seleção da amostra

- *População* - todos os clientes internados no Serviço de Medicina Interna
- *Amostra*
 - Prevalência- todos os clientes internados no Serviço de Medicina Interna, no último dia útil de cada mês, no triénio 2014-2016
 - Incidência- todos os clientes internados no Serviço de Medicina Interna, no biénio 2015-2016

5. Planear e executar as tarefas/atividades

Com vista ao desenvolvimento do projeto em análise, foram delineados como objetivos e indicadores:

- Objetivo principal:

Intervir nas UPP para melhorar os cuidados de Enfermagem ao cliente, internado no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal.

- Objetivos específicos:

- Conhecer a prevalência de UPP no Serviço de Medicina Interna no triénio 2014-2016

- Conhecer a incidência de UPP no Serviço de Medicina Interna no biénio 2015-2016

- Indicadores:

a) Indicador de processo

P1 – Taxa de efetividade diagnóstica do risco

Este indicador baseia-se na relação estabelecida entre as entidades - diagnóstico potencial (risco) e diagnóstico real.

Consiste na relação entre o número total de casos que desenvolveram num determinado problema ou complicação, com risco previamente documentado, e o universo de casos que desenvolveram esta mesma ocorrência, num certo período de tempo.

A fórmula geral é igual a,

$$\frac{\text{N.º de casos que desenvolveram um determinado problema real, com risco prévio documentado, num dado período}}{\text{N.º de casos que desenvolveram o problema real no mesmo período.}} \times 100$$

b) Indicador Epidemiológico

Epd 1 – Taxas de incidência

Este indicador consiste na relação entre o número total de novos de casos de um determinado foco / diagnóstico de enfermagem surgidos durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período.

A fórmula geral é igual a,

$$\frac{\text{N.º de novos casos de um determinado diagnóstico, documentados durante um dado momento / período}}{\text{População existente nesse momento / período}} \times 100$$

Epd 2 – Taxas de prevalência

Este indicador consiste na relação entre o número total de casos de ocorrência de um determinado foco / diagnóstico de enfermagem durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período.

A fórmula geral é igual a,

$$\frac{\text{N.º. de casos de um determinado diagnóstico, documentados durante um dado momento / período}}{\text{População existente nesse momento / período}} \times 100$$

5.1. Cronograma de atividades

Com vista ao sucesso do projeto, é crucial planejar antecipadamente as atividades/tarefas que conduzem ao alcance dos objetivos definidos, pelo que apresentamos o seguinte cronograma.

Tabela 2 – Cronograma de atividades

Atividades	2015												2016												2017	
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F
Planeamento de Reuniões	■			■			■			■			■			■			■			■			■	
Distribuição de Funções			■																							
Elaboração Instrumento Colheita Dados Incidência (apêndice)						■																				
Colheita Dados Prevalência(*1)	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Colheita dados incidência	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Tratamento e Análise Dados Prevalência									■					■												■
Tratamento e Análise Dados Incidência									■						■					■						■
Apresentação Resultados à Equipa (*2)																										■

(*1) Será realizado no último dia útil de cada mês

(*2) De acordo com o plano de Formação/Ação do Serviço de Medicina Interna para 2017

6. Verificar os resultados e partilhar o sucesso

Após a colheita de dados constitui-se como fundamental a sua análise para se conhecer a realidade do Serviço de Medicina Interna no que respeita às UPP. Para tal, será efetuada uma análise estatística dos dados colhidos para se conhecer a prevalência e a incidência do problema identificado, para se conseguir investir na prevenção e tratamento das UPP.

De nada serve colher e tratar dados se estes não forem dados a conhecer aos principais interessados nesta problemática: os enfermeiros do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal. Para tal, será agendada com a enfermeira-chefe do serviço, uma sessão para a apresentação dos resultados à equipa, que deverá ser incluída no plano de Formação/Ação do Serviço de Medicina Interna para 2017.

7. Considerações Finais

Ao concretizar este estudo de pesquisa sobre UPP o grupo procurou conhecer a prevalência e incidência desta lesão no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE - Hospital S. Bernardo, compreendido entre os anos 2014-2016 caracterizando também o perfil demográfico e clínico dos clientes, analisando a utilização da Escala preditiva de Braden pelos pares e os registos ligados ao evento.

Considera-se que uma identificação antecipada do risco e a utilização de medidas preventivas são primordiais para diminuir a morbimortalidade e os custos inerentes ao tratamento da UPP.

Não descurando da vasta consulta bibliografia que descreve que este tipo de lesão ocasiona um grave problema de saúde a nível nacional e internacional, não apenas pelos custos relativos a recursos humanos e materiais mas, principalmente, por provocar dor e sofrimento aos clientes e suas famílias o tema em questão abordado pelo grupo é ambicioso uma vez que tem vindo a ganhar crescentes inquietações quer a nível político e económico, pois afetam a qualidade de vida do indivíduo e dos seus cuidadores e significam uma sobrecarga económica para os serviços de saúde (Ferreira et al., 2007). Contudo, de acordo com Andrade e colegas (2010) a prevenção destas lesões é muitas vezes desvalorizada pelos profissionais de saúde. Estudos de prevalência e incidência de

UPP são frequentemente realizados para avaliar e caracterizar a dimensão deste problema, no entanto, estudos desta natureza à nível nacional são quase inexistentes em Portugal, surgem apenas resultados de estudos isolados. A prevalência de UPP na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de Portugal aponta para 17% conforme dados publicados no relatório de actividades de 2010. Do total de UPP registadas 38% já existiam no momento da admissão, enquanto a incidência de UPP observada na rede foi de 10,5% (RNCCI, 2010).

Tendo em consideração que a prática baseada na evidência possibilita uma melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados ao cliente, esta evidência tem como referência os Padrões da Qualidades, descritos pela Ordem dos Enfermeiros no sentido de orientar medidas e tomadas de decisão de forma sustentada, com o primeiro enunciado descritivo (A satisfação do cliente), o segundo enunciado (A promoção da saúde), e o terceiro enunciado (A prevenção de complicações).

O grupo destaca o papel autónomo relevante que o Enfermeiro tem como orientador e educador junto das famílias cuidadoras dos clientes que conduz também a promoção da redução do risco, contribuindo para a redução das taxas ao qual o estudo se reporta.

8. Bibliografia

- Andrade, M. M. (2010). **Avaliação económica da prevenção de úlceras de pressão em unidade de cuidados intensivos**. Tese de Mestrado, Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.
 - Baranoski, S.; Ayello, E. (2006). **O essencial sobre o tratamento de feridas – princípios práticos**. Loures: Lusodidacta.
 - Bennet, G., Dealey, C., & Posnett J. (2004). **The cost of pressure ulcers in the UK**. *Age and Ageing*, 230-235.
 - Carneiro, R.; Chau, F.; Soares, C.; Fialho, J.; Sacadura, M. (2012)- **Envelhecimento da população: Dependência, Activação e Qualidade**. Lisboa: Relatório final do centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa da Faculdade Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa.
 - Collier, M. & Moore, Z. (2006). **Etiology and risk factors**. In M. Romanelli; M. Clark; C. Bouten; D. Colin & C. Oomens (Eds.), *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. London: Springer-Verlag.
 - **Direcção Geral de Saúde. 2010**. Elementos estatísticos: Informação Geral de Saude 2008. [ed.] Direcção Geral da Saúde. 2010, p. 159.
 - **Direcção Geral da Saúde. 2010**. Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010. Lisboa : Direcção Geral da Saúde, 2010.
 - Dealey, C. & Lindholm, C. (2006). **Pressure ulcer classification**. In M, Romanelli; M. Clark; C. Bouten; D. Colin & C. Oomens (Eds.), *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*. London: Springer-Verlag.
 - Dealey, C. (2006). **Tratamento de Feridas: Guia para Enfermeiros**. Lisboa: Climepsi Editores.
 - European Pressure Ulcer Advisory Panel (2005). **Pressure ulcer classification: differentiation between pressure ulcers and moisture lesions**. *EPUAP Review*, 6(3): 81-85.
 - European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) - **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
 - Fernandes LM, Caliri MHL. (2008). **Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados**
- Pela Segurança do ClientePágina 20Projeto:
-

- em centro de terapia intensiva.** Revista Latino-americana de Enfermagem. 16(6):973-8.
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). **Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de Bradem.** Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
 - Furtado, K. (2003). **Úlceras de pressão. Atualidades e paradoxos.** [Online] Novembro, 2010 em GAIF: <http://www.gaif.net.artigos/ulcerapressao.pdf>.
 - **Instituto Nacional Estatística. 2011.** Censos 2011 - Resultados Provisórios. [ed.] IP Instituto Nacional de Estatística. 2011.
 - Marcelino Dália, Figueiras Maria João, Claudino Adelaide. (2012). **Impacto da exposição de incidentes críticos na saúde e bem-estar psicológico dos tripulantes de ambulâncias.** Revista de Psicologia-Saúde & Doenças, PDF. Consultado em 15 e 20 de junho e acedido em –<http://www.sp-ps.com/LinkClick.aspx?fileticket=ooUmaNqdUfs%3D&tabid=295&mid=1125>
 - Matos, I. (2012) - **Custo-Efetividade de Intervenções na Prevenção de Úlceras de Pressão.** Relatório final de tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, Universidade do Minho.
 - Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. (2009). **Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por Enfermeiros.** **Rev. Esc. Enfermagem USP.**; 43(1):223-8.
 - Nixon, J. (2004). **Pressure sores.** In M. J. Morison, L. G. Ovington & K. Wilkie (Eds), Chronic wound care, a problem-based learning approach (pp.227-245). United Kingdom, London: Mosby.
 - Ordem dos Enfermeiros, (2002), **Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos**, p 11-13.
 - Ordem dos Enfermeiros (2013). **Plano de actividades e orçamento** consultado em 10 e 13 de junho e acedido em: http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Documents/PAO_2013.pdf.
 - Ordem dos Enfermeiros. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®**, consultada em 17/6/2015 e acedido em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx> e em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

- Pereira MG. (2005). **Morbidade. In. Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; p. 76-101.
- Pinheiro Paula, Furtado Kátia, (2006), **Relatório de projeto -Implementação da Escala de Braden** – Avaliação do grau de risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, PDF. Consultado em 19 e 20 de junho de 2015 e acessado em: http://sociedadeferidas.pt/documentos/portalegre/2006_Implementacao_o_da_Escala_de_Bradem
- Pini, Queiroz (2012) **Prevalência, risco e prevenção de úlcera de pressão em unidades de cuidados de longa duração de Luna Ribeiro** – Tese final de Mestrado em Evidência e Decisão em Saúde, Faculdade do Rio de Janeiro.
- Portal da Saúde – **Adaptações na carreira especial de Enfermagem** - (2014), sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP) 2014 consultado em 12/6/2015 e acessado em : http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2011/6/portaria_242_2011.htm?wbc_purpose=basic
- Rocha, J. A., Miranda, M. J., & Andrade, M. J. (2006). **Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - intervenções baseadas na evidência.** Acta Médica Portuguesa, 29-38.
- Santos VLGG, Azevedo MAJ, Silva TS, Carvalho VMJ, Carvalho VF. (2005). **Adaptação transcultural do pressure ulcer scale for healing (PUSH) para a língua portuguesa.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem; 13(3):305-13.
- Silva EWNL, Araújo RA, Oliveira EC, Falcão VTFL. (2010). **Aplicabilidade do protocolo de prevenção de úlcera de pressão em unidade de terapia intensiva.** Rev. Brasileira de Terapia Intensiva. 22 (2):175-85.
- Sousa CA, Santos I, Silva LD. (2006). **Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão – evidências do cuidar em enfermagem.** Rev. Brasileira de Enfermagem. ;59(3):279-84.
- Souza TS, Maciel OB, Méier MJ, Danski MTR, Lacerda MR. (2010). **Estudos clínicos sobre úlcera por pressão.** Revista Brasileira de Enfermagem. 63 (3)470-6.

- Trindade Susana. (2013). **Estudo da incidência e prevalência de úlceras de pressão na unidade de promoção de autonomia e bem-estar da Encarnação**, PDF, Tese final de Mestrado em Cuidados Continuados Integrados de saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Consultado em 14 e 16 de junho de 2015 e acedido em:
<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/4705/TESE%20susana%20trindade%20->
- O.E.- Conselho de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Outubro,2007.
- Direção Geral de Saúde. 2011. Orientação da Direção Geral de Saúde, 17/2011: Escala de Braden adulto e pediátrica. [ed.] Direção Geral da Saúde. 2011
- Ministério da Saúde. 2015. Plano Nacional de Segurança dos doentes 2015-2020, consultado a 21 Junho 2015, acedido em <https://dre.pt/application/file/66457154>

ANEXOS



ANEXO I – Escala de Braden – Guião para Aplicação Prática

Escala de Braden – Guião para Aplicação Prática

A Escala de Braden é constituída por 6 dimensões: percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento, contribuindo todas para o desenvolvimento de UPP e não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra:

- As seis sub-escalas recebem uma pontuação, conforme o comprometimento apresentado.
- Para avaliar cada uma das sub-escalas deve recorrer-se à definição dos parâmetros incluídos na escala.
- Esta pontuação varia de 1 a 4, excepto na sub-escala Fricção e Forças de deslizamento, que varia de 1 a 3.
- A soma das seis sub-escalas varia entre 6 e 23.
- Quanto menor o valor, maior será o comprometimento apresentado e, consequentemente, maior a exposição ao risco.
- Depois de avaliadas cada uma das seis sub-escalas somam-se as respetivas pontuações obtendo-se uma pontuação total, resulta assim o valor da Escala de Braden.
- O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:
 - **Alto Risco** – Pontuação ≤ 16
 - **Baixo Risco** – Pontuação ≥ 17

Recomenda-se que cada uma das seis sub-escalas devam ser analisadas individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma.

Avaliação

A avaliação do risco deve ser desenvolvida imediatamente quando se recebe o cliente, com a recolha de dados a ocorrer durante o turno em que o cliente deu entrada, devendo apenas ser aceite informação acerca dos padrões nutricionais das últimas 24-48 horas da parte de acompanhantes ou familiares, e nunca do próprio cliente.

A sua aplicação deve ser sempre combinada com uma avaliação da pele e da sua integridade.

As informações relativas às restantes dimensões podem ser colhidas no turno de admissão do cliente.

Reavaliação

1. No doente hospitalizado deve ser adotado um procedimento para a reavaliação dentro de 48 horas ou sempre que haja uma alteração significativa na situação clínica do cliente (p.ex. transferência para a UCI, falência de órgão/sistema, septicémia, febre, instabilidade hemodinâmica, infecção urinária nos cuidados continuados).
2. Nos cuidados continuados a reavaliação deve ser semanal nas primeiras 4 semanas e posteriormente mensal ou de 3 em 3 meses conforme o risco.
3. Nos cuidados domiciliários a reavaliação deve ser efectuada em cada visita.

ANEXO II – Escala de Braden para Avaliação do Risco de UPP

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____ Nome do avaliador: _____ Data da avaliação: _____

Serviços: _____ Cama: _____ Idade: _____

<p>Percepção sensorial Capacidade de detectar significativas ao desconforto</p>	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (Não geme, não se retrai nem se agarrar a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défices sensoriais que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>				
<p>Humidade Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a suor, urina, etc. É necessária humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>				
<p>Actividade física Nível de actividade física</p>	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos tempos, sentado ou deitado.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>				
<p>Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>				
<p>Nutrição Alimentação habitual</p>	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU não em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de dois dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>				
<p>Fricção e forças de deslizamento</p>	<p>1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contrações ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>					
<p>Note: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.</p>								
<p>Copyright: Barbara Braden et al Nancy Bergstrom, 1998. Validada para Portugal por Magda, Célia, Migueta, Cristina, Fátima, Pedro, Geovina, João, Fátima, Kama (2001)</p>								
<p>Pontuação total</p>								

ANEXO III - Instrumento de Colheita de Dados para Prevalência

	A	B	C	D	E	F
1	Indicador de Qualidade: Úlceras por pressão					
2	<i>Serviço</i>			Nº Doentes Internados no momento da contagem		
3	<i>Data da Recolha de Dados</i>			Nº Doentes com U.P. no momento da contagem		
4						
5						
6						
7	Nº Processo Clínico	Score de Braden na Admissão	Categoria da U.P.	Loc. Anatómica	Score de Braden Dia Avaliação	Onde foi adquirida a UP?
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21	Taxa de Prevalência	Nº Doentes com U.P.no momento da contagem			0	
22	No Serviço e Data indicados	=			=	#DIV/0!
23		Nº Doentes Internados no momento da contagem			0	
24						
25						
26						
27		Enf.º Dinamizador:				
28						
29		Enf.º Chefe:				
30						
31	Depois de preenchido, salvar documento no computador e posteriormente <i>enviar uma cópia, por correio eletrónico para: tratamento.feridas@chs.min-saude.pt</i>					
32						
33						
34						

Página 1

APÊNDICE

Apêndice I – Instrumento de Colheita de Dados para Incidência

Grelha de avaliação da incidência de UPP

Data	Nº processo	Sexo	Idade	Braden entrada	Tempo internamento	Antecedentes pessoais	UPP			
							Entrada		Desenvolvidas internamento	
							Categoria	Localização	Categoria	Localização

Nota:

Os antecedentes pessoais serão agrupados em:

1. Diabetes
2. Doenças cardiovasculares
3. Insuficiência renal
4. Neoplasias
5. Outras

**ANEXO VIII – Documentação Inicial e Certificação de Idoneidade Formativa no CHS,
E.P.E., Serviço de Medicina Interna.**

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Santiago do Outão

A

**Estrutura de Idoneidades
da Ordem dos Enfermeiros**

Setúbal, 14 de Novembro de 2013

Exmos Senhores

[REDACTED]
[REDACTED] inscrita na Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, com a cédula Profissional [REDACTED] Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., vem desta forma apresentar a candidatura deste serviço para que seja conferida a competência formativa no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional em Enfermagem, tendo por base os seguintes pressupostos:

1. O Centro Hospitalar de Setúbal obteve em Abril de 2013, a renovação do título de acreditação pelo CHKS- Healthcare Accreditation and Quality Unit.
2. O Centro Hospitalar de Setúbal é parceiro da Ordem dos Enfermeiros desde 2006, no âmbito do Programa de "Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem".
3. O Serviço de Medicina Interna é serviço hospitalar, que agrega duas Unidades de internamento de adultos, uma Unidade de Cuidados Intermédios de nível 2, e um Hospital de Dia.

4. Todos os serviços de Internamento do Centro Hospitalar de Setúbal, efectuam os registos de enfermagem em aplicativo informático (SClinico), que utiliza linguagem classificada (CIPE-versão B2).
5. A equipa de enfermagem integra nesta data, para além da chefia, quatro enfermeiros com Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, duas enfermeiras com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, integrando ainda uma enfermeira a frequentar esta especialização e outra a concluir Mestrado em Enfermagem Avançada.
6. Na equipa de enfermagem há vários enfermeiros com experiência em supervisão de estudantes em contexto de ensino clínico, e que estão disponíveis para assumir este papel num contexto mais formal, como sejam os enfermeiros especialistas.
7. Desde Janeiro de 2012, que a equipa se encontra estabilizada, apresentando nos dois últimos anos um índice de rotatividade quase nulo.
8. O Centro Hospitalar de Setúbal tem protocolo de parceria com diversos estabelecimentos de ensino, na área da saúde, recebendo anualmente o Serviço de Medicina estudantes de enfermagem em diversas fases do seu processo de formação inicial, sendo ainda selecionado por vários estudantes para realização de ensinamentos clínicos no âmbito da sua formação pós graduada, particularmente enfermeiros a frequentar especialidade em Enfermagem de reabilitação, no que se refere à Reeducação Funcional Respiratória.
9. O Serviço constitui-se também como uma referência na formação pré e pós graduada de outros profissionais da saúde, sendo por isso um serviço promotor de uma cultura de multidisciplinaridade e bem assim da "modelação" dos novos profissionais, procurando transmitir-lhes uma forma de actuação no total respeito pelos saberes, competências e actividades dos diversos actores.
10. O Serviço de Medicina Interna promove uma prática de enfermagem que salvaguarda a Segurança do Doente, com um sistema de monitorização e

análise de riscos e incidentes, defendendo sempre a perspectiva pedagógica do processo.

11. Considerando o tipo de população que assistimos e sua particular vulnerabilidade, promovemos uma prática profissional particularmente centrada na prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde, sendo este um serviço aderente, desde 2010, à “Campanha Nacional de Higienização das Mãos”.
12. Considerando todo o trabalho desenvolvido na melhoria dos Sistemas de informação em enfermagem, o serviço contribui para a monitorização de Indicadores específicos de Enfermagem, definidos em conformidade com o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.

Por tudo o que foi já dito e porque entendemos que o corpo de enfermeiros deste serviço se esforça diariamente por prestar cuidados de qualidade aos doentes que assiste, num fiel respeito pelos princípios enformadores da profissão, nomeadamente aqueles que constituem o código deontológico, estabelecendo relações de parceria com a família e cuidadores, acreditamos firmemente que as experiências formativas aqui facultadas são enriquecedoras do percurso formativo de qualquer estudante.

Por outro lado é nosso entendimento que a atribuição da Idoneidade Formativa a este serviço, poderá constituir-se como um estímulo e uma responsabilidade acrescida para que os aspectos menos desenvolvidos possam ser concretizados.

Enquanto representante destes enfermeiros assumo-me como elemento dinamizador deste processo, e entendo-o como um elemento motivador e uma clara oportunidade de reconhecer o esforço e o empenho destes profissionais, acreditando que a qualidade do seu trabalho será reconhecida noutra nível, contribuindo assim para o reconhecimento social da profissão.

Tendo por base todos estes pressupostos decidimos assim apresentar a candidatura do Serviço de Medicina Interna para que lhe seja conferida Idoneidade Formativa no Contexto da Prática Clínica.

Estamos certa de que a nossa proposta merecerá a V. melhor atenção, submetendo-a assim à V. apreciação.

Atentamente

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.


Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Santiago do Outão

A

**Comissão de Idoneidade Formativa
dos Contextos da Prática Clínica
da Ordem dos Enfermeiros**

Setúbal, 14 de Novembro de 2013

Exmos Senhores



Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., vem desta forma apresentar a candidatura deste serviço para que seja conferida a competência formativa no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional em Enfermagem, tendo por base os seguintes pressupostos:

1. O Centro Hospitalar de Setúbal obteve em Abril de 2013, a renovação do título de acreditação pelo **CHKS- Healthcare Accreditation and Quality Unit**.
2. O Centro Hospitalar de Setúbal é parceiro da Ordem dos Enfermeiros desde 2006, no âmbito do Programa de "Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem".

3. **O Serviço de Medicina Interna é serviço hospitalar, que agrega duas Unidades de internamento de adultos, uma Unidade de Cuidados Intermédios de nível 2, e um Hospital de Dia.**
4. **Todos os serviços de Internamento do Centro Hospitalar de Setúbal, efectuam os registos de enfermagem em aplicativo informático (SClinico), que utiliza linguagem classificada (CIPE-versão B2).**
5. **A equipa de enfermagem integra nesta data, para além da chefia, quatro enfermeiros com Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, duas enfermeiras com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, integrando ainda uma enfermeira a frequentar esta especialização e outra a concluir Mestrado em Enfermagem Avançada.**
6. **Na equipa de enfermagem há vários enfermeiros com experiência em supervisão de estudantes em contexto de ensino clínico, e que estão disponíveis para assumir este papel num contexto mais formal, como sejam os enfermeiros especialistas.**
7. **Desde Janeiro de 2012, que a equipa se encontra estabilizada, apresentando nos dois últimos anos um índice de rotatividade quase nulo.**
8. **O Centro Hospitalar de Setúbal tem protocolo de parceria com diversos estabelecimentos de ensino, na área da saúde, recebendo anualmente o Serviço de Medicina estudantes de enfermagem em diversas fases do seu processo de formação inicial, sendo ainda selecionado por vários estudantes para realização de ensinamentos clínicos no âmbito da sua formação pós graduada, particularmente enfermeiros a frequentar especialidade em Enfermagem de reabilitação, no que se refere à Reeducação Funcional Respiratória.**
9. **O Serviço constitui-se também como uma referência na formação pré e pós graduada de outros profissionais da saúde, sendo por isso um serviço promotor de uma cultura de multidisciplinaridade e bem assim da “modelação” dos novos profissionais, procurando transmitir-lhes uma forma de actuação no total respeito pelos saberes, competências e actividades dos diversos actores.**

10. O Serviço de Medicina Interna promove uma prática de enfermagem que salvaguarda a Segurança do Doente, com um sistema de monitorização e análise de riscos e incidentes, defendendo sempre a perspectiva pedagógica do processo.
11. Considerando o tipo de população que assistimos e sua particular vulnerabilidade, promovemos uma prática profissional particularmente centrada na prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde, sendo este um serviço aderente, desde 2010, à “Campanha Nacional de Higienização das Mãos”.
12. Considerando todo o trabalho desenvolvido na melhoria dos Sistemas de informação em enfermagem, o serviço contribui para a monitorização de Indicadores específicos de Enfermagem, definidos em conformidade com o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.

Por tudo o que foi já dito e porque entendemos que o corpo de enfermeiros deste serviço se esforça diariamente por prestar cuidados de qualidade aos doentes que assiste, num fiel respeito pelos princípios enformadores da profissão, nomeadamente aqueles que constituem o código deontológico, estabelecendo relações de parceria com a família e cuidadores, acreditamos firmemente que as experiências formativas aqui facultadas são enriquecedoras do percurso formativo de qualquer estudante.

Por outro lado é nosso entendimento que a atribuição da Idoneidade Formativa a este serviço, poderá constituir-se como um estímulo e uma responsabilidade acrescida para que os aspectos menos desenvolvidos possam ser concretizados.

Enquanto representante destes enfermeiros assumo-me como elemento dinamizador deste processo, e entendo-o como um elemento motivador e uma clara oportunidade de reconhecer o esforço e o empenho destes profissionais, acreditando que a qualidade do seu trabalho será reconhecida noutra nível, contribuindo assim para o reconhecimento social da profissão.

Tendo por base todos estes pressupostos decidimos assim apresentar a candidatura do Serviço de Medicina Interna para que lhe seja conferida Idoneidade Formativa no Contexto da Prática Clínica.

Estamos certa de que a nossa proposta merecerá a V. melhor atenção, submetendo-a assim à V. apreciação.

Atentamente


À Estrutura de Idoneidades
da Ordem dos Enfermeiros

N/Ref^o : 233/CA

2013.10.16

Assunto: Declaração de Concordância à candidatura de Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica

Considera-se que Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica é um momento decisivo da consolidação e amadurecimento do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido no Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, o qual tem uma tradução objetiva e sistematizada na missão e visão da Política de Enfermagem da instituição, bem como nos objetivos assumidos pela Direção de Enfermagem.

Deste modo, concorda-se com a candidatura à Acreditação da Idoneidade Formativa do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, o qual tem como Enfermeiro-chefe 

PL O Conselho de Administração



